

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE  
OFFERTE À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI  
EN VERTU D'UN PROTOCOLE D'ENTENTE  
AVEC L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PAR LISE LAPOINTE

ÉTUDE DES TENDANCES SUICIAIRES EN FONCTION DES DIMENSIONS  
DU PERFECTIONISME CHEZ DES ADOLESCENTS DES DEUX SEXES

OCTOBRE 2002



## *Mise en garde/Advice*

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

### *Sommaire*

Le phénomène du suicide chez les jeunes est toujours en progression au Québec et touche particulièrement les 15-19 ans, garçons et filles (Conseil Permanent de la Jeunesse, 1997; Institut national de santé publique du Québec, 2001). Plusieurs études soulignent l'importance de considérer certaines caractéristiques personnelles ou cognitives comme facteurs de risque du comportement suicidaire chez l'adolescent (p. ex., Grossman & Kruesi, 2000). Le perfectionnisme est l'une de ces caractéristiques à laquelle les écrits sur le suicide font parfois référence, ce qui contraste, par ailleurs, avec l'image prévalente de l'adolescent suicidaire. Récemment, des recherches empiriques ont démontré un lien entre un type de perfectionnisme et le comportement suicidaire auprès de populations cliniques d'adolescents (Boergers, Spirito, & Donaldson, 1998; Donaldson, Spirito, & Farnett, 2000; Hewitt, Newton, Flett, & Callander, 1997). La présente étude a pour objectif d'examiner les relations entre certaines dimensions du perfectionnisme (Hewitt & Flett, 1989) et les comportements suicidaires auprès d'une population non clinique d'adolescents des deux sexes. Au total, 362 jeunes âgés entre 14 et 17 ans ont répondu en milieu scolaire à un questionnaire écrit visant à mesurer : le perfectionnisme orienté vers soi (POS), le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA) et les tendances suicidaires (incluant tentatives passées et idéations sérieuses). Les scores obtenus aux deux sous-échelles du perfectionnisme par les adolescents suicidaires et les non-suicidaires ont été comparés par le biais d'analyses de régression logistique. Les résultats révèlent que, des deux dimensions du perfectionnisme, seul le PPA est un prédicteur significatif des tendances suicidaires dans cet échantillon, tel qu'observé antérieurement auprès de populations cliniques. De plus, les analyses révèlent une interaction sexe  $\times$  âge

significative indiquant une probabilité d'être suicidaire plus élevée chez les filles que chez les garçons à l'âge de 14 et de 15 ans, pour une même valeur de PPA. Ces résultats obtenus auprès d'une population générale plutôt que clinique apportent un support empirique au construit de perfectionnisme, et plus spécifiquement à sa dimension sociale (PPA), comme variable caractéristique d'adolescents suicidaires.

*Table des matières*

	Page
Sommaire .....	ii
Table des matières .....	iv
Liste des tableaux .....	vi
Remerciements .....	vii
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>CONTEXTE THÉORIQUE.....</b>	<b>5</b>
Le suicide chez l'adolescent .....	6
Définitions .....	6
Prévalences du phénomène suicidaire .....	9
Suicides complétés.....	9
Tentatives de suicide.....	10
Idéations suicidaires.....	12
Le perfectionnisme .....	14
Définition.....	14
Le perfectionnisme positif .....	16
Le perfectionnisme négatif .....	18
Perfectionnisme et compulsion .....	21
Un modèle théorique multidimensionnel du perfectionnisme .....	22
Perfectionnisme et adolescence .....	23
Différences liées au sexe .....	25
Perfectionnisme et tendances suicidaires chez l'adolescent .....	26
Hypothèses de recherche .....	30
<b>MÉTHODE.....</b>	<b>33</b>
Participants.....	34
Instruments de mesure .....	34
Déroulement.....	38
Plan de l'expérience .....	41
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>42</b>
Présentation des analyses statistiques .....	43
Analyses préliminaires.....	44
Caractéristiques sociodémographiques des participants .....	44
Prévalences et caractéristiques des adolescents suicidaires .....	48
Contrôle de l'équivalence des groupes .....	50
Validation de l'échelle du perfectionnisme et moyennes obtenues aux deux sous-échelles (POS et PPA).....	51
Comparaisons entre adolescents suicidaires et non-suicidaires sur les deux dimensions du perfectionnisme en fonction du sexe .....	52
Impact des deux dimensions du perfectionnisme et du sexe sur la probabilité de présenter des tendances suicidaires.....	56
Modèle de régression logistique.....	56
Résultats des analyses de régression logistique .....	58

<b>DISCUSSION .....</b>	68
Bref rappel des objectifs et des résultats.....	69
Données comparatives .....	70
Prévalence des tendances suicidaires .....	70
Scores aux sous-échelles du perfectionnisme (POS et PPA) .....	72
Analyses des résultats relatifs aux hypothèses et à la question de recherche .....	73
Contribution du perfectionnisme orienté vers soi (POS) aux tendances suicidaires.....	73
Contribution du perfectionnisme prescrit par autrui (PPA) aux tendances suicidaires.....	76
Question de recherche : différences liées au sexe .....	80
Implications théoriques et pratiques .....	84
Forces et limites de la recherche.....	88
Pistes de recherches futures .....	91
<b>CONCLUSION.....</b>	94
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	97
<b>APPENDICE A : Certificat de déontologie.....</b>	109
<b>APPENDICE B : Questionnaire .....</b>	111
<b>APPENDICE C : Lettre d'autorisation.....</b>	121
<b>APPENDICE D : Liste des services offerts.....</b>	123
<b>APPENDICE E : Formulaire de consentement des participants .....</b>	125
<b>APPENDICE F : Courbe ROC (Receiver Operating Characteristic).....</b>	127

*Liste des tableaux*

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants .....	46
Tableau 2 : Prévalence des tendances suicidaires .....	49
Tableau 3 : Analyse de variance des résultats des deux groupes (suicidaires/non-suicidaires) à l'échelle POS en fonction du sexe et de la moyenne académique générale .....	54
Tableau 4 : Analyse de variance des résultats des deux groupes (suicidaires/non-suicidaires à l'échelle PPA en fonction du sexe et de la moyenne académique générale .....	55
Tableau 5 : Analyse de régression logistique prédisant les tendances suicidaires en fonction des variables POS, PPA, sexe, et sexe $\times$ âge : modèle initial .....	60
Tableau 6 : Analyse de régression logistique prédisant les tendances suicidaires en fonction des variables PPA, sexe, et sexe $\times$ âge : modèle final .....	61
Tableau 7 : Table de classification du modèle final de régression logistique basé sur un point de coupure de probabilité égal à 11.3% .....	66

### *Remerciements*

J'aimerais tout d'abord remercier vivement ma directrice de recherche, madame Claudie Émond Ph.D, pour la qualité de sa supervision et pour le support apporté tout au long de ce mémoire. Son expertise et sa rigueur, de même que son humanisme et la confiance qu'elle m'a témoignée ont contribué grandement à la réalisation de ce projet.

Mes remerciements sincères sont aussi adressés aux directeurs, enseignants, intervenants, ainsi qu'aux élèves de l'École polyvalente Charles-Gravel de Chicoutimi pour leur participation, leur excellente collaboration et pour l'intérêt manifesté à l'égard de cette recherche. Merci également à Line et à Suzanne pour leur amitié et pour l'aide apportée lors de l'expérimentation.

J'aimerais aussi remercier monsieur Gaétan Daigle du Service de consultation statistique de l'Université Laval pour son apport précieux au niveau du traitement statistique et pour sa gentillesse. Merci à madame Isabelle Green-Demers Ph.D. pour ses judicieux conseils, de même qu'à monsieur Carol Gravel du Centre de prévention du suicide 02. Un remerciement tout spécial à Sylvie pour son amitié de toujours et pour l'aide apportée en matière de traitement de texte et de linguistique!

Je tiens, finalement, à exprimer toute ma reconnaissance à Denis, mon conjoint, pour la confiance, le soutien et la compréhension dont il m'a entourée durant toute la durée de ce projet. Merci à mon grand-père (feu M. Henri Bouchard) pour son attention et

sa présence, ainsi qu'à mes parents pour leurs encouragements. Merci enfin à Émilie et à Jimmy pour leur amitié.

À vous tous et à vous toutes donc, *un très grand MERCI!*

*Introduction*

Malgré les mesures préventives mises de l'avant au cours des dernières années, le taux de suicide chez les adolescents a continué d'augmenter au Québec selon les données disponibles les plus récentes. Entre 1991 et 1999, le taux annuel de décès par suicide chez les 15-19 ans est passé de 17.4 cas pour 100 000 personnes à 20.6/100 000 (Institut national de santé publique du Québec, 2001). Le phénomène déborde largement le nombre de victimes puisque des taux particulièrement élevés de tentatives de suicide et d'idéations suicidaires sont aussi observés chez les adolescents, comparativement à tous les autres groupes d'âge ainsi qu'à l'ensemble de la population (Institut national de santé publique du Québec, 2001; Santé Québec, 2000).

Au cours des dernières années, de nombreuses recherches ont été réalisées visant à comprendre ce phénomène et à identifier les facteurs impliqués dans l'étiologie des comportements suicidaires à l'adolescence. Le plus souvent, les écrits font la distinction entre, d'une part, des facteurs d'ordre personnel ou internes (p. ex., variables démographiques et troubles de santé mentale tels que dépression, abus de substances, trouble des conduites) et, d'autre part, des facteurs environnementaux ou externes (p. ex., problèmes familiaux, perte d'une relation affective importante, problèmes scolaires). La problématique suicidaire est, cependant, de plus en plus considérée par la communauté scientifique comme un phénomène interactionnel complexe entre une variété de facteurs, mettant ainsi en jeu d'autres processus ou d'autres types de variables (p. ex., Bonner & Rich, 1987; Grossman & Kruesi, 2000; O'Connor et Sheehy, 2001). Selon certains

modèles, notamment, des caractéristiques psychologiques pourraient prédisposer un individu à répondre à des événements extérieurs par des comportements suicidaires (Hoberman & Garfinkel, 1988; Johnson, Lall, Bongar, & Nordlund, 1999).

Le perfectionnisme (tendance à établir et à poursuivre des standards de performance très élevés, Hewitt, Newton, Flett, & Callander, 1997) est l'une des caractéristiques psychologiques à laquelle les écrits sur le suicide font référence, depuis quelques années, et qui contraste, par ailleurs, avec l'image prédominante de l'adolescent suicidaire. Récemment, des recherches empiriques ont associé certaines dimensions du perfectionnisme aux comportements suicidaires auprès de populations cliniques d'adolescents au Canada anglais et aux États-Unis (Boergers, Spirito, & Donaldson, 1998; Donaldson, Spirito, & Farnett, 2000; Hewitt et al., 1997). Aucune étude empirique de ce type n'a cependant été conduite dans des populations non cliniques d'adolescents. Étant donné l'ampleur du phénomène suicidaire chez les adolescents au Québec, la présente recherche vise à examiner les relations entre différentes dimensions du perfectionnisme et les tendances suicidaires (incluant tentatives passées et idéations sérieuses) auprès d'un échantillon d'adolescents des deux sexes en milieu scolaire. Tout en visant à élargir les connaissances sur la problématique suicidaire dans ce groupe d'âge, cette étude a pour objectif principal d'évaluer si le perfectionnisme constitue une variable caractéristique des adolescents suicidaires.

Ce mémoire se divise en quatre parties. La première présente une recension de la documentation scientifique concernant les variables à l'étude, soit le phénomène suicidaire

chez l'adolescent, le perfectionnisme et les liens existant entre ces variables et qui ont conduit à l'élaboration des hypothèses de recherche. En deuxième partie, la méthode utilisée est décrite incluant les participants, les instruments de mesure, le déroulement ainsi que le plan de l'expérience. La troisième partie expose les résultats obtenus en fonction des diverses analyses statistiques réalisées. En quatrième et dernière partie, les résultats et leurs implications sont discutés.

*Contexte théorique*

Cette première section présente un relevé des écrits scientifiques se rapportant aux variables à l'étude. Elle se divise en quatre parties principales. Le phénomène du suicide chez l'adolescent est d'abord présenté incluant une définition de ses différentes dimensions (suicide complété, tentative de suicide et idéation suicidaire), l'ampleur du phénomène et les différences liées au sexe. La deuxième partie traite du perfectionnisme et de ses différentes composantes en rapport avec l'adolescence. Par la suite, les liens entre le suicide et le perfectionnisme chez l'adolescent sont abordés. Cette partie se termine par l'énoncé des hypothèses de recherche.

### Le suicide chez l'adolescent

#### *Définitions*

Dans les écrits, le phénomène du suicide est généralement défini à travers trois catégories de comportements, soit le suicide complété, la tentative de suicide et l'idéation suicidaire (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979; Bonner & Rich, 1987; Kienhorst, De Wilde, & Diekstra, 1995; McIntosh, 2000). Le suicide complété désigne un acte délibéré accompli par un individu dans le but de mettre fin à ses jours et qui cause la mort (Association québécoise de suicidologie, 1996; Ministre de la Santé nationale et du Bien-

être social, 1994). La tentative de suicide (parfois désignée sous le terme parasuicide<sup>1</sup>) correspond à la situation dans laquelle un individu s'inflige une blessure ou s'expose à un danger dans le but avoué de vouloir mourir, peu importe que cette mort soit entrevue comme certaine ou non, et qui n'entraîne pas la mort (Donaldson et al., 2000; Tousignant, Bastien, & Hamel, 1993). Quant à l'idéation suicidaire, elle représente l'idée de vouloir mettre fin à ses jours. Pour la plupart des auteurs, la fréquence, la durée des pensées et les détails d'un plan de suicide déterminent la sévérité des idéations qui peuvent varier de passagères à sérieuses (Kienhorst et al., 1995; Tousignant et al., 1993).

L'idéation suicidaire, la tentative de suicide et le suicide complété sont généralement considérés, dans les écrits scientifiques, comme des phénomènes reliés s'inscrivant sur un continuum pour former le « processus suicidaire » (Beck et al., 1979; Bonner & Rich, 1987; Pfeffer, 1996; Séguin & Huon, 1999). En début de processus, les idées suicidaires se manifestent de façon intermittente pour s'intensifier par la suite jusqu'à la planification de moyens. Le processus suicidaire peut ensuite évoluer vers la cristallisation des idées (l'individu perçoit alors le suicide comme unique solution à son ou ses problèmes), puis donner lieu aux tentatives de suicide et, ultimement, à la mort (Bonner & Rich, 1987). Certains auteurs estiment, par contre, que l'idéation suicidaire, la tentative de suicide et le suicide complété sont des phénomènes distincts, bien qu'apparentés, touchant des individus avec des caractéristiques différentes (Carlson

---

<sup>1</sup> L'expression « parasuicide » est parfois utilisée pour désigner l'ensemble des gestes suicidaires qui ne conduisent pas à un décès et qui sont rapportés par l'individu lui-même dans le cadre d'enquêtes. L'expression « tentative de suicide » est alors réservée aux cas de gestes suicidaires comptabilisés dans les statistiques hospitalières (Conseil permanent de la jeunesse, 1995).

& Cantwell, 1982; White, Murdock, Richardson, Ellis, & Schmidt, 1990). Leurs études soulignent que seule une partie des individus présentant des idéations suicidaires font des tentatives et que, parmi eux, une minorité seulement se suicident. Selon Kienhorst et al. (1995), une explication possible de ces points de vue divergents serait que chez certaines personnes le comportement suicidaire se manifeste de façon hiérarchique (des idéations vers les tentatives et éventuellement vers la mort), alors que ce ne serait pas le cas pour d'autres.

À l'adolescence, plus particulièrement, le processus suicidaire peut se développer rapidement, les comportements suicidaires revêtant parfois un caractère impulsif (Garland & Zigler, 1993; Hoberman & Garfinkel, 1988). Des recherches montrent, toutefois, que les adolescents manifestent généralement des idéations suicidaires avant de faire une tentative (Lewinsohn, Rhode, & Seeley, 1996; Pfeffer, 1996). D'autres auteurs considèrent les idéations suicidaires chez l'adolescent comme facteur de risque ou comme précurseur des comportements suicidaires plus sévères (p. ex., Beck et al., 1979; Reynolds, 1989). De plus, les tentatives de suicide à l'adolescence sont reconnues pour être fortement corrélées avec de futures tentatives (p. ex., Lewinsohn et al., 1996; Pfeffer, 1996) de même qu'avec le suicide complété (p. ex., Garland & Zigler, 1993).

La présente étude porte sur les tentatives de suicide passées et sur les idéations suicidaires sérieuses chez l'adolescent regroupées sous le terme « tendances suicidaires », selon la définition opérationnelle élaborée par Tousignant, Hamel et Bastien (1988) et par Tousignant et al. (1993).

## *Prévalences du phénomène suicidaire*

### *Suicides complétés*

Au cours des quatre dernières décennies, les taux de suicide chez l'adolescent ont augmenté de façon importante, voire alarmante, dans la plupart des pays industrialisés à travers le monde (McIntosh, 2000; Stillion & McDowell, 1996). Aux États-Unis, par exemple, le taux annuel de décès par suicide chez les 15-19 ans est passé de 2.3 cas pour 100 000 habitants en 1960, à 9.7/100 000 en 1996, soit une augmentation de plus de 300% (McIntosh, 2000). Chaque année, entre 2000 et 2500 jeunes américains de moins de 20 ans s'enlèvent la vie (Shaffer & Craft, 1999). Au Canada, les taux de décès par suicide chez les 15-19 ans ont dépassé ceux des États-Unis depuis les années 70, pour atteindre 12.9/100 000 en 1997 (Statistique Canada, 2000). Et c'est au Québec que l'accroissement du taux de suicide chez les adolescents a été le plus élevé de l'ensemble des provinces canadiennes pour les trois dernières décennies, et l'un des plus élevés au monde (Conseil permanent de la jeunesse [CPJ], 1997). Entre 1994 et 1998, le taux annuel de décès par suicide chez les 15-19 ans se situait en moyenne au Québec à 20.8/100 000, pour devenir la première cause de décès dans ce groupe d'âge (Institut national de santé publique du Québec, 2001; Régie régionale de la santé et des services sociaux, 1999). De 1994 à 1998 inclusivement, entre 120 et 125 jeunes québécois de moins de 20 ans se sont enlevés la vie chaque année (Institut de la statistique du Québec, 2000; Institut national de santé publique du Québec, 2001). Le Saguenay-Lac-Saint-Jean figure parmi les régions les plus marquées par le phénomène. À titre d'exemple, le taux régional de suicide chez les

15-19 ans atteignait 23.4/100 000 pour la période 1997-1998 (Institut national de santé publique du Québec, 2001). Par ailleurs, les études rapportent dans l'ensemble des taux de suicide environ 4 fois plus élevés chez les garçons comparativement aux filles (CPJ, 1997; McIntosh, 2000; Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1994; Stillion & McDowell, 1996).

### *Tentatives de suicide*

Les tentatives de suicide sont plus difficiles à recenser. Les taux peuvent varier selon les études, en fonction des échantillons, des critères et des méthodes de collecte utilisés (p. ex., groupes d'âge, tentatives avec hospitalisation ou déclarations personnelles). Toutefois, malgré le manque de statistiques officielles, l'ensemble des résultats disponibles indiquent une prévalence de tentatives de suicide plus élevée chez les jeunes comparativement à tous les autres groupes d'âge (p. ex., Institut national de santé publique du Québec, 2001; Stillion & McDowell, 1996). De plus, les écrits rapportent dans l'ensemble des taux de tentatives 2 à 3 fois plus élevés chez les filles comparativement aux garçons (CPJ, 1997; McIntosh, 2000; Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1994).

Aux États-Unis, les « Centers for Disease Control and Prevention » (1996) établissent à 8.7% le pourcentage de jeunes âgés entre 15 et 19 ans ayant fait une tentative de suicide durant l'année précédent l'enquête. Selon d'autres études américaines, entre 8% et 13% de jeunes du même groupe d'âge auraient fait une tentative de suicide au cours de

leur vie (King, 1997; Smith & Crawford, 1986). McIntosh (2000) estime le ratio « tentatives de suicide:suicides complétés » entre 100:1 et 300:1 chez les 15-24 ans aux Etats-Unis. Ce dernier évalue entre un demi million et un million et demi, annuellement, le nombre de tentatives de suicide dans ce groupe d'âge (McIntosh, 2000).

Peu de données canadiennes sont disponibles concernant les tentatives de suicide et les idéations suicidaires chez les adolescents. Une étude menée en Ontario en 1988 révèle que 5% à 10% des garçons et 10% à 20% des filles âgés entre 12 et 16 ans ont déclaré avoir eu des idées suicidaires ou tenté de se suicider au cours des 6 mois précédent l'enquête (Joffe, Offord, & Boyle, 1988). Selon le Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social (1994), le ratio tentative de suicide:suicide complété varie au Canada entre 60:1 chez les garçons plus vieux et 600:1 chez les plus jeunes filles. Quant au Québec, le taux annuel d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les 15-19 ans s'élevait en moyenne à 62.2/100 000 entre 1991 et 1999, avec un taux de 34.5/100 000 chez les garçons et de 91.3/100 000 chez les filles (Institut national de santé publique du Québec, 2001; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997). Par ailleurs, Santé Québec (2000) établit à 1.4% chez les 15-24 ans la prévalence de tentatives de suicide au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête de 1998, soit environ 13 000 individus. La prévalence de tentatives à vie observée dans l'enquête de 1992-1993 s'élevait à 6%, soit environ 49 770 individus (Santé Québec, 1995). Dans d'autres études québécoises réalisées auprès d'élèves de niveaux secondaire III, IV et V, entre 4.2% et 7.2% des répondants déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide (Côté, Pronovost, & Ross, 1990; Simon, 1991; Tousignant et al., 1988). Veillette, Perron, Gaudreault, Richard et

Lapierre (1998) rapportent, quant à eux, un taux de tentatives de 6.4% auprès d'élèves de niveaux secondaire I à V, alors que Deschesnes, Schaefer et Couture (1997) obtiennent un taux de 11.2% auprès d'élèves âgés entre 14 et 18 ans.

### *Idéations suicidaires*

Comme pour les tentatives, les taux d'idéations suicidaires peuvent varier selon les études, en fonction des échantillons, du type de questions posées et des critères utilisés pour catégoriser différents degrés d'idéations (p. ex., idéations sérieuses avec ou sans plan de suicide). Malgré cela, l'ensemble des recherches indiquent, tout comme pour les tentatives de suicide, que les jeunes sont proportionnellement plus nombreux à présenter des idéations suicidaires comparativement à tous les autres groupes d'âge. De plus, les filles sont généralement 1½ à 2 fois plus nombreuses que les garçons à rapporter des idéations suicidaires (CPJ, 1997; McIntosh, 2000; Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1994; Stillion & McDowell, 1996). Les données qui suivent se rapportent uniquement aux idéations « sérieuses » dans lesquelles l'individu a envisagé un moyen ou encore un plan de suicide.

Aux États-Unis, les « Centers for Disease Control and Prevention » (1996) établissent à 17.7% la prévalence d'adolescents ayant sérieusement pensé au suicide durant l'année précédent l'enquête. Smith & Crawford (1986) rapportent, quant à eux, un taux de 14.7% de jeunes âgés entre 15 et 19 ans qui déclarent avoir eu des idéations suicidaires sérieuses au cours de leur vie.

Selon Santé Québec (2000), 7.4% des répondants âgés entre 15 et 24 ans ont eu des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 mois précédent l'enquête, soit environ 71 000 individus. Dans l'enquête de 1992-1993, 11.9% des jeunes du même groupe d'âge indiquaient avoir eu des idéations sérieuses au cours de leur vie, soit 104 980 individus (Santé Québec, 1995). D'après les études réalisées en milieu scolaire, entre 6.5% et 12.3% des élèves de niveaux secondaire III, IV et V ont eu des idéations suicidaires sérieuses au cours des 3 années précédent les recherches (Côté et al., 1990; Simon, 1991; Tousignant et al., 1988). Deschesnes et al. (1997) ont observé, pour leur part, une prévalence de 5.7% d'idéateurs suicidaires sérieux auprès d'élèves âgés entre 14 et 18 ans.

Somme toute et selon les données disponibles les plus récentes, le taux de suicide chez les adolescents a continué de s'accroître au Québec au cours des années 90, pour se situer à 20.8 cas pour 100 000 personnes, en moyenne, annuellement. Le taux annuel d'hospitalisations pour tentative de suicide dans ce groupe d'âge s'élève à 62.2/100 000 personnes. Par ailleurs, le pourcentage d'adolescents québécois qui déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie varie, selon les études, entre 4.2% et 11.2%. Quant au pourcentage d'adolescents qui indiquent avoir eu des idéations suicidaires sérieuses, les taux varient entre 5.7% et 12.3% selon les recherches. Enfin, alors que le taux de décès par suicide est environ 4 fois plus élevé chez les garçons comparativement aux filles, le taux de tentatives est 2 à 3 fois plus élevé chez les filles et ces dernières sont 1½ à 2 fois plus nombreuses que les garçons à présenter des idéations suicidaires sérieuses. Ces données rendent compte de l'importance toujours actuelle du phénomène.

## Le perfectionnisme

### *Définition*

La notion de perfectionnisme est présente depuis longtemps dans les écrits en psychologie. Déjà, la théorie psychanalytique associait le désir de perfection au développement et au maintien des névroses (Freud, 1920/1981; Horney, 1950). Selon Adler (cité dans Ansbacher & Ansbacher, 1991), la quête de perfection était liée aux sentiments d'infériorité et faisait partie intégrante de toute expérience humaine. Par la suite, quelques auteurs ont contribué à élaborer et à clarifier le concept (Burns, 1980; Hamacheck, 1978; Hollender, 1965; Pacht, 1984). Le terme fut introduit dans les classifications psychiatriques modernes d'abord en 1977, dans le Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès (CIM-9, Organisation mondiale de la santé, 1977), puis en 1980, dans le « Diagnostic and statistic manual of mental disorders (3<sup>e</sup> édition) » (DSM-III, American Psychiatric Association, 1980) où il constitue, depuis, un critère diagnostique pour le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive<sup>1</sup>. Le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996) fait référence à un « perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (p. ex., incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies) » (p. 787). Néanmoins, aucune définition du perfectionnisme comme telle n'y est introduite. Certains auteurs estiment qu'en général, le concept a très peu retenu

---

<sup>1</sup> Une distinction entre perfectionnisme et compulsion sera établie subséquemment dans le texte.

l'attention de la psychiatrie (Hollender, 1978; Torodov & Bazinet, 1996). Comme le soulignent Torodov et Bazinet (1996), cela peut être dû au fait qu'il ne s'agit pas d'un symptôme clinique au sens strict comme c'est le cas, par exemple, pour les termes hallucinations, délire ou obsessions. Le terme « perfectionnisme » est, en effet, largement utilisé dans le langage courant où il revêt plutôt un caractère positif associé à la compétence et à la réussite. À ce stade-ci, le perfectionnisme apparaît comme une réalité complexe incluant aussi bien des éléments positifs, voire adaptatifs, que des éléments pathologiques.

Depuis un vingtaine d'années, la communauté scientifique manifeste un intérêt croissant et marqué pour le perfectionnisme en lien avec différentes problématiques ou pathologies. Des instruments de mesure ont été développés amenant des connaissances nouvelles sur la nature, l'ampleur et l'évaluation de ce construit (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990; Hewitt & Flett, 1989). Le perfectionnisme est généralement considéré, dans les écrits, comme une caractéristique de la personnalité ou comme un style cognitif avec comme composante centrale *la tendance à établir et à poursuivre des standards de performance ou des objectifs personnels très élevés* accompagnée d'autres caractéristiques telle *une forte propension à l'autocritique* (Burns, 1980; Flett, Hewitt, Blankstein, & Mosher, 1991b; Frost et al., 1990; Pacht, 1984). Par ailleurs, les résultats des recherches empiriques menées tant auprès de l'adulte que de l'adolescent démontrent, à ce jour, la pertinence d'une approche multidimensionnelle du construit qui comporte à la fois des aspects positifs et négatifs, et qui inclut, notamment, des composantes interpersonnelles

(Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993; LoCicero, Ashby, & Kern, 2000; Slade & Owens, 1998).

Bien qu'elles fassent encore l'objet d'études, deux dimensions essentielles ressortent des différentes conceptualisations du perfectionnisme élaborées, principalement, par Hewitt et Flett (1990, 1991b) et par Frost et al. (1990) (Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams, & Winkworth, 2000 ; Frost et al., 1993). Une première dimension concerne des standards personnels élevés ainsi que des efforts positifs et adéquats pour réussir; elle correspondrait davantage aux aspects *positifs* ou adaptatifs du perfectionnisme. Une seconde dimension concerne des préoccupations excessives par rapport aux standards et à l'évaluation ou à la critique provenant des autres; cette dimension de nature interpersonnelle (ou sociale) correspondrait davantage aux aspects *négatifs* ou pathologiques du construit. Par ailleurs, le perfectionnisme peut aussi être situé sur un continuum de sévérité allant d'un perfectionnisme sain à un perfectionnisme pathologique (Boivin & Marchand, 1996; Hamacheck, 1978; Torodov et Bazinet, 1996). Torodov et Bazinet (1996) considèrent ces deux approches du perfectionnisme (catégories distinctes et continuum) comme complémentaires plutôt qu'opposées. « Tout comme dans n'importe quel autre domaine de la psychopathologie, (...) cette double vision (...) peut contribuer à enrichir et à raffiner le jugement clinique. » (p. 297)

### *Le perfectionnisme positif*

Le perfectionnisme *positif* ou *normal* (aussi désigné, selon les auteurs, par les termes : « perfectionnisme sain », « adaptive perfectionism », « positive achievement strivings », « personal standards perfectionism » ou encore « functional perfectionism »), renvoie donc à des composantes adaptatives et est généralement associé à des affects positifs, de même qu'à certaines qualités telles l'actualisation de soi (Frost et al., 1990). Essentiellement, ce type de perfectionnisme refléterait un désir d'amélioration et une motivation personnelle et saine à réussir par des efforts appropriés et constructifs. L'individu retire, ici, un réel plaisir à poursuivre des standards élevés ainsi qu'à travailler de façon minutieuse et conscientieuse. La réussite lui apporte un sentiment de satisfaction d'un travail bien fait ainsi qu'une augmentation de l'estime de soi (Blatt, 1995; Burns, 1980; Hamachek, 1978). Chez ces perfectionnistes, le besoin d'approbation ou de reconnaissance n'est pas plus élevé que chez tout autre individu. Les manifestations d'approbation ou de reconnaissance sont vécues comme des émotions positives qui s'ajoutent à la satisfaction personnelle; elles sont utilisées comme un encouragement à continuer et même à s'améliorer (Hamachek, 1978). Les demandes et les exigences envers soi-même, bien qu'élevées, sont réalistes et raisonnables tenant compte à la fois de ses forces et de ses limites. L'autocritique par rapport à sa performance n'est pas trop sévère; l'individu se donne droit à l'erreur, il accepte ses imperfections et est capable de modifier ou d'adapter ses standards selon la situation (Hamachek, 1978; Torodov & Bazinet, 1996). Des études montrent que ces personnes font usage de stratégies cognitives efficaces (Dunkley et al., 2000; Mills & Blankstein, 2000) et qu'elles sont davantage préoccupées

par la résolution de problèmes que par la qualité de leur performance (Rhéaume et al., 2000). Le perfectionnisme normal ou positif est associé à des niveaux plus élevés d'apprentissage, d'efficacité et de performance dans les sphères académiques et professionnelles, notamment (Accordino, 2000; Mills & Blankstein, 2000).

### *Le perfectionnisme négatif*

Quant au perfectionnisme *négatif* ou *pathologique* (encore appelé : « unhealthy perfectionism », « maladaptive perfectionism », « maladaptive evaluative concerns », « evaluative concerns perfectionism » ou « dysfunctional perfectionism »), il renvoie, notamment, aux préoccupations par rapport à l'évaluation sociale négative et il est généralement associé à des affects négatifs. Le perfectionnisme pathologique refléterait davantage une peur de l'échec et du rejet, plutôt qu'un désir de réussir ou de bien faire les choses (Blatt, 1995; Hamachek, 1978; Norman, Davies, Nicholson, Cortese, & Malla, 1998). Les comportements perfectionnistes sont essentiellement motivés, dans ce cas, par une recherche constante d'approbation et de reconnaissance, ou par l'évitement de toute réprobation ou conséquence négative à propos de ses performances (Dunkley et al., 2000; Hayward & Arthur, 1998; Mills & Blankstein, 2000). La personne doute constamment d'elle-même, l'estime de soi est faible, conditionnelle à la réussite et liée à des renforcements externes (Flett, Hewitt, Blankstein, & O'Brien, 1991c; Pacht, 1984; Stumpf & Parker, 2000; Torodov & Bazinet, 1996). Selon Pacht (1984), « être parfait » apparaît, ici, comme la formule magique du succès ; les erreurs et les imperfections sont en quelque sorte taboues (Amanat & Beck, 1994). Mais cette motivation se trouve perdue d'avance,

les buts étant fixés de façon tellement irréaliste qu'ils sont pratiquement impossibles à atteindre (Burns, 1980; Pacht, 1984). L'individu est incapable de tirer satisfaction de ce qui peut ordinairement être considéré comme un travail bien fait, ni même une performance supérieure. Rien ne semble suffisamment bien à ses yeux, aucun effort n'est jamais suffisant; il lui semble toujours qu'il peut et doit faire mieux (Hamachek, 1978). L'accent est mis sur les manques et les erreurs, dans une autocrédit excessive intensifiant les sentiments de dévalorisation, de culpabilité et de honte déjà présents (Burns, 1980; Hamachek, 1978). De plus, les standards et les objectifs sont rigides sans égard aux exigences du contexte; l'importance des tâches et des situations est souvent exagérée (Boivin & Marchand, 1996). Comme le souligne Hollender (1965), le perfectionnisme devient alors comme une fin en soi. Sous l'oppression de ces exigences perfectionnistes, la personne est constamment frustrée, la vie pour elle devient sans joie, impossible et absurde (Amanat et Beck, 1994; Hollender, 1965; Pacht, 1984). Par ailleurs, ces individus se décrivent souvent comme anxieux, confus et vidés émotionnellement avant même qu'une nouvelle tâche ne soit commencée (Hamachek, 1978). Les impératifs perfectionnistes (p. ex., effectuer un travail impeccable) peuvent également entraîner des comportements d'évitement, de procrastination ainsi qu'une productivité diminuée (Adderholdt, 1989; Boivin & Marchand, 1996; Burns, 1980). Des recherches empiriques indiquent que les personnes aux prises avec ce type de perfectionnisme font usage de stratégies cognitives peu efficaces et qu'elles ont moins tendance à rechercher de l'aide (Flett, Hewitt, & De Rosa, 1996; Mills & Blankstein, 2000). De plus, ce perfectionnisme pourrait avoir un impact négatif sur les résultats en psychothérapie (Hirsh & Hayward, 1998; Zuroff et al., 2000). Le perfectionnisme pathologique est associé à de la détresse

psychologique dans la population générale tels des symptômes dépressifs ou anxieux (Flett et al., 1996), une faible estime de soi (Flett et al., 1991c) et de la procrastination (Flett, Hewitt, Blankstein, & Koledin, 1992; Frost et al., 1990), ainsi qu'à des formes plus sévères de psychopathologie tels les troubles des conduites alimentaires (Joiner, Katz, & Heatherton, 2000; Owens & Slade, 1987), les troubles anxieux (Boivin & Marchand, 1996; Norman et al., 1998), la dépression (Flett et al. 1991c; Hewitt & Flett, 1990, 1991a; Norman et al., 1998), l'alcoolisme (Hewitt, Norton, Flett, Callander, & Cowan, 1998) et les conduites suicidaires (Hewitt, Flett, & Turnbull-Donovan, 1992; Hewitt, Flett, & Weber, 1994; Ranieri et al., 1987).

Dans l'ensemble des écrits, il ressort clairement que le perfectionnisme pathologique possède une *composante cognitive* majeure (Barrow & Moore, 1983; Beck, 1976; Boivin & Marchand, 1996; Pirot, 1986; Torodov & Bazinet, 1996). Selon Boivin et Marchand (1996), ce type de perfectionnisme correspondrait à une structure profonde et rigide de la pensée amenant certaines distorsions de l'information reçue par l'individu. Une des croyances irrationnelles identifiée par Ellis (1994) serait inhérente au perfectionnisme pathologique : « Il y a inévitablement une solution juste, précise et parfaite aux problèmes et c'est catastrophique si cette solution parfaite n'est pas trouvée » (traduction libre, p.129). La personne semble engagée, en fait, dans une pensée du « tout ou rien » par laquelle seul un succès total ou un échec total existe comme résultat (Beck, 1976; Burns, 1980; Hamachek, 1978; Hollender, 1965). Selon Pacht (1984), le véritable problème du perfectionnisme réside précisément dans le fait qu'une tâche qui n'est pas parfaitement réussie est considérée comme un échec. Ce mode de *pensée dichotomique*

amène l'individu à être extrêmement préoccupé par ses erreurs et à *généraliser* à partir de ces dernières (Beck, 1976; Burns, 1980; Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail, 1991; Sorotzkin, 1985). L'individu perfectionniste fait montre, également, d'une *attention sélective* par laquelle les objectifs atteints sont dévalués ou ignorés, alors que les objectifs non atteints ou les erreurs sont amplifiés (Barrow & Moore, 1983). De même, il y a souvent minimisation de l'essentiel au profit des détails (Torodov & Bazinet, 1996). La personne a aussi tendance à motiver son propre comportement en termes d'obligations, de devoirs ou de responsabilités, selon ce que Horney (1950) a nommé la tyrannie des « il faut » (tyranny of shoulds).

### *Perfectionnisme et compulsion*

Le terme « compulsion » est parfois utilisé pour parler de perfectionnisme. Selon certains auteurs, bien que perfectionnisme et compulsion puissent coexister, il importe de faire la différence entre ces deux termes tant d'un point de vue théorique que clinique (Boivin & Marchand, 1996; Broday, 1988; Hollender, 1965; Torodov & Bazinet, 1996). Hollender (1965) distingue essentiellement les deux phénomènes par l'absence de toute valeur socioculturelle dans les comportements compulsifs (revêtant plutôt un caractère absurde) tandis que cette valeur serait encore perceptible dans le comportement perfectionniste. Le perfectionnisme ne consiste pas en la répétition d'un certain type de comportement; il renvoie plutôt à la façon, à la qualité avec laquelle une tâche est effectuée. Le comportement perfectionniste est généralement approprié mais porté à l'extrême. Plutôt que d'être ritualisé (comme c'est le cas dans la compulsion), il est dirigé

vers un objectif. Tenant compte de ces différences fondamentales établies par Hollender (1965), Torodov et Bazinet (1996) situent le perfectionnisme normal, le perfectionnisme pathologique et les symptômes obsessionnels-compulsifs (tels que retrouvés dans le trouble obsessionnel-compulsif [TOC]) sur un continuum de sévérité. Boivin et Marchand (1996) considèrent, pour leur part, que les croyances perfectionnistes peuvent contribuer au développement et au maintien de certaines manifestations du TOC.

#### *Un modèle théorique multidimensionnel du perfectionnisme*

Dans une perspective psychosociale, Hewitt et Flett (1990, 1991a) ont récemment conceptualisé le perfectionnisme selon trois dimensions, distinguant clairement entre des aspects personnels et des aspects sociaux (ou interpersonnels) du construit. Pour cette raison, ce modèle a été retenu dans le contexte de l'étude actuelle. Le *perfectionnisme orienté vers soi* (POS) est une dimension intrapersonnelle qui implique la tendance à établir des standards de performance très élevés pour soi-même. C'est généralement à ce type de perfectionnisme que l'on fait allusion lorsqu'on utilise le terme dans le langage courant. Bien que cette dimension du perfectionnisme ait été associée à certaines difficultés psychologiques tels des symptômes dépressifs (Hewitt, & Flett, 1990, 1991a), il semble que le POS inclut également une composante de motivation saine, par exemple dans des stratégies d'adaptation positives (Dunkley et al., 2000; Hewitt & Flett, 1991b). Certains auteurs estiment que ce type de perfectionnisme doit interagir avec d'autres facteurs (notamment des situations de stress ou d'échec) pour devenir problématique (Blatt, 1995; Flett et al., 1991c; Hayward & Arthur, 1998; Hewitt et al., 1994).

Le *perfectionnisme prescrit par autrui* (PPA) est une dimension interpersonnelle (ou sociale) qui concerne les préoccupations pour rencontrer et maintenir les attentes des autres envers nous, et la perception que ces attentes ou ces standards sont excessifs, voire impossibles à atteindre (Hewitt et al., 1997). Les recherches tendent à démontrer que le PPA est la dimension du perfectionnisme la plus fortement associée à la psychopathologie, reflétant davantage l'aspect négatif du construit (Blatt, 1995; Flett et al., 1991c; Frost et al., 1993; Hewitt & Flett, 1991b).

Le *perfectionnisme orienté vers autrui* (POA) est une autre dimension interpersonnelle qui implique, cette fois, la tendance à établir des standards très élevés envers les autres. Le POA est principalement associé à des difficultés conjugales et familiales chez l'adulte (Hewitt & Flett, 1991b; Hewitt, Flett, & Mikail, 1995). Selon Hewitt et al. (1997), cette dimension du perfectionnisme ne s'applique pas à l'adolescent. Pour ce motif, le POA n'a pas été retenu dans le cadre de la présente recherche.

### *Perfectionnisme et adolescence*

Le perfectionnisme a souvent été abordé, dans les écrits, comme un trait caractéristique des enfants et des adolescents doués intellectuellement (Delisle, 1990; Hayes & Sloat, 1989; Parker & Adkins, 1995). Dans d'autres contextes, le perfectionnisme est plutôt considéré comme une caractéristique pouvant contribuer à la sous-performance au niveau scolaire (underachievement) (p. ex., Adderholdt, 1989). De plus en plus de recherches, cependant, tendent à associer le perfectionnisme à diverses

formes de psychopathologies chez l'adolescent tels les troubles des conduites alimentaires (Joiner et al., 2000; Steiger, Leung, Puentes-Newman, & Gottheil, 1992), les symptômes dépressifs ou anxieux (Hankin, Roberts, & Gotlib, 1997) et les comportements suicidaires (Boergers et al., 1998; Donaldson et al., 2000; Hewitt et al., 1997).

D'un point de vue développemental, certains auteurs estiment que le perfectionnisme serait fréquent chez les adolescents en raison de leur tendance à l'idéalisme et à la pensée dichotomique (Blatt, 1995). Comme le souligne Sorotzkin (1998), l'adolescence est aussi la période où les jeunes commencent à prendre davantage leurs propres décisions. Les adolescents perfectionnistes auraient beaucoup de difficultés avec cette dernière tâche parce qu'ils craignent que ce ne soit pas la décision « parfaite ». De plus, ces adolescents ne seraient pas suffisamment en contact avec leurs émotions, un outil souvent essentiel dans la prise de décision (Sorotzkin, 1998). Selon Amanat & Beck (1994), plusieurs jeunes aux prises avec de profonds sentiments d'infériorité ou d'être « sans valeur » vont chercher à éviter tout blâme en essayant d'exceller en tout. Ces adolescents perfectionnistes « n'auraient pas intériorisé une image personnelle de compétence » [traduction libre] (Amanat & Beck, 1994, p. 107). La régulation de l'estime de soi est déficiente, générée par des ruptures dans les relations avec les parents ou par la non-satisfaction des besoins affectifs de l'enfant (Amanat & Beck, 1994). De façon plus spécifique, Hamachek (1978) identifie deux types d'environnements émotionnels propices au développement d'un perfectionnisme névrotique. Le premier est un environnement d'approbation conditionnelle dans lequel l'enfant apprend qu'il peut être accepté et aimé à la condition d'avoir des performances impeccables. Dans le second, l'approbation est

absente ou inconsistante, ce qui entraîne doute et incertitude chez l'enfant. Ce dernier va tenter d'être parfait dans l'espoir de mériter l'intérêt ou l'approbation de ses parents.

Des facteurs culturels ou sociaux pourraient également contribuer au développement ou à l'exacerbation des tendances perfectionnistes (Halgin & Leahy, 1989; Torodov et Bazinet, 1996). Barrow & Moore (1983) soulignent l'emphase mise sur la réussite et la perfection dans le système scolaire, de même que la prédominance des modèles non réalistes proposés dans la culture populaire, notamment par les médias. L'adolescent serait particulièrement vulnérable à ces influences, alors qu'il s'efforce de définir son identité d'adulte et de se différencier de ses parents (Halgin & Leahy, 1989). Hewitt et al. (1997) estiment, en outre, que des niveaux élevés de perfectionnisme seraient problématiques à l'adolescence, en raison de l'accroissement des préoccupations pour l'intégration et l'acceptation sociale caractéristique de cette période développementale. Ces mêmes auteurs soulignent la sensibilité à l'échec particulière des adolescents.

### *Différences liées au sexe*

De façon sporadique, quelques auteurs se sont intéressés à l'influence du sexe sur le perfectionnisme et les résultats, à ce jour, sont équivoques tant chez l'adolescent que chez l'adulte. Selon Adderholdt et Goldberg (1999), le perfectionnisme peut se manifester différemment selon le sexe en raison des apprentissages liés aux rôles sociaux traditionnels. Bien que la société ait évolué à ce niveau au cours des dernières années, certaines tendances persistent. Ainsi, le perfectionnisme chez les filles se manifesterait

davantage au niveau de leur apparence et de leurs relations interpersonnelles, tandis que chez les garçons, le perfectionnisme serait davantage lié à la performance à l'école, au travail ou dans les sports (Adderholdt & Goldberg, 1999). Selon ces mêmes auteurs, les filles perfectionnistes auraient plus de difficultés avec l'expression de la colère, tandis que les garçons auraient davantage tendance à cacher leur vulnérabilité (p. ex., sentiments de peur, anxiété). Par ailleurs, dans une recherche effectuée auprès d'adolescents et d'adolescentes présentant des symptômes de boulimie, les garçons rapportent des niveaux plus élevés de perfectionnisme comparativement aux filles (Joiner et al., 2000). Hayward et Arthur (1998) n'ont, par contre, démontré aucune différence liée au sexe dans leur étude sur le perfectionnisme menée auprès d'étudiants de niveau postsecondaire. Chez l'adulte, les résultats obtenus par Flett, Hewitt, Blankstein et Koledin (1991a) indiquent que les femmes présentent des niveaux plus élevés de pensées irrationnelles (« self-directed shoulds », « other-oriented shoulds » et « self-worth ») associées au perfectionnisme. Selon Slaney et Ashby (1996), les femmes vivraient leur perfectionnisme de façon plus pénible que les hommes parce que le perfectionnisme affecte leurs relations interpersonnelles et que ces relations sont généralement plus importantes pour les femmes. D'autres recherches montrent que les femmes présentent en général des niveaux plus élevés de perfectionnisme prescrit par autrui (PPA), tandis que les hommes présentent des niveaux plus élevés de perfectionnisme orienté vers autrui (POA) (Hewitt & Flett, 1991b; Hewitt et al., 1991, 1992). Par contre, l'étude de Flett et al. (1991a) ne révèle aucune différence significative entre les hommes et les femmes quant aux dimensions du perfectionnisme. Dans le même sens, Broday (1988) ne démontre aucune différence significative entre les hommes et les femmes en lien avec le perfectionnisme.

## Perfectionnisme et tendances suicidaires chez l'adolescent

Dans les écrits sur le suicide chez l'adolescent, quelques travaux font référence à des standards ou des attentes élevés en lien avec les conduites suicidaires, tandis que d'autres renvoient au perfectionnisme à partir d'observations cliniques ou d'études « post-mortem ». Baumeister (1990) et Callahan (1993) postulent, par exemple, que l'échec à atteindre des standards hautement irréalistes imposés par soi-même ou par les autres est un facteur majeur dans l'initiation des comportements suicidaires chez l'adolescent. Rubenstein, Heeren, Housman, Rubin et Stechler (1989) mentionnent que, pour un sous-groupe significatif d'adolescents, le seul fait de percevoir une incapacité à rencontrer ou à maintenir les attentes irréalistes de personnes significatives peut induire suffisamment de souffrance pour que le suicide soit envisagé. Hoberman et Garfinkel (1988) reconnaissent, pour leur part, les pressions pour réussir ou pour performer dans les domaines académique ou sportif comme facteur de risque du comportement suicidaire dans ce groupe d'âge. Par ailleurs, certains auteurs ont identifié le perfectionnisme comme un trait caractéristique d'adolescents suicidaires à partir d'observations cliniques ou d'études post-mortem (Shaffer, Garland, Gould, Fisher, & Trautman, 1988; Stephens, 1987). D'autres recherches conduites auprès d'adolescents doués intellectuellement suggèrent que ces jeunes seraient particulièrement enclins au suicide en raison de leur perfectionnisme extrême (Blatt, 1995; Delisle, 1990; Hayes & Sloat, 1989).

Récemment, quelques études empiriques ont examiné de façon spécifique la relation entre le perfectionnisme en tant que concept multidimensionnel et les

comportements suicidaires dans des populations cliniques d'adolescents. Hewitt et al. (1997) démontrent que le perfectionnisme est significativement associé à des niveaux plus élevés d'idéations suicidaires auprès d'adolescents en milieu psychiatrique présentant des diagnostics divers tels que dépression, troubles de l'adaptation, schizophrénie (ou autres troubles psychotiques) et troubles anxieux. Boergers et al. (1998) observent auprès d'adolescents hospitalisés suite à une tentative de suicide que ceux qui rapportent avoir fait une tentative dans le but de mourir présentent des niveaux significativement plus élevés de perfectionnisme, comparativement à ceux qui rapportent d'autres motifs (p. ex., obtenir un soulagement). Dans une autre recherche conduite auprès d'adolescents hospitalisés suite à une tentative de suicide, le perfectionnisme est significativement associé au désespoir (Donaldson et al., 2000). Bien qu'atténuée, cette association perfectionnisme-désespoir demeure significative une fois l'effet des cognitions dépressives (notamment l'autocritique) contrôlé. Dans les trois études précédentes réalisées auprès de populations cliniques d'adolescents, c'est la dimension sociale du perfectionnisme, soit le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA), qui est associée aux comportements suicidaires.

Dans des populations non cliniques d'adolescents, une seule recherche empirique est répertoriée. Il s'agit d'une étude épidémiologique effectuée auprès d'une population générale d'enfants et d'adolescents et qui indique que le perfectionnisme n'augmente pas de façon significative le risque suicidaire une fois pris en compte les diagnostics psychiatriques (tels les troubles dépressifs ou anxieux) (Gould et al., 1998). Toutefois, cette recherche n'utilise pas un outil d'évaluation spécifique mesurant différentes dimensions

du perfectionnisme. Ce dernier est évalué à l'aide d'une sous-échelle mesurant les troubles anxieux issue du « Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 » (DISC-2.3; Shaffer et al., 1996) et qui se rapporte uniquement à des composantes personnelles du perfectionnisme. De plus, la consistance interne de cette sous-échelle est faible avec un alpha de Cronbach de .46 (Gould et al., 1998). Le perfectionnisme a cependant été significativement associé aux tendances suicidaires auprès de populations non cliniques composées de jeunes adultes. Ainsi, une étude réalisée auprès d'étudiants universitaires révèle que les deux dimensions du perfectionnisme (POS et PPA) contribuent à discriminer de façon significative entre les suicidaires et les non-suicidaires tout en contrôlant pour la dépression et le désespoir (Hewitt et al., 1994). Dans une autre recherche conduite auprès d'étudiants universitaires, seul le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA) a été significativement associé aux tendances suicidaires (Dean, Range, & Goggin, 1996). Par ailleurs, les deux dimensions du perfectionnisme ont été significativement associées à la symptomatologie dépressive, souvent reliée au comportement suicidaire (p. ex., Baron, 1993), dans une recherche réalisée auprès d'étudiants de niveau postsecondaire âgés entre 17 et 19 ans (Hayward & Arthur, 1998). Dans cette dernière étude, le PPA révèle, toutefois, une corrélation plus forte avec la symptomatologie dépressive comparativement à l'autre dimension (POS).

Certains auteurs soulignent l'importance de considérer les différences liées au sexe dans la relation entre le perfectionnisme et le suicide chez l'adolescent. Ainsi, Marks et Haller (1977) identifient le perfectionnisme comme une caractéristique différenciant les garçons suicidaires des autres garçons perturbés émotionnellement, auprès d'adolescents

en milieu clinique. Chez les filles de cet échantillon, cette différence n'a pas été trouvée. Stephens (1987) s'est intéressé à un groupe d'adolescentes obéissantes et perfectionnistes comme étant davantage à risque pour le suicide en raison de leur incapacité à extérioriser leur colère. De plus, ces adolescentes utiliseraient davantage des méthodes violentes pour mettre fin à leurs jours (Stephens, 1987). Dans l'étude de Donaldson et al. (2000) réalisée auprès d'adolescents hospitalisés suite à une tentative de suicide, les filles présentent des niveaux significativement plus élevés de PPA (perfectionnisme prescrit par autrui) comparativement aux garçons. Par contre, d'autres recherches ne démontrent pas de différences significatives liées au sexe quant à la relation entre le perfectionnisme et les comportements suicidaires et ce, tant chez l'adolescent que chez l'adulte (Gould et al., 1998; Hewitt et al, 1992, 1994, 1997).

### Hypothèses de recherche

En résumé, quelques études empiriques ont récemment examiné les relations entre certaines dimensions du perfectionnisme, soit le perfectionnisme orienté vers soi (POS) et le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA), et les comportements suicidaires dans des populations cliniques d'adolescents. Les résultats indiquent que le PPA est associé aux comportements suicidaires dans ces populations cliniques. Dans des populations générales d'adolescents, aucune étude de ce type n'est répertoriée. Toutefois, certaines recherches ont été réalisées auprès de populations non cliniques composées soit d'adolescents plus âgés (17-19 ans), soit de jeunes adultes (étudiants universitaires), en lien avec les comportements suicidaires ou la symptomatologie dépressive et les résultats obtenus sont

équivoques. En effet, alors que deux études ont associé les deux dimensions du perfectionnisme (POS et PPA) aux comportements suicidaires ou à la symptomatologie dépressive dans ces populations non cliniques, une troisième recherche a démontré une association uniquement avec le PPA. Somme toute, les études révèlent, dans l'ensemble, que bien que les deux dimensions du perfectionnisme peuvent être associées aux comportements suicidaires ou à la symptomatologie dépressive chez l'adolescent et le jeune adulte, notamment auprès de populations non cliniques, le PPA semble associé plus fortement ou de façon plus constante comparativement au POS.

Étant donné la prévalence élevée des tendances suicidaires chez les adolescents (incluant tentatives de suicide et idéations suicidaires sérieuses) et que les tendances suicidaires sont souvent considérées, dans les écrits, comme des facteurs de risque de comportements suicidaires plus graves, il apparaît important d'évaluer si les dimensions du perfectionnisme sont associées aux tendances suicidaires auprès de populations non cliniques d'adolescents. La présente recherche a donc pour objectif d'examiner les relations entre le perfectionnisme orienté vers soi (POS), le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA) et les tendances suicidaires auprès d'un échantillon d'adolescents en milieu scolaire.

À partir de ces considérations, les hypothèses de recherche suivantes ont été formulées:

H 1 : Les adolescents qui présentent des tendances suicidaires obtiennent un résultat significativement plus élevé que les non-suicidaires à l'échelle de perfectionnisme orienté vers soi (POS)

H 2 : Les adolescents qui présentent des tendances suicidaires obtiennent un résultat significativement plus élevé que les non-suicidaires à l'échelle de perfectionnisme prescrit par autrui (PPA).

H 3 : Le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA) a un pouvoir discriminant significativement supérieur entre suicidaires et non-suicidaires, comparativement au perfectionnisme orienté vers soi (POS).

Par ailleurs, les écrits rapportent dans l'ensemble des tendances suicidaires significativement plus élevées chez les filles (incluant tentatives et idéations) comparativement aux garçons. Quant aux études ayant examiné les différences liées au sexe relativement aux dimensions du perfectionnisme (POS et PPA) et aux liens potentiels de ces dimensions avec les tendances suicidaires chez l'adolescent, elles sont peu nombreuses et les résultats s'avèrent peu concluants. En regard de cela, la question de recherche suivante a été formulée :

Q1 : Y-a-t-il des différences significatives entre les filles et les garçons quant aux principales variables à l'étude, soit les tendances suicidaires et les dimensions du perfectionnisme (POS et PPA), et quant aux hypothèses élaborées précédemment?

*Méthode*

## Participants

Les adolescents qui ont participé à la présente étude proviennent d'une école secondaire du secteur public de la région du Saguenay-Lac-St-Jean. Trois cent soixantequinze élèves ont été recrutés de façon aléatoire parmi 14 groupes-classes répartis également entre les niveaux secondaire III, IV et V du programme d'enseignement régulier (échantillonnage par grappes). De ce nombre, 366 jeunes ont accepté de participer à la recherche sur une base volontaire. Quatre d'entre eux ont dû être retirés de l'étude en raison du nombre élevé de données manquantes de leur questionnaire. L'échantillon final totalise donc 362 adolescents, dont 191 filles et 171 garçons, et qui se répartissent comme suit : secondaire III ( $n = 120$ ), secondaire IV ( $n = 145$ ) et secondaire V ( $n = 97$ ). L'âge des participants varie entre 14 et 17 ans ( $M = 15.3$ ).

## Instruments de mesure

Les données de l'étude ont été recueillies par le biais d'un questionnaire auto-administré. Le questionnaire comme tel, accompagné d'une description du protocole d'expérience, a été préalablement soumis au Comité institutionnel de déontologie de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (CIDRE-UQAC). Après avoir étudié le projet, le comité a émis un certificat de déontologie (voir Appendice A) attestant qu'il était conforme aux exigences du code de déontologie telles qu'appliquées à l'UQAC.

Le questionnaire présenté en Appendice B se divise en trois principales sections. La première vise à mesurer les dimensions du perfectionnisme (POS, PPA et POA). La seconde vise à évaluer les tendances suicidaires, incluant tentatives passées et idéations sérieuses. Une troisième section du questionnaire a trait au profil sociodémographique du répondant permettant de décrire l'échantillon actuel<sup>1</sup>. À la toute fin, un espace est réservé aux commentaires des participants. Les échelles utilisées pour construire le questionnaire sont décrites ci-dessous avec leurs propriétés psychométriques.

Les dimensions du perfectionnisme ont été mesurées à l'aide de l'instrument intitulé : *Échelle multidimensionnelle de perfectionnisme* (EMP : Labrecque, Stephenson, Boivin, & Marchand, 1998; version québécoise francophone du MPS, Hewitt & Flett, 1989) (voir Appendice B, p. 113). L'EMP comporte trois sous-échelles de 15 items chacune mesurant : (a) le perfectionnisme orienté vers soi (POS) (p. ex., *Je m'établis des normes très élevées*), (b) le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA) (p. ex., *Mon entourage s'attend à ce que je réussisse en tout*) et (c) le perfectionnisme orienté vers autrui (POA) (p. ex., *Tout ce que les autres font doit être d'excellente qualité*)<sup>2</sup>. Le répondant indique sur une échelle de type Likert allant de 1 (*totalelement en désaccord*) à 7 (*totalement en accord*) dans quelle mesure l'item correspond à sa façon d'agir ou de penser. Plusieurs items sont inversés et les résultats aux sous-échelles sont calculés de telle sorte que des scores plus élevés indiquent un degré plus élevé de perfectionnisme. Les

<sup>1</sup> Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon sont présentées à la section « Résultats ».

<sup>2</sup> Tel que mentionné précédemment, les données relatives à l'échelle POA n'ont pas été analysées dans le cadre de la présente étude, cette dimension du perfectionnisme ne s'appliquant pas à l'adolescent.

auteurs ne recommandent pas le calcul d'un score global de perfectionnisme. La méthode de validation transculturelle de l'EMP est inspirée de celle de Vallerand (1989). L'étude de validation réalisée auprès de trois échantillons (groupe clinique, étudiants universitaires et travailleurs) révèle une cohérence interne très satisfaisante pour chacune des trois sous-échelles, avec des coefficients alpha de Cronbach allant de .88 à .92 pour le POS, de .87 à .88 pour le PPA et de .82 à .83 pour le POA. En ce qui a trait à la structure factorielle, les résultats de l'analyse en composantes principales (avec rotation orthogonale) révèlent trois facteurs qui correspondent à chacune des sous-échelles : POS, PPA et POA. L'EMP possède une stabilité temporelle adéquate avec des coefficients de fidélité test-retest sur une période de 8 semaines allant de .77 à .85 (données disponibles uniquement pour le groupe d'étudiants). La validité de construit s'avère satisfaisante, les sous-échelles de l'EMP étant corrélées avec les concepts théoriquement reliés (validité convergente) tels que l'Échelle des standards personnels (Rhéaume et al., 1994; version française du Multidimensional Perfectionism Scale, Frost et al., 1990), et n'étant pas corrélées avec les concepts non reliés (validité discriminante) tels que l'Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait (version française du « State-Trait Anxiety Inventory », Spielberger, Gorsuch, & Luchene, 1970, cité dans Labrecque et al., 1998). Enfin, il y aurait peu de biais dans les réponses au test, aucune des sous-échelles de l'EMP n'étant significativement reliée à l'indice de désirabilité sociale dérivé de l'Inventaire clinique multiaxial II (version française du « Millon Clinical Multiaxial Inventory », Millon, 1987). Dans l'ensemble, les qualités psychométriques obtenues dans la version québécoise sont similaires à celles de la version originale (Labrecque et al., 1998). L'administration d'une forme parallèle de

l'instrument à un proche ou à un clinicien telle qu'utilisée dans la version originale n'a, toutefois, pas été réalisée avec la version québécoise.

Les *tendances suicidaires* ont été évaluées à l'aide de l'instrument intitulé : *Expérience des jeunes de niveau secondaire* élaboré par Tousignant, Bastien, Hamel, Robitaille, & Hanigan, 1987. Pour la présente recherche, seules les questions relatives au thème du suicide ont été retenues (voir Appendice B, p. 116) (les autres items relatifs aux comportements et attitudes des parents à l'égard du jeune ont été retirés, ne faisant pas l'objet de l'étude actuelle). Ces questions au nombre de 13 sont inspirées des critères d'évaluation du potentiel suicidaire élaborés par Zung (1974) et par Adam (1973); huit questions se rapportent aux idéations suicidaires, trois aux tentatives de suicide et deux se rapportent à la fois aux idéations et aux tentatives. La compilation des réponses permet de regrouper les répondants en deux catégories principales soit : « suicidaire » et « non-suicidaire ». La catégorie « suicidaire » comprend les individus qui ont déjà tenté de se suicider et ceux qui ont des idéations suicidaires sérieuses. Un jeune qui déclare avoir déjà fait une tentative de suicide est donc automatiquement classé dans la catégorie « suicidaire ». Les auteurs ont appliqué un algorithme comprenant cinq critères pour définir les idéations suicidaires sérieuses. Les idéations sont jugées sérieuses si le répondant : (1) a prévu des moyens ou élaboré des plans concrets; (2) a entretenu de telles idéations au cours des 3 dernières années et (3) répond à deux des trois critères suivants : (a) a pensé à se suicider au moins 3 fois au cours de sa vie; (b) a entretenu une idéation suicidaire pendant 2 semaines ou plus; (c) a cru que le moyen choisi avait au moins quelques chances de le faire mourir ou a cru qu'il réaliseraient vraiment son suicide. Un

jeune qui répond aux critères 1, 2 et 3c fait partie de la catégorie « cas limite ». Dans le cadre de la présente étude, les cas limites ont été inclus dans la catégorie suicidaire en raison de considérations d'ordre déontologique et clinique. Bien que cet outil repose sur des critères cliniques plutôt que statistiques, ces critères ont été établis de façon rigoureuse tenant compte à la fois de la durée, de la fréquence, de la persistance, du degré de gravité des idéations, de la présence d'un plan ou d'un moyen ainsi que des tentatives passées. Une étude de validation a été réalisée par le biais d'une entrevue individuelle subséquente reprenant les questions sous forme semi-structurée. Les résultats ont démontré que les individus qui répondent à ces critères et qui rapportent des tendances suicidaires ont traversé une crise relativement grave (Tousignant & Hanigan, 1986; Tousignant et al., 1993). Ce questionnaire a été utilisé à plusieurs reprises dans des études sur le suicide auprès d'adolescents québécois, ceci permettant d'établir des données comparatives (Côté et al., 1990; Deschesnes et al., 1997; Simon, 1991; Tousignant et al., 1988, 1993). Il a permis, notamment, d'associer les tendances suicidaires chez les adolescents à des variables telles que la séparation ou le divorce des parents (Tousignant et al., 1988) et la négligence du père (Tousignant et al., 1993).

### Déroulement

Dans un premier temps, l'autorisation pour mener cette étude a été obtenue par la direction de l'École Polyvalente Charles-Gravel de Ville de Saguenay (voir Appendice C). L'expérimentation s'est déroulée en octobre 2001 par la responsable du projet assistée d'une étudiante à la maîtrise en psychologie de l'UQAC préalablement formée à cet effet.

Les questionnaires ont été administrés par groupes-classes sur un mode d'autopassation (questionnaire écrit) à l'intérieur des cours réguliers. La responsable a d'abord expliqué brièvement le contexte de l'étude, soit : « Une recherche universitaire visant à mieux connaître le vécu des adolescents au Saguenay-Lac-St-Jean et certaines difficultés émotionnelles que les jeunes peuvent vivre, dont les idées suicidaires ». Le questionnaire accompagné d'un formulaire de consentement a ensuite été distribué à chaque élève en leur demandant d'attendre les consignes avant de commencer à répondre. Une liste des services d'aide disponibles du milieu (élaborée en collaboration avec une intervenante des Services complémentaires aux élèves de l'école) a également a été distribuée à chacun (Appendice D). Les étudiants étaient invités à conserver cette liste en cas de besoin. Puis, l'expérimentatrice a lu à voix haute le formulaire de consentement afin d'expliquer exactement aux jeunes en quoi consiste la recherche. Le formulaire de consentement présenté à l'Appendice E porte sur : la description du projet (buts et nature de l'étude, durée, retombées éventuelles); les modalités relatives à leur participation (base volontaire, option de se retirer en tout temps et ce, sans préjudice); les bénéfices et les risques associés à leur participation; et, enfin, les modalités et dispositions concernant l'anonymat (questionnaires identifiés par des numéros seulement), la confidentialité des données ainsi que la diffusion des résultats. Les adolescents ont été informés de l'exception relative à la Loi sur la protection de la jeunesse en vertu de laquelle ils seraient contactés afin de les aider à obtenir de l'aide, dans le cas où ils présenteraient des idéations suicidaires élevées et tel que spécifié dans le formulaire de consentement.

Après s'être assuré du consentement libre et éclairé des participants par la signature du formulaire de consentement, la responsable du projet a procédé à l'administration du questionnaire. Les directives inscrites en première page et décrivant le contenu ainsi que la tâche à effectuer ont d'abord été lues à voix haute aux étudiants (voir Appendice B, p. 112). Pendant que les participants complétaient le questionnaire, la responsable de l'étude est demeurée disponible pour répondre aux questions.

Une fois la passation terminée, l'ensemble des questionnaires et des formulaires de consentement ont été ramassés puis placés séparément dans deux enveloppes distinctes. Quelques minutes étaient alors réservées pour rappeler aux adolescents de ne pas hésiter à demander de l'aide ou à en parler avec une personne d'un service d'aide ou à un adulte en qui ils avaient confiance, s'ils éprouvaient des réactions indésirables en rapport avec certains sujets abordés dans le questionnaire. L'administration des questionnaires (incluant le temps de présentation et les directives) a duré environ 40 minutes par groupe-classe.

L'échelle mesurant les tendances suicidaires a été corrigée par la responsable du projet dans les 24 heures suivant la passation, afin que les adolescents évalués comme « suicidaires » puissent être relancés rapidement. À cet effet, un système de numérotation préétabli permettait de jumeler, au besoin, un questionnaire donné avec le formulaire de consentement correspondant. Les adolescents identifiés comme suicidaires ont, dès lors, été référés à l'intervenant désigné de l'école conformément à l'entente préalablement établie avec la direction et le personnel des Services complémentaires aux élèves de l'établissement (psychologue et intervenants). Tel que mentionné aux participants, outre

cette mesure d'exception, tous les renseignements recueillis ont été gardés confidentiels. Les questionnaires et les formulaires de consentement sont présentement conservés sous clé à l'Université du Québec à Chicoutimi.

### Plan de l'expérience

Il s'agit d'une étude transversale de type corrélationnel qui utilise un plan de recherche  $2 \times 2$  à quatre groupes indépendants. Étant donné la nature catégorielle de la variable considérée comme dépendante dans le contexte de cette recherche (suicidaire/non-suicidaire), la taille de l'échantillon a été établie en se référant aux critères utilisés en analyse de fréquence multivariée et en régression logistique (Tabachnik & Fidell, 1996). Le nombre minimal de participants pour les fins de l'analyse est déterminé en multipliant par 5 le nombre de cellules du devis. Dans le cas présent, un minimum de  $5 \times 2$  dimensions du perfectionnisme  $\times 2$  sexes, soit 20 cas sont requis. La taille de l'échantillon actuel a été fixée en tenant compte, également, de la prévalence des tendances suicidaires généralement rapportée dans la population à l'étude (soit environ 12%) et de la prévalence 2 à 3 fois plus élevée des tendances suicidaires chez les filles comparativement aux garçons (filles : environ 17% ; garçons : environ 7%). Ainsi, pour obtenir un minimum de cinq garçons et de cinq filles suicidaires pour chacune des deux dimensions du perfectionnisme, un nombre de 150 participants de chaque sexe était requis.

## *Résultats*

La présentation des résultats de cette recherche se divise en deux parties principales. En premier lieu, les analyses statistiques effectuées sont décrites globalement. Par la suite, les résultats obtenus aux différentes analyses sont présentés; ces résultats comprennent d'abord les analyses préliminaires, suivies des analyses statistiques évaluant la relation entre les dimensions du perfectionnisme, le sexe et les tendances suicidaires.

### Présentation des analyses statistiques

Les analyses préliminaires comportent des statistiques descriptives se rapportant aux caractéristiques sociodémographiques des participants ainsi qu'à la prévalence des adolescents suicidaires au sein de l'échantillon avec leurs caractéristiques. Elles comportent, de plus, des statistiques relatives à la vérification de certains postulats de base tels le contrôle de l'équivalence entre les groupes (suicidaires/non-suicidaires) ainsi qu'une validation de l'échelle du perfectionnisme. Les moyennes obtenues aux deux sous-échelles du perfectionnisme (POS et PPA) ont été calculées, puis comparées selon le sexe à l'aide de tests *t*. Des analyses de variance ont ensuite été effectuées pour comparer les moyennes obtenues par les adolescents suicidaires et les non-suicidaires sur les dimensions du perfectionnisme en lien avec les deux premières hypothèses de recherche. Enfin, des analyses de régression logistique ont été réalisées dans le but de prédire les tendances suicidaires de type dichotomique (ou catégoriel) sur la base des dimensions du perfectionnisme en rapport avec l'hypothèse principale (hypothèse 3). Les différences

liées au sexe se rapportant à la question de recherche ont été examinées à l'intérieur du même modèle. La régression logistique est d'abord décrite théoriquement suivie de la présentation des résultats.

## Analyses préliminaires

### *Caractéristiques sociodémographiques des participants*

Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants. Les filles représentent 52.8% de l'échantillon total et les garçons, 47.2%. L'âge moyen des répondants est de 15.3 ans ( $\bar{ET} = 0.83$ ). Les trois quarts d'entre eux (75.9%) sont âgés de 15 ou de 16 ans; seulement 5.3% des jeunes sont âgés de 17 ans (aucun n'est âgé de 18 ans). Le nombre de participants est légèrement inférieur en secondaire V (26.8%), qu'en secondaire III (33.1%) ou IV (40.1%). Les parents des adolescents sont mariés dans 72.2% des cas (dont 4.7% vivant en union de fait); près du quart (24.2%) sont divorcés ou séparés. Sept jeunes sur dix (70.4%) vivent avec leurs deux parents, 15.7% vivent dans une famille recomposée et 9.1% dans une famille monoparentale. Moins du tiers des répondants (31.2%) travaillent en plus de leurs études; la majorité d'entre eux (87.9%) travaillent 15 heures et moins par semaine. Quant à la moyenne académique générale, près de la moitié des étudiants de l'échantillon (45.8%) se situent entre 70% et 80%; l'autre moitié se répartit à peu près également entre des moyennes académiques de 80% et plus (27.7%) et de 70% et moins (26.5%). Environ la moitié des mères et des pères des adolescents ont complété des études de niveau secondaire (mères : 53%; pères : 51.9%) ou

postsecondaire (mères : 42.9%; pères : 43.1%). Un faible pourcentage de parents ont complété uniquement des études de niveau primaire (mères : 4%; pères : 5%). La presque totalité des pères (98.2%) occupent un emploi comparativement à 75% des mères; 20.6% d'entre elles demeurent à la maison. Pour près de 70% de l'échantillon total (69.4%), le revenu annuel brut familial (mère et père réunis) se situe entre 30,000 \$ et 79,999 \$. Ce dernier résultat ne peut cependant être généralisé à l'ensemble de l'échantillon en raison du nombre élevé de données manquantes ( $n = 120$ ).

Tableau 1

## Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques des participants	Résultats	
	<i>n</i>	%
<b>Sexe</b>		
Féminin	191	52.8
Masculin	171	47.2
<b>Âge</b>		
14	68	18.8
15	146	40.3
16	129	35.6
17	19	5.3
<b>Niveau scolaire</b>		
Secondaire III	120	33.1
Secondaire IV	145	40.1
Secondaire V	97	26.8
<b>Statut marital des parents</b>		
Mariés/Union de fait	260	72.2
Séparés/Divorcés	87	24.2
Veuf(ve)	10	2.8
Célibataire	3	0.8
<b>Habite avec</b>		
2 parents	254	70.4
Monoparental mère	22	6.1
Monoparental père	11	3.0
Recomposée mère	46	12.7
Recomposée père	11	3.0
Autre (garde partagée, grands parents)	17	4.7
<b>Travail</b>		
Oui	113	31.2
Non	249	68.8
<b>Nombres d'heures de travail par semaine</b>		
15 heures et moins	94	87.9
Plus de 15 heures	13	12.1

*Note.* En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 362 individus dans tous les cas.

## Caractéristiques sociodémographiques des participants (suite)

Caractéristiques des participants (suite)	Résultats	
	<i>n</i>	%
<b>Moyenne académique générale</b>		
80% et plus	99	27.7
70 à 80%	164	45.8
70% et moins	95	26.5
<b>Revenu familial brut (père et mère réunis)</b>		
Moins de 10,000 \$	0	0.0
10,000 à 29,999 \$	23	9.5
30,000 à 59,999 \$	98	40.5
60,000 à 79,999 \$	70	28.9
80,000 \$ et plus	51	21.1
<b>Caractéristiques des parents</b>		
	<b>Mère</b>	
	<i>n</i>	%
<b>Scolarité</b>		
Primaire	14	4.0
Secondaire et DEP <sup>a</sup>	185	53.0
Collégial	101	28.9
Universitaire	49	14.0
	<b>Père</b>	
	<i>n</i>	%
<b>Occupation</b>		
Cadre, profession libérale	35	10.1
Ouvrier(ère), technicien(ne)	224	64.9
Chômage et aide sociale	3	0.9
À la maison	71	20.6
Autre (étudiant(e), retraité(e), invalide)	12	3.5

*Note.* En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 362 individus dans tous les cas.

<sup>a</sup>Diplôme d'études professionnelles.

*Prévalence et caractéristiques des adolescents suicidaires*

Tel que le Tableau 2 l'indique, les adolescents présentant des tendances suicidaires représentent 11.3% de l'échantillon total, soit environ un jeune sur neuf. Parmi eux, plus de la moitié (6%) déclarent avoir fait une tentative de suicide, tandis que 5.3% ont des idéations suicidaires sérieuses (incluant 1.4% de cas limites). Par ailleurs, 23.8% des répondants présentent des idéations suicidaires jugées non sérieuses (selon les critères utilisés). Le taux de tentatives est 3 fois plus élevé chez les filles (8.9%) que chez les garçons (2.9%) et les filles sont 2 fois plus nombreuses (6.8%) que les garçons (3.5%) à présenter des idéations suicidaires sérieuses. Chez les filles, ce sont les 14-15 ans qui présentent les taux les plus élevés de tendances suicidaires (17.6%), soit plus d'une adolescente sur six, alors que chez les garçons ce sont les 16-17 ans (10.5%), soit plus d'un adolescent sur 10. Plus de la moitié (57.1%) des tentatives de suicide ont eu lieu au cours de la dernière année dont le tiers (33.3%) il y a moins de 6 mois. Moins d'un dixième des adolescents suicidaires (9.5%) disent avoir consulté un médecin ou visité l'urgence d'un hôpital à la suite de leur tentative. La très grande majorité des suicidaires (93.2%) ont eu des idéations sérieuses au cours des 12 derniers mois.

Tableau 2  
Prévalence des tendances suicidaires

Groupes	Filles		Garçons		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Suicidaires</b>						
Tentatives	17	8.9	5	2.9	22	6.0
Idéations sérieuses	9	4.7	5	2.9	14	3.9
Cas limites	4	2.1	1	0.6	5	1.4
Sous-total	30	15.7	11	6.4	41	11.3
<b>Non-suicidaires</b>						
Idéations non sérieuses	56	29.3	30	17.5	86	23.8
Aucune idéation	105	55.0	130	76.0	235	64.9
Sous-total	161	84.3	160	93.6	321	88.7
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>100.0</b>	<b>171</b>	<b>100.0</b>	<b>362</b>	<b>100.0</b>

Les moyens les plus fréquemment employés ou envisagés par les jeunes pour mettre fin à leurs jours sont : la lacération des poignets (45.2%), l'intoxication (par médicaments ou autre : 34.3%) et la pendaison (27.1%). Les filles mentionnent le plus souvent la lacération des poignets (52.2%), tandis que pour les garçons la pendaison (32.5%) vient en premier rang. La majorité des suicidaires (75.6%) disent s'être confié à quelqu'un. Ce pourcentage tend à augmenter en fonction des catégories de tendances suicidaires avec des taux variant de 57% pour les idéations non sérieuses, à 68.4% pour les idéations sérieuses et à 81.8% pour les tentatives. Les confidents privilégiés sont les amis (dans 76.3% des cas), suivis de la mère (15%) et d'un membre de la fratrie (12.5%). Plus de la moitié (58.7%) des jeunes en ont retiré un certain réconfort alors que le tiers (33.3%)

ont reçu une réaction négative telle que le jugement ou de la détresse. Les adolescents identifient principalement comme cause de leurs pensées ou tentative de suicide : les problèmes familiaux (33%), les problèmes sentimentaux (32%) suivis des problèmes scolaires (14%). Les filles citent plus souvent les problèmes familiaux (34.5%) et les problèmes sentimentaux (27.6%), tandis que pour les garçons les problèmes familiaux, les problèmes sentimentaux et les problèmes avec les amis viennent tous trois en premier rang (avec chacun 22.2%). Par ailleurs, les garçons sont plus nombreux (22.2%) que les filles (3.5%) à n'identifier aucune cause à leurs tendances suicidaires. Enfin, près de la moitié des jeunes (43%) identifient plus d'une cause à leurs pensées ou tentative de suicide.

#### *Contrôle de l'équivalence des groupes*

Le contrôle de l'équivalence des groupes a été effectué en comparant les moyennes obtenues par les adolescents suicidaires et les non-suicidaires sur l'ensemble des variables sociodémographiques. Tel que rapporté dans les écrits, la variable sexe permet de distinguer entre les deux groupes, les filles étant 2½ fois plus nombreuses à présenter des tendances suicidaires (15.7%) comparativement aux garçons (6.4%), ( $\chi^2(1, N = 362) = 7.73, p < .01$ ). Des différences s'observent également quant à la scolarité du père, les jeunes dont le père a complété des études de niveau collégial étant 2 fois moins nombreux chez les suicidaires (13.5%) que chez les non-suicidaires (26.7%), ( $\chi^2(5, N = 341) = 12.34, p < .05$ ). Aucune autre différence significative n'est observée en regard des variables sociodémographiques, ce qui suggère une bonne équivalence entre les groupes.

*Validation de l'échelle du perfectionnisme et moyennes obtenues  
aux deux sous-échelles (POS et PPA)*

La validation de l'échelle du perfectionnisme réalisée avec les données recueillies démontre une cohérence interne satisfaisante pour les dimensions POS et PPA avec des coefficients alpha de Cronbach respectifs de .85 et .83. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus auprès d'étudiants universitaires québécois francophones avec une moyenne d'âge égale à 23.9 ans (Labrecque et al., 1998), de même qu'à ceux obtenus auprès d'étudiants universitaires canadiens anglais avec des moyennes d'âge égales à 21 et à 22.1 ans (Hewitt & Flett, 1991b). La moyenne du score global obtenu au POS par l'échantillon total est égale à 65.09 ( $\bar{ET} = 13.63$ ). La moyenne du score global obtenu au PPA est égale à 48.34 ( $\bar{ET} = 12.76$ ). Ces résultats sont comparables à ceux observés dans une population canadienne anglophone âgée entre 17 et 19 ans (Hayward & Arthur, 1998) ainsi qu'à ceux observés dans une population américaine avec une moyenne d'âge égale à 21.9 ans (Dean & Range, 1996). Un test *t* révèle que la moyenne des garçons à l'échelle du PPA ( $M = 49.88$ ) est significativement plus élevée que la moyenne des filles ( $M = 46.96$ ), ( $t(360) = -2.18$ ,  $p < .05$ ).

Comparaisons entre adolescents suicidaires et non-suicidaires  
sur les deux dimensions du perfectionnisme en fonction du sexe

Les résultats présentés aux Tableaux 3 pour le POS et 4 pour le PPA comparent les scores moyens obtenus par les deux groupes (suicidaires/non-suicidaires) aux deux sous-échelles du perfectionnisme. Une analyse de variance univariée à deux facteurs (généralisation du test de Student) a été effectuée afin d'intégrer la variable sexe. De plus, en raison de la nature des variables à l'étude, l'âge et la moyenne académique générale ont été évaluées à titre exploratoire par le biais de la même méthode d'analyse. Les moyennes calculées sont des LSMeans (Least Squares Means) qui tiennent compte du nombre inégal de suicidaires et de non-suicidaires, ainsi que du nombre inégal de filles et de garçons suicidaires. Aucune différence significative n'est observée entre les suicidaires ( $M = 4.43$ ) et les non-suicidaires ( $M = 4.34$ ) quant aux moyennes obtenues à l'échelle du POS ( $F (1, 358) = 0.31, p > .10$ ). L'hypothèse 1 selon laquelle les suicidaires obtiennent un résultat significativement plus élevé que les non-suicidaires à cette échelle du perfectionnisme (POS) n'a donc pu être confirmée. Il est à noter que le POS augmente en fonction de la moyenne académique générale ( $F (2, 352) = 4.07, p < .05$ ); ce résultat ne distingue cependant pas entre les deux groupes (suicidaires/non-suicidaires) ( $F (2, 352) = 0.36, p > .10$ ).

Par ailleurs, les adolescents suicidaires obtiennent en moyenne un score significativement plus élevé ( $M = 3.73$ ) que les non-suicidaires ( $M = 3.17$ ) à l'échelle du PPA ( $F (1, 358) = 13.08, p < .001$ ) conformément à l'hypothèse 2. Bien que la moyenne

des garçons ( $M = 3.62$ ) s'avère significativement plus élevée à cette échelle (PPA) que celle des filles ( $M = 3.28$ ) ( $F (1, 358) = 4.66, p < .05$ ), cette différence apparaît la même d'un groupe à l'autre (suicidaires/non-suicidaires) ( $F (1, 358) = 0.52, p > .10$ ). En ce qui concerne l'âge, les résultats ne révèlent aucune différence significative entre les deux groupes (suicidaires/non-suicidaires) ni pour le POS ( $F (1, 358) = 0.24, p > .10$ ) ni pour le PPA ( $F (1, 358) = .49, p > .10$ ).

Tableau 3

Analyse de variance des résultats des deux groupes (suicidaires/non-suicidaires) à l'échelle POS<sup>a</sup> en fonction du sexe et de la moyenne académique générale

Source de variation	dl	Carré moyen	F	p
Groupe	1	0.26	0.31	.5760
Sexe	1	0.58	0.70	.4048
Groupe × Sexe	1	0.25	0.30	.5872
Résiduel	358	0.83		
Total	361			
Groupe	1	0.46	0.56	.4533
Moyenne académique générale	2	3.31	4.07	.0179*
Groupe × Moyenne académique générale	2	0.29	0.36	.6971
Résiduel	352	0.81		
Total	357			

<sup>a</sup>Perfectionnisme orienté vers soi.

\* $p < .05$ .

Tableau 4

Analyse de variance des résultats des deux groupes (suicidaires/non-suicidaires) à l'échelle PPA<sup>a</sup> en fonction du sexe et de la moyenne académique générale

Source de variation	dl	Carré moyen	F	p
Groupe	1	9.08	13.08	.0003***
Sexe	1	3.23	4.66	.0316*
Groupe × Sexe	1	0.36	0.52	.4707
Résiduel	358	0.69		
Total	361			
Groupe	1	8.98	12.75	.0004***
Moyenne académique générale	2	0.65	0.92	.3976
Groupe × Moyenne académique générale	2	0.46	0.65	.5240
Résiduel	352	0.70		
Total	357			

<sup>a</sup>Perfectionnisme prescrit par autrui.

\* $p < .05$ . \*\*\* $p < .001$ .

Impact des deux dimensions du perfectionnisme et du sexe  
sur la probabilité de présenter des tendances suicidaires

Un modèle de régression logistique a été développé afin d'évaluer la contribution des deux dimensions du perfectionnisme sur les tendances suicidaires en lien avec l'hypothèse principale (H 3). La question de recherche portant sur les différences liées au sexe a été analysée à l'intérieur du même modèle. La présentation des résultats est précédée d'une description théorique de la procédure d'analyse statistique utilisée.

*Modèle de régression logistique*

Devenue une méthode standard d'analyse dans de nombreux secteurs de recherche (dont le domaine médical et épidémiologique), la régression logistique a commencé à s'imposer ces dernières années en psychologie (Grimm & Yarnold, 1995; Howell, 1998; Tabachnik & Fidell, 1996). Cette technique permet d'ajuster une surface de régression à des données dans le contexte d'une variable dépendante catégorielle dont la distribution en fonction d'une variable indépendante continue est non linéaire. La régression logistique permet de prédire l'appartenance à un groupe sur la base d'une combinaison des valeurs des variables prédictrices (Tabachnik & Fidell, 1996). Les méthodes employées dans ce type d'analyse suivent les mêmes principes généraux que ceux utilisés en régression linéaire (Hosmer & Lemeshow, 1989).

L'analyse de la présente recherche a été réalisée par le biais du logiciel SAS via la procédure LOGISTIC (Allison, 1999). La méthode d'estimation des coefficients est celle du maximum de vraisemblance (maximum-likelihood). La première étape consiste à évaluer la relation entre la variable dépendante et l'ensemble des variables utilisées comme prédicteurs (Hosmer & Lemeshow, 1989; Tabachnik & Fidell, 1996). Pour ce faire, la procédure LOGISTIC de SAS effectue un test de rapport de vraisemblance (Test Likelihood Ratio) qui compare un modèle incluant les prédicteurs avec un modèle qui n'en possède pas (tests  $\chi^2$ ). Une différence significative entre les modèles indique qu'au moins un prédicteur semble important pour prédire la variable dépendante.

La signification statistique des coefficients associés à chacun des prédicteurs est ensuite évaluée à l'aide de tests  $\chi^2$  afin de déterminer quelles variables prédisent le résultat et comment elles l'affectent, tout en contrôlant pour les autres variables du modèle (Tabachnik & Fidell, 1996). Des interactions entre les variables peuvent aussi être évaluées. Le but est d'obtenir dans un modèle final le meilleur ajustement possible, tout en minimisant le nombre de paramètres (principe de parcimonie). SAS mesure la force de l'association entre l'ensemble des prédicteurs significatifs et le résultat par le « Max-rescaled R-Square » ( $\bar{R}^2$ ). Il s'agit du coefficient de détermination proposé par Nagelkerke (1991) dans un contexte de régression logistique et dont les valeurs se situent entre 0 et 1. L'équation de régression logistique obtenue (avec l'ensemble des coefficients des variables prédictrices) peut ensuite être utilisée pour prédire les résultats de nouveaux cas sur une base de probabilités (Tabachnik & Fidell, 1996).

La procédure LOGISTIC de SAS fournit également un rapport de cote des coefficients pour les paramètres à caractère continu (Odds Ratio Estimates [OR]). Le rapport de cote représente l'augmentation (ou la diminution si le ratio est inférieur à 1) des chances d'être dans une catégorie de résultat plutôt que dans l'autre lorsque la variable explicative (ou prédictrice) augmente d'une unité; il correspond au « risque relatif » utilisé en sciences de la santé dans le cas des phénomènes rares tel un symptôme précédant une maladie (Tabachnik & Fidell, 1996).

Enfin, SAS LOGISTIC évalue la qualité d'ajustement du modèle (Goodness-of-Fit) par le biais du « Hosmer and Lemeshow Goodness-of-Fit Test » (Hosmer & Lemeshow, 1989) qui mesure la différence entre les fréquences obtenues et les fréquences estimées (test  $\chi^2$ ). Un résultat non significatif indique un bon ajustement. De plus, SAS génère une table de classification permettant d'évaluer, à partir d'un point de coupure de probabilité, dans quelle mesure le modèle final classifie correctement les individus sur la base des variables prédictrices retenues (Tabachnik & Fidell, 1996).

### *Résultats des analyses de régression logistique*

Dans un premier temps, des analyses de régression logistique univariées ont été conduites pour mesurer l'impact de chacune des variables sociodémographiques sur la probabilité de présenter des tendances suicidaires. Les résultats révèlent que seule la variable sexe semble liée à cette probabilité ( $\chi^2(1, N = 362) = 7.27, p < .01$ ). Une première modélisation a ensuite été effectuée en analyse multivariée avec les deux dimensions du

perfectionnisme comme prédicteurs. La variable sexe s'étant révélée significative en analyse univariée, elle a été incluse dans le modèle initial. De plus, l'interaction sexe  $\times$  âge a été introduite à titre exploratoire. Les résultats présentés au Tableau 5 révèlent des coefficients significatifs pour les variables *PPA* ( $p < .001$ ), *sexe* ( $p < .05$ ) et pour l'interaction *sexe*  $\times$  *âge* ( $p < .05$ ). Le POS n'est pas un prédicteur significatif des tendances suicidaires ( $\chi^2(1, N = 362) = 1.46, p > .10$ ). En plus de supporter les données des analyses de variance, les résultats démontrent que le PPA a un pouvoir discriminant supérieur comparativement à l'autre dimension (POS) du fait que son seuil de signification est nettement plus faible. Ces résultats confirment l'hypothèse principale de recherche (hypothèse 3).

Tableau 5

Analyse de régression logistique prédisant les tendances suicidaires en fonction des variables POS<sup>a</sup>, PPA<sup>b</sup>, sexe, et sexe  $\times$  âge : modèle initial

Variables	Maximum de vraisemblance des paramètres				
	B	ÉT B	$\beta$	$\chi^2$	p
POS	- 0.27	0.22	- 0.13	1.46	.2270
PPA	0.91	0.24	0.43	14.74	.0001***
Sexe	- 18.30	7.66	- 5.05	5.70	.0169*
Âge	- 0.29	0.26	- 0.13	1.24	.2650
Sexe $\times$ Âge	1.11	0.49	4.69	5.07	.0243*
CONSTANTE	0.84	3.91		0.05	.8302

<sup>a</sup>Perfectionnisme orienté vers soi.

<sup>b</sup>Perfectionnisme prescrit par autrui.

\* $p < .05$ . \*\*\* $p < .001$ .

Le Tableau 6 présente le modèle final de régression logistique dans lequel seuls les prédicteurs significatifs ont été retenus. Le résultat au test de rapport de vraisemblance (Test Likelihood Ratio) est hautement significatif ( $\chi^2(4, N = 362) = 26.44, p < .0001$ ), ce qui indique qu'au moins une des variables (PPA, sexe et sexe  $\times$  âge) permet de discriminer entre les adolescents suicidaires et les non-suicidaires. Le  $\bar{R}^2$  (Max-rescaled R-Square) obtenu selon le coefficient ajusté de Nagelkerke (1991) révèle que le modèle final contribue à expliquer 13.9% de la variance des tendances suicidaires.

Tableau 6

Analyse de régression logistique prédisant les tendances suicidaires en fonction des variables PPA<sup>a</sup>, sexe, et sexe  $\times$  âge : modèle final

Critère	Statistique d'ajustement du modèle				
	Constante seulement	Constante et covariations	$\chi^2$		
- 2 LOG L	255.77	229.33			
Test de rapport de vraisemblance			26.44 avec 4 dl ( $p < .0001$ )		
$R^2$ (Max-Rescaled R-Square) = 0.1390					
Maximum de vraisemblance des paramètres					
Variables	B	ET B	$\beta$	$\chi^2$	p
PPA	0.78	0.21	0.37	13.79	.0002***
Sexe	- 18.34	7.61	- 5.06	5.81	.0159*
Âge	- 0.32	0.25	- 0.15	1.57	.2102
Sexe $\times$ Âge	1.11	0.49	4.71	5.18	.0228*
CONSTANTE	0.57	3.87		0.02	.8834
Estimation des rapports de cote (OR)					
Effet	Point d'estimation		Intervalles de confiance [95%]		
PPA	2.192		1.449		3.317

<sup>a</sup>Perfectionnisme prescrit par autrui.

\* $p < .05$ . \*\*\* $p < .001$ .

Le Tableau 6 présente également les coefficients de régression pour chacun des paramètres du modèle final. Le *PPA* est un prédicteur significatif avec un coefficient positif de 0.78 ( $\chi^2(1, N = 362) = 13.79, p < .001$ ), ce qui indique que la probabilité d'être suicidaire augmente en fonction du *PPA*. Le rapport de cote (OR) indique qu'une augmentation de une unité du score moyen au *PPA* a pour effet de multiplier le risque d'être suicidaire par 2.19 (Intervalle de confiance exact [IC] à 95% [1.45 - 3.32]). Le *PPA* contribue à expliquer 7.6% de la variance des tendances suicidaires. Cette mesure est obtenue en comparant le  $\bar{R}^2$  du modèle final avec ( $\bar{R}^2 = .1390$ ) et sans ( $\bar{R}^2 = .0633$ ) cette variable. (La différence entre ces deux  $\bar{R}^2$ , soit .0757, est donc attribuable au *PPA*.) Ainsi, près de 55% de la variance expliquée du modèle final correspond exclusivement au *PPA* (soit .0757/.1390), ce qui indique que cette variable est la plus importante dans le modèle.

Le *sexe* est un prédicteur significatif avec un coefficient de -18.34 ( $\chi^2(1, N = 362) = 5.81, p < .05$ ). La valeur négative du coefficient indique, pour une même valeur de *PPA*, une probabilité d'être suicidaire plus élevée chez les filles ( $B = 0$ ) que chez les garçons ( $B = -18.34$ )<sup>1</sup>. De plus, les résultats démontrent une interaction *sexe*  $\times$  *âge* significative avec un coefficient de 1.11 ( $\chi^2(1, N = 362) = 5.18, p < .05$ ). Ceci indique que la différence entre les sexes n'est pas constante d'un âge à l'autre. Des test  $\chi^2$  ont été effectués pour comparer la probabilité d'être suicidaire entre les garçons et les filles par niveau d'âge (avec une valeur moyenne du score au *PPA*, soit 3.22). Les résultats illustrés à la Figure 1 montrent qu'à l'âge de 14 et 15 ans, les filles sont significativement plus à risque que les

---

<sup>1</sup> Il est à noter que dans la programmation LOGISTIC de SAS, le code 0 a été attribué au sexe féminin et le code 1 au sexe masculin.

garçons ( $p < .01$  pour âge = 14 et  $p < .001$  pour âge = 15), tandis qu'à l'âge de 16 et 17 ans, les garçons sont autant à risque que les filles (tous  $p > .10$ ).

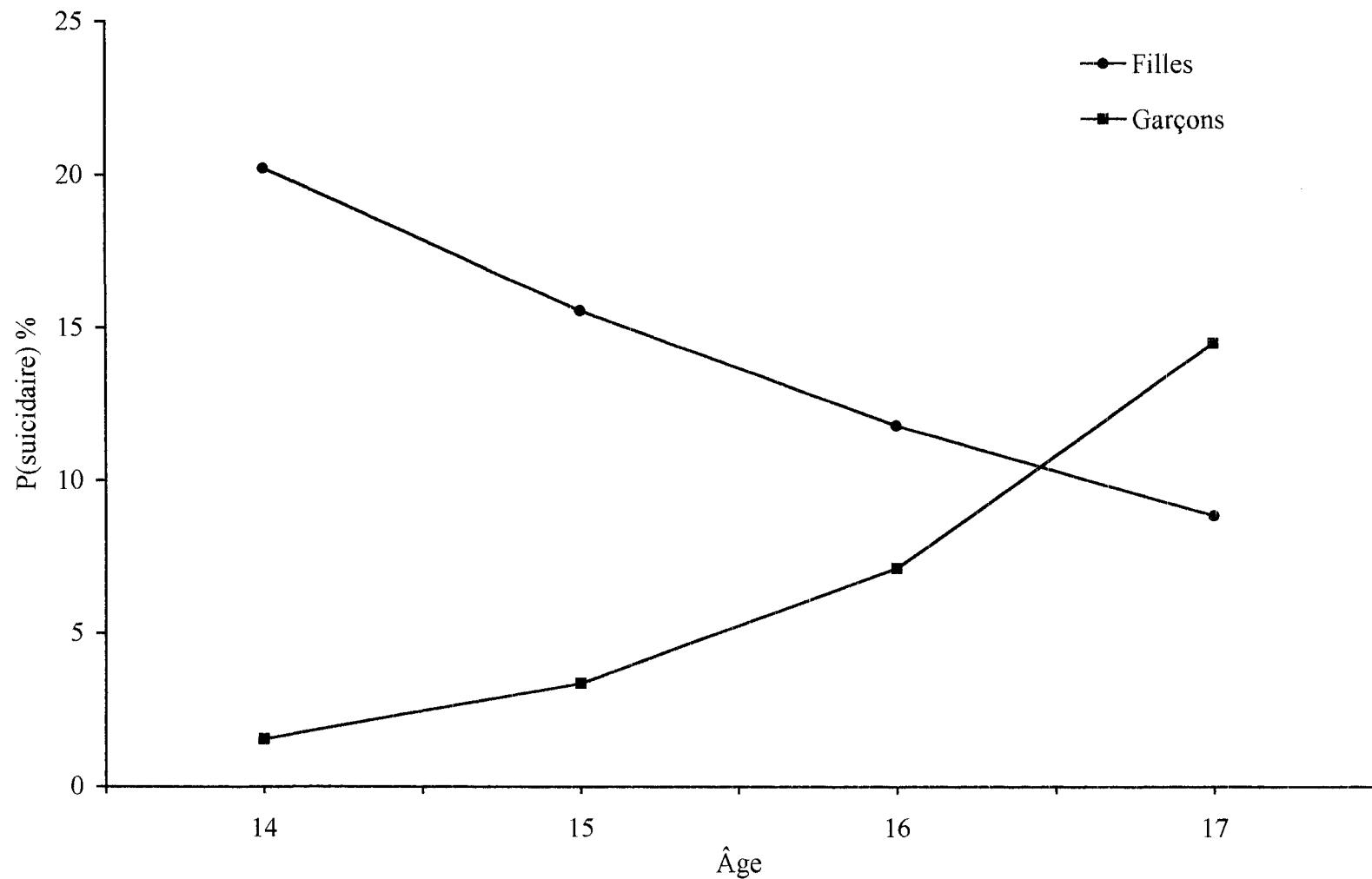


Figure 1. Probabilité d'être suicidaire pour chacun des sexes en fonction de l'âge (pour une valeur moyenne au perfectionnisme prescrit par autrui [PPA] = 3.22)

À partir des coefficients obtenus (Tableau 6), la probabilité d'être suicidaire sur la base des variables prédictrices peut être calculée par l'équation de régression logistique suivante (sexe : féminin = 0; masculin = 1) :

$$P(\text{suicidaire})^1 = \frac{e^{0.5674 + 0.7849(\text{PPA}) - 18.3413(\text{sexe}) - 0.3192(\text{âge}) + 1.1117(\text{sexe} \times \text{âge})}}{1 + e^{0.5674 + 0.7849(\text{PPA}) - 18.3413(\text{sexe}) - 0.3192(\text{âge}) + 1.1117(\text{sexe} \times \text{âge})}}$$

Ainsi, la probabilité d'être suicidaire pour un garçon âgé de 15 ans avec un score global au PPA égal à 3.5 est de 4.2%. Pour une fille présentant les mêmes caractéristiques, la probabilité d'être suicidaire s'élève à 18.6%.

Le test de Hosmer & Lemeshow (Goodness-of-Fit Test) comparant les valeurs obtenues et les valeurs estimées démontre un ajustement adéquat du modèle ( $\chi^2(8, N = 362) = 10.66, p = .22$ ). Le Tableau 7 présente la table de classification générée par la procédure LOGISTIC de SAS pour un point de coupure de probabilité égal à 11.3%. Ce point de coupure est estimé à partir de la fraction échantillonnale d'adolescents suicidaires obtenue dans la présente étude, soit 41/362, et comparable aux taux généralement rapportés dans les écrits (IC exact à 95% [8.3% - 15.0%]). Ainsi, pour un individu donné, lorsque le modèle prédit que sa probabilité d'être suicidaire est supérieure ou égale à 11.3%, il devrait être classé comme « suicidaire ». Les résultats de cette table de classification sont obtenus par la méthode du « Leave One Out » (L-O-O Method) qui assure un contrôle du biais dans le calcul des probabilités (Allison, 1999).

---

<sup>1</sup> En régression logistique, le calcul des probabilités s'effectue en utilisant la fonction exponentielle des coefficients (Tabachnik & Fidell, 1996).

Tableau 7  
Table de classification du modèle final de régression logistique  
basé sur un point de coupure de probabilité égal à 11.3%<sup>a</sup>

Prédit	Réel		
	Suicidaires	Non-suicidaires	Total
Suicidaires	27	116	143
Non-suicidaires	14	205	219
Total	41	321	362

Note. Pourcentage de classification correcte totale = 64.1%.

<sup>a</sup>IC exact à 95% (8.3% - 15.0%).

Les données de la table de classification (Tableau 7) indiquent que la sensibilité du modèle (c.-à-d. sa capacité à classer les vrais suicidaires comme tels) est de 65.9% (27/41) (IC exact à 95% [49.4% - 79.9%]). Sa spécificité (c.-à-d. sa capacité à classer les non-suicidaires comme tels) est de 63.9% (205/321) (IC exact à 95% [58.3% - 69.1%]). Le pourcentage de classification correcte totale est de 64.1% (27 + 205 / 362) (IC exact à 95% [58.9% - 79%]). En utilisant seulement trois variables (PPA, sexe et interaction sexe × âge), le modèle parvient donc à classer correctement les adolescents suicidaires selon un taux supérieur à celui qui serait généralement obtenu par une procédure aléatoire, soit 50%. Les résultats ne sont toutefois pas suffisants pour prédire les tendances suicidaires uniquement à partir de ce modèle; d'autres variables y contribuent qui n'ont pas été considérées dans le contexte de cette étude. La courbe ROC (receiver operating

characteristic curve) présentée à l'Appendice F illustre la capacité du modèle à discriminer correctement les individus suicidaires. Cette courbe est obtenue en mettant en relation la sensibilité et la spécificité du modèle à partir d'une variation du point de coupure utilisé (Hanley & McNeil, 1982; Tabachnik & Fidell, 1996).

### *Discussion*

Cette dernière section présente une analyse des résultats de la recherche et se divise en cinq parties principales. Suite à un bref rappel des objectifs et des résultats, la première partie vise à comparer la prévalence des tendances suicidaires ainsi que les scores obtenus aux sous échelles du perfectionnisme avec les données observées dans d'autres études. Par la suite, les résultats obtenus relativement aux hypothèses et à la question de recherche sont analysés. La troisième partie porte sur les implications théoriques et pratiques qui découlent de ces résultats. Quant à la quatrième partie, elle présente les forces et les limites inhérentes à l'étude. Finalement, des pistes de recherches futures sont proposées.

#### Bref rappel des objectifs et des résultats

L'objectif principal de la présente étude était d'examiner les relations entre différentes dimensions du perfectionnisme, soit le perfectionnisme orienté vers soi (POS) et le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA), et les tendances suicidaires (incluant tentatives passées et idéations sérieuses) dans une population non clinique d'adolescents des deux sexes. Les analyses de régression logistique effectuées relativement aux deux premières hypothèses de recherche (H1 et H2) ont révélé que, des deux dimensions du perfectionnisme, seul le PPA est un prédicteur significatif des tendances suicidaires. Concrètement, cela signifie que plus les adolescents de cette étude ont un niveau élevé de perfectionnisme prescrit par autrui, plus ils sont à risque de présenter des tendances suicidaires. Ces résultats attestent, par ailleurs, du pouvoir discriminant significativement

supérieur du PPA (entre suicidaires et non-suicidaires) par rapport à l'autre dimension (POS) tel que postulé dans l'hypothèse de recherche principale (H 3). Concrètement, cela indique que le perfectionnisme prescrit par autrui contribue davantage à prédire les tendances suicidaires, comparativement au perfectionnisme orienté vers soi. De plus, les résultats révèlent une interaction sexe  $\times$  âge significative. De façon plus spécifique, à l'âge de 14 et de 15 ans, les filles sont plus à risque d'être suicidaires que les garçons pour une même valeur de PPA.

#### Données comparatives

##### *Prévalence des tendances suicidaires*

Le taux d'adolescents qui rapportent des tendances suicidaires dans l'échantillon actuel, soit 11.3% (incluant 1.4% de cas limites), est comparable à ceux obtenus dans d'autres études québécoises utilisant les mêmes critères d'évaluation auprès d'adolescents de mêmes niveaux académiques ou du même groupe d'âge (Coté et al., 1990; Tousignant et al., 1988). Toutefois, Deschesnes et al. (1997), de même que Simon (1991) ont obtenu des taux plus élevés avec respectivement 19.5% et 16.9% d'adolescents suicidaires.

Il est possible que la différence entre ces deux dernières études et la présente recherche s'explique, en partie, par la faible représentativité des adolescents âgés de 17 ans dans l'échantillon actuel et par l'absence de jeunes âgés de 18 ans. En effet, malgré que la sélection des groupes-classes ait été effectuée au hasard, le présent échantillon

comporte une faible proportion de jeunes âgés de 17 ans (5.3% de l'échantillon total) et aucun jeune âgé de 18 ans. Dans les études de Deschesnes et al. (1997) et de Simon (1991), la prévalence des tendances suicidaires tend à augmenter avec l'âge. Simon (1991) indique, pour sa part, que la proportion de suicidaires s'accroît sans cesse avec l'âge dans son échantillon composé d'adolescents âgés entre 14 et 18 ans, tandis que Deschesnes et al.(1997) révèlent un taux de suicidaires qui atteint 18% chez les 16-18 ans. Cette même tendance est observée dans l'échantillon actuel avec un taux de suicidaires chez les 17 ans qui s'élève à 15.8%. Il est donc possible que la faible représentativité des adolescents âgés de 17 ans, de même que l'absence de jeunes âgés de 18 ans dans l'échantillon total actuel, aient affecté à la baisse le taux de suicidaires. Dans d'autres études, cependant, cette augmentation du taux de suicidaires en fonction de l'âge ou du niveau scolaire n'est pas observée (secondaire III, IV et V) (Côté et al., 1990; Tousignant et al., 1988).

Par ailleurs, les présents résultats concordent avec ce qui est généralement rapporté dans les écrits à l'effet que les tendances suicidaires, et particulièrement les tentatives, prévalent davantage chez les filles. Dans l'échantillon actuel, les filles sont 2.5 fois plus nombreuses que les garçons à présenter des tendances suicidaires, avec une prévalence 3.4 fois plus élevée pour les tentatives et 1.9 fois plus élevée pour les idéations sérieuses. Les études québécoises utilisant les mêmes critères d'évaluation auprès d'adolescents de mêmes niveaux académiques ou du même groupe d'âge rapportent, dans l'ensemble, des tendances suicidaires de 1.4 à 2.3 fois plus élevées chez les filles et des tentatives de suicide de 2.7 à 3 fois plus élevées, comparativement aux garçons (Coté et al., 1990; Deschesnes et al., 1997; Simon, 1991; Tousignant et al., 1988).

Par ailleurs, les jeunes de l'échantillon actuel dont le père a complété des études de niveau collégial sont 2 fois moins nombreux chez les suicidaires que chez les non-suicidaires. À ce propos, Tousignant et al. (1988) ont observé un effet d'interaction entre la scolarité du père et le statut marital. Dans leur étude, lorsque les parents vivent ensemble, il y a moins de suicidaires dans les familles où le père possède une scolarité collégiale ou universitaire, mais cette différence disparaît lorsque les parents sont séparés. Côté et al. (1990) ont rapporté une association négative entre le degré de scolarité du père et les catégories de tendances suicidaires. Pour les adolescents de leur échantillon ayant fait des tentatives, les pères sont moins scolarisés comparativement aux pères des adolescents présentant des idéations et ce, particulièrement chez les garçons. Aucun des résultats tels qu'observés par Côté et al. (1990) et par Tousignant et al. (1988) n'a, cependant, été obtenu suite aux analyses effectuées avec les données de la présente étude.

#### *Scores aux sous-échelles du perfectionnisme (POS et PPA)*

Pour l'ensemble de l'échantillon actuel, le perfectionnisme orienté vers soi (POS) augmente en fonction de la moyenne académique générale. Ce résultat tend à soutenir l'aspect positif et adaptatif généralement attribué au POS, notamment dans des efforts constructifs pour réussir (Dunkley et al., 2000; Hayward & Arthur, 1998; Hewitt & Flett, 1991b). Par ailleurs, la moyenne des garçons à l'échelle de perfectionnisme prescrit par autrui (PPA) s'avère significativement plus élevée que celle des filles. Ce résultat peut être mis en lien avec certaines observations à l'effet que les garçons perfectionnistes seraient davantage pris dans la compétition à l'école, au travail ou dans les sports, en raison des

attentes et des apprentissages liés aux rôles sociaux traditionnels (Adderholdt & Goldberg, 1999). Dans une certaine mesure, ces sphères d'activités pourraient correspondre davantage au perfectionnisme prescrit par autrui (PPA) en raison des fortes pressions externes auxquelles elles peuvent être soumises dans nos sociétés (comparativement à l'apparence et aux relations interpersonnelles plus souvent associées au domaine des filles et qui peuvent impliquer davantage des standards personnels propres au perfectionnisme orienté vers soi [POS]). Par contre, d'autres études rapportées précédemment et conduites auprès de populations adultes révèlent des niveaux plus élevés de PPA chez les femmes comparativement aux hommes. De futures recherches seraient souhaitables visant à explorer davantage les différences liées au sexe en lien avec les dimensions du perfectionnisme chez l'adolescent.

#### Analyse des résultats relatifs aux hypothèses et à la question de recherche

##### *Contribution du perfectionnisme orienté vers soi (POS) aux tendances suicidaires*

Les adolescents de l'échantillon actuel qui rapportent des tendances suicidaires obtiennent, en moyenne, un résultat significativement équivalent à celui obtenu par les non-suicidaires à l'échelle de POS (perfectionnisme orienté vers soi). Ce résultat n'a donc pas permis de confirmer la première hypothèse de recherche selon laquelle les adolescents suicidaires obtiennent un résultat significativement plus élevé que les non-suicidaires à cette échelle du perfectionnisme. Ceci indique que le POS ne semble pas contribuer de façon significative aux tendances suicidaires chez les adolescents de la présente étude.

Ce résultat conforte ceux obtenus dans les études antérieures conduites, cependant, auprès de populations cliniques d'adolescents. En effet, le POS n'a pas été associé aux idéations suicidaires dans l'étude conduite par Hewitt et al. (1997) auprès d'adolescents en milieu psychiatrique. De même, Boergers et al. (1998) ainsi que Donaldson et al. (2000) n'ont pas démontré d'association significative entre le POS et les comportements suicidaires dans leurs recherches réalisées auprès d'adolescents hospitalisés suite à une tentative de suicide.

Toutefois, les données actuelles ne concordent que partiellement avec les études réalisées auprès de populations non cliniques composées de jeunes adultes en milieu scolaire. En effet, Dean et al. (1996) n'ont pas observé d'association significative entre le POS et les tendances suicidaires auprès d'étudiants universitaires, tandis que dans la recherche conduite par Hewitt et al. (1994) également auprès d'étudiants universitaires, le POS contribue à discriminer de façon significative entre les suicidaires et les non-suicidaires. Certains auteurs ont amené des éléments explicatifs pour rendre compte des résultats équivoques observés auprès d'étudiants universitaires (de même qu'auprès de populations cliniques adultes) quant à la contribution du POS aux tendances suicidaires ou à la détresse psychologique. Selon Hewitt et al. (1994), la relation entre le perfectionnisme orienté vers soi et les idéations suicidaires dans ces populations peut dépendre de la présence de certaines variables modératrices, telles des situations d'échec ou de stress (variables non considérées dans le contexte de l'étude actuelle). Dans le même sens, Dunkley et al. (2000) mentionnent que des conditions de stress intense pourraient submerger le désir ou les capacités habituelles de ces perfectionnistes à s'engager dans des

stratégies d'adaptation actives, entraînant une immobilisation des efforts et une détresse psychologique. Hayward et Arthur (1998) suggèrent, quant à eux, que le POS peut refléter un aspect adaptatif de motivation personnelle tant que l'individu arrive à maintenir un sens d'efficacité en regard de sa performance. D'autres études sont requises afin de préciser pourquoi ces différents facteurs ne semblent pas intervenir chez l'adolescent en lien avec cette dimension du perfectionnisme et les tendances suicidaires.

Par ailleurs, nos résultats ne concordent pas avec ceux obtenus auprès d'étudiants de niveau postsecondaire et qui montrent un lien significatif entre le POS et la symptomatologie dépressive, souvent associée aux comportements suicidaires (Hayward & Arthur, 1998). La différence entre les résultats de cette dernière recherche et ceux de l'étude actuelle pourrait s'expliquer, du moins en partie, par la différence d'âge des échantillons. En effet, les participants étaient âgés entre 17 et 19 ans dans la recherche d'Hayward et Arthur (1998), comparativement aux participants de l'échantillon actuel âgés entre 14 et 17 ans. De plus, malgré la forte association qui peut exister entre les symptômes dépressifs et les tendances suicidaires, il s'agit, comme le soulignent plusieurs auteurs, de phénomènes distincts (p. ex., Reynolds, 1989).

Bref, les résultats actuels relativement au perfectionnisme orienté vers soi (POS) viennent appuyer ceux obtenus dans les études réalisées auprès de populations cliniques d'adolescents et qui révèlent que cette dimension du perfectionnisme ne semble pas associée aux tendances suicidaires. Toutefois, les résultats ne concordent que partiellement avec ceux observés dans les recherches conduites auprès de populations non cliniques

composées d'étudiants universitaires, alors qu'une étude a démontré une relation significative entre le POS et les tendances suicidaires, tandis qu'une autre n'a pas observé de lien significatif. Par contre, nos résultats ne concordent pas avec ceux obtenus dans une recherche ayant associé le POS à la symptomatologie dépressive auprès d'étudiants de niveau postsecondaire.

#### *Contribution du perfectionnisme prescrit par autrui (PPA) aux tendances suicidaires*

Conformément à ce qui avait été postulé dans la seconde hypothèse, les adolescents de cet échantillon qui rapportent des tendances suicidaires obtiennent un résultat significativement plus élevé que les non-suicidaires à l'échelle de perfectionnisme prescrit par autrui (PPA). Ceci indique que cette dimension du perfectionnisme semble contribuer de façon significative aux tendances suicidaires dans l'échantillon actuel. Concrètement, plus les adolescents de cette étude ont un niveau élevé de PPA, plus ils sont à risque d'être suicidaires. De plus, le PPA étant la seule dimension du perfectionnisme qui contribue de façon significative aux tendances suicidaires, ce résultat confirme l'hypothèse principale (H 3) à l'effet que le PPA a un pouvoir discriminant supérieur entre suicidaires et non-suicidaires, comparativement à l'autre dimension (POS).

Ces résultats concordent avec ceux obtenus dans les études antérieures réalisées auprès de populations cliniques d'adolescents. En effet, le PPA a été significativement associé à des niveaux plus élevés d'idéations suicidaires auprès d'un échantillon d'adolescents en milieu psychiatrique (Hewitt et al., 1997). Boergers et al. (1998) ont

démontré, quant à eux, que les adolescents qui rapportent avoir fait une tentative de suicide dans le but de mourir présentent des niveaux significativement plus élevés de PPA, comparativement à ceux rapportant d'autres motifs (p. ex., être soulagés). Dans l'étude de Donaldson et al. (2000), le PPA contribue de façon significative à expliquer le désespoir vécu par des adolescents hospitalisés suite à une tentative de suicide. De plus, dans ces trois études conduites auprès de populations cliniques d'adolescents, le PPA est la seule dimension du perfectionnisme associée aux tendances suicidaires.

Les résultats actuels rejoignent également ceux obtenus par Dean et al. (1996) auprès d'une population non clinique composée d'étudiants universitaires et qui révèlent que le PPA est la seule dimension du perfectionnisme associée aux tendances suicidaires. De plus, nos résultats concordent partiellement avec ceux obtenus par Hewitt et al. (1994) dans une autre étude conduite auprès d'étudiants universitaires et qui montre, cette fois, que les deux dimensions du perfectionnisme (POS et PPA) sont associées aux idéations suicidaires (aucune n'étant toutefois associée de façon significativement plus importante comparativement à l'autre dimension). Les éléments explicatifs introduits précédemment à propos de la contribution du POS aux tendances suicidaires chez l'adulte ainsi qu'auprès d'étudiants universitaires peuvent aussi rendre compte des résultats équivoques observés à propos de la contribution plus importante du PPA aux tendances suicidaires (comparativement au POS). Selon ces explications, la relation entre le POS et les tendances suicidaires dans ces populations pourrait dépendre de la présence d'autres facteurs, telles des situations d'échec ou de stress. Par le fait même, il est possible que la présence du POS ait une influence sur la contribution relative du PPA en lien avec les

tendances suicidaires. Chez l'adolescent, il ne semble pas que ces facteurs interviennent, le PPA étant la seule dimension du perfectionnisme associée significativement aux tendances suicidaires dans le présent échantillon (et, de ce fait, la dimension la plus importante comparativement au POS) conformément à ce qui a été observé antérieurement auprès de populations cliniques.

Par ailleurs, les résultats actuels s'apparentent aux données observées auprès d'étudiants de niveau postsecondaire (âgés entre 17 et 19 ans) et qui associent le perfectionnisme à la symptomatologie dépressive, souvent reliée aux comportements suicidaires (Hayward & Arthur, 1998). Dans cette dernière étude, bien que les deux dimensions du perfectionnisme (POS et PPA) soient significativement associés aux symptômes dépressifs, le PPA révèle la corrélation la plus forte.

Bref, les résultats actuels relativement au PPA confirment ceux observés dans les études antérieures réalisées auprès de populations cliniques et qui indiquent que le perfectionnisme prescrit par autrui est la seule dimension du perfectionnisme qui semble contribuer aux tendances suicidaires chez l'adolescent. De plus, nos résultats obtenus auprès d'étudiants de niveau secondaire confortent ceux observés auprès d'étudiants universitaires. En effet, bien que les deux dimensions du perfectionnisme puissent être associées aux tendances suicidaires dans ces populations en milieu scolaire (notamment auprès d'étudiants universitaires), dans l'ensemble, le PPA est associé de façon plus constante comparativement à l'autre dimension (POS). Par ailleurs, les présents résultats obtenus auprès de jeunes de niveau secondaire (âgés entre 14 et 17 ans) vont dans le sens

des données observées auprès de jeunes de niveau postsecondaire (âgés entre 17 et 19 ans) en regard de la symptomatologie dépressive, souvent reliée aux comportements suicidaires. En effet, bien que les deux dimensions du perfectionnisme aient été associées à la symptomatologie dépressive dans ce groupe d'âge (17-19 ans), le PPA est associé plus fortement comparativement au POS.

Certaines explications potentielles méritent d'être introduites ici afin de rendre compte de la relation singulière observée entre le PPA et les tendances suicidaires chez l'adolescent. Ces explications à caractère développemental ont été proposées principalement par Hewitt et al. (1997) et par Donaldson et al. (2000) en regard du lien observé entre le PPA et les idéations suicidaires auprès de populations cliniques d'adolescents. Hewitt et al. (1997) suggèrent que le PPA pourrait être associé aux idéations suicidaires à l'adolescence, en raison de l'importance que prennent les préoccupations par rapport à l'acceptation et à l'intégration sociale à cette période de développement, notamment l'acceptation et l'intégration par les pairs. À ce propos, ces auteurs soulignent l'intolérance à l'échec marquée des adolescents, surtout à l'échec vécu en public, et qui peut se révéler significative en rapport avec le suicide. Ainsi, selon Hewitt et al. (1997), si un adolescent perçoit une incapacité à rencontrer ou à maintenir les attentes de personnes significatives, cela peut s'avérer particulièrement douloureux et pénible au point que le suicide puisse être envisagé. Donaldson et al. (2000) postulent, pour leur part, que les adolescents désespérés et suicidaires sont tellement critiques envers eux-mêmes qu'ils n'ont pas développé la capacité de s'en tenir à leurs propres standards de fonctionnement (POS) et qu'ils s'en remettent plutôt aux standards des autres (PPA).

pour se guider. Des études ultérieures seraient requises afin d'identifier de façon empirique les mécanismes sous-jacents ou les facteurs impliqués dans le lien sigulier observé entre le PPA et les tendances suicidaires chez l'adolescent. À cet égard, les éléments explicatifs introduits précédemment apparaissent comme des pistes de recherche à privilégier.

#### *Question de recherche : différences liées au sexe*

Les résultats de la présente étude montrent une probabilité d'être suicidaire significativement plus élevée chez les filles que chez les garçons pour une même valeur de PPA et ce, uniquement à l'âge de 14 et de 15 ans. Les différences obtenues suggèrent que le sexe et, plus spécifiquement, l'interaction sexe  $\times$  âge contribue de façon significative aux tendances suicidaires dans l'échantillon actuel. Cela semble indiquer que l'interaction sexe  $\times$  âge joue un rôle modérateur dans la relation entre le perfectionnisme (PPA) et les tendances suicidaires chez l'adolescent.

Nos résultats vont dans le sens de ceux observés par Côté et al. (1990) dans leur échantillon composé d'élèves de niveaux secondaire I à V. Cette étude révèle des tendances suicidaires significativement plus élevées chez les filles uniquement aux niveaux secondaire III (âge moyen : 15.0 ans) et IV (âge moyen : 15.7 ans) (chez les 13 ans et moins les taux sont équivalents, de même que chez les élèves de niveau secondaire V). De plus, Tousignant et al. (1988) observent un taux de tendances suicidaires chez les filles qui tend à diminuer avec le niveau scolaire (secondaire III, IV et V) alors que la

tendance est plutôt inverse chez les garçons, ce qui rejoint les résultats de la présente recherche. Toutefois, la différence entre les deux distributions (filles/garçons) est non significative dans l'échantillon de Tousignant et al. (1988) alors que l'étude actuelle révèle, à l'âge de 14 et de 15 ans, une probabilité d'être suicidaire significativement plus élevée chez les filles. À l'instar de Côté et al. (1990), nos résultats suggèrent donc que l'interaction sexe  $\times$  âge contribue aux tendances suicidaires chez l'adolescent, avec une prévalence significativement plus élevée chez les filles que les garçons à l'âge de 14 et de 15 ans.

Parmi les diverses explications rapportées dans la littérature pour rendre compte de la prévalence plus élevée des tendances suicidaires chez les filles comparativement aux garçons (p. ex., Canetto, 1997), aucune ne fait état d'une interaction sexe  $\times$  âge telle qu'observée dans l'étude actuelle. Néanmoins, certains facteurs explicatifs se rapportant à la prévalence plus élevée des manifestations dépressives chez les filles sont susceptibles de rendre compte, du moins en partie, de la présente interaction sexe  $\times$  âge (Baron, 1993; Nolen-Hoeksema, 1990). Ces facteurs explicatifs sont regroupés en deux catégories principales: la première a trait aux changements physiques induits par la puberté, la seconde a trait aux changements psychosociaux.

En ce qui a trait à la première catégorie de facteurs, Nolen-Hoeksema (1990) met en cause la précocité des filles sur le plan du développement pubertaire comparativement aux garçons. Plus précisément, cette auteure indique que la période de la puberté serait plus difficile à vivre pour les filles en raison des changements et des stress y étant associés

et qui surviennent en moyenne 2 ans plus tôt. De plus, certains auteurs soulignent que la puberté aurait un impact psychologique différent pour les filles et pour les garçons, particulièrement en regard des modifications dans les formes corporelles qu'elle entraîne (Nolen-Hoeksema, 1990; Petersen, Sarigiani, & Kennedy, 1991). Chez les filles, l'augmentation de la masse de tissus adipeux et la perte de la silhouette longiligne prépubertaire aurait, en général, un impact négatif, parce que ces changements ne correspondent pas à l'image idéalisée de minceur valorisée pour les femmes dans nos sociétés (Nolen-Hoeksema, 1990). À l'opposé, l'augmentation de la masse et de la force musculaire chez les garçons aurait généralement un impact psychologique positif, ces acquis étant valorisés socialement comme des attributs typiquement masculins (Cloutier, 1996; Nolen-Hoeksema, 1990; Petersen et al., 1991). Par ailleurs, la satisfaction de l'image corporelle semble reliée plus étroitement à l'estime de soi et au bien-être émotionnel chez les filles que chez les garçons (Nolen-Hoeksema, 1990). Étant donné, donc, la précocité des filles sur le plan du développement pubertaire et l'impact psychologique négatif généralement associé aux changements pubertaires chez les filles comparativement aux garçons, il est possible que ces facteurs contribuent à la probabilité d'être suicidaire plus élevée observée chez les filles à l'âge de 14 et de 15 ans dans l'échantillon actuel.

En ce qui a trait à la seconde catégorie de facteurs explicatifs et qui concerne les changements psychosociaux, les écrits soulignent, notamment, l'apprentissage d'un rôle sexuel traditionnel. Plus spécifiquement, Nolen-Hoeksema (1990) met en cause les pressions parentales et sociales exercées sur les enfants au moment de leur entrée dans

l'adolescence, pour que ces derniers assument les attitudes et les comportements appropriés selon leur sexe. Ainsi, les parents vont plutôt encourager la réussite et l'indépendance chez les garçons, alors qu'ils vont encourager davantage la non-affirmation et la présence aux autres chez les filles. Selon Nolen-Hoeksema (1990), ces attitudes parentales peuvent contribuer à la plus grande vulnérabilité des filles par rapport aux manifestations dépressives ou anxiées. Pour sa part, Baron (1993) explique que des stresseurs liés à l'âge s'ajouteraient à l'impact de la puberté, stresseurs qui seraient différents pour les garçons et pour les filles. Au nombre de ces stresseurs, il cite l'établissement de relations interpersonnelles intimes généralement caractéristiques du rôle féminin. D'autres auteurs ont, en outre, fait référence aux préoccupations pour les relations interpersonnelles comme étant caractéristiques des filles perfectionnistes, tandis que la performance à l'école, au travail ou dans les sports serait davantage caractéristique des garçons perfectionnistes (Adderholdt & Goldberg, 1999). De plus, Baron (1993) évoque les rôles parallèles et contradictoires auxquels les adolescentes d'aujourd'hui se trouveraient souvent confrontées, soit celui d'être présentes aux besoins d'autrui et celui de réussir socialement, ce qui peut engendrer chez elles conflits et confusion. Dans le même sens, une étude de Compas, Davis et Forsythe (1985) révèle que les jeunes adolescentes (12-14 ans) rapportent davantage d'événements quotidiens négatifs liés au stress que les garçons du même âge et que cette différence n'est pas significative chez les adolescents plus âgés. Bref, ces travaux suggèrent, dans l'ensemble, que les filles auraient à composer avec davantage de stress ou avec des défis plus grands en début d'adolescence, comparativement aux garçons.

Somme toute, étant donné l'association souvent rapportée dans les écrits entre les manifestations dépressives et les comportements suicidaires, il est possible que les facteurs mentionnés ci-dessus aient contribué à l'interaction sexe  $\times$  âge observée dans la présente étude en lien avec les tendances suicidaires. Il est possible également que ces mêmes facteurs fassent en sorte que, chez les adolescents plus jeunes (14 et 15 ans), le PPA entraîne davantage de conséquences négatives chez les filles que chez les garçons. Toutefois, la nature de ces facteurs explicatifs potentiels qui se rapportent essentiellement aux manifestations dépressives doit être prise en compte dans la généralisation de ces résultats. De même, le nombre limité de garçons (11) présentant des tendances suicidaires dans l'échantillon actuel doit être considéré. D'autres études sont donc requises pour mieux expliquer la contribution de l'interaction sexe  $\times$  âge aux tendances suicidaires telle qu'observée chez les adolescents de la présente recherche.

### Implications théoriques et pratiques

Tout d'abord, les résultats actuels supportent la pertinence d'une approche théorique multidimensionnelle du perfectionnisme chez l'adolescent incluant, d'une part, des composantes personnelles (perfectionnisme orienté vers soi) et, d'autre part, des composantes interpersonnelles ou sociales (perfectionnisme prescrit par autrui). De plus, les résultats qui révèlent que le perfectionnisme orienté vers soi (POS) est associé positivement à la moyenne académique générale vont dans le sens des données de recherche qui suggèrent que la dimension personnelle correspond davantage aux aspects positifs du perfectionnisme (p. ex., Dunkley et al., 2000; Frost et al., 1990). Quant au

perfectionnisme prescrit par autrui (PPA), le fait qu'il soit associé aux tendances suicidaires appuie également les résultats des travaux antérieurs voulant que la dimension sociale corresponde plutôt aux aspects pathologiques du construit. Ainsi, les préoccupations excessives pour répondre aux standards des autres et la perception que ces standards sont très élevés, voire impossibles à atteindre, constituerait des éléments déterminants du perfectionnisme en lien avec la détresse psychologique chez l'adolescent.

Par ailleurs, les présents résultats rejoignent les écrits qui font référence au perfectionnisme comme facteur impliqué dans les comportements suicidaires chez l'adolescent. Les données actuelles obtenues auprès d'une population non clinique élargissent la recherche empirique conduite récemment auprès de populations cliniques. Les résultats confirment le rôle non négligeable du perfectionnisme prescrit par autrui (PPA) dans l'explication des comportements suicidaires chez l'adolescent et ce, tant auprès d'une population générale qu'auprès de populations cliniques. De plus, les données actuelles indiquent que le perfectionnisme orienté vers soi (POS) n'est pas associé aux comportements suicidaires dans ce groupe d'âge, tel qu'observé dans des populations cliniques.

Quant au modèle incluant le perfectionnisme prescrit par autrui comme variable prédictrice des tendances suicidaires chez l'adolescent, il est soutenu empiriquement. Ceci apporte donc un soutien théorique à la notion de PPA comme facteur prédictif des tendances suicidaires chez l'adolescent. Plus spécifiquement, les résultats suggèrent que le PPA pourrait venir se greffer à certains modèles théoriques explicatifs des comportements

suicidaires chez l'adolescent et le jeune adulte, comme facteur de vulnérabilité personnelle (caractéristique de personnalité ou variable cognitive) pouvant contribuer aux comportements suicidaires (p. ex., Bonner & Rich, 1987; Hoberman & Garfinkel, 1988).

Concernant l'impact de la variable sexe sur les relations entre les dimensions du perfectionnisme et les tendances suicidaires, les résultats actuels s'ajoutent aux nombreux travaux qui indiquent des tendances suicidaires plus élevées chez les filles que chez les garçons. Toutefois, dans la présente étude, cette différence se révèle significative uniquement à l'âge de 14 et de 15 ans. À la lumière de ces résultats, il semble que l'interaction sexe  $\times$  âge joue un rôle modérateur dans la relation entre le PPA et les tendances suicidaires chez l'adolescent.

Sur le plan pratique et dans une perspective d'abord préventive, les résultats suggèrent que le perfectionnisme, et notamment sa dimension sociale, pourrait être considéré dans les stratégies d'évaluation du potentiel suicidaire chez l'adolescent. Une telle approche serait susceptible de contribuer au dépistage d'adolescents à risque qui ne présentent pas les comportements habituels ou les problématiques qui accompagnent souvent les comportements suicidaires (tels que troubles des conduites, abus de substances ou faible performance académique) et qui peuvent donc passer inaperçus. Comme le suggère Stephens (1987), « Il est possible que les stratégies de prévention actuelles basées sur de telles caractéristiques soient inefficaces quand on les applique à ce type d'adolescents » [traduction libre] (p. 117). De plus, il semble que ces jeunes soient peu enclins à demander de l'aide (p. ex., Halgin & Leahy, 1989). À cet effet, il serait indiqué

d'amener les professionnels œuvrant auprès des adolescents à devenir plus familiers avec cette caractéristique personnelle dont certains aspects peuvent contribuer aux comportements suicidaires, afin qu'ils puissent être davantage attentifs aux jeunes à risque. Les résultats observés suggèrent, en outre, qu'on devrait porter attention plus tôt aux filles, comparativement aux garçons, soit dès l'âge de 14 et de 15 ans.

Du côté du traitement, la mise en place de modalités d'intervention spécifiques pourrait être envisagée, axées plus particulièrement sur les composantes sociales du perfectionnisme (PPA). Globalement, ce type d'intervention viserait à aider les jeunes qui perçoivent des standards ou des pressions externes excessivement élevés à prendre davantage conscience de ces perceptions et de leur impact, à les modifier ou à développer des meilleures stratégies adaptatives pour y faire face. Certains éléments à caractère développemental pourraient éventuellement être ciblés tels que les préoccupations excessives ou inappropriées par rapport à l'acceptation et à l'intégration sociale ou encore la sensibilité à l'échec. Un effort pourrait être mis, également, à encourager ces adolescents perfectionnistes à rechercher de l'aide ou à poursuivre leur démarche, la relation thérapeutique présentant à cet effet un lieu d'apprentissage privilégié. De plus, des interventions de groupe pourraient être envisagées. Évidemment, des travaux devraient démontrer au préalable l'efficacité de ces diverses modalités d'intervention.

Enfin, et dans une perspective préventive plus large, les considérations soulevées dans ce mémoire suggèrent que l'ensemble des personnes œuvrant auprès des adolescents (parents, enseignants, éducateurs, entraîneurs, décideurs) soient sensibilisées par rapport

aux pressions et aux attentes exagérées qui peuvent être exercées sur les jeunes dans nos sociétés fortement axées sur la réussite et la performance. De façon plus concrète, certaines méthodes d'évaluation et d'encadrement pourraient être encouragées qui ne soient pas tributaires uniquement de la performance et de la réussite, mais qui tiennent compte également des apprentissages et du développement personnel de l'adolescent. Dans le même sens, des stratégies ou des programmes éducatifs pourraient être développés qui contribuent à l'émergence et à l'intégration des standards et des objectifs personnels de l'adolescent dans la réalisation de projets spécifiques (p. ex., dans les domaines académique, sportif ou social). De telles approches seraient susceptibles de favoriser des expériences de réussite chez les jeunes, basées essentiellement sur le développement de leurs ressources internes et de leurs compétences personnelles.

#### Forces et limites de la recherche

Cette recherche est la première à évaluer de façon empirique les relations entre différentes dimensions du perfectionnisme et les tendances suicidaires (incluant tentatives passées et idéations sérieuses) auprès d'une population non clinique d'adolescents. De plus, cette étude a été réalisée au Québec où le taux de suicide juvénile est l'un des plus élevés du monde occidental et ce, particulièrement en région. Les résultats des analyses psychométriques ont démontré clairement la validité des sous-échelles du perfectionnisme (POS et PPA) auprès de l'échantillon actuel, contribuant à la justesse des résultats obtenus. L'étude actuelle est aussi la première, à notre connaissance, à utiliser et à valider cette échelle du perfectionnisme (EMP) auprès d'adolescents québécois. Les données recueillies

contribuent donc à établir des normes pour un échantillon d'adolescents québécois francophones. Une autre force de cette recherche a trait à la taille relativement importante de l'échantillon, ce qui a permis d'atteindre la puissance statistique requise et qui augmente la validité externe et les possibilités de généralisation des résultats. Enfin, une dernière force de l'étude actuelle réside dans la mise en place de mesures éthiques et déontologiques rigoureuses afin d'obtenir de la part des participants un consentement écrit, libre et éclairé, et d'assurer un suivi adéquat auprès des adolescents pouvant présenter des tendances suicidaires.

Toutefois, cette recherche comporte certaines limites qui peuvent affecter la validité interne et externe des résultats. Premièrement, en raison du devis expérimental de type corrélationnel, les analyses de régression logistique n'ont pas permis d'établir des liens de causalité entre les dimensions du perfectionnisme et les tendances suicidaires. Seule une étude de type longitudinal pourrait permettre de déterminer la direction de causalité entre ces facteurs. Deuxièmement, les résultats rapportés sont basés sur des mesures auto-administrées pouvant donc entraîner certains biais. Ainsi, il est possible que les répondants aient voulu présenter soit une image positive d'eux-mêmes (désirabilité sociale), soit à l'inverse une vision négative. Il serait souhaitable de reproduire cette recherche en utilisant d'autres méthodes de collecte de données, comme des entrevues semi-structurées, afin d'obtenir des mesures plus objectives. Une troisième limite a trait au type d'instrument utilisé pour mesurer les tendances suicidaires et qui catégorise les répondants en deux groupes, soit suicidaires et non-suicidaires. Bien que les critères d'évaluation aient été établis de façon rigoureuse par les auteurs (Tousignant et al., 1988,

1993), des erreurs de classification sont toujours possibles avec un instrument de type dichotomique. Il est possible, notamment, que des individus soient classés comme suicidaires alors qu'ils ne le sont pas en réalité (faux positifs). Il serait pertinent de reproduire la présente recherche en utilisant un instrument d'évaluation à échelle continue permettant de mettre en relation un degré ou un niveau de tendances suicidaires avec le niveau de perfectionnisme obtenu à chacune des sous-échelles (POS et PPA). Une quatrième limite concerne la possibilité de généralisation des résultats. Les données ont été recueillies auprès d'adolescents en milieu scolaire de niveaux secondaire III, IV et V, âgés entre 14 et 17 ans, et ne peuvent donc être généralisés à l'ensemble des adolescents. D'autres études pourraient être conduites auprès d'échantillons plus larges d'étudiants, auprès d'étudiants plus jeunes ou de niveaux académiques inférieurs (p. ex., les 12-13 ans ou les niveaux secondaire I et II) ou encore auprès d'adolescents ne fréquentant pas l'école (p. ex., des décrocheurs), afin de vérifier si les résultats actuels sont généralisables uniquement aux adolescents en milieu scolaire âgés entre 14 et 17 ans (niveaux secondaire III à V) ou bien à l'ensemble des adolescents. De plus, il est important de prendre en compte que les résultats concernent uniquement des adolescents présentant des idéations suicidaires sérieuses ou ayant déjà fait une tentative de suicide et ne peuvent donc être généralisés à l'ensemble des conduites suicidaires, notamment aux tentatives de suicide actuelles ou aux suicides complétés.

Enfin, une dernière limite a trait aux autres facteurs identifiés préalablement dans les écrits en lien avec le suicide chez l'adolescent et n'ayant pas été mesurés dans le cadre du présent mémoire. Compte tenu que le pourcentage expliqué de la variance des

tendances suicidaires est de 13.9% pour le modèle global, il convient de reconnaître la contribution de variables additionnelles (telles que la dépression, le désespoir, l'abus de substances, les troubles des conduites et les événements de vie). Le modèle proposé, dans sa démarche visant à évaluer la contribution des dimensions du perfectionnisme aux tendances suicidaires dans une population non clinique d'adolescents des deux sexes, ne privilie que quelques variables parmi bien d'autres. En ce sens, il présente une explication partielle d'une problématique multifactorielle beaucoup plus complexe telle que les comportements suicidaires. Toutefois, certains auteurs estiment qu'en présence d'un phénomène rare et complexe tel que le suicide, même un pourcentage relativement peu élevé de variance expliquée peut comporter des implications cliniques importantes (Bonner & Rich, 1987; Rosenthal & Rubin, 1979).

#### Pistes de recherches futures

À la lumière des résultats obtenus, différentes avenues pourraient être développées en vue de poursuivre les travaux amorcés dans le cadre de la présente étude. Les recherches futures pourraient tenter, notamment, de pallier à certaines limites soulevées précédemment, soit par l'utilisation d'autres méthodes de collecte de données, soit en ciblant d'autres populations (telles que déjà mentionnées). Une recherche longitudinale pourrait, en outre, analyser les changements dans les relations entre les dimensions du perfectionnisme et les tendances suicidaires à travers le temps, par exemple en début et en fin d'adolescence. Dans une même optique, les différences obtenues quant à la prévalence des tendances suicidaires chez les filles et chez les garçons en fonction de l'âge

(interaction sexe  $\times$  âge) pourraient être explorées davantage. De plus, l'ajout de variables associées au bien-être psychologique des adolescents, par exemple le niveau de satisfaction dans la vie, pourrait permettre de vérifier la validité du modèle retenu ou des liens obtenus dans la présente recherche. Il serait intéressant, en effet, de vérifier si le PPA, en plus d'être un prédicteur significatif des tendances suicidaires, est associé négativement au niveau de satisfaction dans la vie (ou à d'autres variables associées au bien-être psychologique).

Par ailleurs, les recherches futures pourraient tenter de préciser la nature du lien observé entre le perfectionnisme prescrit par autrui et les tendances suicidaires chez l'adolescent. À cet effet, des études ultérieures pourraient s'intéresser aux facteurs ou aux conditions qui peuvent modérer le PPA vers des résultats positifs ou négatifs chez l'adolescent. D'autres études encore pourraient s'intéresser aux variables médiatrices susceptibles d'amplifier ou de réduire l'effet observé. Au nombre de ces variables modératrices ou médiatrices potentielles, citons les préoccupations par rapport à l'acceptation et à l'intégration sociale, l'intolérance à l'échec, les événements stressants, les pressions parentales ou sociales et l'autocritique. Du même coup, ces recherches pourraient contribuer à élargir les connaissances actuelles sur les facteurs de protection du risque suicidaire chez l'adolescent, susceptibles d'amener certaines pistes nouvelles en matière de prévention et d'intervention. (Quelles conditions, par exemple, peuvent rendre certains adolescents plus vulnérables? Quels mécanismes les autres utilisent-ils pour s'adapter?)

Enfin, d'autres variables directement reliées aux comportements suicidaires chez l'adolescent pourraient être intégrées au modèle retenu (notamment, la dépression et les événements stressants ou précipitants), dans le but de développer un modèle explicatif plus complet tenant compte des dimensions du perfectionnisme. Somme toute, il serait intéressant de tenter de valider de nouveaux modèles qui introduiraient des liens additionnels à ceux observés dans la présente étude, dans le but d'élargir notre compréhension du phénomène suicidaire chez l'adolescent et du rôle spécifique du perfectionnisme prescrit par autrui dans cette problématique.

*Conclusion*

Le suicide est de plus en plus considéré, dans les écrits scientifiques, comme un phénomène interactionnel complexe entre plusieurs types de facteurs mettant en jeu, notamment, des caractéristiques personnelles ou cognitives. Le perfectionnisme est l'une de ces caractéristiques qui a récemment été associée de façon empirique aux comportements suicidaires auprès de populations cliniques d'adolescents. Aucune étude n'avait cependant évalué de façon spécifique la relation entre le perfectionnisme et les comportements suicidaires auprès d'une population générale d'adolescents. La présente recherche avait donc pour objectif principal d'examiner les liens entre certaines dimensions du perfectionnisme et les tendances suicidaires (incluant tentatives passées et idéations sérieuses) auprès d'un échantillon d'adolescents des deux sexes en milieu scolaire.

Les résultats ont confirmé que les adolescents qui présentent des tendances suicidaires se distinguent des non-suicidaires quant à la dimension sociale du perfectionnisme, soit le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA), tel qu'observé antérieurement auprès de populations cliniques. Plus précisément, les résultats des analyses de régression logistique ont démontré que seul le PPA est un prédicteur significatif des tendances suicidaires. Ainsi, plus un adolescent présente un niveau élevé de perfectionnisme prescrit par autrui, plus il est à risque de présenter des tendances suicidaires. Quant au perfectionnisme orienté vers soi (POS) et qui correspond à la dimension personnelle du construct, il ne semble pas associé aux tendances suicidaires

chez l'adolescent. Sur le plan théorique, les données actuelles obtenues auprès d'une population générale plutôt que clinique apportent un support empirique important à la notion de perfectionnisme et, notamment, à sa dimension sociale comme caractéristique spécifique aux adolescents suicidaires. Les résultats de cette étude soulèvent également d'intéressantes pistes sur le plan clinique. Ils suggèrent que le perfectionnisme prescrit par autrui (PPA) pourrait être considéré dans les stratégies de prévention, d'évaluation et d'intervention auprès des adolescents suicidaires.

En ce qui concerne la question de recherche, les résultats obtenus sont particuliers en ce sens qu'ils révèlent une interaction sexe  $\times$  âge significative. Ainsi, pour une même valeur de PPA, la probabilité de présenter des tendances suicidaires se révèle plus élevée chez les filles que chez les garçons et ce, uniquement à l'âge de 14 et de 15 ans. Ces données combinées aux limites inhérentes à cette étude suggèrent des pistes de recherches futures concernant les différences entre les sexes au niveau des tendances suicidaires chez l'adolescent.

Enfin, il demeure essentiel de poursuivre les travaux visant à approfondir notre connaissance et notre compréhension de la problématique suicidaire chez les adolescents. À cet effet et tels que le suggèrent les présents résultats, il apparaît souhaitable de considérer l'ensemble des variables susceptibles d'être impliquées dans les comportements suicidaires dans ce groupe d'âge, dont certaines caractéristiques personnelles ou cognitives, si l'on veut tenir compte de la complexité du phénomène et de ses diverses trajectoires.

## *Références*

- Accordino, D. (2000). An investigation of perfectionism, mental health, achievement, and achievement motivation in adolescents. *Psychology in the Schools*, 37(6), 535-545.
- Adam, K. S. (1973). Childhood parental loss, suicidal ideation, and suicidal behavior. Dans E. J. Anthony, & C. Koupernik (Éds), *The child and his family* (pp.275-297). New York : John Wiley and Sons.
- Adderholdt, M. (1989). Perfectionism and underachievement. *The Gifted Child Today*, 12, 19-21.
- Adderholdt, M., & Goldberg, J. (1999). *Perfectionism : What's bad about being too good?* (éd. rév.). Minneapolis : Free Spirit Publishing.
- Allison, P. D. (1999). *Logistic regression using the SAS system : Theory and application*. Cary, NC : SAS Institute Inc.
- Amanat, E., & Beck, J. (1994). *The troubled adolescent. A practical guide*. St-Louis : Ishiyaku EuroAmerica.
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>e</sup> Éd.). Washington, DC : Auteur.
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV : Manuel diagnostic et statistique de troubles mentaux* (4<sup>e</sup> éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Paris : Masson.
- Ansbacher, H. L., & Ansbacher, R. R. (Éds.). (1991). *The individual psychology of Alfred Adler*. New York : Basic Books. (Ouvrage original publié en 1956).
- Association québécoise de suicidologie. (1996). *Position de l'Association québécoise de suicidologie sur une stratégie provinciale en prévention du suicide*. [Présentée au Groupe de travail sur la prévention du suicide au Québec]. Québec : MSSS.
- Baron, P. (1993). *La dépression chez les adolescents*. Canada : Edisem & Maloine.
- Barrow, J. C., & Moore, C. A. (1983). Group interventions with perfectionistic thinking. *Personnel and Guidance Journal*, 61(10), 612-615.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : International University Press.

- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention : The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism : Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50(12), 1003-1020.
- Boergers, J., Spirito, A., & Donaldson, D. (1998). Reasons for adolescent suicide attempts : Associations with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1287-1293.
- Boivin, I., & Marchand, A. (1996). Le perfectionnisme et les troubles anxieux. *Revue québécoise de psychologie*, 17(1), 131-163.
- Bonner, R. L., & Rich, A. R. (1987). Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior : Some preliminary data in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17(1), 50-63.
- Broday, S. F. (1988). Perfectionism and Millon basic personality patterns. *Psychological Reports*, 63, 791-794.
- Bull, C. (1999). Perfectionism and self-esteem in early adolescents. *Dissertations Abstracts International*, 59(7-B), 3682A.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 14(6), 34-52.
- Callahan, J. (1993). Blueprint for an adolescent suicidal crisis. *Psychiatrics Annals*, 23(5), 263-270.
- Canetto, S. S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24(4), 339-351.
- Carlson, G., A., & Cantwell, D. P. (1982). Suicidal behavior and depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 361-368.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1996). Youth risk behavior surveillance. United States, 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45(SS-4).
- Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE). (1997). *Facteurs d'influence sur le suicide et les comportements suicidaires*. (Préparé par B. L. Mishara : affilié au Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale LAREHS). Montréal : Université du Québec à Montréal.

- Cloutier, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal : Gaétan Morin.
- Compas, B. E., Davis, G. E., & Forsythe, C. J. (1985). Characteristics of life events during adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 13(6), 677-691.
- Conseil permanent de la jeunesse (CPJ). (1995). *Le point sur la délinquance et le suicide chez les jeunes*. (D'Amours, Y. : recherche et rédaction). Québec : Gouvernement du Québec.
- Conseil permanent de la jeunesse (CPJ). (1997). *Le suicide chez les jeunes : S.O.S. Jeunes en détresse !* (D'Amours, Y. : recherche et rédaction). Québec : Gouvernement du Québec.
- Côté, L., Pronovost, J., & Ross, C. (1990). Étude des tendances suicidaires chez des adolescents de niveau secondaire. *Santé mentale au Québec*, 1, 29-45.
- Dean, P. J., Range, L. M., & Goggin, W. C. (1996). The escape theory of suicide in college students : Testing a model that includes perfectionism. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(2), 181-186.
- Delisle, J. R. (1990). The gifted adolescent at risk : Strategies and resources for suicide prevention among the gifted. *Journal for the Education of the Gifted*, 13(3), 212-228.
- Deschesnes, M., Schaefer, C., & Couture, D. (1997). *Style de vie des jeunes du secondaire en Outaouais*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais et Les Centres jeunesse de l'Outaouais.
- Donaldson, D., Spirito, A., & Farnett, E. (2000). The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry and Human Development*, 31(2), 99-111.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Halsall, J., Williams, M., & Winkworth, G. (2000). The relation between perfectionism and distress : Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology*, 47(4), 437-453.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy* (éd. rév.). New York : Birch Lane Press Book.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Koledin, S. (1991a). Dimensions of perfectionism and irrational thinking. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Therapy*, 9(3), 185-201.

- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K., & Koledin, S. (1992). Components of perfectionism and procrastination in college students. *Social Behavior and Personality*, 20, 85-94.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Mosher, S. W. (1991b). Perfectionism, self-actualization, and personal adjustment. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6(5), 147-160.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K., & O'Brien, S. (1991c). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 12(1), 61-68.
- Flett G. L., Hewitt, P. L., & De Rosa, T. (1996). Dimensions of perfectionism, psychosocial adjustment, and social skills. *Personality and Individual Differences*, 20(2), 143-150.
- Freud, S. (1981). Au-delà du principe de plaisir. Dans S. Freud, *Essais de psychanalyse* (pp. 43-115). Traduction française par J. Laplanche et J.-B. Pontalis. Paris : Payot. (Ouvrage original publié en 1920).
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119-126.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Garland, A. F., & Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention : Current research and social policy implications. *American Psychologist*, 48(2), 169-182.
- Gould, M., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., et al. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(9), 915-923.
- Grimm, L. G., & Yarnold, P. R. (Éds.). (1995). *Reading and understanding multivariate statistics*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Grossman, J. A., & Kruesi, J. P. (2000). Innovative approaches to youth suicide prevention : An update of issues and research findings. Dans R. W. Maris, S. S. Canetto, J. L. McIntosh, & M. M. Silverman (Éds), *Review of Suicidology, 2001* (pp. 170-201). New York : Guilford.
- Halgin, R. P., & Leahy, P. M. (1989). Understanding and treating perfectionistic college students. *Journal of Counseling and Development*, 68, 222-225.

- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology, 15*, 27-33.
- Hankin, B. L., Roberts, J., & Gotlib, I. H. (1997). Elevated self-standards and emotional distress during adolescence: Emotional specificity and gender differences. *Cognitive Therapy and Research, 21*(6), 663-679.
- Hanley, J. A., & McNeil, B. J. (1982). The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. *Radiology, 143*, 29-36.
- Hayes, M. L., & Sloat, R. S. (1989). Gifted students at risk for suicide. *Roeper Review, 12*(2), 102-107.
- Hayward, L., & Arthur, N. (1998). Perfectionism and post-secondary students. *Revue canadienne de counseling, 32*(3), 187-199.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1989). The Multidimensional Perfectionism Scale: Development and validation [Résumé]. *Canadian Psychology, 30*(2), 339.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality, 5*(5), 423-438.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991a). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(1), 98-101.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991b). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(3), 456-470.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (1995). Perfectionism and relationship adjustment in pain patients and their spouses. *Journal of Family Psychology, 9*, 335-347.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Turnbull-Donovan, W. (1992). Perfectionism and suicide potential. *British Journal of Clinical Psychology, 31*, 181-190.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Turnbull-Donovan, W., & Mikail, S. F. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*(3), 464-468.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Weber, C. (1994). Dimensions of perfectionism and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research, 18*(5), 439-460.

- Hewitt, P. L., Newton, J., Flett, G. L., & Callander, L. (1997). Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(2), 95-101.
- Hewitt, P. L., Norton, R., Flett, G. L., Callander, L., & Cowan, T. (1998). Dimensions of perfectionism, hopelessness, and attempted suicide in a sample of alcoholics. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 28(4), 395-406.
- Hirsh, C. R., & Hayward, P. (1998). The perfect patient : Cognitive-behavioural therapy for perfectionism. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26(4), 359-364.
- Hoberman, H., M., & Garfinkel, B., D. (1988). Completed suicide in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), 689-695.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6(2), 94-103.
- Hollender, M. H. (1978). Perfectionism, a neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39, 384.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth. The struggle toward self-realization.* New York : W. W. Norton & Company Inc.
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression.* New York : John Wiley and Sons, Inc.
- Howell, D. C. (1998). *Méthodes statistiques en sciences humaines.* Paris : De Boeck Université.
- Institut de la statistique du Québec. (2000). *Décès par accident de véhicule à moteur et par suicide des jeunes de moins de 20 ans selon le sexe, Québec, 1975-1998.* Récupéré le 30 avril 2001 de [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/condi...men\\_fam\\_enf/portrait/theme2/tab\\_2\\_17.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/condi...men_fam_enf/portrait/theme2/tab_2_17.htm).
- Institut national de santé publique du Québec. (2001). *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999.* Hamel, D. : Auteur.
- Joffe, R. T., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1988). Ontario child health study : Suicidal behavior in youth age 12-16 years. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1420-1423.
- Johnson, W. B., Lall, R., Bongar, B., & Nordlund, M. D. (1999). The role of objective personality inventories in suicide risk assessment : An evaluation and proposal. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(2), 165-185.

- Joiner, T. E., Katz, J., & Heatherton, T. F. (2000). Personality features differentiate late adolescent females and males with chronic bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 191-197.
- Kienhorst, I. W. M., De Wilde, E. J., & Diekstra, R. F. W. (1995). Suicidal behaviour in adolescents. *Archives of Suicide Research*, 1, 185-209.
- King, C. A. (1997). Suicidal behavior in adolescence. Dans R. W. Maris, M. M. Silverman, & S. S. Canetto (Éds.), *Review of suicidology. 1997* (pp. 61-95). New York : The Guilford Press.
- Labrecque, J., Stephenson, R., Boivin, I., & Marchand, A. (1998). Validation de l'Échelle multidimensionnelle du perfectionnisme auprès de la population francophone du Québec. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 3(4), 1-14.
- Ladame, F. (1981). *Les tentatives de suicide des adolescents*. Paris : Masson.
- Lewinsohn, P. M., Rhode, P., & Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts : Prevalence, risk factors and clinical implications. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 3(1), 25-46.
- LoCicero, K. A., Ashby, J. S., & Kern, R. M. (2000). Multidimensional perfectionism and lifestyle approaches in middle school students. *Journal of Individual Psychology*, 56(4), 449-461.
- Marks, P. A., & Haller, D. L. (1977). Now I lay me down for keeps : A study of adolescent suicide attempts. *Journal of Clinical Psychology*, 33(2), 390-401.
- McIntosh, J. L. (2000). Epidemiology of adolescent suicide in the United States. Dans R. W. Maris, S. S. Canetto, J. L. McIntosh, & M. M. Silverman (Éds.), *Review of suicidology, 2000* (pp. 3-33). New York : The Guilford Press.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II : Manual for the MCMI-II* (2<sup>e</sup> éd.). Minneapolis : Computer Systems.
- Mills, J. S., & Blankstein, K. R. (2000). Perfectionism, intrinsic vs. extrinsic motivation, and motivated strategies for learning : A multidimensional analysis of university students. *Personality and Individual Differences*, 29, 1191-1204.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1997). *S'entraider pour la vie. Proposition d'une stratégie québécoise d'actions face au suicide*. [Document de consultation]. Québec : Gouvernement du Québec.

- Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. (1994). *Le suicide au Canada. Mise à jour du rapport du groupe d'études nationales sur le suicide au Canada*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Nagelkerke, N. J. D. (1991). A note on a general definition of the coefficient of determination. *Biometrika*, 78, 691-692.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Standford, CA : Standford University Press.
- Norman, R. M. G., Davies, F., Nicholson, I. R., Cortese, L., & Malla, A. K. (1998). The relationship of two aspects of perfectionism with symptoms in a psychiatric outpatient population. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(1), 50-68.
- O'Connor, R. C., & Sheehy, N. P. (2001). Suicidal Behavior. *The psychologist*, 14(1), 20-24.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1977). *CIM-9 : Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*. (Vol. 1). Genève : Auteur.
- Owens, R. G., & Slade, P. D. (1987). Running and anorexia nervosa : An empirical study. *International Journal of Eating Disorders*, 6(6), 771-775.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39(4), 386-390.
- Parker, W. D., & Adkins, K. K. (1995). Perfectionism and the gifted. *Roepers Review*, 17(3), 173-176.
- Petersen, A. C., Sarigiani, P. A., & Kennedy, R. E. (1991). Adolescent depression : Why more girls? *Journal of Youth and Adolescence*, 20(2), 247-271.
- Pfeffer, C. R. (1996). Suicidal behavior. Dans L. Hechtman (Éd.), *Do they grow out of it? : Long-term outcomes of childhood disorders* (pp. 121-137). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Pirot, M. (1986). The pathological thought and dynamics of the perfectionist. *Individual Psychology*, 42, 51-58.
- Ranieri, W. F., Steer, R. A., Lawrence, T. I., Rissmiller, D. J., Piper, G. E., & Beck, A. T. (1987). Relationships of depression, hopelessness, and dysfunctional attitudes to suicide ideation in psychiatric patients. *Psychological Reports*, 61, 967-975.

- Régie régionale de la santé et des services sociaux. Direction de la santé publique. (1999). *Le phénomène du suicide au Saguenay-Lac-St-Jean. 1981 à 1996*. Chicoutimi : RSSS.
- Reynolds, W. M. (1989). Suicidal ideation and depression in adolescents : Assessment and research. Dans P. Lobivond et P. H. Wilson (Éds), *Clinical and abnormal psychology* (pp. 125-135). Amsterdam : Elsevier Science Publishers.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Ladouceur, R., Boivin, I., & Marchand, A. (1994). Version française du Frost Multidimensional Perfectionism Scale. [Instrument non publié]. Québec : Université Laval et Université du Québec à Montréal.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Bouchard, C., Gallant, L., Talbot, F., et al. (2000). Functional and dysfunctional perfectionists : Are they different on compulsive-like behaviors? *Behaviour Research and Therapy*, 38, 119-128.
- Rosenthal, R., & Rubin, D. B. (1979). A note on percent variance explained as a measure of the importance of effects. *Journal of Applied Social Psychology*, 9(5), 395-396.
- Rubenstein, J. L., Heeren, T., Housman, D., Rubin, C., & Stechler, G. (1989). Suicidal behavior in "normal" adolescents : Risk and protective factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 59-71.
- Santé Québec. (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Vol. 1). (Sous la direction de C. Bellerose, C. Lavallée, L. Chénard, & M. Levasseur). Montréal : MSSS, Gouvernement du Québec.
- Santé Québec. (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*. (Sous la direction de R. Boyer, D. St-Laurent, M. Préville, G. Légaré, R. Massé, & C. Poulin). Montréal : MSSS, Gouvernement du Québec.
- Séguin, M., & Huon, P. (1999). *Le suicide. Comment prévenir, comment intervenir*. Québec : Logiques.
- Shaffer, D., & Craft, L. (1999). Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60[suppl. 2], 70-74.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M. E., et al. (1996). The NIMH Diagnostic Interview for Children Version 2.3 (DISC-2.3) : Description, acceptability, prevalence rates and performance in the MECA Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(7), 865-877.
- Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., & Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide : A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), 675-687.

- Simon, R. (1991). *Enquête sur les comportements et idéations suicidaires des élèves de 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> secondaire de la région 02*. [Abrégé de recherche]. Chicoutimi : Centre de prévention du suicide 02.
- Slade, P. D., & Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, 22(3), 372-390.
- Slaney, R. B., & Ashby, J. S. (1996). Perfectionists : Study of a criterion group. *Journal of Counseling and Development*, 74(4), 393-398.
- Smith, K., & Crawford, S. (1986). Suicidal behavior among "normal" high school students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16(3), 313-325.
- Sorotzkin, B. (1985). The quest for perfection : Avoiding guilt or avoiding shame? *Psychotherapy*, 22(3), 564-571.
- Sorotzkin, B. (1998). Understanding and treating perfectionism in religious adolescents. *Psychotherapy*, 35(1), 87-95.
- Statistique Canada. (2000). *Suicide et taux de suicide selon le sexe et l'âge*. Récupéré le 30 avril 2001 de [http://www.statcan.ca/français/Pgdb/People/Health/health01\\_f.htm](http://www.statcan.ca/français/Pgdb/People/Health/health01_f.htm).
- Steiger, H., Leung, F., Puentes-Newman, G., & Gottheil, N. (1992). Psychosocial profiles of adolescent girls with varying degrees of eating and mood disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 11(2), 121-131.
- Stephens, B. J. (1987). Cheap thrills and humble pie : The adolescence of female suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17(2), 107-118.
- Stillion, J. M., & McDowell, E. E. (1996). *Suicide across the life span : Premature exits* (2<sup>e</sup> éd.). Washington, DC : Taylor and Francis.
- Stumpf, H., & Parker, W. D. (2000). A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 28(5), 837-852.
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics* (3<sup>e</sup> éd.). New York : Harper Collins College Publishers.
- Torodov, C., & Bazinet, A. (1996). Le perfectionnisme : aspects conceptuels et cliniques. *Revue canadienne de psychiatrie*, 41(5), 291-298.
- Tousignant, M., Bastien, M. F., & Hamel, S. (1993). *Famille, écologie sociale et comportements suicidaires à l'école secondaire*. [Rapport final remis au Conseil québécois de la recherche sociale]. Montréal : Université du Québec à Montréal.

- Tousignant, M., Bastien, M. F., Hamel, S., Robitaille, G., & Hanigan, D. (1987). *Expérience des jeunes de niveau secondaire*. Montréal : CRISE.
- Tousignant, M., Hamel, S., & Bastien, M. F. (1988). Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire. *Santé mentale au Québec*, 13, 79-93.
- Tousignant, M., & Hanigan, D. (1986). *Comportement suicidaire et entourage social chez les cégepiens*. [Rapport final remis au Conseil Québécois de la Recherche Sociale]. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-680.
- Veillette, S., Perron, M., Gaudreault, M., Richard, L., & Lapierre, R. (1998). *Habitudes de vie et comportements à risque pour la santé des jeunes du secondaire*. (Enquête régionale : Aujourd'hui les jeunes du Saguenay-Lac-Saint-Jean). Chicoutimi : RRSSS-02 ; Jonquière : Groupe ÉCOBES.
- White, G. L., Murdock, R. T., Richardson, G. E., Ellis, G. D., & Schmidt, L. J. (1990). Development of a tool to assess suicide risk in urban adolescents. *Adolescence*, 25(99), 655-666.
- Zung, W. K. (1974). Index of potential suicide (IPS) : A rating scale for suicides. Dans A. T. Beck et al. (Éds.), *Prevention in the prediction of suicide*. Maryland : Charles Press.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow III, C. A., et al. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 114-124.

*Appendice A*

Certificat de déontologie

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI  
COMITÉ INSTITUTIONNEL DE DÉONTOLOGIE DE LA RECHERCHE

**CERTIFICAT DE DÉONTOLOGIE**

**A. DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ**

Le Comité institutionnel de déontologie de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi, dûment mandaté à cette fin, certifie avoir étudié le projet de recherche suivant:

TITRE DE L'ACTIVITÉ: **Étude de l'idéation suicidaire chez l'adolescent en fonction du perfectionnisme et du sexe.**

RESPONSABLE: **Lise Lapointe, étudiante à la maîtrise en psychologie, sous la direction de Mme Claudie Emond Ph.D., professeur au Module de psychologie de l'UQAC.**

ORGANISME SUBVENTIONNEL: **AUCUN**

**B. DÉCISION DU COMITÉ**

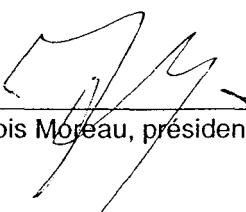
Le Comité après examen déclare que cette activité:

**EST CONFORME AUX EXIGENCES DU CODE DE DÉONTOLOGIE TELLES QU'APPLIQUÉES À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC.**

**C. PÉRIODE DE VALIDITÉ**

Ce certificat est valide jusqu'au **31 mai 2001**.

Les soussignés déclarent le certificat conforme à la décision du comité.

  
Jean-François Moreau, président du comité

  
Denise Bernard, secrétaire du comité

Chicoutimi, le 2 octobre 2000

*Appendice B*

Questionnaire

## QUESTIONNAIRE SUR LES STANDARDS PERSONNELS ET LES IDÉATIONS SUICIDAIRES DES JEUNES DU SECONDAIRE AU SAGUENAY-LAC-ST-JEAN

### ▪ Directives :

Cette recherche est réalisée par une étudiante à la maîtrise en psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi. Elle a pour but de mieux comprendre la relation entre les standards personnels et les idéations suicidaires chez les adolescents.

Nous te demandons de lire attentivement chacune des questions et d'y répondre individuellement, et de façon aussi honnête et précise que possible. Il est important de te rappeler qu'**il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses**; il s'agit de choisir celle qui décrit le mieux ce que tu penses ou ressens. Répondre au questionnaire devrait te prendre entre 20 et 30 minutes. Bien que tu ne sois pas obligé(e) de répondre à une question avec laquelle tu ne te sens pas à l'aise, **nous aimerions que tu ne laisses aucune question sans réponse**. À la place, choisis la réponse qui correspond le mieux à tes pensées ou tes sentiments. Si tu as des questions, lève la main et le responsable de la recherche ira te voir.

Tu peux être assuré(e) que tes réponses seront gardées secrètes et confidentielles. Tu n'as **pas à inscrire ton nom sur le questionnaire** et seuls les deux chercheurs y auront accès.

Une fois le questionnaire complété, retourne-le et dépose-le sur le coin de ton bureau.

**N. B.:** Si tu es intéressé(e) à obtenir un résumé des résultats de cette recherche, tu peux nous contacter par courrier ou par téléphone à l'adresse ou au numéro indiqués ci-dessous. Les résultats seront disponibles à compter du printemps prochain. Détache cette page, au cas où tu déciderais de nous contacter par la suite.

**Madame Claudie Émond, Ph.D., ou Madame Lise Lapointe, B. A.**  
**Département des sciences de l'éducation et de psychologie**  
**Université du Québec à Chicoutimi**  
**555, boulevard de l'Université, Chicoutimi, Québec, G7H 2B1**  
**(418) 545-5011, poste 5357**  
**Courriel : [llapointe@netrover.com](mailto:llapointe@netrover.com)**

Merci de ta collaboration!

**EMP**

Voici une liste d'affirmations se rapportant à des caractéristiques ou des traits personnels. **Encercle le chiffre** qui correspond le mieux à **ton degré d'accord ou de désaccord** avec **chacune** de ces affirmations. Utilise l'échelle d'évaluation suivante :

1 Totalement en désaccord	2 Fortement en désaccord	3 Plutôt en désaccord	4 Indécis	5 Plutôt en accord	6 Fortement en accord	7 Totalement en accord
------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	--------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------

1. Lorsque je travaille à quelque chose, je ne parviens pas à me détendre tant que tout n'est pas parfait. 1 2 3 4 5 6 7
2. Je ne suis pas porté(e) à critiquer quelqu'un qui abandonne trop facilement. 1 2 3 4 5 6 7
3. Il n'est pas important que les gens qui m'entourent aient bien réussi. 1 2 3 4 5 6 7
4. Je critique rarement mes amis lorsqu'ils se contentent de qualité inférieure. 1 2 3 4 5 6 7
5. Je trouve difficile de satisfaire les attentes des autres à mon égard. 1 2 3 4 5 6 7
6. Un de mes buts est d'être parfait(e) dans tout ce que je fais. 1 2 3 4 5 6 7
7. Tout ce que les autres font doit être d'excellente qualité. 1 2 3 4 5 6 7
8. Je ne vise jamais la perfection dans mon travail. 1 2 3 4 5 6 7
9. Mon entourage accepte volontiers que je puisse aussi faire des erreurs. 1 2 3 4 5 6 7
10. Il m'importe peu que quelqu'un dans mon entourage ne fasse pas de son mieux. 1 2 3 4 5 6 7
11. Plus je réussis, plus on attend de moi. 1 2 3 4 5 6 7
12. Je sens rarement le besoin d'être parfait(e). 1 2 3 4 5 6 7
13. Tout ce que je fais qui n'est pas excellent sera jugé de piètre qualité par mon entourage. 1 2 3 4 5 6 7

1 Totalemen t en désaccord	2 Fortement en désaccord	3 Plutôt en désaccord	4 Indécis	5 Plutôt en accord	6 Fortement en accord	7 Totalemen t en accord
14. Je fais tout ce que je peux pour être aussi parfait(e) que possible.				1 2 3 4 5 6 7		
15. Il m'importe beaucoup de réussir parfaitement dans tout ce que j'entreprends.				1 2 3 4 5 6 7		
16. J'attends beaucoup des personnes qui sont importantes pour moi.				1 2 3 4 5 6 7		
17. Je m'efforce d'être le(la) meilleur(e) dans tout ce que j'entreprends.				1 2 3 4 5 6 7		
18. Mon entourage s'attend à ce que je réussisse en tout.				1 2 3 4 5 6 7		
19. Je n'ai pas d'attentes très élevées des personnes qui m'entourent.				1 2 3 4 5 6 7		
20. J'exige de moi-même rien de moins que la perfection.				1 2 3 4 5 6 7		
21. Les autres vont m'aimer même si je n'excelle pas en tout.				1 2 3 4 5 6 7		
22. Je n'ai que faire des gens qui ne s'efforcent pas de s'améliorer.				1 2 3 4 5 6 7		
23. Cela me rend malheureux(se) de découvrir une erreur dans mon travail.				1 2 3 4 5 6 7		
24. Je n'attends pas beaucoup de la part de mes amis.				1 2 3 4 5 6 7		
25. Avoir du succès signifie pour moi que je dois travailler plus fort pour plaire aux autres.				1 2 3 4 5 6 7		
26. Si je demande à quelqu'un de faire quelque chose, je m'attends à ce que ce soit fait parfaitement.				1 2 3 4 5 6 7		
27. Je ne peux pas tolérer que des personnes près de moi fassent des erreurs.				1 2 3 4 5 6 7		
28. Je tends à la perfection quand j'établis mes objectifs.				1 2 3 4 5 6 7		

1 Totalement en désaccord	2 Fortement en désaccord	3 Plutôt en désaccord	4 Indécis	5 Plutôt en accord	6 Fortement en accord	7 Totalement en accord
29. Les personnes qui me sont chères ne devraient jamais me laisser tomber.				1 2 3 4 5 6 7		
30. Les autres m'acceptent comme je suis même quand je ne réussis pas.				1 2 3 4 5 6 7		
31. Je sens que les gens exigent trop de moi.				1 2 3 4 5 6 7		
32. Je dois à tout moment donner mon plein rendement.				1 2 3 4 5 6 7		
33. Même s'ils ne le laissent pas voir, les autres sont bouleversés quand je faillis à ma tâche.				1 2 3 4 5 6 7		
34. Je n'ai pas besoin d'être le(la) meilleur(e) dans tout ce que je fais.				1 2 3 4 5 6 7		
35. Ma famille s'attend à ce que je sois parfait(e).				1 2 3 4 5 6 7		
36. Mes objectifs ne sont pas très élevés.				1 2 3 4 5 6 7		
37. Mes parents ne s'attendent que rarement à ce que j'excelle en tout dans la vie.				1 2 3 4 5 6 7		
38. Je respecte les gens ordinaires.				1 2 3 4 5 6 7		
39. Les gens s'attendent de moi rien de moins que la perfection.				1 2 3 4 5 6 7		
40. Je m'établis des normes très élevées.				1 2 3 4 5 6 7		
41. Les gens attendent de moi plus que je peux donner.				1 2 3 4 5 6 7		
42. Je dois toujours réussir à l'école ou au travail.				1 2 3 4 5 6 7		
43. Cela m'est égal qu'un(e) bon(ne) ami(e) n'essaie pas de faire de son mieux.				1 2 3 4 5 6 7		
44. Mon entourage me croit encore compétent(e), même si je commets une erreur.				1 2 3 4 5 6 7		
45. Je m'attends rarement à ce que les autres excellent en tout.				1 2 3 4 5 6 7		

**Nous passons maintenant à quelques questions qui concernent plus précisément le thème du suicide.** Il nous est apparu important de poser ces questions parce que ce phénomène prend de plus en plus de place dans la vie des jeunes au Québec.

**Indique par un X la réponse qui correspond le mieux à ta situation.**

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

Jamais \_\_\_\_\_  
 Rarement \_\_\_\_\_  
 Quelquefois \_\_\_\_\_  
 Souvent \_\_\_\_\_

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

Jamais \_\_\_\_\_  
 Rarement \_\_\_\_\_  
 Quelquefois \_\_\_\_\_  
 Souvent \_\_\_\_\_

- 3) T'est-il déjà arrivé de penser à te suicider?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

**[Si NON, passe à la question 13]**

- 4) As-tu pensé à te suicider au moins trois fois au cours de ta vie (chacune de ces pensées ayant pu durer une période de temps plus ou moins longue)?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

- 5) Peux-tu indiquer par un X combien de temps a duré la période où tu as le plus longtemps pensé à te suicider.

Moins de deux semaines \_\_\_\_\_  
 Deux semaines \_\_\_\_\_  
 Un mois \_\_\_\_\_  
 Quelques mois \_\_\_\_\_  
 Un an et plus \_\_\_\_\_

- 6) Peux-tu indiquer par un X si tu as pensé à te suicider au cours d'un des moments suivants :

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| a) Au cours de la dernière semaine     | Oui _____ | Non _____ |
| b) Au cours du dernier mois            | Oui _____ | Non _____ |
| c) Au cours des douze derniers mois    | Oui _____ | Non _____ |
| d) Au cours des deux dernières années  | Oui _____ | Non _____ |
| e) Au cours des trois dernières années | Oui _____ | Non _____ |
| f) Il y a plus longtemps               | Oui _____ | Non _____ |

- 7a) Si tu as pensé à te suicider, avais-tu prévu une façon pour le faire?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

**[Si NON, passe à la question 8]**

- b) Peux-tu nous décrire brièvement cette façon. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- c) As-tu cru que cette façon de te tuer pouvait vraiment te faire mourir?

Il y avait de fortes chances \_\_\_\_\_  
 Il y avait quelques chances \_\_\_\_\_  
 Il n'y avait aucune chance \_\_\_\_\_

- 8) Pensais-tu vraiment que tu te suiciderais?

Il y avait de fortes chances \_\_\_\_\_  
 Il y avait quelques chances \_\_\_\_\_  
 Il n'y avait aucune chance \_\_\_\_\_

- 9a) As-tu déjà fait une tentative de suicide?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

**[Si NON, passe à la question 11]**

- b) Si oui, cela fait combien de temps environ? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- c) Quel moyen as-tu utilisé? (décris brièvement) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10a) As-tu consulté un médecin après avoir commis une tentative de suicide?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

b) As-tu visité l'urgence d'un hôpital à la suite d'une tentative?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

11a) As-tu déjà confié à quelqu'un que tu avais pensé (ou tenté) de te suicider?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

b) Si oui, à qui et quel lien (parenté, ami(e), professeur, etc.) as-tu avec cette personne? \_\_\_\_\_

c) Quelle a été sa réaction? (décris brièvement)

---



---



---

12) Crois-tu que certains événements auraient pu être la cause de tes pensées (ou tentative(s)) de suicide?

Explique brièvement :

---



---



---

**Passe tout de suite à la PAGE SUIVANTE**

13a) Quelle est, selon toi, la principale raison qui conduit un jeune à tenter de se suicider? \_\_\_\_\_

b) Crois-tu que les campagnes d'information sont utiles pour prévenir le suicide chez les jeunes?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Pourquoi? \_\_\_\_\_

---



---

c) Selon toi, quel serait le meilleur moyen de prévenir le suicide chez les jeunes?

---



---



---

## PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Il est important que nous obtenions l'information suivante, afin de pouvoir décrire efficacement les étudiants ayant participé au projet de recherche. Pour chaque question, **encercler et/ou compléter la réponse de façon aussi exacte que possible.** Lève la main si tu as besoin d'explications.

1. Ta date de naissance : \_\_\_\_\_ (année)/\_\_\_\_\_ (mois)/\_\_\_\_\_ (jour)
2. Ton âge : \_\_\_\_\_ (ans)
3. Ton sexe : a) féminin  
b) masculin
4. Le nom de ton école : \_\_\_\_\_
5. Ton niveau de secondaire actuel : \_\_\_\_\_
6. Tes parents sont-ils : a) mariés  
b) en union de fait (non mariés)  
c) séparés ou divorcés  
d) veuf(ve), précise \_\_\_\_\_  
e) célibataire
7. Avec qui vis-tu? a) tes deux parents  
b) ta mère seulement  
c) ta mère et son ami ou conjoint  
d) ton père seulement  
e) ton père et son amie ou conjointe  
f) en garde partagée  
g) tes parents adoptifs  
h) tes grands-parents  
i) ta famille d'accueil  
j) autre (pension, ami(e), seul(e), ...), précise \_\_\_\_\_
10. Travailles-tu? a) oui  
Combien d'heures en moyenne par semaine ? \_\_\_\_\_  
b) non
11. Scolarité de tes parents (S.V.P., indique par un X le niveau le plus élevé complété) :

	Mère	Père
a) école primaire	_____	_____
b) secondaire	_____	_____
c) CEGEP (collégial)	_____	_____
d) université	_____	_____
e) autre (précise)	_____	_____

12. Occupation (emploi) de ta mère : \_\_\_\_\_

13. Occupation (emploi) de ton père : \_\_\_\_\_

14. Estime (approximativement) le revenu annuel brut de tes parents. **Indique par un X** le chiffre de l'échelle de revenu qui se rapproche le plus :

	Mère	Père
a) moins de 10 000 \$	_____	_____
b) 10 000 \$ à 14 999 \$	_____	_____
c) 15 000 \$ à 19 999 \$	_____	_____
d) 20 000 \$ à 24 999 \$	_____	_____
e) 25 000 \$ à 29 999 \$	_____	_____
f) 30 000 \$ à 39 999 \$	_____	_____
g) 40 000 \$ à 49 999 \$	_____	_____
h) 50 000 \$ et plus	_____	_____
i) ne s'applique pas	_____	_____

15. Ta moyenne académique générale est de : a) 90 à 100  
b) 80 à 90  
c) 70 à 80  
d) 60 à 70  
e) moins de 60

**MERCI BEAUCOUP** pour ta collaboration. S'il y a lieu, indique S.V.P les raisons pour lesquelles tu as eu de la difficulté à compléter le questionnaire. Toutes suggestions ou commentaires écrits concernant ce projet de recherche sont appréciés.

Quand tu as terminé, retourne ta copie et dépose-la sur le coin de ton bureau.

**ENCORE MERCI POUR TA COLLABORATION !**

*Appendice C*

Lettre d'autorisation



# École Polyvalente Charles-Gravel

Unité 5

Le 20 septembre 2000

Madame, Monsieur,

La présente est pour confirmer que la polyvalente Charles-Gravel accepte de collaborer au projet de mesdames Claudie Émond et Lise Lapointe sur « l'étude de l'idéation suicidaire chez l'adolescent en fonction du perfectionnisme et du sexe ».

Merci de votre attention.

Roch Simard  
Directeur  
Unités 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> secondaire

*Appendice D*

Liste des services offerts

# SERVICES OFFERTS

## **TU SOUHAITES CONSULTER QUELQU'UN!**

Pour toi...ou pour un ou une amie, n'hésite pas!

### **À L'ÉCOLE :**

Élisabeth Côté	→	Local D-215 Poste téléphonique : 277
Isabelle Girard	→	Local A-224 Poste téléphonique : 287
Caroline Harvey	→	Local G200(a) Poste téléphonique : 285
Thérèse Lévesque	→	Local A-225 Poste téléphonique : 292
Danielle Pelchat	→	Local A-214 Poste téléphonique : 272
Andrée Robichaud	→	Local voisin du A-225 Poste téléphonique : 282

### **À L'EXTÉRIEUR DE L'ÉCOLE :**

CLSC : 543-2221

Centre de prévention du suicide : 545-1919

### **SERVICES D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE :**

Tél-Jeunes : 1-800-263-2266

Gai-Écoute : 1-888-505-1010

Jeunesse-J'écoute : 1-800-668-6868



*Appendice E*

Formulaire de consentement des participants

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### Standards personnels et idéations suicidaires chez l'adolescent

Nous te demandons aujourd’hui de participer à une recherche sur le vécu des adolescents au Saguenay-Lac-St-Jean. Ce projet s’inscrit dans le cadre de la formation de Lise Lapointe, étudiante à la maîtrise en psychologie à l’Université du Québec à Chicoutimi. Il a pour but d’étudier la relation entre les standards personnels et les idéations suicidaires chez l’adolescent. Mme Lapointe est dirigée dans ses travaux par Mme Claudie Émond, Ph.D., professeur au module de psychologie du Département des sciences de l’éducation et de psychologie de l’UQAC. Environ 350 jeunes âgés entre 14 et 18 ans de l’École polyvalente Charles-Gravel de Chicoutimi, prendront part au projet.

Tu es entièrement libre de participer ou non à cette recherche et tu demeures libre d’arrêter d’y répondre à n’importe quel moment. En acceptant de participer, tu acceptes de répondre à un questionnaire écrit (qui n’est pas un test) qui te prendra entre 20 et 30 minutes.

Il est entendu que l’anonymat sera respecté en tout temps, c’est-à-dire qu’aucune information permettant de t’identifier personnellement ne sera transmise. Les questionnaires et les formulaires de consentement sont identifiés par des numéros. Ils seront conservés sous clé, à l’Université du Québec à Chicoutimi, dans un endroit auquel **seuls les deux chercheurs** auront accès. De plus, toutes tes réponses sont et demeureront confidentielles. Le secret professionnel sera respecté par les chercheurs. Il y a une seule exception qui vaut pour tous les jeunes du Québec. La Loi sur la protection de la jeunesse stipule qu’une personne mineure doit être protégée si sa sécurité ou son développement sont compromis. Dans le cas où tu présenterais des idéations suicidaires élevées, nous te contacterons afin de t’aider à obtenir l’aide dont tu as besoin.

Bien qu’aucun bénéfice immédiat ne puisse découler de ta participation, ton opinion est importante pour nous aider à mieux comprendre le phénomène du suicide chez les jeunes au Saguenay-Lac-St-Jean. Un résumé des résultats de la recherche pourra être accessible auprès des chercheurs, si la thématique t’intéresse ou que tu désires plus d’informations.

Si tu acceptes de participer, **tu dois signer le formulaire de consentement avant de répondre** au questionnaire. En tout temps, si tu as des questions, lève la main; le responsable de recherche ira te voir.

Si parfois ce questionnaire suscitait des réactions indésirables, tu es invité(e) à en discuter avec un intervenant des *Services complémentaires aux élèves* de ton école, ou avec tout autre professionnel de la santé. Une liste des ressources du milieu où tu peux obtenir de l’aide t’est fournie avec le questionnaire. **Conserve-la** en cas de besoin.

**Nom du participant (EN MAJUSCULES S.V.P.):** \_\_\_\_\_

**No de téléphone :** \_\_\_\_\_ **Groupe-classe :** \_\_\_\_\_

**Signature du participant :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Signature du chercheur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

Merci de ta collaboration!

*Appendice F*

Courbe ROC (Receiver Operating Characteristic)

Courbe ROC (receiver operating characteristic)

