



HAL
open science

Les groupes de parole à visée psychoéducative chez les parents d'adolescents suicidants: intérêt théorique et limites

Marie-Laure Caille

► To cite this version:

Marie-Laure Caille. Les groupes de parole à visée psychoéducative chez les parents d'adolescents suicidants: intérêt théorique et limites. Sciences du Vivant [q-bio]. 2005. hal-01733546

HAL Id: hal-01733546

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733546>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2005

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 61

T/NCY/2005/CAILLE
(double)

18 3255
e
c



05 JUL. 2005

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marie-Laure CAILLE

**LES GROUPES DE PAROLE A VISEE PSYCHOEDUCATIVE CHEZ
LES PARENTS D'ADOLESCENTS SUICIDANTS**

Intérêt théorique et limites

Jeudi 23 juin 2005

Examineurs de la thèse :

Mme C. VIDAILHET	Professeur	Président
M. D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	Juges
M. A. BELLOU	Professeur	
Mme C. PICHENE	Docteur en Médecine	
M. B. KABUTH	Docteur en Médecine et en Psychologie	





05 JUL. 2005

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marie-Laure CAILLE

**LES GROUPES DE PAROLE A VISEE PSYCHOEDUCATIVE CHEZ
LES PARENTS D'ADOLESCENTS SUICIDANTS**

Intérêt théorique et limites

Examineurs de la thèse :

Mme C. VIDAILHET	Professeur	Président
M. D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	Juges
M. A. BELLOU	Professeur	
Mme C. PICHENE	Docteur en Médecine	
M. B. KABUTH	Docteur en Médecine et en Psychologie	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Asseseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIOWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE
2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE
Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER
Professeur Laurent BRUNAUD

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF
Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A notre Maître et président de Thèse,

Mme Colette Vidailhet, Professeur émérite de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Vous m'avez conseillée tout au long de mes démarches pendant ce travail.

J'ai découvert la Psychiatrie Infantojuvénile à l'occasion de votre enseignement à la Faculté, suscitant en moi un intérêt toujours présent aujourd'hui.

Soyez assurée de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A notre Maître et juge,

M. Daniel Sibertin-Blanc, Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,

Je garde un vif souvenir de votre enseignement sur la passionnante histoire de la Psychanalyse. C'est cette découverte a été en partie responsable de mon intérêt pour cette discipline et de mon désir d'exercer la Psychiatrie.

A notre Maître et juge,

M. Abdelouahab Bellou, Professeur de Médecine Interne; Gériatrie et Biologie du vieillissement,

Vous étiez à mes côtés lors de mes premiers contacts avec les patients, lorsque j'étais externe dans le Service des Urgences de Nancy, où j'ai été sensibilisée à la Psychiatrie d'urgence et notamment à la prise en charge des suicidants.

A notre juge,

Mme Catherine Pichéné, Docteur en Médecine, responsable du département d'urgences psychiatriques,

J'ai effectué mes premières gardes d'Urgences Psychiatries dans votre service, où j'ai été chaleureusement accueillie et soutenue.

Vous avez eu l'idée de ce travail passionnant et m'avez guidée tout au long de celui-ci.

A notre juge,

M. Bernard Kabuth, Docteur en Médecine et en Psychologie, Chef de service du quatrième secteur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Meurthe-et-Moselle,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de faire partie du jury.

**A mon père,
qui m'a sensibilisée très tôt à la Psychiatrie, et m'a transmis sa passion.**

**A ma mère,
qui m'a tant soutenue durant les moments difficiles de ces longues études de
Médecine.**

**A mon frère,
que j'aime et qui a toujours été là pour moi.**

A toute ma famille.

**A Pascal,
que j'aime plus que tout et qui a illuminé ma vie, qui m'a soutenue et aidée
au quotidien dans la réalisation de ce travail.**

**A mes amis de Nancy,
Jeanne, Ariane, Marine, Isabelle, Manu.**

**A mes nouveaux amis de Lille et d'ailleurs,
qui m'ont accueillie si gentiment.**

**A Gaby,
Je tiens à te remercier pour ton aide, ta gentillesse et ta disponibilité si
précieuses.**

A tous mes collègues de travail, actuels et passés,

**Merci à M. TOPCZENSKI pour son aide dans mes recherches
bibliographiques et à Mme THEVENON pour « le cas Marie ».**

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p. 16
DEFINITIONS	p. 18
I. Le suicide	p. 18
II. La tentative de suicide	p. 18
REPERES EPIDEMIOLOGIQUES	p. 19
I. La mortalité suicidaire	p. 19
II. La morbidité suicidaire	p. 20
III. L'idéation suicidaire	p. 23
IV. Conduites suicidaires et pathologies psychiatriques	p. 23
PSYCHOPATHOLOGIE DE LA TENTATIVE DE SUICIDE DE L'ADOLESCENT	p. 25
I. L'adolescence, période propice au passage à l'acte suicidaire	p. 25
A-Qu'est-ce que l'adolescence ?	
B-Adolescence et dépression	
C-Adolescence et passage à l'acte	
1) La tendance à l'Agir	
2) La tendance à la violence	
3) La tendance à l'auto-agression	
II. Significations psychopathologiques de la tentative de suicide des adolescents	p. 27
A-Difficultés dans les liens de dépendance et dans l'autonomie à l'égard des parents	
B-Difficultés de renoncer aux illusions de l'enfance	
C- Réappropriation du corps	
III. Spécificité des récives	p. 29

L'ADOLESCENT, SA FAMILLE ET LE SUICIDE p. 31

I. Facteurs de risques familiaux p. 31

- A- Tentative(s) de suicide dans la famille et dépression parentale
- B- Dissociation familiale
- C- Mauvaise qualité des rapports intra-familiaux
- D- Facteurs sociaux
- E- Violences, inceste et abus sexuels
- F- Pathologies psychiatriques chez les parents
- G- Secrets familiaux
- H- Familles nombreuses.

II. Modifications de la famille et des relations parents-enfants dans les sociétés occidentales. Lien avec les difficultés actuelles de l'adolescent... .. p. 35

III. Modifications des rapports parents-enfants à l'adolescence, indépendamment de l'époque... .. p. 36

- A- Déchirure des liens familiaux pour la construction de l'adolescent
- B- Exigence et désir des parents confrontés au désir et à la capacité de l'adolescent
- C- Sexualisation des liens
- D- Fin de l'idéalisation des parents
- E- Vécu des parents à l'adolescence de leur enfant
- F- Ambivalence parentale et incidences sur le comportement suicidaire de l'adolescent
- G- Place de l'autorité parentale.
- H- Insuffisance de verbalisation dans la famille

IV. Evaluation de la dynamique des interactions familiales d'adolescents suicidants... .. p.39

- A- Modes d'évaluation de la dynamique familiale
 - 1) Le modèle « circumplex d'Olson »
 - 2) Le « Family Hierarchy Test »
- B- Quelques exemples d'enquêtes évaluant les caractéristiques familiales d'adolescents et leur lien avec la TS de l'adolescent
- C- Discussion

**V. Remaniements familiaux après la tentative de suicide d'un adolescent.
Lien avec la probabilité de récurrence ?... .. p. 45**

- A- Banalisation, déni, attribution de l'acte à des causes extérieures
- B- Soumission aux exigences de l'adolescent, bénéfices secondaires
- C- Mauvaise interprétation de la TS
- D- Réponse agressive
- E- Rigidification des mécanismes interactifs familiaux
- F- Changement de perception globale de l'adolescent
- G- Remise en question bénéfique.

**REFLEXION A PROPOS DE LA PRISE EN CHARGE DES
ADOLESCENTS SUICIDANTS ET DE L'INTERET DE GROUPES DE
PAROLE A VISEE PSYCHOEDUCATIVE POUR LES PARENTS ...p. 52**

I. Généralité sur la prise en charge des suicidants... .. p.52

**II. Le travail avec les parents en psychiatrie infantojuvénile : nécessité
d'une alliance thérapeutique... ..p.53**

- A- Etapes historiques du travail avec les parents
- B- Les raisons d'un travail avec les parents
- C- La notion d'alliance thérapeutique
- D-L'alliance thérapeutique avec les parents en psychiatrie infanto-juvénile
selon les pathologies
 - 1) Avec les parents d'enfants autistes
 - 2) Avec les parents d'anorexiques mentales
 - 3) Avec les parents de schizophrènes
- E-Les différentes modalités pratiques du travail avec les parents
 - 1) Les thérapies familiales
 - 2) Les psychothérapies individuelles des parents
 - 3) Les contacts entre parents et l'équipe soignante non médicale
 - 4) Les entretiens familiaux
 - 5) Les groupes de parole de parents
 - 6) La psychoéducation des familles
 - 7) Les différences entre la « thérapie » familiale et la « prise en charge »
familiale

III. Les groupes de parole de parents d'adolescents... .. p.65

A- Définition

B- Effets spécifiques et intérêts du groupe

C- Objectifs

- 1) Créer une alliance avec les parents dans la prise en charge
- 2) Comprendre et agir sur la dynamique familiale
- 3) Observer
- 4) Amener les parents à gérer le conflit
- 5) Faciliter la communication intra-familiale
- 6) Apprendre aux parents à « répondre autrement » à leur enfant
- 7) Travailler avec les parents, dans le cas du suicide, la peur d'une nouvelle récurrence
- 8) Déculpabiliser les parents
- 9) Rendre la différenciation possible entre l'adolescent et sa famille
- 10) Revaloriser les parents
- 11) Donner des repères et des limites aux parents
- 12) Préparer les parents à un éventuel suivi ultérieur
- 13) Aider et soutenir les parents souvent en détresse

D- Exemples de groupes de parole de parents

E- Difficultés et limites des groupes de parole

IV. Rôle de l'information donnée aux parents de suicidants... .. p.81

A- Les parents savent-ils évaluer le risque suicidaire ?

B- Evaluation des conceptions et attitudes d'une population de parents d'adolescents par rapport au suicide, en fonction de leur information

C- Evaluation de l'impact d'une cassette d'information à propos du suicide

V. Les méthodes de psychoéducation des familles : exemple au travers de la prise en charge des familles de schizophrènes... .. p.85

A- Définition et historique

B- Le concept d'Emotionnalité Exprimée (EE)

C- Les trois dimensions de la psychoéducation

- 1) La dimension pédagogique
- 2) La dimension psychologique
 - a) La révélation du diagnostic
 - b) Soulagement du fardeau émotionnel
 - c) Le travail de deuil
- 3) La dimension comportementale
 - a) Acquisition d'habiletés de communication
 - b) Apprentissage d'une démarche de résolution de problèmes

- D- L'évaluation des besoins de la famille
 - 1) La dimension pédagogique
 - 2) La dimension psychologique
 - 3) La dimension comportementale
- E- Les quatre formes de thérapie psychoéducatrice familiale
 - 1) La thérapie comportementale monofamiliale
 - 2) Les groupes multifamiliaux
 - 3) Les groupes psychoéducatifs de parents
 - 4) Les groupes psychoéducatifs bifocaux
- F- Les études de validation de la psychoéducation
 - 1) La première génération d'études
 - 2) La deuxième génération d'études
- G- Extensions techniques et conceptuelles

VI. Exemples et évaluations de programmes de psychoéducation destinés aux familles de jeunes suicidants... .. p.98

- A-Un programme proposé à Pittsburg
- B-Un programme proposé à Los Angeles
- C-Une étude évaluant l'efficacité de la psychoéducation de parents d'adolescents dépressifs et suicidants, à Pittsburg

VII. Discussion... ..p. 102

REFLEXION A PROPOS DE LA REALISATION DE GROUPES DE PAROLE A VISEE PSYCHOEDUCATIVE POUR LES PARENTS D'ADOLESCENTS MULTIPLIANT LES TS p. 106

- I. Programme**
- II. Formation du groupe**
- III. L'entretien préliminaire**
- IV. Quand et où commencer les séances ?**
- V. Les participants**
- VI. L'animation**
- VII. Description du déroulement d'une séance**
- VIII. Contenu des séances**
- IX. Exigences**
- X. Limites**
- XI. Rappel des intérêts**

CAS CLINIQUES	p.118
I. Le cas Emeric	
II. Le cas Marie	
CONCLUSION	p.135
BIBLIOGRAPHIE	p.138
ANNEXES	p.149

INTRODUCTION

Les suicides et tentatives de suicide (TS) chez les adolescents posent un problème majeur de Santé Publique. La prise en charge des jeunes suicidants est difficile, et l'est d'autant plus quand le nombre de TS se multiplie. En effet, plus le nombre de récurrences augmente, plus le risque de réponse quasi-exclusive par un geste auto-agressif à tout conflit s'accroît.

Actuellement, aucun type d'approche n'a montré sa supériorité par rapport à une autre. L'abord des parents est un des aspects importants de la démarche de soins, auquel nous avons choisi de nous intéresser. Sans parler de psychothérapie des parents ou de la famille, c'est l'alliance thérapeutique qui paraît d'abord indispensable à une bonne prise en charge de l'adolescent. Quelle est la meilleure façon d'obtenir cette alliance thérapeutique avec les parents ?

Après avoir donné quelques définitions et repères épidémiologiques sur les comportements suicidaires des adolescents, nous reviendrons sur les grandes lignes de la psychopathologie et de la tentative de suicide de ceux-ci. Nous citerons un certain nombre de travaux portant sur le lien entre TS de l'adolescent et relation familiale, avec le recul nécessaire à l'interprétation de ce type d'étude. Nous développerons les réactions des parents face à la tentative de suicide de leur adolescent et aux modifications de la dynamique familiale qui en découlent.

Nous nous intéresserons plus particulièrement aux comportements suicidaires à répétition. En effet, ce phénomène semble très différent d'une tentative isolée, souvent de bon pronostic, qui ne nécessite pas la même prise en charge. Notre hypothèse est que chez certains des adolescents qui multiplient les TS, les relations familiales se rigidifient, indépendamment d'un dysfonctionnement familiale préalable.

Nous verrons en quoi l'alliance thérapeutique avec les parents en psychiatrie infanto-juvénile est un élément important et nous passerons en revue les différentes modalités utilisées pour la favoriser. Ensuite nous développerons certaines approches mises en œuvre dans d'autres pathologies que le suicide, décrites dans la littérature ou directement observées par nous-mêmes. Certaines

semblent représenter un apport non négligeable : par exemple, les groupes de parole de parents dans le cas des troubles du comportement alimentaire de l'adolescent ou les méthodes de psychoéducation des parents de jeunes schizophrènes.

Il était donc logique de mettre en œuvre une réflexion pour discuter de l'intérêt théorique, mais aussi des limites, de ces approches chez les adolescents multipliant les TS.

DEFINITIONS

I. Le suicide

Bien qu'identifié depuis l'Antiquité, le fait de se donner la mort ne fut que tardivement individualisé dans la langue.

Étymologiquement, le suicide est le meurtre de soi-même (Sui : soi - Caedere : tuer).

On appelle suicide « la volonté et/ou le désir conscients et délibérés de se donner la mort ». Marcelli (78).

II . La tentative de suicide

Pour Marcelli (78), « la TS caractérise « l'échec du suicide », quelle que soit la cause de cet échec ».

Ainsi, il n'existe pas de réelle distinction théorique entre la tentative de suicide et le suicide. Or, il nous semble fondamental, d'un point de vue théorique et clinique, de faire cette distinction, sachant que la signification psychologique d'une tentative de suicide peut se différencier d'un suicide abouti.

Il faut donc parfois savoir lui conférer une dimension particulière, à savoir celle de l'appel, et ne pas la regarder de la même manière que le suicide. Pour C. Vidailhet (81), il y a dans la majorité des TS de l'adolescent « une intention de communiquer et non pas une intention de mort » ; la TS de l'adolescent pourrait même être entendue comme « l'expression du désir de vivre autrement ». Mais ce n'est pas pour autant qu'elle est moins grave ou qu'il faut la minimiser. Gardons en tête le fait que 10% des adolescents décèderont dans les 5 ans suivant leur première tentative de suicide (40).

De Clercq, Burquel et Hoyois (77) ont étudié 214 TS arrivant aux urgences de Bruxelles en 1988. Ils se sont intéressés aux 20% de TS aux conséquences somatiques graves, c'est-à-dire celles d'adolescents ayant séjourné aux soins intensifs. Parmi elles, il existait moins de 30 % de pathologies psychiatriques graves. Les autres relevaient plutôt d'une situation de crise familiale ou de couple où la TS était un « moyen de communiquer » avec l'entourage.

Il ne faut pas pour autant généraliser : chez certains le désir de mort existe vraiment. Il s'agit en fait d'une conduite pouvant correspondre à de nombreux tableaux cliniques où le désir de mort y est variable.

Dans tous les cas, la TS n'est ni une maladie ni un syndrome mais un comportement particulier. Toutes les TS sont à prendre au sérieux car elles traduisent une détresse intense.

REPERES EPIDEMIOLOGIQUES

De même, l'épidémiologie du suicide et celle de la tentative de suicide diffèrent. Bien qu'ils soient tous deux un important problème de société, les repères épidémiologiques sont différents : les chiffres, le type de population atteinte et les moyens employés ne sont pas les mêmes.

Pour Marie Choquet (40), directeur de recherche à l'INSERM, l'épidémiologie du suicide doit prendre en compte trois composantes :

- la mortalité suicidaire
- la morbidité suicidaire
- l'idéation suicidaire

I. La mortalité suicidaire

Définition : la mortalité suicidaire correspond au nombre de décès par suicide sur une année.

La DREES (direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques) a procédé à une synthèse des différentes sources statistiques disponibles (3). La mortalité suicidaire est obtenue d'après les données des causes de décès fournies par l'INSERM, avec un décalage de trois ans. Tous âges confondus, le suicide devance les accidents de la circulation pour le nombre annuel de décès (environ 11 000 en 1999 soit 2,1 % de l'ensemble des causes de décès, dont 8000 chez les hommes).

Toujours d'après M. Choquet (40), « une augmentation sensible du suicide (tous âges confondus) a été observée entre 1975 et 1995, le nombre passant de 8323 à 12501 entre ces deux périodes ». Depuis, le nombre s'est stabilisé autour de 12000.

On relève qu'après avoir été stable dans les années 1950-1975, le taux de suicide chez les 15-35 ans a considérablement augmenté jusqu'en 1985, essentiellement chez les hommes. Depuis 1985, on note une diminution du taux de suicide chez les jeunes d'environ 15% (48). Malgré cela, la mortalité suicidaire en France est supérieure à celles de l'Italie, la Grèce, le Portugal, les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

Contrairement à une idée reçue, la mortalité suicidaire est plus élevée chez les 25-34 ans que chez les 15-24 ans. En effet, M. Choquet (48) souligne le fait que

le suicide est la première cause de décès entre 25 et 34 ans et la deuxième entre 15 et 24 ans (16% des décès de cette classe d'âge), derrière les accidents de la circulation (38% des décès). Chaque année en France, environ 700 jeunes meurent du suicide entre 15 et 24 ans. Ces chiffres sont obtenus à partir des certificats de décès avec une probable sous-estimation de 20% d'après les épidémiologistes, car tous les suicides ne sont pas déclarés comme tels.

Cette réalité fait de la prévention du suicide une des priorités pour les programmes de santé. Cette bonne prévention nécessite une analyse de la situation en profondeur.

II. La morbidité suicidaire

Définition : La morbidité suicidaire correspond au nombre de tentatives de suicide sur une année.

Aucun pays ne pratique actuellement de statistiques permanentes de morbidité suicidaire. En France, seules des enquêtes spécifiques permettent d'évaluer le phénomène, en extrapolant les données locorégionales recueillies à l'ensemble du territoire.

Ces enquêtes sont effectuées de trois manières :

- auprès des Centres Hospitaliers, permettant de comptabiliser les tentatives de suicide avec prise en charge hospitalière.
- auprès des médecins généralistes, permettant de comptabiliser les TS non hospitalisés mais prises en charge médicalement
- auprès de la population générale, décelant les tentatives de suicide non prises en charge médicalement.

La DREES estime le nombre de tentatives de suicide annuel donnant lieu à un contact avec le système de soins à environ 160000.

Les données les plus récentes sont données par l'enquête ESPAD (49), qui depuis 1993, suit 16000 jeunes français scolarisés, âgés de 12 à 18 ans. L'évolution des chiffres montre que non seulement le phénomène s'aggrave puisqu' on note une recrudescence des TS dans la tranche des 14-15 ans, où l'on est passé de 8% en 1993 à 11 % en 2003, et dans celle des 16-17 ans, où les tentatives de suicides sont passées de 9 à 14 % en 2003. M. Choquet (48) fait remarquer que cette augmentation est plus marquée chez les élèves de sexe féminin (tableau 1).

Elle souligne également que l'évolution de la morbidité suicidaire est particulièrement inquiétante en France comparativement aux autres pays

européens. En effet, « une enquête hospitalière initiée par l'OMS¹ dans quinze villes d'Europe, a montré qu'entre 1989 et 1992 l'incidence a diminué en moyenne de 18% pour les garçons et de 11% pour les filles entre 15 et 24 ans, sauf en France, où l'on a observé une augmentation respective de 20% pour les garçons et de 31% pour les filles » (48).

Le mode de TS le plus fréquent est l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV). L'enquête de M. Choquet et V. Granboulan (48) sur des jeunes suicidants hospitalisés estime les tentatives de suicide médicamenteuses à 91 % chez les filles et 76 % chez les garçons hospitalisés pour tentative de suicide. Par contre, les garçons utilisent quatre fois plus de moyens violents (pendaison, armes à feu, défenestration).

Ces intoxications sont souvent poly-médicamenteuses (psychotropes, paracétamol), associées dans 1/3 des cas à une prise d'alcool, de drogue type cannabis ou à des scarifications.

Mortalité et morbidité : des tendances inversées en fonction du sexe et de l'âge

Contrairement aux suicides accomplis, les tentatives de suicide sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes, en particulier chez les plus jeunes. Par exemple, en 1999, la morbidité suicidaire chez les 14-19 ans était de 5.3 % chez les garçons pour 12.5 % chez les filles (Tableau 1).

Chez les moins de 25 ans :

- 1 décès pour 22 tentatives chez les hommes.
- 1 décès pour 160 tentatives chez les femmes.

La récidive suicidaire

L'enquête de la DRESS (3) signale que les dernières enquêtes de 1999 fournissent un taux de récidive quelque peu inférieur aux données précédentes de façon globale (34%), mais avec une incidence encore élevée chez les jeunes (44% des 15-24 ans).

La plupart des études trouvent un taux élevé d'antécédent suicidaire chez les adolescents hospitalisés pour TS (25 à 40 % des sujets ayant déjà fait une TS antérieurement).

Par exemple, l'enquête de M. Choquet et V. Granboulan (48) effectuée entre 1997 et 1999, portant sur des jeunes suicidants de 12 à 24 ans hospitalisés pour une TS, montre que les antécédents suicidaires concernent plus de 30% des sujets avec peu de différence entre les deux sexes.

¹ Schmidtke A. et al., Attempted suicide in Europe : rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatrica Scandinavica 1996 ; 93 : 327-38. Cités par M. Choquet et V. Granboulan (48).

L'enquête de la DRESS (3) souligne également que les tentatives de suicide se caractérisent globalement par des taux de récurrence élevés et précoces, et que la possibilité de récurrence précoce est beaucoup plus élevée chez les jeunes, particulièrement chez les jeunes hommes pour lesquels, entre 15 et 24 ans, une récurrence sur deux se produit dans les 6 mois.

Néanmoins, ces chiffres semblent sous-estimés. L'enquête nationale de Marie Choquet et Sylvie Ledoux (1) sur la santé des jeunes (1994), effectuée auprès de 12000 jeunes scolarisés (11-19 ans) montre que 9 % des adolescents disent avoir déjà fait une TS, dont 1,3% plusieurs. Or, 80 % de ces suicidants n'ont pas été hospitalisés.

Choquet, Pommereau, Lagadic (6), en mars-avril 2000, lors de l'étude dans une infirmerie scolaire montrent que 8 à 9 jeunes suicidants sur 10 n'ont pas été hospitalisés.

On peut donc émettre l'hypothèse que même si certaines TS inavouées sont passées inaperçues, d'autres ont été minimisées par l'entourage.

Comme P. Jeammet (41) le fait judicieusement remarquer, « le facteur le plus prédictif d'un geste suicidaire reste un antécédent de tentative de suicide, indépendamment de tout autre facteur ». Les auteurs de l'enquête de la DRESS (3) confirment que « toutes les études montrent que le risque de décès par suicide est très fortement supérieur chez les personnes ayant déjà fait une ou plusieurs TS ».

L'enquête de Choquet et Granboulan (48) révèle que les récidivistes sont en moyenne plus âgés que les suicidants primaires, mais sans différence sociale ou familiale. Le sexe et les relations familiales ne sont pas discriminants non plus, si l'on considère le fait de ne plus habiter chez ses parents, de considérer la vie de famille comme « à fuir » et d'estimer que ses parents sont peu (ou trop) intéressés par l'adolescent. Ainsi, la récurrence n'est pas plus fréquente chez les jeunes ayant des difficultés relationnelles avec leurs parents.

Mortalité suicidaire post-tentative

L'enquête de la DRESS (3) rappelle que « toutes les études montrent que le risque de décès par suicide est très fortement supérieur chez les personnes ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives ».

La mortalité par suicide est estimée à 1 à 2 % durant l'année suivant une première tentative, et à 10 % à 5 ans.

Evidemment, la probabilité de décès augmente avec les tentatives qui se répètent.

III. L'idéation suicidaire

Les idées suicidaires ont été moins souvent étudiées que la mortalité ou la morbidité suicidaire. Il n'existe actuellement, dans aucun pays, des enquêtes systématiques sur ce sujet.

Par le passé, elles ont pu être jugées banales chez l'adolescent. Actuellement, on considère qu'elles suffisent à justifier une prise en charge et une prévention.

Dans l'enquête nationale de 1994 de Choquet et Ledoux (1), parmi les 15-19 ans, on constate que 23,4% ont des idées suicidaires et 9% y pensent fréquemment.

L'enquête sur les jeunes suicidants hospitalisés pour TS (48) montre que « plus de la moitié des sujets (53%) ont pensé au suicide souvent ou très souvent dans les douze derniers mois ».

Le lien entre idée suicidaire et passage à l'acte

Le lien entre idée suicidaire et passage à l'acte est important, toujours selon la même enquête nationale de 1994 (1) : une personne sur quatre ayant des idées suicidaires passerait à l'acte par la suite. On estime que 49% des suicidants primaires et 82% des récidivistes ont souvent des idées suicidaires.

L'idéation suicidaire n'est pas seulement le témoin d'un risque de TS mais aussi d'un malaise important. D'ailleurs, on constate une corrélation plus forte avec d'autres signes (fugues, dépression, plaintes somatiques, troubles du sommeil).

Quelle est la différence entre les jeunes ayant de idées suicidaires sans passage à l'acte et ceux qui vont jusqu'à la TS ?

Toujours dans la même enquête nationale de 1994 (1), on a comparé ces deux populations : la grande différence réside dans le fait que les seconds fonctionnent plus souvent dans l'agir que les premiers. En effet, ils multiplient les comportements à risque (fugues, conduites violentes, ivresse, drogues, absentéisme scolaire).

L'intérêt de ce constat est de confirmer que les jeunes qui vont mal multiplient les conduites de rupture, et que la multiplication de ce type d'acte est un facteur de gravité qui doit alerter.

IV. Conduites suicidaires et pathologies psychiatriques

Les avis sur l'éventualité d'un lien entre la tentative de suicide et la présence d'une pathologie psychiatrique ont varié dans le temps. Au début du siècle, la majorité des psychiatres considéraient le suicide comme le symptôme d'une maladie mentale. Ce point de vue fut radicalement contesté entre 1960 et 1980

par les premières études épidémiologiques portant sur les adolescents suicidants et ne retrouvant qu'un nombre réduit de pathologies psychiatriques dans cette population (10,6% de dépression d'après les études de Choquet en 1981).

Dans une enquête menée sur 214 TS admises au service des urgences de Bruxelles en 1988, Clercq, Burquel et Hoyois (77), montrèrent que les diagnostics d'affection psychiatrique totalisaient à peine 24%. Pour 81% des TS rencontrées, les psychiatres n'ont pas réussi à poser un diagnostic sur le plan nosographique. Ces situations relevaient plutôt, selon les auteurs, « d'un dysfonctionnement de la communication et des échanges au sein de la famille, sans qu'il soit possible de poser un autre diagnostic de structure ».

Pour ces auteurs, « cette distinction ne doit pas amener à imaginer qu'il y ait des tentatives de suicide sérieuses et d'autres qui sont des TS de chantage sans gravité ».

Pour Marcelli (78), « on en vint à une sorte de banalisation de la tentative de suicide à l'adolescence, considérant que le geste, bien que traduisant un excès, pouvait s'intégrer dans la crise d'adolescence et ne reflétait pas une pathologie particulière ». Cet auteur explique qu'il s'agissait « d'une méconnaissance du diagnostic de dépression » et cite plusieurs études récentes rapportant des données différentes : Gispert et Wheeler (1992) constatent qu'il existe une corrélation significative entre la dépression et l'échelle de risque suicidaire.

A part les états dépressifs et les états anxieux, les maladies psychiatriques habituellement incriminées sont les états psychotiques aigus et chroniques.

B. Kabuth et C. Vidailhet (82) précisent encore que ces diagnostics psychiatriques « semblent l'exception dans le cas plus général des jeunes suicidants ».

En conclusion, la fréquence des récurrences et des décès est inquiétante et fait du suicide et des tentatives de suicide chez l'adolescent une priorité des programmes de Santé Publique. La situation de la France par rapport aux autres pays Européens, concernant l'évolution des chiffres dans le temps suscite beaucoup de questions, notamment celle de la prise en charge.

PSYCHOPATHOLOGIE DE LA TENTATIVE DE SUICIDE DE L'ADOLESCENT.

I. L'adolescence, période propice au passage à l'acte suicidaire

Il paraît difficile de parler des suicides et tentatives de suicide sans évoquer les comportements à risque des adolescents.

A-Qu'est-ce que l'adolescence ?

L'adolescence est une phase de mutation complexe qui débute chronologiquement avec le début de la mutation corporelle. C'est un processus à la fois physiologique, psychologique et social, qui nécessite un travail symbolique fondamental qui consiste en une individualisation par rapport aux parents pour entrer dans le monde des adultes.

Au niveau physiologique, le corps, devenu étranger de part ses modifications pubertaires, doit être réélaboré afin que l'adolescent parvienne à une identité sexuelle clairement définie en rapport avec des identifications réussies.

Au niveau psychique, la perte des objets primitifs et oedipiens doit être élaborée dans un travail de deuil dynamique afin que l'adolescent puisse se dégager de l'emprise parentale et d'une dépendance insupportable aux vues des nouvelles potentialités sexuelles qui le débordent.

Au niveau social, une élaboration psychique doit permettre le fait que ce « changement de génération » ait une signification d'ouverture vers le monde et les objets extérieurs, ceci afin que le futur adulte puisse trouver sa place dans la société.

La plupart des adolescents vivent cet âge de transition sans difficulté majeure, il est pour eux une occasion de croissance. Pour d'autres, il dégénère en crise suicidaire et ce d'autant plus qu'on observe à cet âge une thématique dépressive, une impulsivité des conduites, une tendance à l'Agir et à utiliser le corps comme moyen d'expression des difficultés au travers de comportements à risques, de plaintes somatiques ou par une attaque du corps lui-même.

B-Adolescence et dépression.

La difficulté qui se pose pour les cliniciens est de faire la différence entre une dépression et une « crise d'adolescence normale ».

En effet, tout le travail d'élaboration que nous venons de voir peut être comparé à un travail de deuil, en tant que retrait des investissements antérieurs. Il peut en résulter une période d'angoisse, de souffrance, de sensation de vide qui est à respecter.

Pour Ladame (55), « il n'y a pas d'adolescence normale sans dépression, ou plus correctement, sans moments dépressifs, liés à un sentiment de perte, sans pour autant qu'il s'agisse d'une maladie dépressive ».

La différence essentielle entre « la dépression normale » et un état dépressif franc serait « de l'ordre dynamique » : la véritable dépression paralyse alors que la « dépression adolescente normale » permet au futur adulte de mobiliser sa pensée dans un travail actif d'élaboration. Mais, en pratique, on sent bien la difficulté pour faire la différence entre ces deux entités. De plus, cette difficulté est accentuée par l'atypicité des symptômes dépressifs à cet âge.

C'est pourquoi la problématique du passage à l'acte paraît plus éclairante que la dépression, pour comprendre le phénomène de la tentative de suicide de l'adolescent.

C-Adolescence et passage à l'acte.

Il existe plusieurs tendances inhérentes au processus même de l'adolescence :

1) La tendance à l'Agir

A l'adolescence, l'opposition de l'Agir et du Penser est considérable. En effet, à cet âge, l'Agir est ce qui vient contrôler et maîtriser les produits de pensées angoissantes et conflictuelles. On constate des difficultés de communication verbale. Cette insuffisance de mentalisation et de verbalisation va conduire à des résurgences anxieuses.

Globalement, l'Agir semble être une alternative au travail d'élaboration, un moyen de libérer l'angoisse que l'adolescent ne peut mentaliser. Mais n'oublions pas que l'acte peut avoir des vertus à l'adolescence, en effet, il a une valeur organisatrice en ce qu'il permet à l'adolescent d'extérioriser quelque chose, chose qu'il sera possible d'élaborer secondairement. Cette élaboration secondaire est indispensable pour que l'acte devienne quelque chose de constructif et non de destructeur.

2) La tendance à la violence

La violence, responsable des passages à l'acte auto- et hétéro-agressifs est souvent la projection d'une violence endogène. Celle-ci trouve sa source dans la métamorphose pubertaire qui n'est ni choisie, ni attendue. D'après P. Jeammet (56), cette métamorphose sous la contrainte est alors perçue comme un véritable « passage à l'acte de la nature ».

3) Tendance à l'auto-agression

Le corps devient étranger, haï, et par conséquent une cible privilégiée d'actes auto-agressifs. Le corps est repéré comme lieu de souffrance car lieu d'émergence de l'incontrôlable pulsionnel.

Ces actes auto-agressifs, qu'ils soient mutilation ou tentative de suicide, représentent l'impossible unité du Moi et du corps, l'attaque d'une réalité insupportable.

Selon P. Jeammet (41), « il y a chez tout adolescent une propension à l'autodestruction. Le passage à l'acte suicidaire en est une manifestation extrême ».

II. Significations psychopathologiques de la tentative de suicide des adolescents.

P. Jeammet (41) rappelle que « de nombreux arguments plaident en faveur d'une relativisation des données proprement psychiatriques qui feraient du suicide l'expression d'une pathologie psychiatrique considérée comme un entité....Ceci fait ressortir la nécessité d'une vision ... qui redonne au sujet sa place essentielle et rend nécessaire une approche psychopathologique et développementale, qui donne un sens au geste par l'histoire du sujet, ses relations avec ses proches ... ».

En tous les cas, cet auteur rappelle, à propos de l'adolescent, que « l'acte suicidaire est plus souvent un moyen de fuir une tension insupportable que le point d'aboutissement d'un véritable désir de mort ».

A- Les difficultés dans les liens de dépendance et dans l'autonomie à l'égard des parents.

L'adolescent est souvent confronté à des parents eux-mêmes fragiles qui s'appuient sur leur enfant pour apaiser leurs angoisses et leurs besoins psychiques.

Sterlin (cité par Ladame (55)) distingue trois types d'entrave à l'individuation de l'adolescent :

-L'enchaînement dont le principe pathologique est le fait que « les satisfactions fondamentales ou les sécurités essentielles ne peuvent être obtenues qu'au sein de la famille, qui devient dès lors un véritable ghetto, (...) toute tentative de séparation étant alors ressentie comme le « crime numéro un » par les parents ».

-La délégation qui consiste à faire de l'adolescent un délégué de ses parents (...) ou se retrouve « parentifié », c'est à dire chargé du rôle de parents de ses parents ».

-L'expulsion où « dans les cas tragiques, la disparition physique ou émotionnelle de l'adolescent est jugée nécessaire pour la résolution de la crise parentale. L'enfant est devenu superflu, voire nocif pour la relation conjugale et doit être sacrifié ».

Cela rejoint la pensée de Ladame (55) qui considère que l'angoisse qui envahit l'adolescent suicidant est avant tout une angoisse de séparation. L'une des fonctions de la tentative de suicide serait alors d'échapper à cette angoisse intolérable. Jeammet (61) confirme ce point de vue : « la dépendance aux parents est parfois si grande qu'elle est intolérable pour l'adolescent, ainsi il cherche sans cesse à la mettre à l'épreuve par ses conduites autodestructrices ».

Ceci aboutit à une situation paradoxale : afin de se libérer de ce qu'il vit comme une menace à son identité et son autonomie, l'adolescent met sa vie en danger pour maintenir l'illusion qu'il n'a besoin de l'aide de personne. Mais les conséquences psychiques et physiques de sa TS produisent l'effet inverse puisqu'elles mobilisent la famille et renforcent sa dépendance envers elle. C'est là toute l'ambiguïté des liens de l'adolescent avec les adultes.

B- Difficultés de renoncer aux illusions de l'enfance.

L'adolescent suicidaire ressent souvent l'envie de jouer avec l'idée de mort. Il défie le sort pour ne pas renoncer à l'idée d'immortalité propre à l'enfance.

La question se pose souvent de pouvoir appréhender la réalité du désir de mort chez l'adolescent suicidant. Celui-ci ressent à la fois un désir bien présent de

mort qui cohabite souvent avec un déni tout-puissant de la réalité de la mort et le fantasme d'être indestructible.

De plus, viennent se greffer les exigences de notre société actuelle et particulièrement celle des parents d'être performant. Les adolescents peuvent vivre chaque échec scolaire ou autre comme une blessure insupportable, par rapport aux espoirs et idéaux personnels inaccessibles et grandioses de l'enfance. Ce vécu de dévalorisation peut engendrer un cercle vicieux auto-destructeur.

C- Réappropriation du corps.

Selon P. Jeammet (41), « la tentative de suicide peut être vue comme un dernier recours de l'adolescent pour se réapproprier un corps dont il devient maître dans la destruction à défaut de l'avoir été dans la naissance et dans l'émergence de la sexualité ».

III. Spécificité des récidives.

L'étude de Goldston et al. (47) montre qu'un comportement suicidaire récurrent est spécifiquement favorisé si le sujet en retire un soulagement immédiat (atténuation de la souffrance ou catharsis) ou si une tentative précédente a entraîné un changement désiré de l'entourage.

P. Jeammet (41) confirme que « il y a bien une spécificité de l'acte et probablement un effet propre de celui-ci qui facilite la survenue d'autres actes semblables ».

Il s'agit de ce que Marcelli nomme « la maladie suicidaire » (24). Quelle que soit la cause de la TS, il peut parfois se développer, indépendamment des problèmes préexistants, un phénomène d'« auto-entretien » des récidives, une sorte de « cercle vicieux ».

En effet, certains adolescents vont obtenir des bénéfices secondaires après leur TS (plus d'attention, moins d'autorité, bénéfices matériels, etc.). De plus, les conflits familiaux vont se voir apaisés temporairement. Ainsi l'adolescent va pouvoir utiliser ce phénomène comme un « pouvoir » sur ses parents et la TS pourra devenir la manière de régler tout conflit. Ce processus augmente donc le risque de récidive et nous supposons qu'il concerne principalement les adolescents effectuant de multiples tentatives de suicide (trois ou plus).

Nous développerons davantage ce dernier point qui nous intéresse particulièrement dans le cadre de la prise en charge des adolescents récidivants des TS, et de notre projet de travail avec les parents.

Ainsi, nous avons montré en quoi l'adolescence était une période qui en elle-même s'avérait propice au passage à l'acte suicidaire par la primauté de l'Agir sur le Penser.

Il n'y a pas de signification univoque au passage à l'acte suicidaire, et les facteurs explicatifs sont à la fois psychologiques, psychopathologiques, familiaux, sociaux ...mais il témoigne toujours d'un profond désespoir, d'un état dépressif souvent, et surtout du sentiment de se trouver dans une impasse, après l'échec d'autres types de comportements.

Notre projet de travail avec les parents concerne les adolescents effectuant des TS de manière itérative. Hors, plusieurs auteurs, dont Marcelli (78), soulignent que la pathologie relationnelle familiale semble faire partie, entre autres, des facteurs de risque particuliers aux suicidants récidivistes.

L'ADOLESCENT, SA FAMILLE ET LE SUICIDE.

Pour travailler avec les parents d'adolescents suicidants, il faut s'intéresser plus particulièrement aux liens existants entre l'adolescent, ses parents et le passage à l'acte suicidaire.

Nous allons donc tenter d'explorer l'ensemble des interactions parents-adolescent pouvant jouer un rôle dans les causes du suicide, dans l'évolution d'un comportement suicidaire, et dans la survenue de récurrences.

I. Facteurs de risques familiaux

Les enquêtes épidémiologiques permettent de mettre en évidence plusieurs facteurs familiaux.

C'est l'association de ces différents facteurs familiaux (sociaux, économiques, culturels, relationnels) qui peut augmenter le risque de passage à l'acte.

A-Tentative(s) de suicide dans la famille et dépression parentale.

Il existe des familles marquées par la répétition d'actes suicidaires à travers une ou plusieurs générations : « entre 10 et 22% des adultes et adolescents ayant fait une tentative de suicide ont un parent qui a eu un comportement suicidaire » Davidson et Angel (57).

Les antécédents suicidaires dans la famille sont parfois cachés.

Il arrive d'ailleurs que ce passé familial soit révélé lors de l'acte suicidaire.

Les mécanismes d'identification jouent énormément, même dans l'ignorance du passé.

La dépression, en particulier chez la mère, offre un modèle plus subtil de défaillance parentale en interaction avec le fonctionnement global de la famille.

Selon X. Pommereau (9), « au cours d'une dépression majeure chez la mère, la communication est perturbée, caractérisée par l'augmentation de réponses aversives, la diminution de mouvements affectifs ; le couple présente de nombreux comportements hostiles ou tendus, de tentative de contrôle des autres, avec une répercussion sur la qualité de fonctionnement du couple, et de toute la famille ».

Ces antécédents de dépression et de suicide dans la famille sont également des facteurs de risque de récurrence :

Une enquête réalisée au CHU de Caen en 1993-94 par Chastang et coll. (26), sur les jeunes de 15 à 30 ans admis aux urgences pour tentative de suicide montre que les antécédents familiaux, plus particulièrement la dépression et les tentatives de suicide sont significativement plus fréquents chez les récidivistes et s'avèrent être d'authentiques facteurs de risque d'un nouveau geste suicidaire

B-Dissociation familiale

La dissociation familiale, qu'elle soit causée par divorce ou par décès augmente le risque de passage à l'acte, et ce quel que soit l'âge (40). Toutes les enquêtes (1,2,3,4) rapportent en effet un pourcentage élevé de familles dissociées et séparées dans la population d'adolescents suicidants (25 à 50 % contre 8 à 10 % environ dans la population d'adolescents « tout venant »).

C-Mauvaise qualité des rapports intra-familiaux

Ceci est un facteur de risque très important. Nous développerons plus loin la relation entre suicide et mauvaise communication familiale, rigidité des rapports avec les parents, excès ou insuffisance d'autorité, inversion des rôles.

D-Facteurs sociaux

Les recherches sur le suicide s'intéressent plus rarement aux facteurs de risque sociaux. Pour Marcelli (78), « le niveau socio-culturel n'est pas un élément discriminant ». L'enquête de Davidon et Angel (57) confirme ce fait, les auteurs n'ont trouvé aucune différence au niveau de la profession des parents, en comparant la population d'adolescents suicidants et non suicidants.

Pour M. Choquet (40), le « risque social, mesuré par le niveau éducatif des parents, le revenu et la mobilité de résidence, augmente sensiblement le risque d'une tentative de suicide grave ».

E- Violences, inceste et abus sexuels

Contrairement aux idées reçues, les contextes familiaux où s'exprime la violence ne sont pas des milieux forcément défavorisés sur le plan matériel.

Choquet, Michaud et Frappier (43) citent comme facteurs de risque les violences physiques entre les parents et entre les enfants et les parents, surtout si celles-ci ont une connotation sexuelle.

Toujours dans l'étude de Choquet en milieu scolaire (6), les jeunes suicidants sont quatre fois plus nombreux que les autres à déclarer avoir subi des violences sexuelles.

Dans l'enquête de M. Choquet et V. Granboulan (48), concernant 769 jeunes hospitalisés pour TS en 1997, il est constaté que 45% des suicidants déclarent avoir subi une agression physique, 23 % une agression sexuelle.

Ainsi, toutes les études confirment la forte corrélation entre tentative de suicide et violence subie, en particulier sexuelle.

Le traumatisme incestueux infantile se révèle destructeur à l'adolescence. La résurgence des conflits oedipiens pendant l'adolescence fait également resurgir la réalité du traumatisme sexuel.

Ces jeunes gens éprouvent une souillure insupportable mais également une culpabilité (les victimes se sentent fautives, ou ont un doute sur leur consentement).

La pulsion suicidaire peut s'expliquer, selon X. Pommereau (9), « par l'envie d'oublier le traumatisme, de supprimer ce corps souillé et « lieu du crime », mettre fin à ces pulsions ambiguës et opposées qui submergent l'adolescent et son corps ».

Par ailleurs, l'adolescent n'est pas forcément l'objet des violences physiques ou verbales mais peut en être le témoin, par exemple :

- lors de conflits conjugaux :

Dans un contexte de mésentente entre les parents, de séparation ou de divorce, ceux-ci demandent parfois à leur enfant de pendre parti, ce qui peut être très traumatisant et considéré comme une forme de violence. On observe également certains adolescents devenir otages de leurs parents qui se déchirent pour leur garde. On peut interpréter là « l'envie de disparaître comme un désir de mettre fin à ce conflit dont ils peuvent se sentir responsables » X. Pommereau (9).

-violence verbale

Des insultes ou critiques proférées à l'un ou l'autre membre de la famille peuvent être très traumatisantes. En effet, certaines dynamiques familiales sont dans l'incapacité de gérer une crise relationnelle autrement qu'en blessant volontairement les autres avec des mots. Des attaques personnelles (« tu n'es qu'un raté » etc..) peuvent être très marquantes pour un adolescent chez qui la construction narcissique est fragile.

F- Pathologies psychiatriques chez les parents

On a vu la présence plus fréquente de dépression et de TS chez les parents d'adolescents suicidants. Dans leur étude, Davidson et Angel (57), constatent l'existence d'antécédents de suicide, de maladie mentale ou d'alcoolisme familial chez plus d'un suicidant sur deux.

Il faut également souligner l'alcoolisme parental comme facteur de risque important, il concerne 30% des parents selon Marcelli (78).

G- Secrets familiaux

Griner-Abraham et Walter (44), après avoir constaté ce phénomène à l'unité d'accueil médico-psychologique pour adolescents, développent des hypothèses psychopathologiques tentant d'expliquer la relation entre les secrets de famille et la TS.

X. Pommereau (9), constate que « non seulement le contenu de ce qui est révélé, mais la façon de le faire et le contexte, peuvent être très traumatisants (« ton père n'est pas ton père »). Ces secrets sont souvent « lâchés » sans précaution, brutalement dans le cadre d'un conflit, ayant parfois pour but de blesser. »

H-Familles nombreuses

Davidson et Angel (57), trouvent que les adolescents issus de famille nombreuse (4 enfants et plus) sont plus nombreux parmi les suicidants (49,6%) que dans une population générale (32%). Ceci est confirmé par Choquet et Davidson (42), qui constatent qu'un adolescent suicidant sur deux appartient à une famille de quatre enfants ou plus.

Ainsi, un décès, un divorce, la désintégration familiale, une adoption, des violences subies, sont des facteurs qui affectent profondément le fonctionnement familial et représentent les aspects les plus évidents à notre compréhension des difficultés familiales à l'adolescence.

Mais il convient d'analyser plus en profondeur, en dehors de ces facteurs, les phénomènes psychologiques intervenant chez chacun des membres de la famille à cette période, les interactions dans le groupe familial, et le rôle que celles-ci peuvent avoir dans le processus suicidaire.

II. Les modifications de la famille et des relations parents-enfants dans les sociétés occidentales. Lien avec les difficultés actuelles de l'adolescent.

Selon X.Pommereau (9), si étonnant que cela puisse paraître, les troubles graves et durables ne sont observés que chez un nombre assez limité de jeunes gens, même si la proportion des sujets en difficulté s'accroît depuis plusieurs années.

« La majorité des adolescents se porte plutôt bien, ce qui, si l'on considère les facteurs de risque vus, est assez surprenant, compte tenu des problèmes familiaux et sociaux auxquels beaucoup d'entre eux sont confrontés actuellement (divorce, indépendance retardée, chômage...) ».

Les adolescents auraient donc une certaine capacité de tolérance et d'adaptation. De plus, la notion de facteurs de risque est très relative et complexe.

Il s'agit donc de relativiser le fait de dire que ce « mal de vivre » est la conséquence directe ou exclusive de conditions sociales actuellement défavorables.

Pour P. Jeammet (28), les jeunes sont moins différents qu'on ne le dit de ce qu'ils étaient autrefois, simplement, leur malaise va s'exprimer sur d'autres modes parce que l'évolution de la société et de la famille les sollicite différemment. Certains aspects de leur personnalité, notamment leur équilibre narcissique, précédemment masqués par les contraintes sociales sont au contraire particulièrement sollicités actuellement. La dépendance, l'emprise énorme du pouvoir parental engendrent des conduites d'opposition et d'autodestruction (addictions et attaques du corps) dont le comportement suicidaire fait partie.

P. Jeammet (33) identifie quatre éléments susceptibles d'expliquer l'évolution actuelle. Il ne s'agit pas de changements concernant l'adolescent en lui-même mais des modifications des liens familiaux :

-Défaillance d'une « fonction tierce différenciatrice » ou fonction paternelle qui s'organise pendant l'enfance,. Quand l'enfant prend conscience qu'il est différent de sa mère, qu'il est quelqu'un d'autre, un tiers vient s'interposer, c'est la « fonction paternelle », c'est-à-dire ce qui représente l'autorité, la loi, les limites. Actuellement, il n'y a plus vraiment de consensus social sur la discipline, les règles, le fonctionnement de la vie familiale. Pour Jeammet, cette fonction tierce est donc défaillante et cela aurait pour conséquence de maintenir une relation de désir très proche parent-enfant, dépourvue de tiers médiateur qu'est « le consensus social ». Ce phénomène serait une des raisons de l'apparition de difficultés à l'adolescence, moment où va s'élaborer la séparation parents-enfants.

-Evolution de la société libérale : celle-ci, avec la diminution des règles et des interdits, va permettre l'expression de tous les désirs, notamment sexuels. Par conséquent, l'adolescent va être confronté très vite à son ambivalence et à la solitude face à elle : « si l'on peut faire ce que l'on veut, on ne sait plus ce qu'on veut ».

-L'adolescent est actuellement soumis à une grande compétitivité, avec exaltation du culte de la performance. Jeammet explique que cela « crée chez lui une faille narcissique, une insécurité qui augmente sa dépendance ».

-L'investissement narcissique des parents sur l'enfant est bien supérieur à autrefois. L'enfant joue le rôle de complément narcissique pour les parents, ce qui augmente encore la dépendance narcissique entre parents et enfants.

III. Modifications des rapports parents-enfants à l'adolescence, indépendamment de l'époque

A-Déchirure des liens familiaux pour la construction de l'adolescent

Nous l'avons vu, à cette période, l'adolescent cherche à « se défaire » des liens familiaux pour s'individualiser.

B-Exigence et désir des parents confrontés au désir et à la capacité de l'adolescent

De nombreux adolescents souffrent de ne pas être à la hauteur des attentes de leurs parents. De nombreux parents transfèrent leur propre désir sur leur enfant, lié à leurs échecs personnels qu'ils veulent réparer. Il est donc difficile pour l'adolescent de faire la part des choses entre son propre désir et celui de ses parents. Par ailleurs, l'adolescent souffre souvent de ne pas être à la hauteur de ces attentes, se sentant incapable de satisfaire ses parents. Mis en situation d'échec, il se dévalorise et se culpabilise, ce qui peut occasionner une auto-agressivité et l'entrée dans un processus suicidaire.

C-Sexualisation des liens

Les modifications corporelles dues à la puberté ont certainement un rôle important dans les modifications des rapports familiaux à l'adolescence. Le corps est désormais apte à agir sur les pulsions. Selon P. Jeammet (50), « cette

sexualisation des liens provoque un vécu de rapprochement à caractère incestueux avec les objets parentaux et une nécessaire modification de l'espace familial ».

D-Fin de l'idéalisation des parents

Ce rapprochement incestueux, d'après P. Jeammet (50), est susceptible de faire perdre aux parents leur position idéalisée, provoquant ainsi pour l'adolescent la perte de l'appui narcissique offert par les parents. Cette atteinte narcissique a pour conséquence la perception des objets parentaux comme potentiellement menaçants et aliénants.

L'adolescent doit alors trouver d'autres substituts narcissiques, des objets qu'il peut idéaliser, auxquels il peut s'identifier (personnages, idéologie...).

E-Vécu des parents à l'adolescence de leur enfant

Il est évident que les réactivations oedipiennes vécues par l'adolescent interagissent avec ce que les parents renvoient.

Ceux-ci ont la sensation de « perdre » leur enfant et doivent en faire un deuil. Eux aussi, autant que l'adolescent, sont soumis à la dépendance du rapport avec leur enfant. Pour Kaufmann (39), « la tolérance des parents à la séparation progressive d'avec leurs enfants-adolescents dépend, beaucoup plus qu'ils ne le savent, de leur propre capacité d'évoluer en tant qu'individus et en tant que couple ».

De plus, leur propre adolescence se voit réactivée pendant cette période, et l'on peut voir des problèmes enfouis depuis longtemps refaire surface.

Enfin, les parents sont mis en face de leur vieillissement qui est parfois difficile à accepter.

Ce qui caractérise, selon Kaufmann (39), le fonctionnement de nombreux parents d'adolescents suicidants c'est « la difficulté à se sentir reconnus à leur place, d'incarner la différence des générations, de s'individualiser en tant que parents ».

F- Ambivalence parentale et incidences sur le comportement suicidaire de l'adolescent

D'après M. H. Samy (15), l'ambivalence est une composante normale de toute relation. Il s'agit de « la présence simultanée de sentiments d'amour et de haine ». Par contre, lorsqu'elle atteint un seuil pathologique, lorsque l'intensité de la haine est excessive et ne peut être contenue par les mécanismes de défense habituels, « l'ambivalence peut avoir un impact certain sur la vie psychique de l'adolescent, et intervient dans la capacité du jeune à préserver sa vie et son intégrité corporelle ».

Le caractère pathologique de l'ambivalence est observable dans la dynamique relationnelle familiale.

Les origines d'une ambivalence non résolue des parents sont complexes, elles sont liées à « l'enfant phantasmatique » qu'ils attendaient, à leur propre relation avec leurs parents, aux projections et identifications qui en découlent, à la culpabilité, la jalousie etc.

Pour H. Samy, « l'expression de cette ambivalence se manifeste parfois par son contraire, c'est-à-dire sous forme de sur-protection, de possessivité, d'intrusion ». Dans ces conditions l'enfant ne peut être aimé que parce qu'il est petit et vulnérable, c'est-à-dire un bébé, les sentiments des parents deviennent alors confus lorsque l'enfant grandit et s'individualise.

L'ambivalence parentale peut aussi prendre la forme d'un rejet ouvert ou masqué.

Elle est vécue par l'adolescent comme un abandon psychologique.

Ces relations empêchent la résolution normale des conflits et font naître un sentiment d'impuissance chez l'adolescent, qui perd l'espoir que les choses puissent changer. De plus, l'adolescent peut se soumettre inconsciemment au désir de mort du parent.

Le geste suicidaire peut exprimer, dans ce contexte, et d'une façon ambivalente également, l'expression de pulsions agressives présentes depuis longtemps. L'adolescent va « tuer de façon symbolique » le parent, simultanément, il recherche la fusion avec lui, car en mourant, il pense enfin gagner l'amour et l'attention de son parent.

Au total, pour H. Samy, « le comportement suicidaire de l'adolescent s'inscrit dans une identification à l'agressivité d'un parent et représente en même temps un désir désespéré de réparation et de nouvelle union avec l'être aimé ».

G- Place de l'autorité parentale

Dès 1964, plusieurs auteurs remarquaient le lien entre suicide et carence d'autorité. Sutter (17) individualisait même une structure psychopathologique particulière qu'il nomma le « S.C.A. : syndrome de carence d'autorité » et notait : « il existe un SCA à l'origine de la plupart des tentatives de suicides, surtout chez les jeunes ».

L'autorité s'exerce naturellement sur le petit enfant en raison de la dépendance physique et affective. Elle est de moins en moins évidente à mesure que l'enfant grandit, elle est pourtant nécessaire à l'adolescence, selon P. Jeammet (16), pour « différencier et construire ».

Certains parents ne parviennent pas à imposer une certaine autorité à l'adolescent. Souvent ils s'identifient à l'adolescent. Or, l'empathie est quelque chose de positif mais elle ne doit pas être excessive car il y a un risque d'indifférenciation.

De plus, la crainte du conflit est très présente. Le conflit, c'est « reconnaître l'ambivalence, présente des deux côtés d'ailleurs, et elle a un effet de séparation ».

Les parents craignent la perte, l'abandon de la part de l'adolescent.

La « disparition d'un consensus sur la façon d'élever les enfants » serait également en cause. Il fût un temps où l'autorité allait de soi, le désir du parent n'était pas impliqué et donc l'autorité plus facile à assumer pour lui, moins culpabilisante.

L'autorité permet de délimiter la place de chacun. Comment savoir où est sa place sans limites claires? Comment se différencier si le désir des parents et celui de l'adolescent s'entremêlent? L'enfant peut se sentir prisonnier du désir de ses parents, qui, à travers lui et son plaisir, essaient de réaliser ce qu'ils n'ont pas pu faire.

P.Jeammet pense que « les défaillances actuelles de l'autorité parentale favorisent l'expression psychopathologique des jeunes ».

Il faut donc apprendre aux parents à poser des limites.

H- Insuffisance de verbalisation dans la famille

Clercq, Burquel et Hoyois (77), dans leur enquête menée sur un échantillon de 214 TS, concluent après avoir mené de nombreux entretiens familiaux juste après la TS des adolescents, que « s'il y a eu TS, c'est souvent parce que la parole est difficile, que parler est même dangereux, ou ne sert à rien : on préfère agir soit parce que c'est la seule révolte permise, soit parce que c'est le seul espoir que quelque chose change ».

IV. Evaluation de la dynamique des interactions familiales d'adolescents suicidants

Beaucoup d'enquêtes ont cherché à mettre en évidence le lien entre les caractéristiques familiales et la conduite suicidaire de l'adolescent, à l'aide de tests d'évaluation objectifs.

A- Modes d'évaluation de la dynamique familiale. (36)

Pour pouvoir apprécier objectivement le fonctionnement d'une famille, il est nécessaire d'utiliser un certain nombre de tests et d'échelles. Plusieurs modèles d'évaluation existent, nous en développerons deux :

1) Le modèle « circumplex d'Olson » (graphiques 1 et 2)

Il a pour principe d'évaluer deux dimensions principales dans la famille : la cohésion et l'adaptabilité.

La coexistence de ces deux dimensions dans la dynamique des interactions familiales apparaît clairement à Olson (1974) après une abondante revue de la littérature psychiatrique aussi bien que sociologique et anthropologique. Selon cet auteur, c'est avec le changement qu'une famille se maintient et grâce à la stabilité qu'elle peut se risquer à changer.

a- La cohésion familiale est définie sur la base des liens émotionnels qu'entretiennent les membres de la famille entre eux. Elle évalue le degré suivant lequel les membres de la famille sont séparés ou reliés. Selon son degré, quatre niveaux sont décrits : désengagé, séparé, relié, enchevêtré.

b- L'adaptabilité est définie comme l'habileté du système familial à changer sa structure, ses relations internes et les règles régissant ces relations, en réponse à une situation stressante. Quatre niveaux sont décrits : chaotique, flexible, structuré, rigide.

A partir de ce modèle théorique, le questionnaire d'Olson existe sous deux formes, selon que le recueil des données est objectif ou subjectif, réalisé par un observateur extérieur (un professionnel) ou par le sujet lui-même. La méthode d'hétéro-évaluation est « le Clinical Rating Scale », et la forme d'auto-évaluation est le « FACES : Family Adaptability and Cohésion Evaluation Scale ». Notons qu'il existe aussi un questionnaire d'auto-évaluation complétant le FACES et évaluant la communication familiale, il s'agit du PAC : « parent-adolescent communication ».

Ce modèle permettrait, selon Olson, une évaluation rapide des deux axes fondamentaux (cohésion, adaptabilité), qui seraient les témoins d'un style d'interaction au sein de la famille. Il éviterait la réduction à une catégorisation diagnostique, ou à une schématisation du type « famille saine » et « famille non saine ».

2) Le « Family Hierarchy Test » (graphique 3)

Il s'agit d'une évaluation de l'organisation hiérarchique dans la famille, selon Madanes (35).

Les perturbations de la hiérarchie familiale reflètent bien, selon cet auteur, le dysfonctionnement familial. Ainsi, par exemple, un adolescent se trouvant dans une relation de proximité ou de connivence avec un membre d'une génération supérieure serait un moyen pour ses parents de pallier une communication déficiente. L'adolescent pourrait alors tenter de rétablir un ordre plus satisfaisant

au moyen de troubles du comportement qui accentueraient sa position de dépendance et permettraient de replacer les parents dans un rôle de responsabilité. Cependant il instaurerait alors une deuxième hiérarchie antagoniste de la première, en dominant ses parents par la dangerosité de ses actes ou par son incapacité à s'en sortir ; les bénéfices qu'il pourrait tirer de cette situation ainsi que l'utilisation qu'en feraient ses parents perpétueraient les troubles de l'adolescent.

Madanes a proposé une technique d'évaluation simple et rapide de l'organisation hiérarchique de la famille dans deux de ses composantes pathologiques : les relations d'attachement entre deux membres de générations différentes et les renversements hiérarchiques.

Le Family Hierarchy Test comprend quatre étapes :

-Premièrement, l'interview présente un ensemble de huit figures représentant chacune un type d'organisation familiale (graphique 3). Il montre la première (un personnage au sommet, trois autres au dessous) et explique qu'elle représente une famille où une personne a la charge des trois autres (c'est-à-dire qu'elle dit aux autres ce qu'il faut faire ; l'interviewer décrit chaque figure puis demande au sujet de lui montrer celle qui reflète le mieux les relations familiales (le quatrième sujet étant le frère ou la sœur susceptible de venir).

La figure doit représenter la famille telle qu'elle est en réalité, selon le sujet ; il doit préciser quels sont les membres symbolisés par les figurines.

-Deuxièmement, il lui est demandé de déplacer (si besoin) les figurines de façon à montrer les relations de proximité ou d'éloignement entre les différents membres.

-Pour terminer, le sujet reprend les deux opérations en décrivant la situation familiale telle qu'il aimerait qu'elle soit.

Chaque renversement hiérarchique concernant un parent est comptabilisé par un point, la somme des points représente le degré de renversement des rôles.

Chaque attachement intergénérationnel est comptabilisé par un point, la somme représente la proximité.

Le score total au test de Madanes représente le degré de perturbation de l'organisation hiérarchique.

B- Quelques exemples d'enquêtes évaluant les caractéristiques familiales d'adolescents et leur lien avec la TS.

1) Comparaison d'une population d'adolescents suicidants et d'une population d'adolescents témoins avec le Test d'Olson (FACES) (35)

Il s'agit d'une étude réalisée en 1993. Elle comparait, en utilisant le test d'Olson (FACES) et le Family Hierarchy Test, deux populations :

- une population témoin de 13 adolescents âgés de 13 à 16 ans n'ayant jamais fait de tentative de suicide et ne présentant aucun des troubles définis par le DSM III,
- une population de 13 jeunes recrutée dans un service de psychiatrie infanto-juvénile ou dans un service de réanimation, venant de faire une TS.

Les résultats étaient les suivants :

-Cohésion et adaptabilité :

La cohésion familiale perçue par l'adolescent suicidaire était plus faible que chez les sujets témoins. Les résultats étaient comparables pour l'adaptabilité familiale perçue par l'adolescent.

La majorité des suicidants classaient leur famille dans des groupes «désengagés et rigides». Les familles témoins, et en particulier les pères considéraient leur famille comme flexible voir chaotique.

-Communication :

La communication avec les parents, vue par l'adolescent, était moins bonne chez les suicidants que chez les témoins.

-Organisation hiérarchique :

Le score total au test de Madanes, qui est la somme des réponses de chaque membre, était nettement plus élevé dans le groupe des suicidants, de manière significative.

2) Etude sur la communication et le soutien parental perçus dans les familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires

Pronovost, Rousseau, Simar et Couture (18) ont comparé les perceptions d'adolescents suicidaires et non suicidaires, avec celles de chacun de leurs parents, à l'égard de la communication parents-adolescents et du soutien parental, afin de mieux comprendre le lien de ces variables avec le processus suicidaire.

L'étude portait sur 441 adolescents âgés de 14 à 19 ans, en 1995, dans une école secondaire. Le risque suicidaire était évalué par une échelle de risque suicidaire : le « Suicide Probability Scale », comprenant 4 dimensions cliniques (désespoir, idéations suicidaires, évaluation négative de soi et hostilité). Deux groupes d'adolescents ont été constitués à partir de ce questionnaire : les suicidaires et les non suicidaires.

Le soutien parental était évalué par le « Parental Bonding Instrument ». Cette échelle de mesure comprend deux dimensions de la relation parents-enfants : la qualité des soins/implication et le contrôle /surprotection, évaluées grâce à un questionnaire, rempli à la fois par les adolescents et par les parents.

La communication était évaluée par le « Parent Adolescent communication Scale ».

Les résultats témoignaient d'une différence significative entre les familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires. La communication et le soutien parental étaient perçus plus négativement par l'adolescent suicidaire, et par ses parents également.

Un autre constat a été fait : l'écart de perception du soutien parental entre les parents et leurs adolescents est plus important dans les familles d'adolescents suicidaires.

On peut peut-être penser que les parents nient ou n'ont pas conscience de problèmes relationnels avec leur adolescent. Le fait que les parents pensent qu'il n'y a « pas de problème » n'est pas en faveur d'une remise en question des relations familiales.

L'auteur souligne que « la prévention du suicide commence d'abord par le soutien à la famille ».

3) Comparaison de la cohésion et de l'adaptabilité familiale chez des adolescents suicidaires et non suicidaires

Chirita C. et al.(27) se sont intéressés à 44 adolescents dépressifs majeurs d'une clinique psychiatrique universitaire de Bruxelles, divisés en deux groupes : les suicidaires et les non suicidaires. Cette recherche comprenait deux variables :

-La cohésion et l'adaptabilité familiale, mesurées à l'aide du test d'Olson.

-Le « lieu de contrôle » du patient, mesuré par une échelle multidimensionnelle (MHLC : Multidimensional Health Locus of Control) qui indique le lieu de contrôle d'un sujet vis-à-vis de sa santé. Un individu présenterait, soit un contrôle « interne » soit un contrôle « externe » sur sa santé. Le contrôle interne concernerait les individus qui pensent avoir un rôle à jouer pour éviter ou lutter contre la maladie. Le contrôle externe signifierait que l'individu attribue la responsabilité de son état à des facteurs extérieurs à eux-mêmes. Ce contrôle externe est établi à partir de deux dimensions : la « chance, le destin » et le

« pouvoir des autres ». Dans les items évoquant le pouvoir des autres, un item particulièrement intéressant est intitulé : « Ma famille a beaucoup d'influence sur le fait que je sois ou non en bonne santé ».

Les résultats montraient que la famille a beaucoup d'influence sur la santé du patient dépressif suicidaire, comparativement au patient dépressif non suicidaire. L'adaptabilité de la famille du dépressif suicidaire était également moindre que celle du dépressif non suicidaire.

4) Importance de la perception que l'adolescent a de ses parents

Choquet M. distingue, dans son enquête nationale (6), les jeunes à haut risque des jeunes à faible risque suicidaire : parmi ceux qui ont une perception négative de la famille et se sentent seuls, 38% ont fait une TS, contre 2% parmi ceux qui ont une perception positive de leur la famille et ne se sentent jamais seuls.

C- Discussion

Ces études montrent plusieurs limites d'emblée évidentes :

- il paraît difficile d'évaluer correctement la complexité d'une dynamique familiale avec de simples tests.

- elles mettent en évidence certaines caractéristiques familiales qu'il est intéressant de relever mais qui ne sont pas spécifiques des familles d'adolescents suicidants :

- >Inversion des rôles et non respect des positions hiérarchiques dans la famille : Certains parents instaurent des rapports de « copains » avec leur enfant, et recherchent en ce dernier un allié contre l'autre. Parfois l'adolescent doit jouer le rôle d'un parent défaillant, et se retrouve confident, essayant de pallier une fonction parentale manquante. Cette situation le mettra souvent en échec, incapable de répondre à cette tâche impossible.

- >Rigidité, peu de potentiel d'adaptation des relations familiales.

- >Mauvaise communication et secrets familiaux importants.

- >Incapacité à accepter les changements associés aux séparations.

- >Intolérance aux situations de crise et de conflit.

- >L'image que l'adolescent a de ces caractéristiques familiales est un élément important.

- ces études ne différencient pas le fonctionnement familial des primo-suicidants par rapport aux multirécidivistes, alors que c'est le sujet qui nous intéresse particulièrement dans ce travail.

- cependant, ces données attribuent une place objective et déterminante à la psycho-dynamique familiale dans la tentative de suicide de l'adolescent. Bien entendu ces éléments ne suffisent pas à expliquer le mécanisme du suicide de l'adolescent, et ils ne doivent pas pour autant culpabiliser les parents. Ils nous permettent simplement d'appuyer l'idée selon laquelle il serait intéressant d'aborder la famille, et notamment les parents, pour tenter d'agir sur ces interactions familiales.

V. Remaniements familiaux après la TS d'un adolescent. Lien avec la probabilité de récurrence ?

Peu d'auteurs ont proposé une analyse des remaniements personnels et familiaux après une TS. Pourtant, il semble que la TS possède une logique, une évolution propre, avant et après l'acte. Selon Marcelli (10), le clinicien est régulièrement confronté au fait que les « réaménagements après TS jouent un rôle fondamental dans l'évolution ultérieure ». La TS de l'adolescent est donc un « langage interactif sollicitant l'entourage » et « la façon dont cet entourage réagira permettra d'en déterminer l'évolution ultérieure, le principal risque étant la récurrence ».

C'est l'idée qui nous intéresse dans la mise en place des groupes de parents à visée psycho-éducative. Il s'agirait d'agir sur les réaménagements familiaux néfastes, parfois mis en place en rapport avec des croyances erronées, de perceptions faussées.

A- Banalisation, déni, attribution de l'acte à des causes extérieures.

Dans les suites immédiates d'un passage à l'acte, le jeune suicidant et sa famille donnent souvent des explications très banales, il mettent en cause par exemple, le surmenage, la fatigue, un coup de tête, déniaient toute implication affective.

De la part du suicidant, ce phénomène s'explique souvent par la honte, la peur de culpabiliser les autres, ou de dévoiler des secrets de famille.

Nombreux sont les adolescents qui, par ailleurs, évoquent des circonstances précises. Ils attribuent leur TS à une rupture sentimentale, un échec scolaire, ou un décès par exemple.

La famille peut adhérer à ces explications car cela lui permet de ne pas se remettre en cause et d'éviter trop de culpabilité.

Ailleurs, la famille et le jeune désignent ensemble un bouc émissaire, comme un professeur trop sévère, par exemple.

« On peut observer une coalition aussi éphémère qu'illusoire entre le suicidant et les siens, permettant à la famille de se protéger du regard gênant de tout observateur » X. Pommereau (9).

Snackers et coll. (12) ont effectué une recherche sur 40 familles dont un adolescent vient de se suicider, au service d'urgence de l'hôpital de Genève en 1980.

Lors d'un entretien familial, ayant lieu 24 heures après la TS, on leur posait deux questions :

- quelle a été votre réaction aux menaces de suicide, s'il y en a eu ?
- quelles solutions proposez- vous pour venir en aide à votre adolescent qui vient de tenter de se suicider ?

Treize adolescents sur 40 ont dit explicitement leur volonté de se tuer à leurs parents avant la TS. Douze réactions ont été considérées comme inadéquates, car elles minimisaient le désespoir, elles banalisaient la situation, ou elles niaient l'intention suicidaire et la possibilité de mort.

Il a également été trouvé dans ces familles une « incapacité de communiquer et de partager les affects de tristesse », lesquels ne pouvaient trouver d'issue qu'à travers des manifestations de colère ou par la somatisation.

Il a aussi été remarqué que les raisons invoquées par trois quarts des suicidants pour expliquer la tentative, étaient les mêmes que celles des parents et étaient alors des raisons extérieures à la famille (travail, école, rupture sentimentale..). Hors, en entretien individuel, 17 adolescents ont avoué viser l'un des deux parents lors de la TS.

Pour ce qui est de la réponse à la deuxième question, trois quarts des familles proposèrent :

- rien
- ou, un changement de l'environnement « extérieur » (travail, éloignement du milieu familial par hospitalisation ou changement de domicile).

Un quart seulement proposa une prise en charge psychothérapique de l'adolescent mais sans s'impliquer, et dans un état d'esprit de « décharge », selon les auteurs.

Enfin, une famille seulement proposa une prise en charge de toute la famille.

Dans l'enquête sur les adolescents hospitalisés en 1997 pour TS, de M. Choquet et V. Granboulan (48), on comparait l'explication de la TS donnée par les adolescents à celle de leurs parents. Les données ont montré que les parents percevaient bien les causes immédiates qui avaient déclenché le geste de leur enfant, par contre, il existait des différences importantes entre les parents et les adolescents concernant le sens qu'ils donnaient à la tentative de suicide : 40% des jeunes déclaraient avoir voulu mourir, seulement 7% des parents reconnaissaient cette intention chez leur enfant.

Toutes ces rationalisations de la part de la famille et du suicidant face à l'acte montrent en quoi la TS est source de culpabilité et amène à une remise en question de toute la dynamique familiale qui est souvent spontanément refusée.

Selon D. Marcelli (10), les capacités de changement et d'adaptation de la famille après la TS s'évaluent selon deux critères : la capacité à « reconnaître la gravité de l'acte, opposée à sa banalisation » et « la capacité à reconnaître la réalité, et l'importance de la souffrance de l'adolescent ».

Ces deux derniers éléments, s'ils sont présents, permettraient, d'une part, un éventuel travail d'élaboration chez l'adolescent, et d'autre part, un potentiel de changement des interactions familiales, dans le but que la TS ne se reproduise pas. D'après l'auteur, « les récurrences seraient dans ce cas moins fréquentes, ou moins graves si elles ont lieu ».

A l'opposé, un déni et une banalisation de l'acte et des affects de l'adolescent de la part des parents seraient l'équivalent d'un refus de travail familial, notamment en vue d'une individualisation de l'adolescent, d'une séparation. En réagissant ainsi, les parents « protègent » en quelque sorte l'équilibre des interactions familiales. Cela aboutirait donc à un figement de la situation, un enkystement du comportement suicidaire, avec un évident risque de récurrence, d'aggravation, voire de suicide accompli.

Cette tendance de la famille à effacer l'événement suicidaire et à nier complètement la valeur d'alerte qu'il contenait rend très difficile l'ouverture de à une prise en charge familiale.

Comment interpréter et utiliser ces réactions ?

Le médecin ne doit pas se contenter d'explications non satisfaisantes, il existe toujours une conjonction de causes, parfois très profondes, connues ou non du sujet et de sa famille, avouées ou non.

Toutefois, « les raisons invoquées par le suicidant et sa famille en disent souvent long. Elles sont certes dérisoires par rapport à la gravité de l'acte mais il faut savoir en tenir compte pour comprendre le fond ».X. Pommereau (9).

Par exemple, une rupture sentimentale vécue comme intolérable nous fera évoquer une dépendance affective, trouvant souvent ses origines dans les liens unissant l'adolescent à sa famille. Un échec scolaire désigné comme responsable sera le témoin d'un problème de manque d'estime de soi et de la peur de la perte d'amour de la part de ses parents.

Dans le cadre de groupes de parents, il pourrait donc être intéressant de sensibiliser les parents au fait que la TS est toujours un acte à prendre au sérieux, qu'il est le témoin d'une grande souffrance et qu'il y a toujours des causes profondes à ce geste. La prise de conscience de la gravité peut les

amener, dans un deuxième temps, à entamer un travail de réflexion, pour formuler le vrai problème et ainsi s'ouvrir au changement.

B- Soumission aux exigences de l'adolescent, bénéfices secondaires.

Parfois, la récurrence est d'autant plus risquée que l'adolescent perçoit rapidement le pouvoir de contrôle, de manipulation qu'il a sur ses parents par la TS. D'une certaine manière, il s'approprie ce pouvoir en réponse au pouvoir rigide que ses parents exercent sur lui en refusant de prendre en compte sa souffrance.

D.Marcelli (24) décrit le « syndrome de pseudo-guérison après une tentative de suicide » : il est très fréquent de constater, dans les jours qui suivent la TS une « guérison » apparente. L'adolescent est « détendu, n'est plus triste, voire même sub-euphorique, critique son geste avec une grande sincérité, il minimise les difficultés relationnelles qu'il a pu mettre en cause antérieurement ».

Selon l'auteur, cela peut s'expliquer par différents éléments, mais en grande partie par les bénéfices secondaires apportés par l'entourage et surtout par les parents. Ceux-ci « se mobilisent, sont attentifs, mais au-delà de ça, les interactions familiales pathologiques sont temporairement suspendues, les tensions sont donc aplanies ».

Alors « l'adolescent découvre par la même occasion un moyen efficace de contrôler son environnement : par ce geste il possède une des clés de la dynamique familiale », cela va lui procurer un sentiment de « toute puissance ». L'adolescent ayant constaté ce phénomène peut penser avoir la solution, s'il se retrouve dans une situation identique, il pourra recommencer. « Ce sentiment de toute puissance est donc la mise au service des récurrences potentielles » qui peuvent devenir de plus en plus rapides et fréquentes, à la moindre frustration. Ce phénomène est nommé par D.Marcelli la « maladie suicidaire ».

Ainsi, d'après l'auteur, la manière dont l'entourage, et surtout les parents, vont réagir peut favoriser l'apparition de cette « maladie suicidaire », et donc augmenter le risque de récurrence. Encore une fois, cette constatation n'est pas sensée « accuser » les parents ; il serait trop simple de limiter les explications d'une TS à leur « mauvais comportement ».

Les parents d'adolescents multirécidivistes qui sont entrés dans ce processus seront particulièrement concernés par des groupes de paroles à visée psychoéducative. En effet, pour tenter de rompre ce « cercle vicieux », il s'agirait d'agir sur le comportement des parents.

C- Mauvaise interprétation de la TS.

Certains parents se sentent agressés et interprètent l'acte comme une attaque, une vengeance.

Dans une étude de Varadaraj et al. (21), les auteurs ont demandé à 98 jeunes suicidants après à une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse,

ainsi qu'à 98 proches de ces suicidants, pourquoi ces personnes avaient fait une tentative de suicide. Les proches ont souvent cru que le motif le plus important de la tentative était la vengeance. Cependant, les suicidants eux-mêmes avaient tendance à dire que le motif le plus important de leur geste suicidaire était la recherche d'aide.

Selon Brian et Mishara (19), « peut-être que la façon dont un membre de la famille interprète le suicide a un effet sur les taux de récurrence ».

D-Réponse agressive.

Elle est certainement liée à la mauvaise interprétation de la TS.

Angel et al. (20) ont réalisé une étude auprès des parents de 534 jeunes suicidants âgés de 14 à 17 ans. Les résultats montrèrent que 81% des parents n'avaient pas envisagé la tentative de suicide, que plus d'un parent sur cinq (22%) avaient indiqué des sentiments d'agressivité à l'égard de leur enfant après la tentative, et 22 % s'étaient montrés indifférents.

Une autre étude faite par Wagner et coll. (37), en 2000, analyse les réactions des parents de 23 adolescents venant d'effectuer une TS. Les auteurs trouvèrent, comme on peut s'y attendre, des sentiments de souci et de tristesse chez les parents, surtout au moment de la TS. Mais ils constatèrent aussi que presque 50% des parents exprimaient des sentiments d'hostilité à l'égard du jeune, sentiment qui, surtout chez les pères, semblait persister voire augmenter avec temps.

Ce phénomène s'explique, encore une fois, par ce que le clinicien constate : la TS représente une menace pour l'équilibre des interactions familiales, lesquelles se trouvent confrontées à une éventuelle contrainte de changement.

Nous avons parlé de l'ambivalence parentale et de son lien avec la TS, décrite par S. SAMY (15) comme une identification à l'agressivité d'un parent. Une résurgence de l'agressivité après la tentative ne peut donc qu'aggraver la situation et replonger l'adolescent dans « sa logique suicidaire ».

Dans une approche psychoéducative des parents, une attention portée à cette dimension serait nécessaire pour tenter d'enrayer ce phénomène. Il s'agirait d'informer les parents du fait que le geste suicidaire est souvent le témoin d'une grande détresse ressentie par l'adolescent, et qu'il représente, dans ce contexte, une demande d'aide non verbalisée plutôt qu'une vengeance ou une volonté de « blesser les parents ». Ceux-ci pourraient alors percevoir le geste différemment, être confortés dans leur amour et ainsi assumer différemment leur rôle, adopter une attitude de soutien auprès de leur enfant.

Cette réaction agressive est à différencier de la colère, souvent ressentie par les parents. De nombreux parents « en veulent » à leur enfant d'avoir tenté de se

suicider, de leur imposer une telle inquiétude et estiment qu'ils « n'étaient pas en droit » de faire cela. Cette attitude paraît plus « saine », elle peut signifier à l'adolescent le fait que ce geste est interdit, et que celui-ci doit pouvoir communiquer, gérer le conflit autrement, notamment par la parole.

E- Rigidification des mécanismes interactifs familiaux.

Comme nous l'avons vu, le fait d'en arriver au suicide est souvent le reflet de liens familiaux rigides qui ne parviennent pas à s'adapter aux changements dus à l'adolescence. Le refus et la crainte, de la part des parents, de remaniements menaçant l'équilibre familial va avoir pour conséquence une rigidification plus importante des interactions, risquant d'aggraver le processus suicidaire.

Dans les groupes de parents, il peut donc être judicieux d'expliquer aux parents que le geste est souvent un appel au changement de la part de l'adolescent.

F- Changement de perception globale de l'adolescent, « étiqueté comme suicidant » par ses parents.

Il y a certainement un écart important entre la perception des proches et la perception d'une personne suicidante de sa propre tentative.

Wenz (38) a décrit en 1978 ce qu'il appelle « labeling » ou « étiquetage » par les membres de la famille d'une personne suicidante. Il a étudié, à l'aide d'échelles standardisées, jusqu'à quel point la personne était perçue comme « suicidante » après une première tentative. Wenz a trouvé que, lorsque les amis et les membres de la famille percevaient la personne comme « suicidante » après la tentative, cela entraînait une probabilité significativement plus élevée d'une deuxième tentative de suicide.

C'est certainement, en partie, cette perception globale différente de l'adolescent, après une TS, qui conduit les parents à adopter une réponse inadaptée. Le fait de lui répondre « comme à un suicidant » modifie les relations parents-adolescent. Notamment, des règles éducatives évidentes sont parfois « oubliées » par des parents déroutés, ce qui pourrait entretenir, voire aggraver, le processus suicidaire.

Là encore on perçoit l'intérêt éventuel d'informer les parents à propos du suicide. Le fait de faire comprendre à ceux-ci que la TS, sans la minimiser, ne signifie pas l'entrée dans une maladie mentale, qu'elle peut simplement être le témoin de difficultés passagères et réversibles de l'adolescent, et que leur enfant n'est pas pour autant « anormal ». Il s'agit de démystifier le suicide auprès des parents.

G- Remise en question bénéfique.

Il existe des familles qui peuvent se remettre en question et qui parviennent plus ou moins à trouver la bonne distance entre une sollicitude adaptée, une « non dramatisation culpabilisante » et un réel questionnement sur l'équilibre familial. La situation plus favorable en ce qui concerne le pronostic du geste existerait quand les parents ont réussi à montrer à l'adolescent qu'ils ont entendu sa souffrance, qu'ils acceptent de se remettre en question tout en refusant le passage à l'acte comme modalité de communication entre eux .

paraissent indissociables de la problématique suicidaire de l'adolescent. La TS peut elle-même engendrer des remaniements familiaux importants, contribuant en partie à une évolution défavorable de la crise suicidaire.

Nous allons voir comment ces éléments peuvent être utilisés dans la prise en charge. Il ne s'agit pas de réduire la signification de la TS de l'adolescent à un problème familial, puisque nous avons vu qu'un processus psychopathologique y est souvent intriqué. Cependant les auteurs insistent sur la fonction « d'appel » de la TS, adressée aux parents et c'est sur cette idée que nous avons choisi de nous appuyer pour notre proposition thérapeutique.

L'idée d'inclure les parents dans la prise en charge paraît justifiée.

Avant de réfléchir à la façon de travailler avec les parents et à l'éventuel intérêt de groupes de parole de parents à visée psychoéducative, nous allons maintenant traiter de la place des parents d'une manière générale en psychiatrie de l'adolescent.

REFLEXION A PROPOS DE LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS SUICIDANTS ET DE L'INTERET DE GROUPES DE PAROLE A VISEE PSYCHOEDUCATIVE POUR LES PARENTS.

I. Généralités sur de la prise en charge des suicidants.

Cette prise en charge est difficile.

Certains éléments, selon M. Walter et al. (87), expliquent en partie cette difficulté :

- le peu d'études contrôlées ayant évalué chaque mode de prise en charge.
- le faible taux d'observance thérapeutique lors du suivi proposé au suicidants.

M. Choquet (48), confirme qu'il existe peu d'études évaluatives ou comparatives sur l'efficacité des prises en charge. Cet auteur fait également remarquer que les recommandations de l'ANAES se basent sur un consensus établi en fonction des pratiques mais manquent clairement de données scientifiques. L'évaluation des soins offerts aux suicidants est difficile car il existe de nombreux biais méthodologiques (87) (perdus de vue, groupes de taille trop réduite, suivi trop court).

Il existe de nombreuses manières de prendre en charge un adolescent suicidant, variant selon les cliniciens et les pays. Hors, aucune étude (87) n'a formellement montré l'efficacité d'un suivi spécifique par rapport à un autre. Il semble donc justifié de mettre en œuvre une réflexion à ce propos.

Quant à l'évaluation de l'observance au suivi psychiatrique, la littérature (87) est concordante pour souligner le fait que les ruptures thérapeutiques sont fréquentes et que beaucoup d'adolescents ne se rendent pas aux rendez-vous qui leur ont été fixés. Par exemple, M. Choquet et V. Granboulan (48), confirment par leur enquête sur « les jeunes suicidants hospitalisés », qu'après leur sortie de l'hôpital, 30 à 75% des jeunes suicidants vont rompre leur suivi, soit d'emblée, soit après une ou deux séances.

Les facteurs explicatifs de cette mauvaise observance sont multiples mais le rôle de la famille a été repéré par plusieurs auteurs (87). Il y aurait un lien entre la faible observance et l'existence d'un dysfonctionnement familial.

Les modalités de prise en charge, à l'hôpital ou après, ont-elles une influence sur le taux de suivi ? Et sur le taux de récurrence ? Selon M. Choquet (48), ce domaine reste aussi à explorer.

Nous avons vu que l'alliance thérapeutique avec les parents est un élément améliorant l'adhésion des adolescents à la prise en charge.

En se basant sur certaines expériences décrites dans la littérature ou observées par nous-mêmes, ainsi que sur certaines prises en charge ayant prouvé leur efficacité dans d'autres pathologies, nous tenterons de réfléchir aux intérêts qu'auraient des groupes de paroles à visée psychoéducative chez les parents d'adolescents suicidants, dans l'obtention de cette alliance thérapeutique.

Nous nous axerons sur le travail avec les parents, mais précisons bien que cela n'est qu'un versant de la prise en charge globale, qui comprend aussi, parallèlement, la prise en compte de la dynamique personnelle de l'adolescent et de sa psychopathologie propre.

II. Le travail avec les parents en psychiatrie infanto-juvénile : nécessité d'une alliance thérapeutique.

A- Etapes historiques du travail avec les parents.

Le travail avec les parents s'est transformé au cours des années en fonction :

- de l'évolution des modèles théoriques
- de l'évolution subie par l'équipe multidisciplinaire
- de l'évolution des normes et valeurs familiales

Chabanier (32), distingue 4 étapes de travail avec les parents, en rappelant qu'il s'agit d'une vision forcément réductrice et schématique :

1) 1^{ère} étape : modèle théorique biologique, organiciste

La démarche est une objectivation des symptômes, témoins d'une constitution, elle aussi morbide. Les parents sont simplement entendus comme témoins, et, dans l'équipe, c'est l'assistante sociale qui mène l'enquête sociale à la recherche de troubles réputés plutôt réactionnels et d'autres plus constitutionnels. Il s'agit là de dépister, trier et placer les enfants dans un milieu adéquat, dans un but de protection.

2) 2^{ème} étape : irruption du modèle métapsychologique

Ce modèle influence beaucoup plus vite la psychiatrie de l'enfant qu'il ne le fait pour la psychiatrie adulte. On ne parle plus de constitution mais de structure des individus. Les parents restent de simples témoins mais on se préoccupe aussi de « la genèse des relations objectales ». L'attitude des parents est supposée responsable des troubles de l'enfant.

A cette époque les méthodes d'éducation sont très influencées par la psychanalyse. Le psychanalyste donne de bons conseils concernant l'éducation et toute une information est diffusée dans un but prophylactique.

3) 3^{ème} étape : elle s'appuie sur le modèle métapsychologique mais de manière beaucoup plus prudente

Il n'y a plus confrontation entre celui qui ne sait pas et celui qui sait et donne des conseils. C'est la naissance d'un cheminement à deux. La situation familiale, même conflictuelle, va être perçue comme une forme d'équilibre. On fera donc attention à ne pas changer un mode de fonctionnement sans s'assurer qu'un autre fonctionne, en ne prétendant plus à un changement radical des acteurs et des rôles.

4) Actuellement : approche multidimensionnelle avec utilisation de plusieurs modèles théoriques (bio-psycho-sociale)

On passe d'une approche structurale à une approche dynamique du fonctionnement psychique, les facteurs pathogènes ne sont plus isolés mais font partie d'un ensemble systémique.

Les parents, de témoins sont devenus acteurs et tendent à devenir partenaires : il doit s'élaborer un travail entre l'équipe et les parents.

Un consensus semble s'installer actuellement sur le fait qu'à la prise en charge du patient dans l'institution doit s'associer le soutien de la famille, une attention à ses besoins et à ses souffrances et une coopération à ses problèmes quotidiens afin de l'aider à assumer les crises.

P. Bantman (58), « les changements dans la relation instituée avec la famille sont surtout perceptibles au sein des équipes de soin où les habitudes se modifient progressivement ».

Le travail avec les familles n'est plus, actuellement, résumé par la thérapie familiale, il s'agit d'une clinique intégrant toute la dimension relationnelle avec les familles, longtemps écartée du soin.

Depuis plusieurs années se sont développées conjointement des « approches spécifiques de la famille » qui ont en commun de rechercher l'alliance thérapeutique avec celles-ci. Ces pratiques sont encore rares parce qu'elles se heurtent aux habitudes thérapeutiques héritières d'une tradition médicale centrée sur le secret et la confidentialité, avec une certaine méfiance à l'encontre des familles.

B-Les raisons d'un travail avec les parents

Le contact avec les familles concerne souvent, dans un premier temps, les difficultés et les conflits avec le patient et parfois les soignants responsables du patient. Dans ces familles, le temps est arrêté par la pathologie, les symptômes, et les événements. Il est fréquent que le patient, mais aussi toutes les personnes qui s'occupent de lui, perdent leurs amitiés, l'intérêt pour la vie et la possibilité de se projeter dans l'avenir.

La réalité du patient dans la famille a été découverte par les professionnels ainsi que le fait qu'une fois la méfiance réciproque écartée, le dialogue peut s'engager. Ceci est facilité par les entretiens et les contacts divers avec la famille.

Une grande partie du travail avec les familles consiste à élaborer la nature des événements qui ont étayé l'évolution de la maladie entre les différents intervenants concernés et qui ont souvent valeur de réalité pour le patient et ses proches.

La collaboration ne doit pas seulement être mise en place quand les thérapeutes se sentent impuissants devant la pathologie du patient.

La fragilité narcissique de l'adolescent, ses besoins d'identification, son individuation inachevée, expliquent l'importance de l'influence de son environnement, constitué en premier lieu par l'environnement familial.

Les parents ont donc un rôle majeur dans l'évolution de leur enfant. L'impact de leur comportement paraît si important qu'il semble inconcevable de vouloir aider un adolescent sans aider ses parents.

Dans le cas de la TS, nous venons de voir en quoi la famille, ses antécédents, ses caractéristiques, son fonctionnement, la réaction des parents face au comportement de l'adolescent, notamment après une TS, la façon dont l'adolescent perçoit ses parents, sont autant de facteurs étroitement liés au risque suicidaire et au risque de récurrence.

En allant plus loin, nous pouvons même penser que les parents peuvent être de précieux « alliés », presque indispensables, qu'il faut savoir, pour cela, « approcher », faute de les voir devenir une entrave à l'amélioration.

En effet, si l'on fait évoluer l'adolescent sans eux, ils risqueraient de ne pas comprendre et d'aller à l'encontre des processus d'intervention.

On a constaté également que des comportements parentaux inadéquats diminuaient les chances d'adhésion de l'adolescent au traitement :

King. et al. (1997) (22) ont essayé de déterminer quelles sont les variables familiales qui sont liées à l'adhésion des adolescents suicidaires au régime de traitement. Dans cette étude, le traitement incluait la prise médicamenteuse, la présence aux soins de thérapie individuelle, et la participation aux sessions de thérapie familiale.

Les auteurs ont étudié la situation de 66 adolescents hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide. Ils ont effectué une deuxième évaluation à 6 mois après l'hospitalisation pour évaluer l'adhésion aux recommandations : 67% avaient continué à prendre leurs médicaments, 51% avaient poursuivi une thérapie individuelle et seulement 33% une thérapie familiale. De plus, il a été constaté que, lorsque les mères avaient un sentiment d'agressivité, les adolescents avaient moins tendance à continuer les thérapies individuelles et familiales. En général,

plus il y avait de problèmes familiaux, moins la probabilité que le jeune suive les recommandations était présente.

Le thérapeute a son rôle à jouer dans l'adhérence des parents au traitement de l'adolescent. Comme le font remarquer B. Kabuth et C. Vidailhet (82), « l'adolescent ne nous fera confiance que si ses parents nous font eux-mêmes confiance » et « une position contre-transférentielle même un tout petit peu agressive à l'égard des parents conduit presque toujours à l'arrêt du suivi par l'adolescent ».

La prise en charge en elle-même est traumatisante pour l'adolescent et ses parents lorsqu'elle est décidée. En général, ce sont les parents qui demandent les soins, l'hospitalisation. L'adolescent vit souvent cette démarche comme un abandon, une démission des parents. Ceux-ci sont donc souvent en détresse, se sentant responsables des troubles et impuissants. C. Vidailhet (81) fait bien remarquer que les parents des jeunes suicidants hospitalisés « sont, dans ces circonstances, aussi perdus et perturbés qu'eux » et qu'il faut savoir « impliquer la famille sans la culpabiliser ».

Une des meilleures façons de les aider est de les associer au traitement de leur enfant, dès l'hospitalisation initiale.

Il s'agit donc d'un traumatisme énorme pour les parents : reconnaître la « maladie » de leur enfant. C'est en fait leur narcissisme (porté par leur enfant) qui est touché au plus profond. Ceci va favoriser le développement des mécanismes de défense que nous avons déjà développés (déni, agressivité, régression, rigidification, ou soumission aux exigences de l'adolescent pour tenter d'éviter le conflit).

L'apparition de ces mécanismes archaïques de défense ne va faire qu'amplifier les difficultés déjà existantes, et va aussi être une entrave à une bonne collaboration avec les soignants.

Pendant le traitement de leur enfant, les parents vont ainsi eux-mêmes être soumis à une double exigence :

-permettre le bon déroulement du traitement et constituer une part importante de la démarche thérapeutique.

-changer eux-mêmes suffisamment pour s'adapter et favoriser les changements, de façon à ce que la guérison ou l'amélioration ne soit pas un simple retour à la situation antérieure et une façon de nier les conflits.

C-La notion d'alliance thérapeutique.

C'est la pierre angulaire de la relation patient-famille-soignant en psychiatrie.

L'alliance est le fait que plusieurs personnes s'associent afin de poursuivre le même but ou les mêmes intérêts, et adoptent les mêmes attitudes ou les mêmes comportements. Elle est du côté de la constitution d'un lien ou d'une lecture commune d'une situation.

L'alliance thérapeutique peut définir la relation médecin / malade. Elle est définie par Bantman (59) comme « une habileté observable du thérapeute et du patient à travailler ensemble dans une relation réaliste, de collaboration, basée sur un respect mutuel, sur la confiance et sur un engagement dans le travail de la thérapie ».

Mais cette alliance peut également qualifier la relation médecins / famille ou médecin / parents. Il s'agit alors d'une collaboration, d'un travail commun entre le thérapeute et la famille, avec un but commun : la bonne prise en charge du patient.

Dans le cas de l'adolescent, Marcelli (78) définit l'alliance thérapeutique comme « la possibilité que thérapeute, adolescent et parents s'accordent sur la reconnaissance d'un problème, sa nature et sur les moyens nécessaires pour entreprendre de le résoudre ou du moins tenter de le faire ».

Cependant, ces positions contrastent souvent dans la pratique avec des réalités diverses, rendant compte de nombreuses difficultés éprouvées par les équipes de soin dans l'établissement d'une collaboration avec la famille. En effet, « cette reconnaissance et cet accord sur les moyens à employer sont bien évidemment l'objet d'une ambivalence qui témoigne des inéluctables résistances inconscientes des uns ou des autres » D. Marcelli (78).

Ce partenariat n'a pas toujours été très heureux. Le premier contact a souvent été agressif ou tout au moins assez froid, compte tenu de ces difficultés.

Pour Bantman (59), cette notion d'alliance thérapeutique est « une démarche éducative, moins spécifique, mais thérapeutique ». Il s'agit de la collaboration engagée avec la famille. Cela peut s'intégrer largement au sein d'un dispositif sectoriel assumant la prise en charge du patient. Son but est « d'écouter et de soutenir les parents, entendre rapidement la souffrance exprimée par la famille comme une demande d'aide, sans la renvoyer à un thérapeute extérieur à l'institution ».

D- L'alliance thérapeutique avec les parents en psychiatrie infanto-juvénile selon les pathologies.

1) Avec les parents d'enfants autistes

On conçoit très bien la souffrance, la culpabilité, la déception des parents d'enfants atteints de pathologies psychiatriques lourdes. Face à cette angoisse, l'agressivité ressentie envers les soignants et les soins est très fréquente.

Les parents sont souvent avides d'information, d'explications.

Il est important que le thérapeute gère au mieux cette situation difficile car la relation établie avec eux conditionnera la qualité de la prise en charge.

D'après B. Kabuth (84), « la nécessité du travail avec les parents en pédopsychiatrie est encore plus évidente quand l'enfant souffre de troubles psychiatriques sévères ». Cet auteur a évalué de façon objective, à l'aide d'une étude prospective menée entre 1998 et 2001 (2ans pour chaque enfant), l'impact du travail et du lien établi avec les parents, sur l'évolution de 33 enfants en grandes difficultés dans leur développement psycho-affectif (autistes, autres psychoses infantiles, et troubles graves du comportement). Ceux-ci étaient pris en charge dans un hôpital de jour pour enfant à Maxéville (4^{ème} secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Meurthe et Moselle, service de Mme le professeur C. Vidailhet).

L'alliance thérapeutique avec les parents a été évaluée au début et 2 ans plus tard par un questionnaire (« Version Soignant du questionnaire des Alliances Aidantes de Luborsky »). Pendant la même période, l'adaptation sociale et la symptomatologie clinique des enfants ont été évaluées, ainsi que leur niveau d'engagement dans le soin institutionnel.

L'étude statistique retrouve un lien significatif entre la bonne qualité de l'alliance avec les parents et l'évolution favorable des enfants au niveau de l'adaptation sociale et de la symptomatologie.

D'après l'auteur, « cette première recherche dans un contexte de pédopsychiatrie, semble indiquer que l'alliance thérapeutique avec les parents est prédictive du devenir des enfants, quel que soit l'âge, le sexe et le type de pathologie qu'ils présentent ».

Comment obtenir cette alliance ?

Dans le même travail, B. Kabuth cite un article de Michel Soulé², proposant trois étapes dans l'aide aux parents d'un jeune autistique :

- expliquer et faire comprendre la psychose autistique.
- expliquer et faire comprendre aux parents comment ils peuvent aider les soignants à prendre en charge leur enfant.
- proposer aux parents un traitement personnel

² SOULE M., Essai de compréhension de la mère d'un enfant autistique ou "l'enfant qui venait du froid".
In: Mère Mortifère-Mère meurtrière-Mère mortifiée.
Editions ESF, Paris, 1980 : 79-109.

Encore une fois, on voit bien que l'information fait partie des éléments qu'il est souhaitable d'apporter aux parents pour l'obtention d'une bonne alliance thérapeutique. Elle doit donc constituer une part importante des séances offertes aux groupes de parents.

2) Avec les parents d'anorexiques mentales

D'après P. Jeammet (51), il est quasi-impossible de traiter l'anorexie mentale de l'adolescence sans s'occuper conjointement de la patiente et de sa famille. Le premier temps du traitement est, pour cet auteur, la mise en place d'une « double alliance thérapeutique », avec l'adolescente et avec les parents.

Comme la tentative de suicide, cette pathologie est un trouble du comportement, qui implique l'entourage auquel elle s'adresse.

Toutes les étapes de la démarche thérapeutique font rencontrer au thérapeute la nécessité d'une participation des parents :

- lors de la décision de consultation, dont on sait qu'elle est souvent différée jusqu'à l'extrême limite des capacités physiques de la patiente, « avec une tolérance des parents à l'amaigrissement de leur fille, qui confine au déni ».
- pendant la mise en place du contrat thérapeutique, « pour lequel un accord n'est le plus souvent possible que sous la pression des parents ».
- pendant l'application du contrat thérapeutique « qui n'est dans la majorité des cas possible que si les parents en restent solidaires ».
- lors de l'évolution ultérieure et du réaménagement des liens familiaux, « qui vont jouer un rôle essentiel dans la prévention et le dépistage des rechutes comme dans l'évolution de la personnalité »

L'hospitalisation illustre très bien la place des parents dans le traitement. Jaemmet (51) explique que les médecins prenant en charge ce genre de patiente ont remarqué que, durant l'hospitalisation, deux périodes se prêtent particulièrement aux passages à l'acte des anorexiques sous la forme d'une demande réitérée de sortie avec essai de mobilisation des parents par lettres, messages transmis etc..., avec éventuellement menaces au suicide. Ces deux périodes sont les jours qui suivent l'hospitalisation et environ trois à quatre semaines plus tard, au moment où les anorexiques abandonnent leurs symptômes et commencent à reprendre du poids.

Cette dernière période est particulièrement révélatrice de la situation conflictuelle des anorexiques avec leurs parents et de l'ambiguïté de leur demande de sortie. En effet, il existerait un contraste frappant « entre la présentation alarmante qu'elles font de leur état à leurs parents et leurs attitudes dans le service : ébauche de dialogue avec les soignants, début de participation aux activités, détente des conduites relationnelles, début d'investissement des personnes ». Cette sollicitation des parents peut être intense et aller jusqu'à la

fugue. Tout se passe comme si avant d'abandonner son symptôme, avec ce que cela représente de modifications internes, la patiente avait besoin de « vérifier l'état de ses parents », essentiellement celui de sa mère. « La seule réponse positive et rassurante est le maintien du contrat thérapeutique tel qu'il a été défini, entre la patiente, le médecin et les parents ». Il permet l'introduction d'un tiers entre la mère et l'adolescente, il permet l'expression de l'agressivité, autorise une progressive autonomisation et rend concevable une séparation tolérable pour tous.

Dans la cas contraire, « on revient à la situation antérieure à l'hospitalisation, mais aggravée par la preuve ainsi fournie que les parents ne supportent pas la séparation d'avec leur fille, ni d'entrer en conflit avec elle, et que cette dernière, grâce au symptôme, est la plus forte ». Elle se voit confirmer dans son fantasme de toute-puissance. Mais, en fait cette attitude est entendue comme une confirmation du refus par les parents de la séparation et de l'autonomie de leur fille. Cette individuation étant ressentie comme dirigée contre eux et comme une menace de rupture. La conduite anorexique en ressortirait alors aggravée.

Si ces patientes sollicitent avec une telle insistance leurs parents et cherchent à tester leur détermination, c'est qu'en effet, ceux-ci supportent particulièrement mal la séparation, ainsi que le fait d'entrer en conflit.

Voilà pourquoi il est primordial de tenter d'aider les parents à respecter ce contrat, à accepter la séparation et l'individuation de leur fille, et ainsi s'en faire des alliés thérapeutiques.

3) Avec les parents de schizophrènes

L'évolution de la pratique psychiatrique vers la désinstitutionalisation fait que de plus en plus de patients schizophrènes passent du temps hors de l'hôpital psychiatrique, c'est à dire souvent dans leurs familles. Cependant, nombreuses sont les personnes schizophrènes qui ne peuvent atteindre un degré d'autonomie suffisant pour fonctionner sans un soutien adéquat. Or, la famille est généralement la première, et souvent la seule source sollicitée pour collaborer quotidiennement au maintien à domicile de la personne schizophrène. Ceci fait de la famille un partenaire incontournable. De plus, bien des choses ont évolué depuis quelques années grâce à des rencontres fructueuses avec des associations de familles, ayant modéré leurs positions qui avaient fortement compromis toute alliance thérapeutique avec elles.

En France, la conférence de consensus sur les « stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques » (58) évoque les approches familiales parmi les stratégies thérapeutiques non médicamenteuses. On y insiste sur le fait que les familles doivent pouvoir bénéficier d'une formation permettant de mieux réagir face à la maladie.

Soulignons que la référence prédominante dans le monde, concernant l'approche des familles de patients schizophrènes, est l'approche psychoéducative, que nous développerons plus loin.

Des expériences (60) ont démontré que les familles ont certainement un rôle important sur l'évolution à long terme de la schizophrénie. Le fait de comprendre cette influence et de pouvoir la travailler avec le patient et sa famille présente un aspect primordial du traitement. On doit aussi tenir compte de la vie du patient dans sa famille. De multiples écueils, doivent être abordés pour éviter l'hospitalisation ou les rechutes. Par ailleurs, la question de la séparation, à la fois tant souhaitée mais également très redoutée, doit être abordée.

Selon Bantman(58), « il faut aider la famille du psychotique, non parce que son dysfonctionnement est source du symptôme psychotique, mais parce que la crise du patient psychotique est aussi une crise familiale ». La prise en compte de cet aspect par la mise en place d'un cadre (qui n'est pas forcément la thérapie familiale), offre un contenant qui organise les échanges et permet que le patient se sente moins menacé et moins menaçant pour ses proches. Cela permet aussi, dans ce cadre, de mieux reconnaître la compétence de la famille dans ses modes d'action vis à vis des difficultés.

Nous verrons que la schizophrénie a été la première indication de la prise en charge psychoéducative des parents.

E- Les différentes modalités pratiques du travail avec les parents.

Les parents sont de nos jours très présents et le travail familial est une constante de la prise en charge de l'épisode aigu de l'adolescent, de même que leur association au projet de suite. Paradoxalement, la conceptualisation de ce type de travail semble difficile : elle se heurte notamment à l'intensité avec laquelle les parents semble solliciter les équipes, souvent plus violemment que les adolescents eux-mêmes.

L'absence de modèle théorique bien défini permettant de se situer clairement vis-à-vis des parents favorise la confusion au sein des équipes.

Le travail avec les parents est la partie la plus difficile en psychiatrie de l'adolescent, surtout en phase aiguë, car le cadre de travail (hospitalisation) vient souvent dramatiser encore plus les choses. Souvent à ce moment là, la situation a atteint les limites du supportable et toute la famille est en crise.

Peu d'études empiriques se sont intéressées aux relations familiales et très peu d'informations sur les meilleures façons d'inclure les membres de l'entourage dans la gestion de la crise suicidaire sont disponibles.

Selon P. Jeammet (29), il n'y a pas de réponse univoque : les modalités de prise en charge des parents sont variables, établies en fonction de chaque famille.

Nous allons voir les différentes formes qu'elle peut prendre :

1) Les thérapies familiales

Il est difficile de les définir tant « la multiplicité des références théoriques, la variabilité du cadre technique, la diversité des modalités pratiques sont vastes », D. Marcelli (78).

Il s'agit d'une prise en charge psychothérapeutique qui ne s'adresse plus au seul patient mais à la totalité du groupe familial.

Deux grands courants se partagent le champ des thérapies familiales en France actuellement : celui des thérapies familiales systémiques et celui des thérapies familiales psychanalytiques (ou psychodynamiques).

Depuis quelques années, leur pratique est de plus en plus fréquente, les publications sur ce sujet de plus en plus nombreuses.

2) Les psychothérapies individuelles des parents

Nous ne ferons que citer ces deux premières modalités qui sont indiquées plutôt secondairement et de façon très précise, pour développer ce qui semble plus spécifique dans le travail avec les parents dans le sens de l'alliance thérapeutique.

3) Les contacts entre parents et équipe soignante non médicale

Ils sont informels et spontanés, souvent dans l'urgence. La disponibilité plus grande du personnel, le fait que les parents sachent que ces interlocuteurs ne sont pas ceux qui prendront les décisions pour leur enfant, crée des rapports moins conflictuels. C'est une relation de soutien, qui favorise les identifications et les investissements : pour les parents, les infirmiers sont « des pères ou des mères comme eux ». Ils peuvent « recevoir » l'angoisse des parents, ce qui soulage l'adolescent et rassure les parents.

4) Les entretiens familiaux

Ils réunissent de manière plus ou moins espacée médecin, parents, adolescent, et parfois infirmier. Ils se situent entre la consultation classique, la thérapie familiale et le groupe de parents. Il est indispensable pour le médecin d'assister à une mise en présence des parents avec l'adolescent pour évaluer les interactions familiales, écouter chacun, tout en les laissant communiquer entre eux. Les parents ont également besoin d'être entendus en dehors du contexte très particulier d'un groupe de parents, parfois sans la présence de l'adolescent pour aborder certains points. Ces entretiens peuvent se renouveler, à la demande des parents, souvent pendant l'hospitalisation de leur enfant, ne serait-ce que pour un besoin d'information concernant l'évolution de l'adolescent. Mais leurs objectifs sont limités, ne prétendant pas approfondir la question des difficultés et

du ressenti parental. De plus, cette « confrontation » médecin-parents est parfois conflictuelle, exposée à une incompréhension mutuelle, voire une culpabilisation de chacun. En effet, dans une période très traumatisante et angoissante pour les parents, il est tentant de renvoyer au médecin la responsabilité d'un échec, de lui « décharger son agressivité ».

5) Les groupes de parole de parents

La spécificité des groupes de parole réside dans la présence simultanée de plusieurs parents et l'absence de patients. Selon Marcelli (78), « ils ont pour avantage de fournir aux parents en situation d'extrême vulnérabilité, un étayage de la relation par les autres parents ».

Il existe toutes sortes de groupe de parents :

- des groupes peuvent être proposés aux parents le temps d'une hospitalisation de leur enfant, pour un soutien temporaire.
- des groupes purement pédagogiques existent pour informer les parents sur la maladie de leur enfant.
- d'autres groupes, appelés groupes d'entraide, créés à l'initiative des parents, rassemblent des parents sans thérapeute.
- certains groupes ont été particulièrement étudiés : ainsi le groupe de parents d'adolescents anorexiques (Jeammet et Gorge), que nous développerons plus loin.

D'après P. Jeammet, cette approche est utile dans le travail avec certaines pathologies particulières, comme l'anorexie mentale. Le groupe serait un moyen efficace, et économique d'obtenir une alliance thérapeutique avec les parents.

Mais il existe aussi des groupes de parents d'adolescents psychotiques, toxicomanes, présentant des pathologies psychiatriques variées, rassemblant tout simplement des parents en difficulté avec un adolescent.

6) La psychoéducation des familles

Ces thérapies peuvent prendre plusieurs formes : en groupes plurifamiliaux ou en approche monofamiliale... Ces méthodes associent plusieurs approches : pédagogique, psychologique et comportementale. Elles ont été fondées dans le but d'une alliance thérapeutique avec les familles de schizophrènes. Nous les développerons également.

7) Les différences entre la « thérapie » familiale et la « prise en charge » familiale

Chambon et al. (73) différencient ces deux entités, assimilant la prise en charge familiale à la psychoéducation des familles. Selon ces auteurs :

-En thérapie familiale (TF), la famille et ses interactions sont l'objet de l'intervention. Dans le Prise en charge Familiale (PF), l'objet est la maladie du patient.

-En TF les membres de la famille sont censés être ceux qui sont la cible du traitement, alors qu'en PF, ils sont considérés comme faisant partie de l'équipe thérapeutique, même si leur expertise est reconnue comme distincte de celle des soignants. Le principe est : « nous avons besoin de la famille pour nous aider ».

-En TF, on vise la communication et la réorganisation structurelle de la famille. En PF, on vise l'allègement du fardeau émotionnel quotidien et la réduction des soucis liés aux aléas de la vie en société avec un sujet atteint de maladie mentale.

-En TF, les résultats recherchés consistent surtout en l'amélioration des interactions. En PF, les résultats souhaités sont la réduction de symptômes, l'amélioration du fonctionnement du patient, ainsi que la diminution du fardeau émotionnel et de l'isolement de la famille. L'amélioration des interactions peut ou non survenir, tout en sachant que les interactions basées sur la confusion et le manque de connaissances devraient pratiquement disparaître.

-En TF, il est habituel pour le thérapeute d'informer la famille sur la nature du traitement et sur la nature des problèmes qu'il présente. En PF, les soignants expliquent presque tout sur ce qu'ils font et disent tout ce qu'ils savent sur la maladie et ses modalités de prise en charge, à la famille comme au patient.

-La TF est souvent le seul type de traitement délivré à un moment donné, du fait que son objectif est la guérison. Inversement, il est rare que la PF soit la seule intervention, du fait que l'objectif est l'aménagement des difficultés. Les autres traitements de soutien et de réhabilitation y apparaissent comme souhaitable, et les soignants impliqués dans la PF recherchent activement des collaborations avec d'autres soignants.

Nous allons maintenant développer deux modalités de travail avec les parents : les groupes de parole et la psychoéducation, pour voir ensuite s'il serait envisageable de rassembler ces deux approches pour la prise en charge des parents d'adolescents suicidants.

III. Les groupes de parole de parents d'adolescents.

Ces groupes semblent un moyen efficace d'obtenir l'alliance thérapeutique avec les parents, par des effets spécifiques, que nous allons développer.

A- Définition

Un groupe de parole est un groupe dans lequel la parole est en priorité donnée aux participants, qui souffrent d'un problème commun et qui échangent leur expérience et leur réflexion à ce sujet. Le thérapeute intervient peu et sert surtout de cadre et de guide. Il existe d'ailleurs des groupes de parole sans thérapeute. Ils peuvent être proposés en approche curative ou préventive, avec des modalités de gestion de ces groupes très variables, dont nous donnerons des exemples plus loin.

B-Effets spécifiques et intérêts du groupe

Les auteurs ont décrit diverses phases dans la dynamique d'un groupe de parents, phases liées, d'après Marcelli (78), « à la reconnaissance, puis à l'enclenchement du transfert (sur le groupe et sur le thérapeute) ».

Ces groupes génèrent donc des effets spécifiques liés aux étapes de la vie d'un groupe :

- effet mobilisateur : dans le sens d'un assouplissement de la position des parents et d'une ouverture à d'autres modalités relationnelles.
- la communion de groupe : lien, soutien créé entre les participants, par le fait qu'ils découvrent la similitude des comportements de leurs enfants. On pourrait qualifier ce phénomène de « transfert latéral ».
- rejet du « mauvais » en dehors sur des boucs émissaires tels que le cinéma, les enseignants, les amis ...
- soulagement de ne plus se sentir seuls devant cette épreuve. Ce soutien réciproque des parents entre eux va atténuer leur sentiment de solitude, de honte et de culpabilité. Nous avons vu que de nombreux parents s'isolent suite aux problèmes de leur enfant, le groupe de parents est aussi un moyen de leur offrir une gamme étendue de relations possibles entre les différents parents et le couple de thérapeutes.
- « l'orgie du symptôme » : effet plus spécifique, décrit par P. Jeammet (51) dans ses groupes de parents d'anorexiques. Il s'agit du « plaisir pris par les parents à raconter les diverses manœuvres anorexiques de leur adolescente ».

- le thérapeute bénéficie d'une plus grande liberté et les conflits parents /thérapeutes sont beaucoup moins fréquents. Les entretiens individuels des parents avec le thérapeute tournent facilement à la confrontation ou à la distribution de conseils souvent non suivis et inefficaces. Ces « transferts latéraux » entre parents leur évitent la confrontation brutale et très ambivalente avec les médecins, dont les interventions sont mieux acceptées car adressées au groupe, et moins facilement entendues comme condamnations culpabilisantes.

- le groupe permet une expression plus libre de la culpabilité et son élaboration. La seule existence du groupe de parents peut paraître conforter une éventuelle culpabilité des parents. En fait, le sentiment de culpabilité existe d'emblée, en témoignent les efforts des parents à minimiser le geste et à trouver des causes extérieures. Le groupe ne crée pas la culpabilité mais en facilite l'expression, dans la mesure où les parents se sentent en force par rapport à l'équipe médicale. Une des tâches du groupe est de transformer cette culpabilité en une conscience de leur responsabilité et de l'importance de leur attitude face à leurs enfants. En fait, plus que d'une culpabilité véritable, il s'agit davantage d'une honte et d'une humiliation vis-à-vis de la mauvaise image de leur rôle parental, infligée par leur enfant.

L'abandon de leur culpabilité correspond à une meilleure acceptation de l'autonomie de leur enfant, une meilleure perception de sa différence et de son originalité

- Les mécanismes de défense s'assouplissent. Nous ne reviendrons pas sur les différents mécanismes de défense archaïques développés par les parents, émergents du traumatisme causé par la TS, et de la faille narcissique qui en résulte. Mais il paraît logique de dire qu'une fois les parents « re-narcissisés », les mécanismes de défense s'atténuent.

-Possibilité de tirer profit de l'exemple des autres : ceci permet aux parents de prendre progressivement une place active dans le groupe.

-Levée des tabous et la « honte » : Les parents arrivent à aborder, à parler des troubles mentaux avec une dimension affective et relationnelle, avec moins de gêne et de retenue, au fur et à mesure qu'ils constatent qu'il existe des situations similaires autour d'eux.

-Soutien et réassurance. Ils sont possibles grâce à la naissance de relations entre parents, souvent plus facile qu'avec l'entourage habituel.

-Relance d'une réflexion. Cette démarche peut avoir un impact très concret sur les parents par le biais d'une prise de conscience de la nécessité de réfléchir sur

ce qui a amené leur enfant à ce geste. Elle relance des interrogations quand elles tendent à se figer (pour ceux qui tendent à généraliser les responsabilités, incriminant l'époque, la société..).

-Emergence, prise de conscience de conflits personnels ou du couple. Cette dynamique de groupe peut ainsi conduire à l'émergence des conflits personnels du couple et/ou de l'un ou de l'autre des parents, qui parfois nécessitent une réponse plus appropriée et plus spécifique comme une démarche individuelle qu'il faut savoir solliciter ou proposer à temps.

En tous cas, cette évolution dans le groupe semble avoir des répercussions au sein de la dynamique du couple ainsi que dans la relation des parents avec l'adolescent. Il devrait aider les parents à poser des limites, à gérer et accepter les conflits qu'impliquent une progressive différenciation et autonomisation de leur enfant.

Cette possibilité passe par l'expression et donc la reconnaissance de leurs propres affects, notamment dans leur dimension ambivalente. Ils apprennent à parler en leur nom propre sans se retrancher derrière un rôle supposé ou parler au nom du bien être de leur enfant. Ce mouvement conduit à une reconnaissance de la différence qui les sépare de ce dernier.

Cette évolution n'est rendue tolérable que par la conjonction d'un étayage sur les autres parents et d'un déplacement des conflits vers les thérapeutes. Ceux-ci deviennent ainsi, à certains moments, l'objet d'une agressivité directe qui, si elle reste tolérable et n'entraîne pas de rupture, autorise par contre une meilleure individuation.

C- Objectifs

Le but de ces groupes n'est pas de modifier la structure familiale, ni de « changer les parents » mais de rééquilibrer les forces en présence au niveau de la dynamique intra-familiale.

1) Créer une alliance avec les parents dans la prise en charge

C'est là l'objectif premier. Le groupe offre une réponse efficace et économique sur le plan de la dépense de temps, à cette nécessité qu'est l'alliance thérapeutique avec les parents. C'est un point essentiel pour le traitement.

Pour l'obtention d'une alliance thérapeutique solide et durable, il faut l'adhésion des parents. L'attitude du psychiatre à l'égard de ceux-ci est très importante. Il n'est pas souhaitable de les culpabiliser, ni de banaliser leurs dysfonctionnements familiaux. Pour cela il faut instaurer avec eux une relation de confiance, la possibilité d'exprimer l'agressivité sans rompre pour autant les

liens, leur donner un rôle actif dans le traitement pour qu'ils puissent s'investir, sans pour autant les « transformer en soignants ».

La poursuite du traitement ne sera possible que si les parents acceptent la différence entre ce qu'est leur désir et ce qu'est leur enfant réel, s'ils supportent leurs blessures narcissiques, la perte de l'équilibre familial antérieur, l'individuation de leur enfant, qu'ils fassent le deuil du parent idéal.

Ce sont précisément tous ces points qui sont travaillés lors des séances de groupes de parole de parents. Ainsi, la participation à ces groupes optimise les conditions de retour à la maison, permet le suivi de l'évolution et facilite l'observance de l'adolescent au traitement.

2) Comprendre et agir sur la dynamique familiale

Dans la cas de la TS, nous l'avons vu, l'acte est largement inscrit dans un dysfonctionnement familial majeur.

Pour D.Marcelli, il est indispensable de mettre en place des aménagements, autant en terme de dynamique intra-psychique individuelle qu'en termes d'interactions familiales.

On tente alors de créer les conditions d'émergence de nouvelles modalités relationnelles, qui permettront notamment aux parents de supporter les changements dus à l'amélioration de l'adolescent.

En essayant d'aider les parents à comprendre quel sens peut avoir le comportement de l'adolescent, ils peuvent apprendre à réagir de façon plus adaptée. Le fait de les mettre dans une position active va atténuer l'ambivalence et le découragement par rapport à cet adolescent difficile.

3) Observer

Le groupe de parents, par le nombre et la diversité de ceux qui y participent, la qualité et l'intensité de leur implication, représente une source d'information privilégiée sur la dynamique familiale. Ils peuvent aider le thérapeute à comprendre la nature des échanges régnant au sein de ces familles tant d'après les traits individuels que des liens interpersonnels pouvant jouer un rôle dans l'éclosion et la pérennisation du trouble. Cela permet ainsi d'affiner les réponses thérapeutiques.

4) Amener les parents à gérer le conflit

Les parents vont prendre conscience et vont reconnaître le ou les conflits familiaux. Par cette « acceptation » de leur part, le thérapeute pourra les aider à gérer, négocier, affronter les situations conflictuelles, qu'ils avaient parfois tendance à éviter sans s'en rendre compte, en adoptant des attitudes inadaptées.

Selon P. Jeammet (51), leur vision du parent idéal doit changer : « l'idéal parental ne serait plus de combler leur enfant, cherchant là à nier leur propre conflit envers leurs parents, mais de rendre tolérable le conflit pour permettre à l'enfant de s'autonomiser sans que cela soit synonyme de perte ou de rupture ».

5) Faciliter la communication intra-familiale

Une mauvaise communication entre l'adolescent et ses parents est, on l'a vu, un élément largement en cause, souvent évoqué par les adolescents eux-mêmes.

En communiquant avec les parents, on leur donne des éléments, des outils pour savoir ouvrir un dialogue de la même façon avec leur enfant.

En modifiant leur façon de répondre, d'écouter, ils peuvent donner à l'adolescent la sensation que ce dialogue est toujours possible et ouvert.

6) Apprendre aux parents à « répondre autrement » à leur enfant

C. Chiland (23) qui a assisté à plusieurs séances de groupes de paroles animées par P. Jeammet et son équipe autour des troubles du comportement alimentaire, relate le « cheminement incroyable » que les parents sont capables de faire avec ce type d'abord. Les parents, au départ, ne peuvent pas comprendre le rôle qu'ils jouent dans la symptomatologie de leur enfant. En apprenant à mieux repérer leurs propres attitudes et comportements, les parents retrouvent une possibilité de dialogue. Des parents dont la trajectoire est longue sont parvenus à modifier l'investissement de leur enfant et de la symptomatologie. C'est après-coup, parce qu'ils ont eu la possibilité de répondre autrement à leur enfant, qu'ils peuvent comprendre le rôle qu'ils jouaient. Ce ne sont pas des réponses qui leur ont été enseignées, comme des recettes ; c'est une modification de leur fonctionnement qui leur permet, dans des circonstances variées, imprévisibles, d'inventer des réponses appropriées et plus favorables à leur enfant. D'après l'auteur, « le témoignage que les parents qui ont réussi à changer apportent aux autres, et c'est un ressort important des groupes de parents, est plus convaincant que la parole des thérapeutes ».

7) Travailler avec les parents la peur d'une nouvelle récurrence

Cette inquiétude exprimée par les parents doit susciter l'attention de l'animateur. En effet, celle-ci peut les pousser, comme nous l'avons vu, à modifier leur comportement d'une façon délétère pour l'enfant, en répondant à toutes ses demandes, ne plus rien lui refuser par peur d'une récurrence, voire même sous l'effet de menaces. L'adolescent peut vivre ce phénomène comme un bénéfice secondaire à la tentative de suicide et ceci peut favoriser la récurrence.

Il ne faut pas pour autant inciter les parents à tomber dans une rigidité extrême et à réduire l'acte suicidaire à un simple moyen de chantage. Tout en fixant les

limites nécessaires, la souffrance et la demande du jeune doivent être prises en compte.

8) Déculpabiliser les parents

Souvent, les parents demandent une prise en charge sous la pression extérieure ou parce que la situation devient vraiment invivable ou grave. Cela est très culpabilisant pour ceux-ci, surtout en cas d'hospitalisation. De plus ils sont mis devant l'échec de leurs tentatives de régler la situation sans aide extérieure.

La faculté des parents à exprimer leur culpabilité ferait partie des facteurs pronostic.

S'il est vrai que les parents ont une responsabilité à exercer, selon C. Chiland, (34) « la culpabilité paralyse et empêche l'exercice de la responsabilité ». Les déculpabiliser fait donc partie du travail des soignants et ce n'est pas facile. Un des moyens les plus sûrs d'aider les parents à sortir de cette impasse est de leur donner quelque chose à faire pour l'enfant. D'après ce même auteur, « la plus grande aide, la véritable déculpabilisation est d'apprendre aux parents à répondre autrement à leur enfant » (34).

9) Rendre la différenciation possible entre l'adolescent et sa famille

Le principe même de la prise en charge de l'adolescent met une distance entre eux et leur enfant par l'introduction du « tiers soignant », surtout s'il y a séparation par l'hospitalisation. Le fait qu'un soignant se consacre également à eux, en l'absence de l'adolescent (au sein du groupe de parents), les aide à mieux accepter la différenciation, accepter le conflit, accepter la différence des générations, c'est donc déjà un début de travail.

Il s'agit de créer les bonnes conditions pour que les parents vivent le mieux possible cette séparation (physique en cas d'hospitalisation ou simplement symbolique, induite par la prise en charge de l'adolescent), ceci en les écoutant, les soutenant, en leur montrant l'aspect positif des choses.

Ces conditions réunies, la situation sera l'occasion de montrer aux parents qu'ils peuvent accepter l'autonomisation de leur enfant tout en restant parents.

Le fait d'amener les parents à parler en leur nom propre et non en celui de leur enfant va aussi dans ce sens.

10) Revaloriser les parents

Il s'agit d'aider les parents à retrouver des possibilités d'investissement, à « récupérer le narcissisme minimum, qui semble le préliminaire indispensable à tout travail thérapeutique avec eux » (29).

Il faut trouver avec eux des secteurs positifs susceptibles d'être investis. Cela permettra aux parents, ensuite, de mieux supporter l'évocation du conflit.

Selon P. Jeammet (29), l'idéalisation des soignants par les parents est un mécanisme de défense souvent observé, il est utile dans le travail et permet de faire durer cette « re-narcissisation ». En effet, cette idéalisation provisoire crée un lien dans la famille qui se sent plus cohérente et moins déchirée. Cela aidera alors les parents à reprendre espoir en l'avenir.

11) Donner des repères et des limites aux parents

Eux aussi, comme leur enfant, en ont besoin pour se retrouver et se différencier.

12) Préparer les parents à un éventuel suivi ultérieur

La plupart des groupes constituent une démarche brève (sauf les groupes de P. Jeammet), qui n'est pas censé résumer le travail nécessaire au niveau psychologique. L'objectif n'est certainement pas de changer les parents.

Juste après la TS., il serait d'ailleurs plutôt prématuré d'entreprendre immédiatement une démarche plus « profonde », qui risquerait autant de ne pas être poursuivie que d'être une mauvaise indication. Par la relance d'une réflexion, l'émergence de conflits personnels ou de couple, le groupe peut leur permettre de voir ce geste non comme un point d'arrivée mais comme le point de départ d'un travail d'élaboration et de verbalisation. Ainsi la situation de crise prend une fonction « dynamique » pour la famille.

D'après C.Flavigny (11), « un geste suicidaire n'est aucunement chez l'enfant, comme chez l'adulte, une indication en soi de psychothérapie systématique », mais si cela s'avère nécessaire, un certain nombre de situations vont pouvoir ultérieurement se prêter à une élaboration dans le cadre d'une aide individuelle ou familiale, avec plus de facilité que d'emblée.

13) Aider et soutenir les parents souvent en détresse

Une démarche plus pragmatique lorsque P. Jeammet a créé les groupes de parents était la prise en charge immédiate des parents, qui souvent vivaient mal la séparation d'avec leur enfant due à l'hospitalisation.

Il est impossible d'envisager une prise en charge familiale sans prendre en compte le détresse parentale. Il a été constaté que la simple empathie exprimée aux parents contribue beaucoup en l'efficacité de la prise en charge de l'adolescent. Pour ce faire, il ne faut pas considérer les parents comme coupables du dysfonctionnement puisque dans la majorité des cas, ils n'ont aucune conscience du caractère « toxique » de leur comportement. Ils ont besoin d'être entendus et aidés au même titre que l'adolescent.

De plus, les groupes de parents peuvent aussi pallier l'isolement, que l'on retrouve souvent chez les parents. En effet, dans l'enquête de M. Choquet et V. Granboulan (48), les parents des jeunes suicidants hospitalisés paraissent assez

isolés dans cet événement. La moitié de ceux-ci trouvent peu ou pas du tout de soutien dans leur famille ou leur entourage.

D- Exemples de groupes de parole de parents

1) Groupe de parents d'anorexiques mentales dans le service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte à l'hôpital international de l'université de Paris

Fonctionnement

Ce groupe fonctionne depuis 1969, soit maintenant avec un recul de 36 ans. Il concerne uniquement les parents d'adolescentes adressées dans le service pour anorexie mentale, qu'elles soient suivies en consultation ou hospitalisées.

Les modalités de fonctionnement sont les suivantes : c'est un groupe ouvert, c'est-à-dire qu'il accueille de nouveaux parents au fur et à mesure que ceux-ci se présentent, il se déroule à raison d'une séance de 1h30 une fois toutes les 3 semaines. Il est dirigé par deux co-thérapeutes, un homme (le Pr. Jeammet) et une femme. Les nouveaux parents ont participé auparavant à un entretien approfondi avec l'un des 2 co-thérapeutes.

La durée de participation est très inégale selon les cas. En moyenne, un couple de parents participe 3 ans, mais certains ne viennent qu'à 2 ou 3 séances. Les abandons se font le plus souvent après la première séance mais la plupart des parents sont assidus. Le nombre de participants oscille entre 8 et 15 participants. Quelques parents reviennent donner des nouvelles, après qu'ait été constaté une guérison ou une amélioration.

L'objectif du groupe est d'aider les parents à trouver les réponses les plus adaptées possibles à une situation difficile pour eux et leur enfant.

Discussion

La particularité de ce groupe est donc son ouverture et sa permanence. Ceci s'oppose au caractère fermé et limité dans le temps de certains groupes.

La confrontation des parents nouvellement impliqués dans la maladie de leur fille, avec d'autres parents qui ont vécu le même problème, est susceptible de leur rendre tolérables les décisions à prendre, d'en comprendre le sens et de les maintenir.

Mais les différents stades d'évolution dans le travail des parents peuvent aussi limiter le transfert latéral.

Les interventions du thérapeute sont peu fréquentes, il s'agit donc avant tout d'un groupe donnant la parole aux parents. Il n'est pas didactique, n'a pas de but éducatif.

Un vrai travail d'élaboration, avec un changement en profondeur des parents peut y avoir lieu, puisque la durée moyenne de participation y est très longue.

Le fait que le groupe soit homogène, c'est-à-dire qu'il rassemble des parents d'adolescentes présentant le même trouble est un point très positif, favorisant les effets spécifiques du groupe.

2) Réunion parents soignants au sein d'une unité de soins intensifs (USI) pour adolescents et jeunes adultes à la clinique Dupré à Sceaux (30)

Fonctionnement et description

Cette réunion s'est mise en place en 1991 dans un but de soutien des parents. Cette USI fait partie d'un établissement médico-psychologique géré par la Fondation Santé des Etudiants de France. C'est une petite structure fermée de 10 lits, qui accueille des jeunes de 16 à 25 ans, inscrits dans un cursus scolaire ou universitaire, souffrant de troubles mentaux aigus (états dépressifs, agitation, émergences délirantes ou dissociatives). Depuis son ouverture en 1987, l'USI reçoit environ une centaine de patients par an, qui y séjournent en moyenne 30 à 38 jours suivant les années.

La famille est intégrée dans la prise en charge dès le départ, présente à l'admission puis invitée aux groupes de parole au cours de l'hospitalisation.

L'idée d'une réunion régulière pour les parents est née de l'équipe infirmière et de l'assistante sociale, confrontées à de multiples questions lors d'appels téléphoniques ou de visites des parents.

La réunion a lieu tous les 15 jours, elle dure environ une heure et demie, suivie d'une brève post-réunion entre soignants. Elle est ouverte aux parents des patients hospitalisés et la composition du groupe se renouvelle au fur et à mesure. Lorsque les parents sont séparés, il est proposé aux parents d'alterner.

Du côté des soignants, y participent le médecin responsable de l'USI, l'interne, l'assistante sociale, la surveillante, une ou deux infirmières, parfois un stagiaire.

Déroulement d'une réunion : elle débute par une présentation du cadre et des conditions d'hospitalisation, les soignants se présentent puis à leur tour les parents, donnant également le nom de leur enfant hospitalisé. Puis la parole est donnée aux parents qui peuvent s'exprimer, poser des questions aux soignants ou entre eux. Les premières interventions s'adressent souvent aux soignants et consistent en une demande d'information assez semblable d'une réunion à l'autre concernant la psychiatrie en général, les différentes thérapies, les médicaments, leurs effets, et sur la maladie mentale : les causes, l'évolution, les conséquences. Ces réunions concernent les parents de tous les jeunes hospitalisés et souffrant donc de pathologies variées.

D'après les auteurs, il paraît important de tenter de répondre à ces questions honnêtement, modestement, tout en étant clair et rassurant. Cela permet de créer une confiance, qui est la base de l'alliance thérapeutique escomptée.

Ensuite il se produit habituellement un changement dans la tonalité de la réunion : les propos des parents deviennent plus abondants, se libèrent, se teintent de sentiments, d'abord liés à la séparation d'avec leur enfant (une absence de contact d'une semaine est imposée). Ce qui apparaît est alors intéressant et permet de voir la façon de gérer la distance au sein de la famille.

Beaucoup de parents expriment de la tristesse, de l'inquiétude puis reconnaissent un certain soulagement après une période difficile plus ou moins prolongée.

Chacun fait part de son expérience, dans une ambiance conviviale entre les parents. Les auteurs expliquent qu'ils constatent constamment ce phénomène de soutien et d'attention des parents entre eux.

Progressivement les parents en viennent à exprimer ce qu'ils estiment être leur rôle dans les difficultés de l'adolescent. Ils décrivent leur sentiment de culpabilité, d'échec, quelque fois même leur honte vis-à-vis de leur entourage.

Ils partagent également leurs doutes, leurs moments de découragement.

Discussion

Ces réunions n'ont lieu que le temps de l'hospitalisation, leur durée est donc limitée, elles ne visent pas un changement en profondeur chez les parents.

L'objectif principal, ici, est l'obtention de l'alliance thérapeutique, en particulier durant l'hospitalisation. Nous voyons bien que cela passe par l'information puisqu'il s'agit de la première demande des parents. Pour bien vivre la prise en charge de leur enfant, les parents ont d'abord besoin de comprendre en quoi elle consiste.

L'inconvénient de ce type de groupe est l'hétérogénéité de la population. En effet, la variété des pathologies présentées par les adolescents limite la « communion de groupe » mais les échanges existent tout de même.

Ce groupe devrait pouvoir s'ouvrir aux parents d'adolescents traités mais non hospitalisés.

Les groupes de parole à visée psychoéducative se rapprochent de cette démarche.

3) Groupe thérapeutique enfants-parents dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Limoges (31)

Fonctionnement

Ces groupes réunissent des parents et des enfants de 4 à 8 ans de pathologies différentes allant de la psychose aux variations de la normale. Le critère d'admission dans ces groupes est l'existence de dysfonctionnements interactifs familiaux. Ce groupe existe depuis 1994. Il s'agit de réunions hebdomadaires durant une heure et demie, animées par deux thérapeutes (homme et femme).

Selon les auteurs présentant ce travail, l'idée d'une prise en charge conjointe des enfants et des parents est née de la constatation de l'importance des dysfonctionnements interactifs intra-familiaux et également du phénomène exprimé par les parents du manque d'estime d'eux-mêmes en tant que « bons-parents ».

Au bout de quelque temps, les parents se montrèrent de plus en plus demandeurs pour participer à ces groupes afin de pouvoir faire part de leurs difficultés à l'extérieur. Cette demande très importante a conduit les thérapeutes à réunir les parents sans les enfants après la séance initiale, dans une pièce voisine pendant une demi-heure. Comme les parents concernés ne demandent pas consciemment à être soignés, l'accent est plus mis sur ce qui leur donne la possibilité d'être reconnus plutôt que sur leurs dysfonctionnements.

Comme pour les thérapies individuelles d'adultes, réticences importantes ou acceptations enthousiastes de départ n'ont pas grande signification pronostique. Mais, d'après les auteurs, les parents en viennent apparemment à trouver la situation moins anxiogène. Les auteurs constatent qu'une des évolutions intéressante concerne les parents, et leur possibilité de se considérer non plus uniquement comme des parents mais comme des individus, c'est-à-dire de se différencier. Cette reconnaissance en tant que personne permettrait qu'une fonction parentale, qui avait eu tendance à se figer du fait des conflits aigus, retrouve une mobilité. « Se met alors en place une parentalisation qui suppose mouvements et remaniements permanents ». Ces groupes mèneraient également les parents à une appréciation de l'enfant comme une personne relativement autonome.

Discussion

Il est intéressant ici d'analyser l'évolution du groupe :

L'objectif se limitait initialement à l'action sur les interactions familiales, mais beaucoup d'autres effets ont été constatés : la revalorisation des parents est un effet confirmé du groupe, ainsi que la différenciation parents / enfant. Le fait que les parents se sentent à nouveau exister en dehors de la fonction parentale est très positif.

Le fonctionnement a également été modifié, en fonction des besoins des parents : le fait de pouvoir parler sans la présence des enfants et de participer à ces groupes alors que les enfants ne sont plus hospitalisés.

Par contre, la diversité de ces groupes (par l'âge et les pathologies) est très importante.

4) Groupes de paroles de parents d'adolescents en difficulté à l'unité médico-psychologique de l'adolescent et du jeune adulte (UMPAJA), au centre Abadie (CHU de Bordeaux)

Fonctionnement

Crée en 1992, l'unité médico-psychologique de l'adolescent et du jeune adulte (UMPAJA) du centre Abadie est la première unité hospitalière française spécifiquement dévolue aux jeunes suicidaires ou suicidants. Dotée de 15 lits, elle accueille chaque année environ 350 jeunes gens âgés de 14 à 25 ans, pour une durée moyenne de séjour de 9 jours. Ceux-ci viennent d'effectuer une TS (80% des admissions) ou sont hospitalisés en prévention.

Un groupe de parents existe dans ce centre, animé par le Dr Pommereau et par une assistante sociale, M. Faure. Il est indépendant des secteurs d'hospitalisation. Il s'agit d'un groupe non thérapeutique. Il a, à l'origine, été créé à la demande des parents d'adolescents hospitalisés dans ce centre, mais avec le « bouche à oreille », d'autres ont souhaité y participer. Le groupe s'est donc ouvert à tous les parents éprouvant des problèmes divers avec un adolescent, pris en charge ou non au centre Abadie. Les séances durent une heure, ont lieu tous les 15 jours, et rassemblent 15 à 20 parents. Les participants s'inscrivent librement pour chaque séance au secrétariat du service, sans entretien préalable. Certains sont présents depuis 2 ans, et des liens se sont établis entre eux, d'autres ne viennent qu'une fois.

Au début de la séance, les deux animateurs se présentent, puis chaque parent fait de même, en résumant également l'histoire de son enfant.

Puis le Dr Pommereau tente de dégager un thème par rapport à tout ce qui a été dit, en mettant le doigt sur un « point commun » entre les différentes problématiques. Les parents donnent leur avis, font part de leur expérience, parfois en s'adressant directement à d'autres parents dont l'histoire « fait écho avec la leur ».

D'autres séances peuvent davantage être consacrées à l'information si un des parents pose une question dans ce sens. Les questions des parents peuvent alors se succéder, et le Dr Pommereau va développer un thème plus « éducatif ».

Description de la séance du 26 /01/04

Etaient présents :

- un couple de parents assistant aux séances depuis 2ans, dont la fille de 17 ans est hospitalisée dans un autre établissement depuis autant de temps pour anorexie mentale.

- une mère, nouvelle participante, dont la fille de 15 ans, hospitalisée au centre Abadie, vient d'effectuer sa première TS.
- un couple dont le garçon de 15 ans présente depuis plusieurs années des troubles du comportement alimentaire à type de boulimie, avec vomissements itératifs, ayant été hospitalisé à plusieurs reprises au centre Abadie, actuellement à domicile.
- un père, nouvel arrivant, dont le garçon de 17 ans, non pris en charge, est déscolarisé depuis 2ans, multipliant les comportements agressifs, les conduites de ruptures, les scarifications, la consommation de cannabis.
- la mère de deux adolescents (une fille et un garçon) ayant chacun effectué plusieurs tentatives de suicide, et dont la fille est en procès contre son père pour attouchements sexuels dans l'enfance.
- un couple présent pour la première fois dont la fille de 17 ans est hospitalisée au Centre Abadie pour dépression grave.

Plusieurs choses intéressantes se sont dégagées de cette séance :

- certains parents en rassurent d'autres en leur offrant leur expérience positive.

Une mère participant au groupe depuis longtemps dit à une autre, en pleurs et sous le choc de la première hospitalisation pour TS de sa fille : « Tout va changer maintenant, il va y avoir un déclic. Personnellement, nous avons essayé pendant longtemps de gérer les choses nous-mêmes en pensant y arriver. Depuis la première hospitalisation, nous avons été obligés d'ouvrir les yeux sur beaucoup de problèmes que nous ne voulions pas voir, et cela aide à avancer ».

- le point de vue différent de la mère ou du père.

Lorsqu'un couple est présent, un seul de ses membres présente la situation lors du premier tour de table, pour une raison de gain de temps. Lors des échanges ultérieurs, Xavier Pommereau propose souvent la parole, à celui des deux parents qui ne l'a pas encore prise. Nous avons remarqué à plusieurs reprises que le père et la mère ont souvent une façon très différente de résumer la situation de leur enfant. Cela peut mettre en lumière certains éléments. Par exemple, un père se présente, puis explique que sa fille souffre d'une grave dépression ainsi que de troubles du comportement à type d'agressivité, surtout envers sa mère. Plus tard, la mère s'exprime en faisant part « une autre histoire », tout est alors centré sur un épisode de maltraitance de sa fille dans la petite enfance, par des voisins qui en avaient la garde. Il est intéressant de constater que pour le père, c'est la relation mère-fille qui fonctionne mal, et pour la mère, c'est le traumatisme ancien qui est en cause.

Hormis le fait que chacun cherche à se déculpabiliser, ces divergences peuvent permettre des amorces de réflexion, sur la position de chacun dans la famille et dans la relation avec l'adolescent.

- recherche active du « bouc émissaire ».

Quel que soit le problème de l'adolescent, presque tous les parents présents l'attribuent à une cause précise. Certains la désignent clairement : « il a été humilié par des copains vers 12 ans, tout a commencé à ce moment là alors qu'il allait très bien ». D'ailleurs, le résumé de l'histoire de l'adolescent commence souvent par cet événement responsable.

D'autres n'identifient pas de cause mais la cherchent activement, en interrogeant les amis, l'environnement, le pédo-psychiatre qui a été vu 10 ans auparavant, auquel l'enfant aurait pu se confier. Ce besoin d'attribuer le malaise à un événement précis est un moyen de défense naturel, mais qui « empêche » toute remise en question de la part des parents.

X. Pommereau rappelle qu'il faut faire la part des choses entre un traumatisme qui serait l'événement déclenchant et un conflit plus profond, une personnalité sous-jacente, qui existent toujours et auxquels il faut s'intéresser.

- refus du conflit.

De nombreux parents ne peuvent s'entendre avec leur enfant sans avoir son accord en tous points, d'où leur difficulté à imposer des limites.

Par exemple, une mère évoque sa difficulté à donner un « non » catégorique à sa fille, et se sent toujours obligée d'obtenir l'accord de son enfant en lui proposant une compensation.

- l'adolescent est devenu le « centre de la famille ».

Le père d'une jeune fille anorexique dit : « Ma femme ne pense plus qu'à ça, elle ne peut plus travailler, elle ne s'occupe presque plus des deux autres enfants et notre vie de couple n'existe plus ».

- certains parents se sentent manipulés.

Un père dit : « elle joue avec nous, dès que nous allons mieux, que la vie reprend son cours, nous sommes un peu moins attentifs et elle refait un TS. On dirait qu'elle veut que nous allions mal ».

- l'ambiguïté de la rupture des liens est exprimée.

« Il veut être autonome et fait une bêtise dès qu'on s'éloigne de lui ».

- enfin, X. Pommereau procède à une revalorisation des parents.

« êtes-vous conscients que vos enfants ont du talent ? ». Il est alors demandé à chaque parent de citer un « talent » concernant leur enfant, quelque chose qu'il fait bien, une qualité.

Discussion

Beaucoup d'éléments intéressants se dégagent de ce groupe, comme nous venons de le voir : revalorisation, soutien entre parents, information, source de renseignement sur la dynamique familiale.

Le caractère ouvert et permanent des séances est appréciable pour les parents qui peuvent y participer en fonction de leurs besoins. Ils savent que le groupe fait partie des aides qui s'offrent à eux s'ils se sentent en détresse.

Le caractère ouvert du groupe facilite également le rôle thérapeutique des parents plus anciens auprès des nouveaux.

Par contre, l'arrivée de nouveaux peut freiner la progression d'un groupe et réveiller la jalousie des anciens qui peuvent vivre cet événement comme une incitation au départ. Inversement, le discours des anciens et leur niveau d'élaboration peuvent avoir valeur d'interprétation sauvage pour les nouveaux et les faire fuir.

Le fait que l'animateur, X. Pommereau, ait une personnalité imposante, qu'il soit très médiatisé, pourrait jouer un rôle dans l'éventuelle efficacité de ce groupe.

Par contre, la diversité des pathologies des adolescents paraît beaucoup trop importante pour que les parents puissent trouver de réels points communs.

De plus, l'absence d'entretien préalable et de moyen de sélection des parents favorise le développement de l'hétérogénéité du groupe.

L'organisation est peu structurée. Le groupe est parfois éducatif, d'autres fois il laisse d'avantage la parole aux parents, qui se présentent, parlent de leur cas personnel et échangent des remarques.

Nous pouvons noter que l'animateur peut éventuellement être le thérapeute des adolescents hospitalisés ou suivis à l'extérieur.

5) Les groupes d'entraide

Voici la définition de Katz et Bender (1976), cités par Sidoune et Lalonde (46) : « les groupes d'entraide sont de petites structures à caractère bénévole qui permettent à ses membres de s'entraider et de poursuivre un but donné... Ils sont réunis pour combler mutuellement un besoin commun, à surmonter une difficulté commune bouleversant leur existence... Ils sont fréquemment axés sur une cause et préconisent un idéal ou des valeurs ».

Il s'agit d'organisations spontanées, qui, pour Sidoune et Lalonde (46), sont « tout à fait congruentes avec certaines habitudes de pensée nord-américaines ». Ces auteurs citent pour exemple des groupes d'entraide de parents de schizophrènes de la banlieue de Montréal. Ces groupes seraient « construits à partir de la sensation qu'avaient les parents de ne pas être pris en compte ... ». A partir de là, le fait de se réunir entre personnes qui ont les mêmes difficultés doit augmenter la reconnaissance de leur problème.

Depuis, de nombreux types de groupes d'entraide se sont formés, notamment des groupes de parents d'adolescents, pour des causes multiples.

Ce genre de groupe comprend plusieurs objectifs :

- support mutuel
- élaboration de stratégies d'adaptation
- augmentation de l'estime de soi
- actualisation des connaissances

Une des composantes thérapeutiques importante de ce genre de groupe est la « fonction d'aidant aidé » (46). En effet, celui qui aide peut fournir du soutien aux autres membres du groupe mais peut aussi retirer lui-même des bénéfices de la situation. Si cela est efficace, l'aidant perçoit sa compétence et aura tendance à acquérir les aptitudes qu'il a voulu donner à l'autre.

Dans les groupes d'entraide, « cette fonction d'aidant n'est pas attribuée spécifiquement à une personne mais circule et permet à chaque membre de se trouver à son tour dans cette situation ».

E- Difficultés et limites des groupes de parole

1) Rupture, échappement

Certains parents interrompent les séances rapidement. L'absence des parents a toujours un sens, notamment comme expression de leur ambivalence, qu'il est parfois possible de reprendre avec eux. La difficulté éprouvée est souvent liée à la culpabilité, qu'ils ont réussi à exprimer après quelques séances, mais sans doute mal supportée : ces parents ne reviendront pas. L'aide doit donc être très attentive à cette capacité des parents à exprimer et à supporter ensuite leur culpabilité.

2) Refus du groupe

Chez certains nouveaux parents, le refus du groupe traduit leur inquiétude devant les cas exposés, alors qu'eux-mêmes en sont toujours à vouloir nier le fait que ce geste traduit un conflit important et profond.

Ils cherchent alors à se démarquer des autres en faisant de leur cas un cas « à part ».

Un entretien de préparation au groupe peut tenter de limiter ces réactions en les évoquant avec les parents.

3) Ne pas court-circuiter l'agressivité et l'ambivalence des parents

Elles sont d'autant plus présentes et agissantes que les troubles de l'adolescent sont graves. Il s'agit de la difficulté majeure.

L'objectif primordial est, comme le résumait Jeammet et Guedeney (29) la « re-narcissisation » des parents et l'idéalisation des soignants qui en découle est un facteur dynamique indéniable. Mais ceux-ci doivent éviter de reproduire ce qui se passe dans certaines familles où les parents se veulent irréprochables, évitent tout conflit ou toute frustration à leurs enfants. Une telle attitude renverrait les parents à leur sentiment d'échec, de faillite, raviverait leur souffrance. La juste mesure est donc à trouver de la part des soignants.

4) Inconvénients dus à la présence d'une population hétérogène

Cette limite concerne les groupes rassemblant des parents d'adolescents à problèmes variés, à la différence des groupes de parents dont les adolescents présentent un problème similaire (anorexie mentale ou comportement suicidaire par exemple). L'hétérogénéité du groupe limite les préoccupations communes et les possibilités d'identifications croisées, ce qui atténue les effets spécifiques et attendus du groupe.

IV. Rôle de l'information pure données aux parents de suicidants.

A-Les parents savent-ils évaluer le risque suicidaire ?

Il y a peu d'études concernant les connaissances des parents sur le risque suicidaire des jeunes alors qu'ils sont parmi les mieux placés pour constater des changements d'attitude chez les adolescents.

L'ignorance des parents concernant les signes suicidaires de leurs enfants a été mise en évidence dans l'étude de Velting et al. (86). Cette étude effectuée chez des parents d'adolescents suicidés souligne le fait que la plupart d'entre eux et d'autres adultes en position d'observer des signes suicidaires chez un adolescent ne les reconnaissent pas à temps pour les aider.

Dans l'enquête de M. Choquet et V. Granboulan sur des adolescents hospitalisés pour TS, il a été demandé aux parents s'ils s'attendaient à ce geste avant sa survenue ou pas (tableau 2).

60% des parents étaient surpris par le geste de leur enfant, 25 % s'y attendaient un peu et 6% seulement s'y attendaient beaucoup. Les auteurs font remarquer qu'ils étaient plus souvent surpris lorsque l'enfant était mineur, alors même que dans ce cas, ils sont généralement en contact plus étroit avec leur enfant.

Ainsi, les parents évalueraient mal les difficultés de leur enfant et ne penseraient pas souvent à la possibilité d'une tentative de suicide, même s'ils sont proches de leur enfant.

Nous pouvons supposer que l'information des parents à propos du suicide pourrait les aider à reconnaître certains signes, à évaluer le risque suicidaire.

B. Evaluation des conceptions et attitudes d'une population de parents d'adolescents par rapport au suicide, en fonction de leur information (étude faite au Québec par Veilleux, St Sir, Tribble et Paul (62)).

1) Description de l'étude

Cette étude effectuée en 1988 a tenté de décrire les conceptions et les attitudes d'une population de 380 parents d'adolescents par rapport au suicide.

Cette enquête a été faite à l'aide d'un questionnaire remis aux parents de lycéens Québécois, rempli par le père ou par la mère. Les questions concernaient les connaissances sur le suicide, les signes avant-coureurs d'un passage à l'acte, les significations possibles d'une tentative de suicide, leur réaction éventuelle devant une hypothétique TS de leur adolescent.

2) Résultats

Les résultats montrent que le suicide préoccupe les parents puisque le taux de participation à l'étude est de 61,3%. De plus, 92% des parents acceptent la nécessité d'intervenir auprès de toute personne dont on soupçonne un désir suicidaire. Quelques parents soulignent le manque de soutien qu'ils reçoivent, à titre de pères ou de mères d'adolescents.

Les auteurs constatent qu'il existe peu de différence entre les conceptions et les attitudes de parents ayant eu ou non accès à l'information (par l'intermédiaire d'un média, non précisé).

Une seule différence est mise en évidence : les parents n'ayant pas eu accès à l'information sont plus nombreux à voir le geste suicidaire comme un acte impulsif, non réfléchi ni calculé.

Par contre un élément important apparaît : le suicide est mieux accepté, mieux compris chez les parents ayant déjà été confrontés au suicide personnellement, ou par l'intermédiaire de proches ou de membres de la famille. Ceux-ci sont encore plus convaincus qu'il faut traiter avec sérieux les menaces et les indices de suicide. Ils croient également d'avantage à l'efficacité potentielle d'une prise en charge et à la réversibilité possible du processus suicidaire.

3) Discussion

Plusieurs pistes de recherche émanent de cette étude :

- l'opinion de la plupart des parents sur le suicide est plutôt juste et réaliste. Les conceptions et connaissances des parents ne seraient donc pas, selon l'auteur, les seuls facteurs expliquant la « sous-réaction » parentale, souvent décrite, face aux messages des suicidaires.
- les programmes de prévention du suicide auprès des parents doivent dépasser le simple niveau de l'information, sans pour autant la négliger.
- le soutien des parents constitue une piste importante à explorer, mais pour cela, une analyse des besoins des parents s'avère fondamentale.
- l'utilisation du vécu des parents par rapport au suicide pourrait aider, selon les auteurs, à réorienter les programmes de prévention du suicide.

Dans l'approche des parents pour la prévention du suicide de l'adolescent, il semble donc nécessaire de ne pas se limiter à une simple information, même si elle paraît indispensable. Il doit s'y ajouter une démarche psychologique, un échange, une écoute et un soutien.

Nous pouvons souligner ici un des intérêts de s'intéresser à des parents dont les adolescents ont fait plusieurs TS, l'objectif étant la prévention secondaire et non primaire. En effet, l'expérience des parents par rapport au suicide faciliterait leur sensibilisation.

C- Evaluation de l'impact d'une cassette d'information sur le suicide sur une population de parents d'adolescents (étude menée en Australie en 2000 par Shriyani et coll.) (80).

1) Description de l'étude

L'objectif de cette étude était de savoir si une cassette d'éducation sur le suicide présentée aux parents était un bon moyen de prévention primaire du suicide.

Cette étude concernait 112 parents australiens volontaires, ayant un adolescent d'au moins 15ans, n'ayant jamais fait de TS. Ces parents n'avaient aucune expérience du suicide dans leur famille. Le groupe de parents constitué était varié quand au milieu socio-économique, au statut citadin ou rural, etc.

Le matériel utilisé était une cassette vidéo intitulée « le suicide des jeunes : reconnaître les signes ». Cette cassette a été conçue par des psychiatres experts. Tout d'abord, on y exposait les facteurs de risque de suicide, les facteurs protecteurs, puis on y expliquait, en donnant l'exemple de diverses situations, comment repérer les signes avant-coureurs d'une TS chez un adolescent et également comment réagir face à ces signes.

Par ailleurs, un petit groupe de 5 parents ayant perdu un adolescent par suicide regardaient la cassette, la commentaient et faisaient des suggestions.

Quatre variables ont été « mesurées », avant et après le visionnage de la cassette :

- 1^{ère} variable : les connaissances des parents à propos du suicide.

Un questionnaire évaluait les connaissances des parents à propos des facteurs de risque, les signes d'un passage à l'acte probable, les comportements à risque, des sentiments exprimés devant alerter (anxiété, dépression, désespoir).

- 2^{ème} variable : les réponses données par les parents à un adolescent montrant des signes suicidaires.

On présentait aux parents des scénarios hypothétiques mettant en scène des adolescents montrant certains signes suicidaires. On leur proposait deux réponses possibles et ils devaient choisir celle qui était, selon eux, la meilleure façon de réagir. Par exemple, l'adolescent dit : « j'en ai assez de l'école, des professeurs, de tout le monde. Je ferais mieux d'être mort ». Les deux réponses proposées étaient : « dis m'en plus sur ce qui arrive pour que tu penses ça » (bonne réponse), ou « ne t'inquiète pas, les choses ne sont jamais si mauvaises qu'elles ne le semblent » (mauvaise réponse).

- 3^{ème} variable : la position et opinion des parents face au suicide en général.

Cette variable était évaluée à l'aide d'une variante d'un questionnaire spécifique, le « suicide opinion questionnaire ». Il comprend plusieurs affirmations du type « certaines personnes sont mieux décédées », face auxquelles les parents devaient donner leur avis, en choisissant parmi 5 réponses allant de « absolument pas d'accord » à « tout à fait d'accord ».

- 4^{ème} variable : la volonté des parents d'aider une personne suicidaire.

Ce score était établi de la même manière qu'avec le questionnaire précédent (5 réponses possibles à une proposition). Il s'agissait de propositions du type : « le fait d'être ami avec une personne ayant fait une tentative de suicide me mettrait mal à l'aise » (cotation négative) ou « je trouverais toujours du temps pour un jeune ayant des idées suicidaires » (cotation positive).

2) Résultats

- les connaissances des parents sur le suicide (1^{ère} variable) s'améliorent significativement après qu'ils aient vu la cassette.
- les parents sont plus aptes à choisir une réponse adaptée à un signe suicidaire qu'avant la vidéo.

- par contre, les parents ont plus d'opinions de l'ordre du rejet sur le suicide en général qu'avant d'avoir vu la vidéo.
- la volonté des parents d'aider une personne suicidaire augmente après le visionnage de la cassette.
- il existe une corrélation positive entre les variables 2 et 4 : quand les parents sont plus aptes à aider, ils ont un désir d'aider plus présent.
- il existe une corrélation positive entre les variables 1 et 2 : la capacité des parents à répondre de façon adaptée à l'adolescent est meilleure quand ils ont plus de connaissances.
- par contre, il n'y a aucune corrélation entre la 3ème variable (opinion sur le suicide) et les autres.
- avant la vidéo, c'est surtout la volonté (variable 4) qui prédit de la capacité d'aider (variable 2) d'une façon adaptée, après, c'est la connaissance (variable 1) qui joue ce rôle.

3) Discussion

Pour les auteurs, cette cassette apparaît comme un bon moyen d'éducation des parents d'adolescents. La vidéo est capable d'améliorer la réaction des parents face aux adolescents suicidaires. Cependant, l'évaluation est dénuée de la charge émotionnelle de la réalité. Nous n'avons pas la garantie que ces résultats sont transposables à une situation réelle. Ce problème se pose pour l'éducation en général.

On peut tout de même penser que les parents ayant regardé la vidéo ont plus de chances de répondre de façon appropriée au comportement suicidaire de leur enfant.

Le fait que l'opinion des parents sur le suicide en général n'influe pas leur attitude est un élément à prendre en compte dans les programmes de prévention. Selon les auteurs, beaucoup de parents qui n'ont jamais été confrontés au suicide sont spontanément assez hermétiques à l'information, car ils ne se sentent pas concernés, ils pensent que « ça n'arrive qu'aux autres ».

Encore une fois, nous constatons que l'information a beaucoup moins d'impact chez les parents n'ayant jamais été confrontés au suicide.

V. Les méthodes de psychoéducation des familles : exemple au travers de la prise en charge des familles de schizophrènes.

Ces méthodes ont été conçues pour prendre en charge les familles de schizophrènes.

Nous avons vu en quoi il est intéressant d'obtenir une alliance thérapeutique avec ces familles, qui sont de nos jours le premier partenaire des soins.

Or, ce rôle de partenaire, impliqué dans la réadaptation d'une personne schizophrène est « nouveau » pour les familles. Depuis longtemps tenues à

l'écart de processus thérapeutique, les familles doivent faire face à de nouvelles responsabilités sans savoir comment répondre aux différents besoins de la personne malade.

Bien que l'implication des familles soit essentielle à la réadaptation de la personne schizophrène, il n'en demeure pas moins que l'importance du stress vécu par les proches et les responsabilités qui leur incombent peuvent perturber l'équilibre familial.

Le but de ce type d'approche est de soutenir et d'aider ces familles face aux difficultés qu'elles éprouvent au quotidien et de leur permettre de se préserver en tant qu'individu.

A-Définition et historique.

La psychoéducation se définit comme « l'éducation ou la formation d'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique dans des domaines qui servent des objectifs de traitement et de réadaptation (l'acceptation de la maladie, la coopération active au traitement et à la réadaptation, l'acquisition d'habiletés compensant les déficiences liées au trouble psychiatrique) » Goldman (66).

La psychoéducation s'adresse aussi bien au patient qu'à sa famille. Elle a été conçue initialement comme une approche familiale. Deleu et Chambon (65) rappellent que le mot « psychoéducatif » aurait été employé pour la première fois par Anderson, Hogarty et Reiss en 1980 pour qualifier une méthode d'intervention familiale dans la schizophrénie.

Depuis 1980, la thérapie psychoéducative s'est diversifiée, adoptant différentes formes et prenant deux orientations distinctes, à savoir une orientation à visée éducative et une autre à visée thérapeutique.

Quelles que soient la forme et l'orientation, la thérapie psychoéducative familiale met inévitablement en jeu trois dimensions :

- une dimension pédagogique, dans les informations données sur la maladie.
- une dimension psychologique, dans la prise en compte de problèmes sensibles et incontournables (révélation du diagnostic, soulagement du fardeau émotionnel, travail de deuil par rapport aux pertes liées à la maladie).
- une dimension comportementale, dans l'utilisation de stratégies particulières de modifications des comportements.

La thérapie psychoéducative familiale s'inscrit dans le cadre des soins curatifs et de réadaptation. Il s'agit d'un acte thérapeutique accompli par un professionnel formé et qualifié, intégré dans une équipe thérapeutique. Elle a pour but de créer une relation de partenariat entre le patient, sa famille et l'équipe thérapeutique à

partir de laquelle pourra se construire un projet global de traitement et de soutien.

La thérapie psychoéducatrice familiale ne se substitue pas aux autres formes de traitement. Elle se pose comme un complément du traitement médicamenteux et de l'ensemble des approches psychosociales avec lesquelles elle doit être coordonnée.

Elle trouve son indication majeure dans les pathologies psychiatriques chroniques et invalidantes, comme les psychoses chroniques (schizophrénie, troubles schizo-affectifs, troubles bipolaires). Son indication commence à s'étendre aux troubles obsessionnels compulsifs, et même aux comportements suicidaires. Pour Deleu et Chambon (65), « elle concerne donc les maladies ayant des conséquences pénibles pour le patient et son entourage direct et pour lesquelles il a été démontré que les interactions familiales influent de façon déterminante ».

B-Le concept d'émotionnalité exprimée (EE).

Plusieurs auteurs ont cherché les facteurs de l'environnement familial pouvant favoriser une rechute chez un schizophrène. L'observation des familles amena à la conclusion que les hauts niveaux de tension et d'émotion caractérisaient les familles chez lesquelles les malades rechutaient plus souvent.

L'hypothèse d'un climat émotionnel familial défavorable à l'évolution d'une maladie comme la schizophrénie est à l'origine du concept d'émotion exprimée (EE).

L'étude de Brown et coll. (1962) citée par O. Chambon et coll. (73), portant sur 101 malades schizophrènes démontra une association positive significative entre l'intensité des émotions ou le degré d'hostilité manifesté par les parents envers le malade et la probabilité d'une rechute dans l'année suivant l'évaluation.

Leff et Vaughn (1985), cités par Liberman (63), ont mis en lumière sur la base d'un large matériel d'enquête, des différences significatives entre les familles à haut et bas niveau d'EE : les familles à bas niveau d'EE respectent mieux les besoins relationnels du malade, notamment ses besoins de distance, s'efforcent de comprendre les souffrances du malade, manifestent des attentes modérées, en fonction des capacités du malade, sont capables de garder leur sang froid en cas de crise.

Ainsi, dans certaines familles, les risques de rechute seraient plus grands en raison d'un niveau élevé de stress intrafamilial.

Il existe une méthode reconnue pour identifier ces familles : le Camberwell Family Interview (Leff et Vaughn, 1985). Dans la pratique courante, une évaluation de routine à l'aide de cet instrument est impossible à cause de sa lourdeur.

Selon Chambon et Marie-Cardine (70), « depuis ces études originelles, le concept d'EE a été mesuré différemment, validé dans différents contextes et

pour différentes maladies, et s'est complexifié pour devenir une variable interactive prise dans une dynamique familiale ».

Il serait plus utile, en pratique, de se fonder sur des indices cliniques pour repérer les familles à risque, pour lesquelles un programme d'aide thérapeutique est hautement justifié. Pour cela Kuipers, Leff et Lam (67) ont mis au point certains critères :

- parents vivant avec des patients qui rechutent plus d'une fois par an, malgré un traitement neuroleptique continu.
- parents qui contactent fréquemment l'équipe de soins pour aide et réassurance.
- familles dans lesquelles on se livre, de façon répétée, à des disputes qui dégénèrent en violences verbales ou physiques et toute famille faisant appel à la police pour régler ses propres conflits.
- une personne seule, en général une mère, qui a la charge d'un patient schizophrène.

Au total, la psychoéducation des parents de schizophrènes a pour but d'abaisser ce niveau de tension familiale et donc de diminuer de nombre de rechutes psychotiques.

C-Les trois dimensions de la psychoéducation

La thérapie psychoéducative familiale ne se résume pas à une distribution de conseils sur la maladie.

1) La dimension pédagogique

Il s'agit de partager avec pédagogie, de façon claire et objective, les connaissances que nous possédons actuellement sur la maladie et d'en discuter avec le patient et sa famille. Loin de vouloir convaincre à tout prix, cet enseignement a pour but de lever les malentendus, d'apporter des données étayées scientifiquement.

Traditionnellement, les psychiatres donnent, durant les consultations, des informations au patient et à sa famille de façon informelle et fragmentaire. La psychoéducation propose une démarche d'enseignement structurée, la plus complète possible, progressive et étalée dans le temps.

Pour la plupart des pathologies, les points clés à aborder dans la démarche pédagogique tournent autour des mêmes thèmes :

- la nature de la maladie.
- les causes : facteurs prédisposant et de déclenchement, facteurs de perpétuation et de protection.

- les symptômes de la maladie.
- les méthodes psychothérapeutiques et psychosociales de traitement.
- la prévention des rechutes.
- l'importance de l'intervention familiale.
- les conseils pratiques pour mieux vivre avec la maladie.
- les services d'aide existants.

Pour Deleu et Chambon (65), « le thérapeute doit avoir une connaissance claire et à jour de ces différents thèmes. Les informations qu'il transmet doivent avoir fait l'objet du plus large consensus possible ». S'il veut aborder des informations pour lesquelles le consensus n'est pas acquis, le thérapeute doit le faire de façon nuancée et objective. « Le but de la psychoéducation n'est pas d'endoctriner le patient et sa famille au profit d'une théorie, mais de développer leur sens critique et leur auto-détermination dans un contexte donné ».

Le thérapeute a également un effort de vulgarisation à fournir pour adapter son enseignement au patient et à sa famille. Les programmes standardisés (cf. plus loin) sont ici d'une grande utilité, car ils proposent un contenu adapté et une communication progressive des informations. Ils renseignent aussi le thérapeute sur les techniques pédagogiques et comportementales qui améliorent l'enseignement.

Selon les mêmes auteurs, certains principes didactiques sont d'une grande utilité pour le thérapeute :

- présenter l'information sous forme visuelle (tableau, schémas, graphiques), et pas seulement sous forme verbale ou écrite.
- répéter régulièrement les mêmes informations : les questions essentielles doivent être expliquées à plusieurs reprises pour qu'elles soient bien comprises.
- doser l'information : il est plus efficace de concentrer les éléments d'information les plus importants, de les présenter d'une manière claire et compréhensible et de les répéter plusieurs fois plutôt que d'essayer de faire assimiler une trop grande quantité d'informations en une fois.
- exposer les sujets prévus dans le programme de la séance tout en permettant la discussion sur des questions soulevées (trop de rigueur par rapport aux programmes frustre les participants et risque de faire en sorte que les informations importantes ne soient jamais intégrées).
- le recours aux jeux de rôles peut aider les participants à faire face à des situations difficiles.
- prodiguer des encouragements et des renforcements positifs pour favoriser l'expression de chacun.
- souligner tout comportement adéquat en tant qu'exemple à suivre.
- limiter le temps de parole avec tact pour permettre à chacun de s'exprimer.

- recourir à la technique qui consiste à présenter calmement et objectivement le pour et le contre de chaque idée lorsque, sur des sujets fortement empreints de préjugés, des participants ont des avis diamétralement opposés à celui de l'animateur.

- rester ouvert aux critiques de certains aspects ou de la psychiatrie en général, même si elles sont formulées de façon acerbe et virulente. Ecouter avec calme, demander éventuellement l'avis des autres participants, attendre que l'émotion ayant marqué la discussion se soit dissipée et alors seulement émettre avec prudence et objectivité une opinion éventuellement contradictoire.

2) La dimension psychologique

Le but de la démarche psychoéducatrice est d'amener progressivement le patient et sa famille d'un sentiment d'impuissance et d'une position de passivité ou de révolte face à la maladie à une position de collaboration active à travers une vision réaliste de la maladie, des moyens de composer avec elle au quotidien, des possibilités de traitement et des perspectives d'avenir.

Un tel but ne saurait être atteint que si le patient et sa famille peuvent disposer d'une information claire et objective sur la maladie.

Cependant, à côté de cette dimension pédagogique, la démarche psychoéducatrice, en ce qui a trait aux maladies mentales chroniques et sévères, implique une dimension psychologique quand il s'agit d'aborder ces trois points incontournables et sensibles :

a) La révélation du diagnostic.

Dans le cas de la schizophrénie, apprendre aux parents que leur enfant est atteint d'une telle maladie nécessite autant de délicatesse qu'il en faut pour annoncer un diagnostic de maladie grave. Selon M. Deleu (65), grâce à la démarche exposée ci-dessous, « le thérapeute pourra aider son patient à reconnaître progressivement la part de la maladie dans l'expérience qu'il vit et dans les phénomènes qu'il perçoit » :

- reconnaissance du phénomène, de l'expérience subjective.

Il importe d'aborder le patient et sa famille sous l'angle de la souffrance associée aux symptômes. Le thérapeute devra donc inciter les participants à parler de leur expérience vécue.

- identification des symptômes.

Le thérapeute peut ensuite aider la famille à reconnaître que cette souffrance porte un nom, les parents vont donc identifier les symptômes.

- proposition d'un diagnostic.

Une fois que le patient a graduellement reconnu qu'il souffrait d'une série de symptômes, le thérapeute peut lui suggérer un diagnostic.

- proposition d'un traitement et renforcement de l'espoir.

Annoncer le diagnostic n'est pas une fin en soi mais plutôt une façon d'amener le patient et sa famille à consentir au traitement. Une information juste, accessible, permettra d'exposer au patient des perspectives réalistes, en fonction de l'adhésion de ce dernier aux divers volets du traitement biopsychosocial.

b) Soulagement du fardeau émotionnel

La famille est aux prises avec de nombreuses difficultés liées à la présence d'une personne atteinte de maladie mentale chronique à domicile. Le caractère récidivant de la maladie, les différents symptômes sont des aspects très difficiles à affronter à long terme pour l'entourage.

La méconnaissance, l'incompréhension du voisinage et du reste de la famille, les rapports difficiles avec les professionnels, la vie sociale, les loisirs compromis, le conflit dans le couple, tous ces éléments vont alimenter un vécu émotionnel complexe : honte, culpabilité, colère, frustration, sentiment d'impuissance et de désespoir. Souvent, ce vécu prend la forme d'une hostilité voilée, sinon franchement ouverte vis-à-vis du patient, et aussi des professionnels et des systèmes de soin, qui rend la collaboration difficile.

Le thérapeute assurera l'accompagnement psychologique en faisant preuve de tolérance et d'empathie et en facilitant l'expression des sentiments pénibles. Il devra veiller à ne pas blâmer ni culpabiliser.

C'est là que les groupes psychoéducatifs de parents prennent leur importance, car ils favorisent le partage et le soulagement du fardeau émotionnel.

c) Le travail de deuil.

Dans le cas de la schizophrénie, il s'agit pour la famille de faire le deuil de ce que la personne atteinte était avant sa maladie, faire le deuil des espoirs et des aspirations qu'on avait placées en elle. Tout cela prend du temps et passe par les étapes classiques de tout travail de deuil : choc, désorganisation, déni et dépression, acceptation et intégration.

Le thérapeute aidera les membres de la famille à préciser les pertes et la signification personnelle qu'elles revêtent. Il facilitera l'expression des sentiments présents et latents. Il les encouragera à tenir compte de leurs propres besoins et à s'engager dans des projets personnels et de nouvelles relations sociales.

3) La dimension comportementale

Les familles adoptent spontanément des stratégies comportementales pour faire face aux désagréments de la maladie. Certaines de ces stratégies peuvent être inadéquates, par exemple : crier pour couper cours au propos délirant du patient, se quereller avec lui à propos de ses idées étranges, l'éviter le plus possible. La dimension comportementale se rattache à la mise en oeuvre de stratégies particulières visant la modification des comportements inadaptés. Les différentes formes et méthodes de psychoéducation ont globalement toujours les mêmes objectifs comportementaux, nous allons donc développer les deux principales stratégies comportementales :

a) Acquisition d'habiletés de communication.

Il s'agit d'aider les proches à acquérir quatre habiletés clés de communication :

- exprimer des sentiments positifs.
- écouter de façon active.
- formuler des demandes positives de changement.
- exprimer de façon constructive des sentiments négatifs.

Nous sommes ici dans le domaine des techniques d'affirmation de soi. Les quatre habiletés clés sont détaillées dans le module « prise en charge familiale comportementale » de Liberman (63).

Les méthodes propres pour favoriser l'acquisition de ces habiletés sont :

- la description de ces habiletés de communication
- l'explication de leurs avantages.
- employer la technique de jeux de rôles pour les expérimenter.
- proposer des exercices à faire en dehors des séances pour mettre en pratique les méthodes.

b) Apprentissage d'une démarche de résolution de problèmes.

Il s'agit d'enseigner à la famille une manière d'aborder les problèmes qui soit constructive et qui augmente leur capacité à gérer la vie quotidienne et les événements stressants.

La démarche de résolution de problèmes consiste en une séquence méthodique d'opérations selon les étapes suivantes :

- 1- identifier et définir le problème.
- 2- dresser une liste des solutions possibles, de comportements potentiellement efficaces.

- 3- évaluer le mérite relatif (avantages et inconvénients) de chaque solution quant à leurs conséquences.
- 4- choisir la meilleure solution ou combinaison de solutions compte tenu de la situation.
- 5- délimiter les ressources nécessaires.
- 6- programmer et mettre en œuvre la ou les solutions
- 7- évaluer les résultats.

Une des premières préoccupations du thérapeute sera d'aider la famille à reprendre confiance dans ses propres capacités que la maladie et ses conséquences ont mise à rude épreuve.

Cette confiance pourrait se réinstaurer après quelques succès grâce à la démarche de résolution de problèmes.

D- L'évaluation des besoins de la famille.

La première étape de toute intervention psychoéducatrice est l'évaluation préalable de la situation et des besoins. Les trois dimensions de la psychoéducation constituent une grille d'analyse à partir de laquelle les difficultés et les problèmes mais aussi les forces et les ressources du patient pourront être évaluées.

a) La dimension pédagogique.

Il s'agit d'évaluer les besoins en information. Que savent-ils de la maladie ? Ce travail consistera à repérer les acquis mais aussi et surtout les préjugés et les convictions erronées de chacun des membres de la famille.

b) La dimension psychologique

Elle consiste en une évaluation de l'importance du fardeau émotionnel, de la façon dont la maladie affecte chacun des membres de la famille.

Le fardeau émotionnel peut se révéler indirectement par des critiques et de l'hostilité dirigées contre le malade, par des comportements de sacrifice de soi exagérés, par des signes d'épuisement, par une perte d'empathie pour le malade chez les membres d'une famille.

Enfin, le thérapeute mesurera le stade du travail de deuil par rapport aux pertes liées à la maladie : position du déni ? Colère et révolte contre le sort, contre les professionnels ? Dépression ? Résignation ?

c) La dimension comportementale

Il s'agit d'évaluer les stratégies d'adaptation que chacun met en œuvre pour faire face aux problèmes soulevés par la maladie. Il faudra apprécier le style de communication au sein de la famille ainsi que les façons, adéquates ou non, de tenter de résoudre les problèmes.

Le recueil de toutes ces informations se fait grâce à des entretiens. Ceux-ci peuvent prendre la forme d'un questionnaire couvrant les domaines mentionnés plus haut.

Les questions doivent porter sur la vie quotidienne et sur les problèmes concrets que peut rencontrer la famille.

L'observation directe des interactions familiales est une autre façon intéressante de recueillir ces informations.

E-Les quatre formes de thérapie psychoéducatrice familiale.

Actuellement, les approches psychoéducatrices familiales dans le domaine des psychoses chroniques peuvent être classées selon quatre formes :

1) La thérapie comportementale monofamiliale

Ce sont des programmes structurés durant au moins neuf mois, conçus par Liberman. Les séances se déroulent avec le patient et sa famille ; à l'origine elles étaient prévues à domicile. Elles sont dirigées par un ou deux thérapeutes spécialisés. C'était la forme des premières prises en charge familiales psychoéducatrices. Elles peuvent maintenant se réaliser à l'hôpital.

2) Les groupes multifamiliaux

Comme leur nom l'indique, ils sont composés de plusieurs familles incluant les patients. Ils sont animés par deux thérapeutes spécialisés. Le programme s'étale sur une année à raison d'une séance toutes les deux semaines.

Pour Mc Farlane (68), qui a conçu cette forme de thérapie, « le groupe multifamilial présente, comparativement à l'approche monofamiliale, des avantages économiques mais aussi thérapeutiques qui sont liés à la situation de groupe ».

3) Les groupes psychoéducatifs de parents

Cette forme de psychoéducation s'adresse aux parents de patients sans distinction du niveau d'EE. Sa visée est plus éducative que thérapeutique. Les groupes ne réunissent que des parents, autrement dit les patients en sont exclus.

Ils se composent de 8 à 12 parents et sont animés par un ou deux professionnels. La plupart du temps, selon Deleu et Chambon (65), les animateurs se conforment à un programme structuré d'un certain nombre de séances (de 8 à 10) et qui propose un contenu théorique et une méthode d'animation. Le programme *PROFAMILLE* (69) est un bon exemple.

Ces programmes favorisent surtout l'acquisition de connaissances et le partage du vécu émotionnel. Les rencontres ont lieu une fois toutes les deux semaines pour une période ne dépassant pas en général six mois.

Selon Deleu et Chambon (65), étant donnée sa visée plus éducative que thérapeutique, ce type de psychoéducation ne nécessite pas de thérapeute spécialisé.

Les groupes peuvent aisément être animés par un psychiatre ou des paramédicaux. Un plus grand nombre de parents peut participer à ce type de rencontres, d'autant plus qu'elles ne sont pas étiquetées en tant que « thérapie » : les parents y viennent pour y recevoir des informations et non pour y être traités. Le groupe réduit l'isolement social, le sentiment de culpabilité et de rejet. Il fournit l'opportunité de partager son vécu émotionnel avec des personnes vivant les mêmes difficultés.

Bien sûr, d'après Deleu et Chambon (65), ces groupes ont leurs limites. Les problèmes personnels peuvent seulement y être abordés mais pas réellement résolus.

4) Les groupes psychoéducatifs bifocaux

Les parents des patients bénéficient du même programme, mais dans des groupes séparés.

Il s'agit de programmes structurés de 8 à 10 séances. Le groupe psychoéducatif de parents est semblable à celui que nous avons décrit ci-dessus. Théoriquement, le potentiel d'efficacité de la démarche psychoéducative est plus grand avec les groupes bifocaux qu'avec les simples groupes de parents, parce que cette méthode assure une prise en charge psychoéducative conjointe des patients.

Il faut néanmoins garder à l'esprit les limites et difficultés particulières liées à la prise en charge des patients : déni des troubles, difficultés d'apprentissage dues aux troubles cognitifs ou à des symptômes négatifs.

F-Les études de validation de la psychoéducation.

1) La première génération d'études

Chambon et Marie-Cardine (70) ont passé en revue la première génération³ d'études évaluant les résultats des thérapies monofamiliales comportementales dans la schizophrénie entre 1982 et 1989.

D'après les auteurs, ces études ont démontré l'efficacité de la thérapie psychoéducative familiale en ce qui a trait à la réduction des risques de rechute, au-delà de la protection déjà assurée par un traitement neuroleptique continu, et cela dans les cas de familles à risque, c'est-à-dire, c'est-à-dire à forte EE.

Toujours d'après Chambon et Marie-Cardine (70), d'autres bénéfices ont pu être observés :

- une rémission ou amélioration symptomatique du patient plus importante que dans les groupes témoins.
- un allègement du fardeau émotionnel familial.
- une amélioration du fonctionnement social du patient.
- une diminution du coût économique, due à la diminution du nombre d'hospitalisations.

Cette première génération d'études a également démontré que les programmes courts d'éducation destinés à la famille (2 ou 3 séances), qui se limitent à donner des informations et des conseils sur la gestion de la maladie, ne suffisent pas à eux seuls à réduire les risques de rechute.

Pour être efficace, la démarche psychoéducative doit s'adresser à l'ensemble des membres de la famille, patient inclus et doit être incorporée aux soins psychiatriques de base et à un projet de traitement global du patient. Les interventions auprès de la famille doivent durer au moins neuf mois pour que'il ait pu être constaté cette efficacité. Pour certaines familles, les interventions continues et à long terme s'avèrent nécessaires pour maintenir les résultats.

Cette première génération d'études a également démontré que les programmes courts d'éducation (2 ou 3 séances), destinés aux parents, qui se limitent à donner des informations et des conseils sur la gestion de la maladie, ne suffisent pas à eux seuls à réduire le risque de rechute et n'ont pas d'effet sur les comportements du patient.

Cependant, ils sont utiles en ce sens qu'ils :

- permettent d'engager les parents dans le processus thérapeutique.
- aident les parents à conceptualiser la maladie et les problèmes qui y sont liés.
- diminuent le fardeau émotionnel familial (effet non durable cependant).

³ Leff J. Vaughn C. (1985). *Expressed Emotions in Families*, London, The Guilford Press.

Falloon I.R.H. (1985). "Behavioral family therapy: A problem-solving approach" dans J. Leff et C. Vaughn (dir.), *Expressed Emotions in Families*, London, The Guilford Press.

2) La deuxième génération d'études (1990 à nos jours)

Les études de la deuxième génération, menées dans les années 90 visent à déterminer la forme de thérapie psychoéducatrice familiale la plus efficace parmi les trois suivantes :

- thérapie monofamiliale.
- groupes multifamiliaux.
- groupes psychoéducatifs de parents.
- groupes psychoéducatifs bifocaux.

Il n'y a pas de claire supériorité de l'une ou l'autre de ces approches.

McFarlane et al. (68), ont montré que les groupes multifamiliaux sont aussi efficaces que les thérapies monofamiliales.

Hogarty, Anderson et Reiss (73) confirment dans leur étude, la réduction des rechutes face à un thérapie individuelle de soutien (tableau 2).

Ils montrent que les groupes psychoéducatifs de parents sont moins efficaces, surtout si leur programme est bref et axé uniquement sur l'information et les conseils. Leurs faiblesses peuvent être compensées si le patient bénéficie par ailleurs d'une prise en charge conjointe complète, incluant notamment l'entraînement aux habiletés sociales.

Au total, les deux premières ont une visée thérapeutique. Les trois dimensions de la psychoéducation y sont abordées de façon approfondie. Elles sont utilisées sur une période d'au moins neuf mois et nécessitent des thérapeutes spécialisés. Les deux dernières ont une visée éducative et conviennent à l'ensemble des familles. La dimension comportementale y est peu développée, l'accent étant surtout mis sur la dimension pédagogique et le partage du vécu émotionnel. Elles ne nécessitent pas de thérapeute spécialisé. Elles sont utilisées sur une période ne dépassant pas six mois et ont donc besoin, pour accroître leur efficacité, d'être relayées par d'autres formes de soutien familial ou individuel.

Goldstein (72), rappelle toutefois que, quelle que soit la forme de thérapie psychoéducatrice familiale, les ingrédients communs sur lesquels repose l'efficacité des programmes sont :

- l'engagement précoce de la famille dans le processus thérapeutique sur une base non accusatrice et non culpabilisante.
- la transmission d'une information claire et complète sur la maladie.
- la réduction du stress intrafamilial par l'apprentissage d'habiletés de communication et de résolution de problèmes.
- l'intervention de crise, en période de stress important et quand apparaissent les signes avant-coureurs d'une rechute.
- l'extension du réseau de soutien social.

G- Extensions techniques et conceptuelles.

Les thérapeutes comportementaux familiaux, fort de leur vingt cinq années d'expérience (Lieberman, 1970), ont pu accumuler de nombreuses observations sur la nature du processus thérapeutique. La théorisation s'est donc complexifiée et complétée.

En effet, l'influence des biais et des schémas cognitifs, des processus d'attribution et des croyances des différents membres de la famille sur le système familial et la psychopathologie exprimée ont pu progressivement être mis en évidence.

Selon Chambon et coll. (73), « c'est ainsi que certaines techniques et concepts ont été utilisés en thérapie familiale systémique ».

Au niveau des pathologies, la psychoéducation s'est étendue aux autres psychoses, aux troubles bipolaires, et également aux troubles obsessionnels compulsifs (cf. le manuel de Timmermans et Gregorio (74)).

Il paraît donc envisageable d'utiliser un certain nombre de connaissances venant de l'expérience de la psychoéducation, pour d'autres pathologies et même d'autres types de thérapie.

Chambon et coll. (73) citent quelques facteurs cognitifs pouvant faire l'objet d'une intervention dans le cadre d'une prise en charge familiale comportementale « élargie ». Ces données sont issues de l'adaptation Française du module de prise en charge familiale de Lieberman (1992) :

- chaque membre de la famille fait preuve d'une attention sélective aux événements familiaux, reflétant des processus perceptuels devant être pris en considération dans la prise en charge familiale.
- chaque membre de la famille a formé ses propres attributions ou explications quant à la cause et à l'origine de certains événements.
- les attentes que chacun des membres de la famille s'est forgé vis-à-vis du futur, vont exercer une influence sur les changements possibles.
- les croyances entretenues par la famille vis-à-vis du monde, des autres personnes, et des relations, vont avoir un impact important sur ces domaines.

VI.Exemples et évaluations de programmes de psychoéducation destinés aux familles de jeunes suicidants.

A-Un programme proposé à Pittsburg en 2001.

Le Dr David Brent (80), Professeur de Psychiatrie et chercheur à l'université de Pittsburg, propose un programme d'intervention intensif auprès des adolescents suicidants et de leurs parents.

Cet auteur signale que, malgré la preuve faite dans de nombreuses études de la forte corrélation entre dysfonctionnements familiaux et TS de l'adolescent, très peu d'étude se sont intéressées à la prise en charge de la famille des adolescents suicidants.

Ce programme est basé sur des études empiriques et l'expérience clinique, mais il est en cours d'évaluation. Il comprend une prise en charge psychologique de l'adolescent, le traitement médicamenteux d'une affection psychiatrique éventuellement coexistante, et une psychoéducation des parents.

Les parents sont formés à reconnaître les signes psychologiques et comportementaux avant-coureurs d'un passage à l'acte, et à développer des « stratégies » permettant d'enrayer, au moins en partie, la crise.

Pour cet auteur, l'implication familiale est un élément clé du traitement.

La démarche auprès des parents consiste à :

- d'abord évaluer les parents, concernant leurs connaissances, leur compréhension du suicide et de la maladie psychiatrique, les dysfonctionnements des interactions familiales, la psychopathologie des parents.
- intervenir de façon didactique auprès des parents en se référant aux méthodes de psychoéducation familiale. On informe les parents à propos des différentes approches préventives de la TS, l'évolution, la nature du traitement, les pathologies qui y sont liées.
- apprendre aux parents des techniques de résolution de conflit, d'habiletés de communication pouvant atténuer le niveau de tension intra-familial.

Il a été développé un manuel de psychoéducation et un programme d'éducation de groupe dans le but d'aider les parents à mieux comprendre le problème de leur adolescent.

Pour Brent, les objectifs d'une telle démarche sont les suivants :

- améliorer la compliance de l'adolescent au traitement.
- améliorer le partenariat avec les parents pour qu'ils puissent mieux repérer la survenue d'une crise suicidaire.
- aider les parents à mieux se comporter avec ce genre d'adolescent.

Il s'agit d'une prise en charge ambulatoire intensive de 10 à 20 h par semaine, avec, à la clé, un « contrat de non suicide » avec l'adolescent et les parents. Si les parents suspectent un passage à l'acte imminent, ou si l'adolescent pense à se suicider, ils doivent venir aux urgences psychiatriques, où un spécialiste est présent 24h/24h. Les séances s'espacent ensuite (1 fois/ mois puis tous les 6 mois), mais la famille peut reprendre une session depuis le début si les symptômes s'aggravent à nouveau.

Cette méthode est en cours d'évaluation, ainsi que l'enquête de satisfaction des parents. D'après l'auteur, « les résultats sont prometteurs ».

B-Un programme proposé à Los Angeles en 1996 (83).

Les auteurs ont évalué l'impact d'un programme de psychoéducation destiné aux adolescents suicidants et à leur famille sur l'adhésion des adolescents au suivi ambulatoire et sur l'évolution des symptômes, des interactions familiales, etc.

L'étude portait sur 140 adolescents suicidants et leur famille, 75 d'entre eux bénéficiaient d'une prise en charge classique d'urgence et les 65 autres participaient au programme spécial, aux urgences.

Ce programme comprend trois éléments :

- la formation du personnel des urgences sur la manière de se comporter avec les parents de jeunes suicidants : ne pas les culpabiliser, les soutenir, leur apporter un « renforcement positif ».
- la visualisation d'une cassette vidéo par les parents et l'adolescent. Cette cassette explique le fonctionnement des urgences, puis le déroulement de la prise en charge d'une tentative de suicide. Elle démontre l'intérêt d'un suivi psychiatrique de l'adolescent par la suite.
- une séance de psychoéducation par un thérapeute disponible 24h sur 24. Cette séance a lieu le plus tôt possible après l'admission aux urgences, en fonction de l'état somatique de l'adolescent. L'adolescent et la famille y participent. Le thérapeute rassure la famille et l'écoute. On y discute de la cassette puis le thérapeute conduit une séance structurée pendant laquelle il explique à la famille que faire si une nouvelle crise suicidaire survient dans la semaine qui vient. Il rappelle également à la famille l'intérêt et les objectifs d'un suivi en ambulatoire. Un contrat écrit avec ces objectifs est rédigé.

Ensuite un suivi ambulatoire est proposé à la famille. Il commence la semaine qui suit, dans une clinique pour adolescents suicidants, comprenant un programme de thérapie familiale « standard ». Il s'agit d'une séance par mois pendant 6 mois.

Le même suivi a été proposé aux familles d'adolescents n'ayant pas bénéficié de ce « programme spécial ». Les deux groupes ont été comparés après 6 mois et plusieurs éléments ont été évalués chez les adolescents et chez leur mère.

Résultats :

Chez les suicidants et les mères ayant bénéficié du programme spécial :

- l'adhérence et l'assiduité au suivi ambulatoire est nettement meilleure.
- le « niveau de dépression » est moindre.
- les idées suicidaires sont significativement moins fréquentes chez les adolescents.
- l'attitude des mères par rapport au traitement est plus positive.
- la vision par les mères et par les adolescents de l'adaptation et de la cohésion familiale par le FACES III est meilleure.

L'intérêt de cette étude est de montrer qu'une seule séance de psychoéducation des familles améliore l'adhésion des adolescents et des parents au suivi en thérapie familiale. Nous voyons aussi que ces programmes sont efficaces quand ils sont proposés le plus tôt possible après la TS.

C-Une étude évaluant l'efficacité de la psychoéducation de parents d'adolescents dépressifs et suicidants, à Pittsburg (85).

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'un programme de psychoéducation de parents d'adolescents atteints de dépression, de troubles de l'humeur, tous étant suicidaires ou suicidants. Ce programme consiste en une session de 2 heures. L'étude concernait un échantillon de 62 parents de 34 adolescents.

Un questionnaire, comprenant 21 questions, était donné aux parents avant et après le programme, destiné à évaluer l'évolution de leur connaissances et attitudes par rapport à la maladie et au suicide.

Un questionnaire de satisfaction était également remis aux parents, pour une évaluation qualitative.

Résultats

Cette étude montre :

- une amélioration significative des connaissances des parents.
- le fait que ce genre de programme est réalisable et bien perçu par les parents.
- les parents estimaient avoir beaucoup appris et être très satisfaits quant à la forme du programme et à son efficacité. Ils se sentaient mieux après la séance, soutenus et compris, plus aptes à aider leur enfant.

Au total, ces études montrent que ces programmes de psychoéducation pour les parents d'adolescents suicidants sont réalisables, qu'ils sont vécus comme bénéfiques par les parents. Ils augmentent la compliance au traitement et au suivi, favorisent l'alliance thérapeutique avec les parents. Ils améliorent les

connaissances des parents et leur compétence à déceler des signes d'appel ou de rechute.

D'autres études sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de ces approches sur l'évolution des adolescents, notamment sur la fréquence des récurrences. Les programmes de psychoéducation des parents d'adolescents suicidants semblent donc une piste intéressante qu'il faut continuer à explorer et à évaluer d'une façon plus complète.

VII. Discussion

A-La prise en charge des parents d'adolescents présentant des comportements suicidaires à répétition, peut-elle s'inspirer des méthodes de psychoéducation ?

Pour obtenir l'alliance thérapeutique avec les parents, l'efficacité reconnue des méthodes de psychoéducation paraît intéressante.

Cependant, ces méthodes ont été conçues pour des pathologies bien précises, et la problématique suicidaire de l'adolescent paraît très différente.

La schizophrénie, les troubles bipolaires et les troubles obsessionnels compulsifs sont des maladies psychiatriques. Les symptômes, le traitement, sont clairement définis. Cela permet au thérapeute de « généraliser » et ainsi d'offrir aux parents une information claire et complète. La TS n'est pas une maladie à part entière mais plutôt un symptôme, dont les étiologies et les mécanismes sont variés. La prise en charge des TS en pratique n'est donc pas aussi standardisée et claire à expliquer.

De plus, ces maladies sont souvent chroniques, invalidantes pour toute la famille, et posent des problèmes d'adaptation sociale, ce qui oriente les objectifs. La psychoéducation s'y prête particulièrement. Les TS constituent rarement un problème chronique.

Il n'y a pas de notion de deuil à faire pour la famille car l'état psychiatrique de leur adolescent peut tout à fait changer, et le comportement suicidaire disparaître.

Par contre, la psychoéducation paraît plus adaptée si l'on considère le concept de « maladie suicidaire » développé par Marcelli, c'est à dire la mise en place d'un processus post-TS pathologique, mettant en jeu un remaniement familial déterminant la survenue de TS à répétition. Il s'agit là d'agir sur des comportements parentaux qui se sont mis en place face au symptôme de leur enfant (la TS).

Si nous suivons l'idée de Marcelli, nous pouvons considérer ce phénomène comme une maladie à part entière et le terme même qu'il propose pour nommer ce phénomène : « maladie suicidaire », va dans ce sens.

En outre, il faut noter plusieurs points communs qui nous permettent d'établir un certain « parallèle » entre les maladies chroniques qui ont leur indication en psychoéducation et les comportements suicidaires à répétition :

- les TS peuvent être très invalidantes au quotidien pour toute la famille.
- nous avons vu en quoi de fausses croyances, les cognitions erronées, les comportements inadaptés de la part des parents face aux symptômes du patient peuvent influencer le nombre de récurrences suicidaires, comme c'est le cas pour les rechutes psychotiques.
- les sentiments éprouvés par les parents à l'égard de leur enfant suivi en psychiatrie sont souvent similaires : culpabilité, déni des troubles, agressivité ou surprotection.
- les symptômes du patient vont modifier de façon importante la dynamique familiale dans tous les cas.

Par ailleurs, les dimensions psychologiques (partage du vécu émotionnel, déculpabilisation) et pédagogiques de la psychoéducation ne sont absolument pas spécifiques de la schizophrénie, et peuvent s'appliquer à tout proche d'un patient psychiatrique. De plus, nous avons vu que l'information des parents est un élément indispensable pour leur adhésion au suivi de l'adolescent.

Enfin, l'objectif de la psychoéducation est celui qui nous intéresse dans la prise en charge des parents : obtenir une alliance thérapeutique, et non traiter les parents.

En outre, plusieurs auteurs soulignent la possibilité d'élargir les indications de la psychoéducation des familles.

En effet, selon Chambon et coll. (73), il est envisageable d'« élargir » les concepts et techniques de la psychoéducation pour d'autres types de prises en charge. Certains concepts cognitifs et quelques techniques comportementales sont transposables à d'autres pathologies.

Nous avons vu également que pour Chambon et Marie-Cardine (70), « le concept d'EE est maintenant applicable à différents contextes et maladies ».

Selon ces auteurs, le niveau d'EE peut s'appliquer pour :

- une maladie à rechutes fréquentes.
- un contexte de conflit familial important (disputes, violences verbales ou physiques).
- des parents demandant souvent de l'aide au système de soins pour des conseils, pour être rassurés, etc.

Pour Deleu et Chambon (65), l'indication de la psychoéducation des familles « concerne les maladies ayant des conséquences pénibles pour le patient et son entourage direct et pour lesquelles il a été démontré que les interactions familiales influent de façon déterminante ».

Ainsi, d'après notre réflexion et celle de différents auteurs, les indications de la psychoéducation des parents semblent pouvoir s'élargir, notamment aux TS itératives de l'adolescent.

B-La prise en charge de parents dont l'adolescent présente de comportements suicidaires à répétition peut-elle également s'inspirer des groupes de paroles non éducatifs de P. Jeammet, destinés aux parents d'anorexiques mentales ?

C'est-à-dire, quelle place donner à l'échange pur entre les parents, sans but pédagogique et sans intervention importante du thérapeute ?

Ces groupes semblent particulièrement indiqués et efficaces (même s'ils n'ont pas été évalués) dans la prise en charge des parents confrontés aux troubles du comportement alimentaire (TCA) de leur enfant.

P. Jeammet (51), explique l'efficacité de cette méthode par le fait que son groupe de parents d'anorexiques est « un moyen privilégié de dédramatiser et d'ouvrir ce système relationnel que l'angoisse déclenchée par la conduite anorexique contribuerait à clore davantage sur lui-même, favorisant l'entretien des symptômes ». Marcelli, commentant cette phrase (78), explique « qu'à quelques variantes près, il semble que l'on pourrait en dire autant d'autres groupes de parents dont les adolescents présentent un autre type de pathologie ».

Peut-on s'inspirer de ce type de groupe dans notre projet ?

Comme le remarque Marcelli, d'autres problématiques adolescentes pourraient être concernées par ce phénomène d'entretien des symptômes, du à l'angoisse face au symptôme, et particulièrement les TS à répétition, nous l'avons vu dans le concept de « maladie suicidaire ».

Par ailleurs, y a-t-il d'autres similitudes entre les troubles du comportement alimentaire et les TS à répétition ?

- d'abord, ces deux troubles sont spécifiques de la problématique adolescente.
- il s'agit de troubles du comportement et non de pathologies psychiatriques.
- il y a un lien important entre ces deux troubles du comportement (TS ou TCA) et l'environnement, en particulier les parents et la dynamique familiale, avec parfois manipulation de l'entourage, nous l'avons vu dans les deux cas.
- des remaniements familiaux importants se mettent en place face au symptôme.
- dans les deux cas, c'est le corps qui est attaqué. Marcelli (78) explique ce besoin de maîtrise du corps chez l'adolescent par le fait que « les incessants changements corporels donnent à l'adolescent l'impression douloureuse de ne pas en être dépositaire. Le corps peut, dans ces conditions, être vécu comme un

objet quasi externe, étrange et étranger, sur lequel les tendances agressives et destructives peuvent se focaliser ». Marcelli (78).

- le phénomène d'addiction :

Il existe un modèle psychopathologique des troubles du comportement alimentaire, et également des TS à répétition, qui est celui de l'addiction.

Pour Jeammet (56), « c'est toute la pathologie de l'adolescence, et tout particulièrement les troubles du comportement (quels qu'ils soient), qui peut être envisagée comme un aménagement de la dépendance ».

Selon cette théorie, ces troubles du comportement pourraient donc être considérés comme des conduites addictives.

Il s'agirait d'une « dépendance, élargie et affranchie de celle de pharmacodépendance, qui se voit actuellement étendue à certains comportements... Ces addictions sans drogue...regroupent les troubles du comportement alimentaire...et l'ensemble des conduites à risque ». Marcelli (78).

Ainsi, étant donnés ces éléments, et le fait que ces groupes semblent efficaces dans les problèmes d'anorexie, nous pouvons penser qu'il serait intéressant de s'en inspirer pour la prise en charge de la problématique suicidaire de d'adolescent.

Ils sont plus thérapeutiques et représentent une démarche plus longue que celle que nous envisageons, mais il s'agit pour nous de préserver un temps de parole aux parents, pour qu'ils puissent échanger librement entre eux, comme dans les groupes de P. Jeammet.

Cela est indispensable si on veut garder les effets spécifiques d'un groupe de parole (dynamique de groupe, transfert latéral, expression plus facile de la culpabilité, atténuation de conflit avec le thérapeute, soutien entre parents, etc.).

C-Synthèse.

Au total, pour obtenir une bonne alliance thérapeutique avec les parents, dans le cas du suicide à répétition de l'adolescent, il nous semble intéressant :

- de prendre en charge ces parents en groupe. Nous avons vu l'intérêt des effets de groupe dans ce cas.
- de permettre un échange libre entre les parents, pour favoriser cette dynamique de groupe, en s'inspirant de certains groupes de parole.
- d'utiliser une méthode structurée et didactique, visant à informer les parents, les éduquer et tenter d'agir sur leur comportement, en s'inspirant de la psychoéducation.

Il s'agirait donc de groupes de parole à visée psychoéducative.

REFLEXION A PROPOS DE LA REALISATION DE GROUPES DE PAROLE A VISEE PSYCHOEDUCATIVE POUR LES PARENTS D'ADOLESCENTS MULTIPLIANT LES TS.

Nous allons ici tenter de réfléchir à la façon de réaliser ces séances, principalement en exposant les notions sur lesquelles peut s'appuyer leur contenu. Quant à la forme, il s'agira plutôt de propositions et d'idées mais la mise en place d'un programme à proprement parler dépasse notre sujet et restera à travailler.

Les séances pourraient contenir :

Un versant pédagogique

Il s'agirait d'apprendre aux parents à repérer certains signes chez leur adolescent devant faire craindre un passage à l'acte, de leur donner les ressources disponibles, et de lever certains malentendus.

Un versant comportemental

Les thérapeutes tenteraient d'agir sur certains comportements inadaptés mis en place par les parents autour du symptôme, en les aidant à acquérir certaines habiletés de gestion du conflit, de communication, et de réaction face à la TS.

Un versant psychologique

Il viserait le soutien des parents, l'écoute, permettant l'expression de leur souffrance et de leur culpabilité.

Un versant « groupe de parole »

En laissant la place à l'échange entre les parents, les thérapeutes favoriseraient le partage du vécu émotionnel et les effets spécifiques d'un groupe.

En résumé, on sensibiliserait les parents pour qu'ils puissent ensuite échanger autour de cette information, à propos de leur expérience personnelle.

Rappelons que ces séances ne constituent pas une psychothérapie, elles ont pour principal objectif d'améliorer l'adhésion de l'adolescent au suivi de soins, en développant une alliance thérapeutique avec ses parents, par une approche essentiellement éducative.

Si un travail plus profond paraît souhaitable à terme, la démarche des thérapeutes serait celle d'inviter les parents à une prise en charge plus

spécifique : thérapie familiale ou individuelle, avec un des thérapeutes du groupe ou un autre.

D'ailleurs, on peut espérer que les parents ayant participé à ce groupe seraient plus ouverts à l'éventualité d'une psychothérapie, et ceci pour deux raisons : d'abord, les thérapeutes du groupe leur auraient permis un début de remise en question et ensuite, leur image de la psychiatrie par cette « première prise de contact » pourrait être meilleure, parce que « déculpabilisante » et encourageante. Le fait de proposer aux parents cette démarche avec un thérapeute du groupe pourrait également les aider. En effet, le fait de maintenir le lien serait rassurant pour eux et leur permettrait de faire « le premier pas » vers une prise en charge psychiatrique plus facilement.

Voici quelques suggestions et réflexions concernant la mise en place du groupe :

I. Programme

Le programme d'intervention pourrait se dérouler en trois séances consécutives, à raison d'une rencontre par semaine, d'une durée deux heures, à jour et à heure fixes.

II. Formation du groupe

La constitution d'un groupe réunissant des personnes avec le plus d'attributs communs possibles sera encouragée. C'est-à-dire qu'il devra comporter des pères et des mères (et non des amis, des cousins, des frères et sœurs) et le groupe devra être uniquement composé de parents d'un adolescent ayant déjà effectué, arbitrairement, au moins trois TS.

Une façon de recruter les parents serait de les inviter lors de la première rencontre avec eux, aux urgences, lors de l'hospitalisation, ou d'une consultation. Cette invitation pourrait être faite par les infirmiers qui sont souvent confrontés aux questions et revendications des parents.

Pour cela, il est indispensable que tout le personnel soignant médical et paramédical soit bien informé à propos de ce groupe, de ses indications et de son fonctionnement.

Avant d'intégrer le groupe, un entretien préalable sera nécessaire.

III. L'entretien préliminaire

Il s'agira d'un entretien avec les parents et l'un des animateurs du groupe, il aura pour but de cerner le problème familial, celui de l'adolescent, et de juger si l'indication du groupe est bonne.

L'idéal serait que cette première rencontre avec la famille se fasse juste après la TS, car le thérapeute se fera une meilleure idée de la crise sous jacente.

Le contenu de cet entretien se basera sur les principes utilisés en psychoéducation pour « l'évaluation de la famille » : évaluation des connaissances, des besoins psychologiques et des stratégies d'adaptation comportementales.

Cette étape sera très importante pour créer un lien de collaboration avec la famille. Sans blâmer ni culpabiliser, le thérapeute recueillera les informations en montrant le souci qu'il a pour le bien-être de chacun.

IV. Quand et où commencer les séances ?

L'hospitalisation d'un patient à la suite d'une récurrence semble le moment le plus propice pour commencer la prise en charge. Pour M. Deleu et O. Chambon (65), « la motivation pour apprendre et comprendre ce qui s'est passé est alors très forte chez les parents ».

Le groupe pourra tout de même accueillir des parents d'adolescents non hospitalisés.

Les séances pourront avoir lieu à l'hôpital mais le choix d'un local extra-hospitalier, agréable, peut être judicieux pour donner aux rencontres un côté plus détendu. Cela est à discuter.

Comme la durée des hospitalisations est souvent réduite, le psychiatre et son équipe devront poursuivre leur démarche en ambulatoire. Ces groupes pourront donc réunir des parents d'adolescents suivis en externe et des patients encore hospitalisés.

V. Les participants

Un groupe devra comporter au moins six personnes et au plus douze.

La dynamique de groupe est essentielle au succès du programme, et nous pouvons penser qu'un nombre trop restreint de participants ne permet pas suffisamment d'échanges.

VI. L'animation

La participation de deux professionnels semble être une bonne façon d'assurer une animation dynamique. Il peut s'agir par exemple d'un psychiatre et d'un psychologue. Il est important que les animateurs se concertent sur le style d'animation et sur les responsabilités qui doivent être partagées.

Par exemple ils peuvent décider que l'un assume l'animation proprement dite alors que l'autre animateur observe la dynamique et le cheminement des participants, en intervenant évidemment au besoin.

Cette attribution des rôles pourra être intervertie d'une partie de séance à l'autre. De plus, les échanges entre les animateurs après les séances permettront de discuter des difficultés rencontrées et des ajustements à faire.

VII. Description du déroulement d'une séance

Au début de chaque séance sera fait, par l'un des animateurs, un bref résumé du thème précédemment abordé (sauf pour la première séance).

Chaque séance commencera par un enseignement structuré sur un thème précis d'une durée de trente minutes environ. L'enseignement sera progressif d'une séance à l'autre. Il devra être vulgarisé, s'appuyer sur des arguments reconnus, et s'aider de matériel visuel : tableaux, graphiques, films...L'animateur s'aidera des outils didactiques vus en psychoéducation.

Ensuite, les parents seront invités à poser des questions à propos du thème abordé. Ils pourront aussi faire des commentaires, donner leur avis, et échanger leurs expériences personnelles en parlant entre eux.

Les animateurs s'assureront que, lors des échanges informels entre les parents, les idées maîtresses sont abordées. Il ne faudrait pas que les commentaires des participants s'éloignent trop du thème à discuter.

Une synthèse reprenant les principaux messages sera effectuée en fin de séance par l'un des animateurs.

VIII. Contenu des séances

Voici des suggestions concernant le contenu des séances qui reste matière à réflexion.

A- Première rencontre : accueillir les parents puis, apprendre aux parents à reconnaître une tentative de suicide imminente et améliorer leur façon de réagir face à cette menace.

Cette première rencontre a pour but de permettre à chacun de se présenter aux autres. D'abord, les animateurs se présentent puis les parents sont invités à faire de même, en résumant brièvement la raison pour laquelle ils sont ici.

Les participants doivent percevoir l'environnement et l'accueil comme chaleureux, comme un endroit où ils pourront être écoutés et non jugés.

Il devront comprendre qu'on ne les considère pas comme coupables des TS de leur enfant, mais comme les premières personnes à pouvoir l'aider, et que ces séances sont là pour les soutenir dans cette démarche.

De plus, cette rencontre servira à présenter le programme et à discuter du calendrier des rencontres.

Il ne nous paraît pas judicieux d'imposer aux parents un questionnaire d'évaluation des connaissances, comme cela existe dans beaucoup de programmes psychoéducatifs. Il nous semble que cela serait un facteur de stress supplémentaire qui augmenterait le risque d'échappement.

Il faudra encourager les participants à parler d'eux-mêmes en leur posant des questions sur leurs préoccupations principales, la façon dont ils imaginent les rencontres, ce qu'ils en attendent...

Dans un deuxième temps, une séance d'information sera proposée aux parents, sur la tentative de suicide et l'identification d'un potentiel suicidaire.

Nous avons vu que plusieurs études sur les parents indiquent qu'une piste prometteuse pour la prévention du suicide peut être d'apprendre aux membres de l'entourage comment identifier un potentiel suicidaire et comment réagir de façon appropriée.

Notre idée est qu'une séance d'information pourrait donc aider les parents à repérer certains signes de détresse chez l'adolescent, en leur exposant des situations concrètes. En effet, des signes sont souvent présents dans le comportement de l'adolescent, mais ils ne sont pas toujours faciles à repérer et à interpréter. Par exemple :

- des déclarations explicites peuvent être formulées par un adolescent, mais le plus souvent les messages sont envoyés moins clairement : « bientôt je ne vous embêterai plus » ou « si ça continue vous ne m'aurez plus sur le dos ».
- ces paroles ou écrits sont souvent associés à des gestes montrant le besoin de rupture et de violence : fugues, violence physique, ivresse, repli.
- véritable équivalent d'un testament, il n'est pas rare de voir l'adolescent donner des objets qui lui sont précieux, de manière soudaine.
- enfin, on peut noter l'apparition de troubles du sommeil, d'une nervosité inhabituelle.

L'association de ces signes et leur intensification doit faire craindre un risque élevé de passage à l'acte. Devant ce type d'alerte, les parents doivent réagir.

Ils doivent connaître les ressources disponibles 24 heures par jour au cas où l'adolescent vivrait une crise aiguë, ou que simplement ils s'inquiètent. Il est également préférable que les moyens disponibles pour s'enlever la vie ne soient pas accessibles (armes à feu, médicaments, etc.).

L'important est de déceler la souffrance de l'adolescent et que celui-ci sache qu'elle est reconnue. Malgré l'attitude parfois volontairement provocatrice de certains, de tels troubles du comportement ne doivent pas être interprétés comme de simples réactions normales d'adolescents. Leur discours est souvent masqué, non libéré et il faut savoir être à l'écoute, tenter de l'interpréter.

L'adolescent doit également sentir que le dialogue est ouvert. Beaucoup de jeunes en détresse craignent le recours à la parole, le dialogue est souvent pénible pour eux. Ils préfèrent agir plutôt que de parler. De plus, l'adulte craint d'aborder un sujet aussi grave que le suicide avec un adolescent, pourtant le fait de lui demander s'il a ou non des idées suicidaires n'est pas néfaste.

Même si l'adolescent refuse de parler dans un premier temps, il est important qu'il sache qu'un adulte a vu son mal-être, et qu'on s'inquiète pour lui. Cela lui laisse une porte ouverte au dialogue et à une demande d'aide.

Si l'adolescent demande à un parent de ne pas parler de ses idées et comportements suicidaires, il importe de lui faire savoir ses inquiétudes et de lui indiquer qu'un tel secret est trop lourd à porter pour une personne seule. La question de la confiance pourra être abordée.

De plus, les parents peuvent avoir certaines conceptions erronées concernant leur rôle dans l'intervention, par exemple ils peuvent croire :

> « Je suis la seule personne capable d'aider l'individu suicidaire » : personne ne peut jouer le rôle de sauveur miraculeux même si l'adolescent peut appuyer cette croyance.

> « Il faut respecter le désir d'une personne suicidaire de rester seule » : l'isolement est souvent une indication de risque élevé de passage à l'acte et peut être conçu comme un appel à l'aide. Il y a un risque de passage à l'acte plus élevé lorsqu'on laisse une personne suicidaire seule.

> « La personne suicidaire a tellement de problèmes que les miens ne comptent pas » : les parents sont en droit d'exprimer à leur enfant leurs propres difficultés, leurs attentes. S'ils tentent d'oublier leurs problèmes, cela diminue leur habileté à aider l'adolescent.

> « Si je parle avec la personne suicidaire, je peux apprendre des choses que je ne désire pas savoir » : puisque le sentiment de culpabilité est omniprésent, les membres de l'entourage peuvent éviter de parler des troubles car ils ont peur d'être confrontés à leurs échecs et insuffisances.

B-Deuxième rencontre : comment se comporter après la tentative, comment interpréter cet acte, qu'est-ce qu'une tentative de suicide ?

La séance pourrait s'appuyer sur les notions suivantes :

- le suicide n'est pas une maladie, ce n'est pas une tare génétique, l'enfant n'est pas « anormal », mais il peut simplement traverser une phase difficile.

- on peut parler de la TS qui vient d'être faite avec l'adolescent et cela ne va pas augmenter le risque d'une tentative.

- la TS est souvent un appel de leur enfant à un changement, à une meilleure communication, et également un besoin de reconnaissance de leur détresse.

Il faut absolument savoir interpréter cela pour éviter la récurrence.

- la TS n'est pas faite « contre » les parents. Il n'y a pas lieu de se sentir attaqué et de réagir d'une façon agressive, cela ne fera qu'aggraver les choses.

- la TS peut avoir un caractère « opératoire », dans le sens où elle donne à l'adolescent un « pouvoir » sur les parents, pouvoir handicapant pour l'amélioration de la situation et pour le développement de l'adolescent.

Au travers d'exemples de bénéfices secondaires obtenus par les adolescents, il pourrait être intéressant d'ouvrir un dialogue avec les parents sur le geste dans son retentissement sur la vie quotidienne de la famille, afin d'amener les parents à des décisions très pratiques à prendre dans les suites du geste suicidaire : ne pas accepter une absence de retour au Lycée par exemple.

C- Troisième rencontre : comment communiquer, gérer le conflit et établir des limites ?

Encore une fois, nous ne prétendons pas que les parents pourraient acquérir ces habiletés en une séance, mais il s'agit plutôt d'une sensibilisation.

Cette rencontre viserait à faire prendre conscience aux parents de l'importance d'une bonne communication et également de la nécessité d'imposer des limites. Il s'agirait également de leur donner quelques points de repères pour les amener à améliorer ces « habiletés ».

La séance d'information et les échanges pourraient s'intéresser aux questions suivantes :

Concernant la communication : Qu'est-ce qu'une bonne communication ? comment communique-t-on ? comment faire des demandes d'une façon positive ? comment exprimer des insatisfactions ? comment offrir une écoute active ? quels obstacles peuvent nuire à une bonne communication ?

Concernant les limites : l'établissement de limites cause-t-il du tort à l'adolescent ou au contraire cela peut-il l'aider ? comment peut-on s'y prendre pour établir des limites ?

La séance pourrait s'appuyer sur les notions suivantes :

- tout laisser faire à l'adolescent pour lui faire plaisir et ne pas le contrarier, ce n'est pas l'aider.
- l'adolescent suicidant n'est pas à considérer comme gravement malade, il doit donc être soumis aux mêmes règles et contraintes que tout autre adolescent.
- ne pas oser dire non ou tolérer un comportement désagréable entraîne souvent une frustration et une agressivité.
- l'établissement et le respect des limites de chacun est indispensable au bien-être et au bon fonctionnement d'une famille.
- le conflit est normal et ne va pas forcément aggraver la situation.

Notre idée est que l'état d'esprit de ces rencontres soit celui d'une valorisation et d'un encouragement des parents, accompagnés d'une empathie par rapport à leurs difficultés.

A la fin de la dernière rencontre, l'animateur pourra inviter les parents à continuer leur démarche par une prise en charge plus longue (thérapie individuelle ou familiale), avec lui-même ou un autre thérapeute.

IX. Exigences

A- Indications.

Cette prise en charge concerne les parents d'adolescents multipliant les TS, dans le cas où il existe une dynamique familiale organisée autour du comportement suicidaire.

B- Le caractère ouvert et permanent.

Il semble qu'il s'agisse de deux caractéristiques essentielles. Il confère au groupe son caractère institutionnel : la participation au groupe est alors inscrite dans les modalités thérapeutiques. Parents comme patients, ainsi que tous les membres de l'équipe soignante savent que cette possibilité existe à tous moments de l'évolution. Cette seule potentialité constitue une ouverture et donc un facteur de détente.

Par contre, à cause de la partie d'information, la présence de parents à des stades différents de la prise en charge ne sera pas possible, cet élément présente les avantages et les inconvénients que nous avons vus.

C- Présence d'une population homogène.

Ce critère nous paraît important. Nous avons vu que la présence de parents d'adolescents à pathologies variées limite le « transfert latéral » entre parents. Comme il existe des groupes de parents d'anorexiques mentales, ou de jeunes schizophrènes, on peut imaginer, par analogie, des groupes de parents d'adolescents suicidants.

D- Les thérapeutes du groupe doivent être différents de ceux des patients.

Au début de la mise en place du groupe de parents d'anorexiques mentales de P. Jeammet (53), les thérapeutes du groupe étaient également ceux des adolescents. Selon l'auteur, « cela a toujours été surmontable mais a été une source d'ambiguïté et de vécu persécutif du patient qui pouvait se sentir traqué ». Néanmoins, cela aurait constitué une grande source de motivation pour les parents, qui espéraient ainsi satisfaire leur curiosité quant au traitement psychothérapeutique de leur fille.

Le secret du thérapeute de l'adolescent par rapport aux parents étant très important, il paraît préférable qu'il prenne en charge, dans le groupe, des parents de patients qu'il ne connaît pas. Cela demande plus de vigilance et surtout une collaboration étroite avec les médecins des patients, qui doivent eux-mêmes être convaincus de l'intérêt de la démarche des parents, si on veut avoir une chance de la voir aboutir.

E- Approche structurée.

Il nous semble important d'imposer aux parents un certain cadre : ils devront accepter un entretien préalable avec un des thérapeutes du groupe afin de pouvoir participer ensuite aux séances. Il sera également souhaitable qu'ils s'engagent à une assiduité pour les trois séances.

Par ailleurs, la méthode d'intervention du thérapeute et le déroulement des séances devront être structurés (cf. « fonctionnement d'une séance »).

F- Méthode évaluable.

Pourraient être évalués :

- l'observance thérapeutique des adolescents dont les parents ont participé au groupe. Ceci pourrait être possible en comptabilisant le nombre d'entretiens auxquels ces adolescents se sont rendus (par exemple plus de trois ou moins de trois).
- l'alliance thérapeutique avec les parents. Il n'existe qu'un seul instrument traduit et validé en français pouvant être utilisé pour mesurer cette variable. C'est la version française du « Penn Helping Alliance questionnaire de Luborsky », nommé en français « questionnaire d'alliance aidante ». Il en existe une version pour les soignants et une pour les patients, mais pas pour les parents. Cependant, ce questionnaire a déjà été utilisé par B. Kabuth (84) pour évaluer l'alliance thérapeutique avec les parents d'enfants autistes. Dans ce travail sont développées les difficultés posées par son utilisation et la façon de l'adapter à l'évaluation de l'alliance thérapeutique avec les parents.
- la détresse psychologique des parents pourrait être évaluée avant et après la session, à l'aide d'un questionnaire (voir « Echelle de détresse psychologique »).
- la comparaison du taux de récurrence suicidaire chez les adolescents dont les parents ont participé au groupe, avec celui d'autres suicidants, serait intéressante.

Cependant, il ne faut pas faire de ce paramètre l'objectif principal, le but de cette prise en charge étant surtout la meilleure observance thérapeutique par le biais d'une alliance avec les parents. De plus, une

quantité de facteurs influence la survenue de récurrences et il semble donc difficile de mettre en place ce genre d'étude sans inclure de biais. Ce point mérite une réflexion plus approfondie.

G- Confidentialité.

Il appartient aux animateurs de s'assurer que les démarches entreprises lors de la formation du groupe respectent les principes élémentaires de la confidentialité. Il appartient aussi aux parents de respecter ces règles et il convient de leur rappeler en début de séance.

H- Pas de formation spécifique des animateurs.

Il semble, comme pour les groupes psychoéducatifs de parents de schizophrènes, que la présence de thérapeutes spécialisés n'est pas nécessaire, contrairement aux thérapeutes de groupes dont la démarche est plus longue et plus complète. Ceci constitue une facilité de mise en place.

X. Limites

A- Approche psychoéducatrice dont les objectifs restent limités.

Il s'agit de la principale limite. Les objectifs sont limités à la création d'une alliance thérapeutique, une approche surtout éducative et à un soutien psychologique. Cette approche sera souvent insuffisante à elle seule car elle ne constitue pas une psychothérapie. Un de ses objectifs est justement de permettre aux parents d'envisager plus facilement une prise en charge plus profonde, individuelle ou familiale. Rappelons également que cette démarche ne peut pas se substituer au reste de la prise en charge de l'adolescent, s'intéressant à sa dynamique personnelle.

B- Limite dans le temps.

Cette prise en charge sera limitée dans le temps, contrairement à certains groupes de parole. Nous l'avons dit, il ne s'agit pas d'une psychothérapie. Or, une prise en charge trop longue risquerait de développer le phénomène de groupe, qui pourrait prendre une dimension dépassant l'objectif initial, qui se limite à une sensibilisation des parents.

C- Les contre-indications.

Elles seront évaluées au cas par cas lors de l'entretien initial avec les parents.

*Il faut bien sûr que le comportement suicidaire soit en partie en lien avec la dynamique familial ou en tout cas que des remaniements néfastes se soient mis en place, ou se trouvent accentués au sein de la famille avec la répétition des TS de l'adolescent. Il peut arriver que la problématique soit tout autre. Par exemple, les TS chez un jeune schizophrène seraient une contre-indication.

*Pathologie psychiatrique parentale.

Si l'un des parents présente des troubles importants du comportement dus, par exemple, à un alcoolisme ou un délire, il semble difficile de les intégrer dans ce groupe car cela perturberait considérablement les autres parents et le déroulement des séances. Cela pourrait être une cause d'échappement de la part de certains parents et nuirait à la dynamique de groupe.

*TS isolée

Une TS unique n'est pas forcément de mauvais pronostic et de nombreux adolescents en restent là. Une telle prise en charge des parents dans ce cas risquerait de « fixer » un comportement suicidaire, de stigmatiser le phénomène alors qu'il n'y a pas lieu.

D- Pas d'approfondissement des problèmes familiaux individuels, des problèmes personnels des parents.

E- Caractère ouvert et permanent relatif.

Notre groupe ne sera pas permanent comme le sont certains. C'est à dire que l'accès au groupe ne sera pas immédiat et libre. L'ouverture ne sera pas celle des groupes de X. Pommereau, dans lesquels les parents n'ont qu'à s'inscrire une semaine à l'avance, sans aucun entretien préalable, et sans obligation d'assiduité.

F- Suspicion de la part des adolescents à l'égard de ce que font leurs parents dans le groupe. Cette suspicion pourrait aussi s'avérer être un levier thérapeutique en déplaçant les préoccupations de l'adolescent : « mais qu'est-ce qu'ils peuvent bien faire là-dedans ? ».

G- Echappement, rupture, par l'émergence d'un ressenti insupportable après expression de la culpabilité.

H- Refus du groupe, par refus de « s'identifier aux autres parents », et donc par refus de remise en question.

Ces deux dernières difficultés sont communes à tous les groupes de parents, nous les avons développées.

Il est à noter que le phénomène de refus de groupe est ce qui est exprimé par le père de Marie (cas clinique n°2).

XI. Rappel des intérêts.

- partage du vécu émotionnel.
- soutien psychologique.
- soutien mutuel entre les participants.
- dynamique de groupe qui assouplit les moyens de défense.
- transfert latéral entre parents.
- bénéfice de l'expérience des autres.
- atténuation du conflit direct avec le thérapeute.
- atténuation de l'hostilité par rapport au système de soins.
- amorce de réflexion et de remise en question.
- expression plus facile de la culpabilité.
- développement d'un réseau de soutien social.
- réduction de la stigmatisation, de la honte.
- outils donnés pour modifier certaines stratégies comportementales et cognitions inadéquates.
- le côté « éducatif » semble plus accessible pour les parents. En effet, il est plus facile pour eux d'accepter de « se former » plutôt que d'être « en thérapie ».
- approche qui pourrait peut-être faciliter une meilleure adhésion aux soins de l'adolescent et une démarche psychothérapeutique des parents ou de la famille, qui aurait peut-être été refusée d'emblée.

CAS CLINIQUES

I. Le cas Emeric

A. Présentation du cas

1) Motif d'hospitalisation.

Emeric est un jeune homme âgé de 17 ans, cadet d'une fratrie de deux. Il est hospitalisé pour la première fois, non suivi jusque là au niveau psychiatrique. Il vient de faire une deuxième TS médicamenteuse, le lendemain du décès de son cousin germain, par pendaison.

2) Déroulement de l'hospitalisation et des différents entretiens.

Premier entretien avec le patient

Emeric est un jeune homme de 17 ans, de bonne présentation.. Il paraît plutôt à l'aise et sûr de lui. Il est calme, agréable. Son visage n'exprime pas d'émotion particulière. Il vit chez ses parents et est actuellement scolarisé en troisième professionnelle (BEP de mécanique automobile).

Il critique peu son geste et l'explique par le fait qu'il était triste et voulait rejoindre « son cousin ». L'entretien est relativement pauvre. Emeric parle peu, exprime le fait que tout va bien à la maison, que ses relations avec ses parents sont bonnes, hormis quelques conflits, mais plutôt dans le passé, concernant les problèmes scolaires. Il s'entend très bien avec sa sœur de trois ans son aînée. Il aurait beaucoup d'amis et n'éprouverait aucun problème relationnel avec les jeunes de son âge.

Son seul problème serait le fait de ne pas aimer l'école.

Il nous informe qu'il a déjà fait une tentative de suicide médicamenteuse environ 6 mois auparavant, « à cause des problèmes scolaires ». Il s'entendrait mieux avec ses parents depuis sa première TS.

Emeric dit se sentir bien à l'hôpital et souhaite y rester quelques temps. Nous lui demandons pourquoi il apprécie autant cet endroit. Il répond qu'il y est « tranquille, que ses parents ne lui demandent rien ». Emeric nous demande la permission d'assister aux funérailles de son cousin, ce que nous acceptons.

Le soir même, quelques heures après son retour dans le service, pendant qu'il est aux toilettes, et alors qu'il fait l'objet d'une surveillance particulière par un infirmier qui est derrière la porte, le jeune homme s'attache un lacet de chaussure autour du cou (l'objet lui avait été rendu pour se rendre à l'enterrement). Dans les secondes qui suivent, il regrette son geste et tente d'enlever le nœud mais n'y parvient pas, il demande alors de l'aide à l'infirmier.

Nous lui retirons alors tout matériel susceptible d'être utilisé à de telles fins (le fil électrique de sa radio, le chargeur de son téléphone portable, la sacoche qu'il porte habituellement). Le patient a beaucoup de mal à l'accepter.

Deuxième entretien avec le patient

Le patient regrette son geste, mais le minimise. Il ne pensait pas que nous ferions « autant de cirque pour si peu », s'il avait su « qu'il y aurait autant de conséquences, il se serait abstenu ».

Emeric nous apprend que juste après cette tentative « d'étranglement », il a appelé sa tante (mère du défunt), pour l'en informer. Il a également envoyé un message à sa mère dans le même but. Il explique avoir compris l'absurdité de son geste et dit ne plus vouloir récidiver.

Emeric nous explique qu'il a acheté, avant l'hospitalisation, une place de concert et nous demande s'il peut avoir une permission pour y assister. Nous lui expliquons que le fait d'aller à un concert alors qu'il est hospitalisé ne semble pas cohérent, nous refusons. Nous donnons la même réponse à la mère du patient qui nous pose également la question un peu plus tard, en lui expliquant qu'il faut tenter d'imposer à Emeric des limites. Plus tard, la mère d'Emeric, par crainte de sa réaction, lui promet de vendre sa place de concert et de lui offrir un « piercing » en compensation.

Nous limitons les visites à 30 minutes quotidiennes mais la mère d'Emeric trouve que cela est trop peu, elle vit cette séparation difficilement. Elle est à nouveau en arrêt de travail afin d'être totalement disponible pour son fils et l'équipe soignante. D'ailleurs, le jour de l'entretien avec les parents, celle-ci s'échappera avant la fin, pour aller voir son fils.

Entretien avec les parents

Les parents d'Emeric sont cadres, d'un niveau socio-économique plutôt élevé.

Plusieurs questions sont posées aux parents :

- comment décririez-vous la communication dans la famille ?

D'après les deux parents, elle est bonne. Emeric est très proche de sa mère. Il se confie plus facilement à elle car elle lui pose beaucoup de questions et est à l'écoute de ses problèmes. C'est elle qui va le chercher à l'école, elle est donc la première au courant des événements quotidiens. La communication avec le père se fait par l'intermédiaire de la mère, c'est à dire que c'est elle qui informe son mari des mauvaises notes, des mots des professeurs dans le carnet de correspondance. Le père du patient reconnaît que lorsqu'il est seul avec son fils,

en voiture par exemple, il ressent une sorte de malaise car « ils ne savent pas quoi se dire ».

- comment qualifieriez vous les différentes relations entre les membres de la famille ?

La mère répond que les relations dans la famille sont de très bonne qualité. Elle explique que l'entente entre Emeric et sa grande sœur serait excellente : « ils dorment même ensemble parfois ». Elle n'a jamais vu «deux enfants s'entendre aussi bien ». Toujours d'après la mère, le couple fonctionnerait très bien. Le père ajoute qu'il y a eu quelques problèmes au début du mariage mais cela est réglé. La mère qualifie de bonne leur relation respective avec Emeric.

Le père ajoute qu'il trouve sa femme parfois envahissante avec ses enfants.

- vous arrive-il de craindre les réactions d'Emeric quand vous lui imposez des sanctions, des limites ou des contraintes ?

La mère répond « oui » sans hésiter. Elle explique que leur fils peut se mettre dans des « états de colère » impressionnants, mais qu'il n'a jamais été violent physiquement. Dans ces moments là « son regard est noir » et cela peut faire peur. Celle-ci ajoute qu'elle ne parvient pas à lui refuser quelque chose catégoriquement.

- quelles sont, d'après vous, les raisons de ces tentatives de suicide ?

Les parents trouvent deux causes :

-les problèmes scolaires

-la culpabilité d'Emeric par rapport à eux. En effet, après la première TS, Emeric a expliqué son geste par le fait « qu'il ne voulait plus causer de souci à ses parents ».

- qu'avez-vous ressenti après la première TS de votre enfant ?

Ils décrivent de la tristesse, un choc, une inquiétude et surtout de la culpabilité. Ils « s'en sont voulu d'avoir été trop centrés sur ses problèmes scolaires et peut-être trop durs avec leur fils ».

Le père ajoute qu'ils ont eu ensuite « envie de le protéger comme un enfant ».

- aviez-vous remarqué certains signes pouvant laisser prévoir un passage à l'acte ?

Les parents n'ont rien remarqué.

- étiez-vous informés à propos du suicide de l'adolescent ?

Les parents estiment avoir été informés car il s'agit d'un sujet d'actualité. Ils ont vu plusieurs émissions télévisées consacrées à ce sujet et l'une d'entre elles décrivait les signes annonciateurs d'une éventuelle tentative de suicide chez l'adolescent.

- qu'est-ce qui a changé à la maison depuis la première TS ?

Nous sommes beaucoup plus attentifs, nous le « protégeons comme un enfant ». Par ailleurs, les parents signalent qu'ils se sont isolés de l'entourage.

Les parents expriment le fait qu'ils craignent une récurrence, qu'ils ne savent pas comment aider leur fils et qu'ils se sentent démunis. Ils expliquent qu'ils se sentent soulagés par l'hospitalisation de leur fils, par le fait que celui-ci soit pris en charge par d'autres personnes qu'eux, car ils étaient « dépassés par les événements ».

Ils n'ont pas la sensation d'avoir été aidés, soutenus, informés par des professionnels jusqu'à maintenant. Ils apprécient le fait qu'on les consulte, qu'on les écoute, cela les rassure.

Ils seraient très intéressés par le fait de pouvoir parler à d'autres parents confrontés à des problèmes similaires.

La mère du patient se montra « pressante » pendant le temps de ces questions et sortit du bureau quand il fut question de reprendre la biographie du patient. Elle souhaitait rejoindre son fils le plus rapidement possible dans le service. Je terminerai donc l'anamnèse et l'histoire d'Emeric avec le père.

Emeric est finalement sorti après une semaine d'hospitalisation, à sa demande, afin d'assister au concert.

3) Biographie. Anamnèse

Emeric a vécu une enfance sans problème jusqu'à la sixième. A l'école primaire, il est un enfant dissipé en classe mais cela ne pose pas de problème aux instituteurs car il est très éveillé, et bon élève.

Puis il intègre une école privée pour la sixième où le règlement est plus strict, les exigences plus importantes. Emeric reste indiscipliné, il travaille peu et subit alors de nombreuses sanctions et punitions de la part des professeurs. Ses résultats scolaires baissent progressivement.

Sur le conseil d'un professeur, les parents font effectuer un QI à la recherche de facultés intellectuelles hors-normes, qui pourraient expliquer l'inattention d'Emeric en cours. Le QI s'avère normal, dans la moyenne supérieure.

La situation s'aggrave en classe de cinquième, cela conduit Emeric à un redoublement. La famille a quitté la région parisienne pour des raisons professionnelles. L'adolescent double sa cinquième dans une autre ville. Les problèmes de discipline deviennent sérieux, Emeric provoque les professeurs volontairement, recherche le conflit en permanence.

L'adolescent rentre tous les soirs chez ses parents avec des remarques écrites dans son carnet de correspondance de la part des professeurs. Il manque les cours de plus en plus souvent. Un conflit avec les parents se met également en

place. Ceux-ci tentent de gérer la situation mais éprouvent d'énormes difficultés à imposer une certaine autorité à leur enfant. Même en dehors du travail scolaire, Emeric participe très difficilement aux tâches quotidiennes de la maison, il est très difficile de lui imposer des contraintes. Les parents disent avoir éprouvé au bout d'un moment une certaine lassitude face à ce conflit permanent avec Emeric, et avoir « arrêté de se battre ».

En fin de troisième, au mois d'Avril, l'adolescent annonce à ses parents qu'il fume du cannabis régulièrement. Les parents expliquent qu'à ce moment là, ils ont voulu « bien réagir » en lui déconseillant cette pratique sans s'énerver ni sévir. Le lendemain Emeric ne se rend pas à l'école et fait sa première tentative de suicide en ingérant une certaine quantité de médicaments. La mère prévenue par la mère d'un ami d'Emeric, emmène celui-ci chez le médecin traitant. Comme il n'y a aucune conséquence somatique et que le jeune homme refuse catégoriquement de voir un psychiatre, celui-ci rentre à la maison. La mère d'Emeric obtient un arrêt de travail d'un mois afin de rester à la maison pour s'occuper de son fils. D'après elle, pendant cette période, son fils reste « collé » à elle toute la journée et recherche sa présence en permanence. Emeric refuse de reprendre l'école pour terminer l'année scolaire. Ses parents, en accord avec le lycée, réussissent à lui obtenir un stage pratique en mécanique automobile, qui se passe très bien. Ses parents lui offrent une guitare puis un scooter.

Ne souhaitant pas reprendre une scolarité classique pour l'année suivante, Emeric est inscrit, à sa demande, en première année de BEP mécanique automobile, ce qui semble initialement le satisfaire pleinement. Les résultats scolaires sont corrects au départ puis les problèmes de discipline et d'absences répétées resurgissent. Des sanctions multiples de la part des professeurs se mettent en place, sans efficacité, de nouvelles relations conflictuelles s'installent avec ceux-ci. Un jour, Emeric avale un LEXOMIL avant de partir au Lycée, les parents sont appelés par l'infirmière scolaire car leur fils se sent mal. Celui-ci explique s'être trompé, il aurait voulu prendre un DAFALGAN pour des céphalées. Ses parents le conduisent à la maison pour la journée.

Quelques semaines plus tard, le jeune homme sort plus tôt que prévu des cours. Quand sa mère rentre à la maison, il lui annonce qu'il souhaite arrêter définitivement l'école. Nous saurons plus tard que le patient a volé une boîte de LEXOMIL chez sa grand-mère ce même jour. La mère ne sachant que faire lui répond : « ce n'est pas grave, nous allons trouver une solution, nous en reparlerons plus tard avec ton père ». Le lendemain la famille apprend le suicide par pendaison du cousin germain d'Emeric, fils de la sœur de sa mère, dont il n'était pas spécialement proche mais qu'il fréquentait étant enfant. Toute la famille, y compris Emeric, va rendre visite à la mère endeuillée, qui leur montre le corps de son fils et la lettre qu'il a laissée. Le soir même, de retour au

domicile, Emeric fait sa deuxième TS avec le LEXOMIL préparé deux jours auparavant.

Il répétera au psychiatre des urgences, devant ses parents, les mots de son cousin lus dans sa lettre la veille.

B. Synthèse

Les données recueillies lors des entretiens cliniques permettent en premier lieu de souligner la quête d'autorité de la part du jeune homme, c'est à dire d'un cadre rassurant.

L'adolescent perçoit comme insuffisante la réponse de ses parents à cette quête, il se voit dans une situation d'insécurité, par manque de repères. On note bien que les deux tentatives de suicide ont été précédées par « une ultime chance » donnée aux parents de poser une limite. En effet, la veille de la première TS, le patient révèle à ses parents qu'il fume du cannabis. La veille de la deuxième, il annonce à sa mère qu'il a décidé d'arrêter l'école. Il n'y eu aucune réaction de sanction de la part des parents dans aucun des deux cas. Ceux-ci, au contraire, ont voulu se montrer compréhensifs.

Ce climat de grande insécurité intérieure peut occasionner au jeune homme une angoisse permanente et importante, se traduisant par un repli, un « manque de mot ». Ne trouvant pas les réponses rassurantes chez ses parents, il met en place un mouvement de transfert vers les autres adultes. Sa quête d'autorité se déplace ainsi vers les professeurs, d'où cette attitude de provocation, de révolte, qui ne cesse de croître.

L'investissement maternel important semble le seul moteur qui cadre Emeric, d'où cette défaillance du processus de séparation d'avec la mère. En effet, le lien entre Emeric et sa mère semble s'inscrire dans un processus fusionnel. On note bien, après le premier passage à l'acte, une régression au stade infantile. Emeric et sa mère restent à la maison pendant un mois, le jeune homme ne la quitte pas de la journée et veut l'accompagner partout.

La mère éprouve également de grandes difficultés à gérer la séparation durant l'hospitalisation de son fils.

L'attitude du père ne permet pas, semble-t-il, à Emeric et sa mère de rompre ce mouvement fusionnel. Lorsqu'on observe les rapports entre Emeric et ses parents, on assiste à une prédominance des affects de la mère envers son fils, le père se trouvant très souvent à distance. Ceci est bien illustré par la mauvaise communication entre le jeune et son père, c'est la mère qui est l'intermédiaire dans la relation père-fils. D'ailleurs, l'entretien avec les parents a été assez représentatif de ce fonctionnement, le père s'effaçant pour laisser répondre la mère, comme s'il laissait toujours à celle-ci la fonction de communication.

La mère ne parvient pas à imposer une frustration à son fils, par crainte de sa réaction, par crainte du conflit. Cette fuite du conflit peut être considérée comme le témoin de l'angoisse de séparation de la mère. Celle-ci, par cette dynamique, semble anticiper tout manque pouvant être exprimé par Emeric. C'est pourtant ce manque qui pourrait permettre à Emeric de s'exprimer. Ce défaut de verbalisation favorise l'intériorisation de la souffrance et le passage à l'acte. Ce non vécu de la frustration entretient l'im maturité constatée chez Emeric.

Ainsi, les processus d'identification qui devraient permettre au jeune homme de s'individualiser, de se construire semblent faire défaut.

De plus, on peut se demander si dans son geste, produit juste après le suicide de son cousin, il n'y a pas un processus d'identification à l'acte. Cela se confirme par le fait que, d'après son père, Emeric répéta aux psychiatres des urgences les écrits de son cousin.

Enfin, le processus « post-TS » qui se met en place ne fait qu'accentuer les défaillances initiales. Le jeune homme trouve après sa première tentative de nombreux bénéfices secondaires matériels (cadeaux et le fait de ne pas reprendre le lycée) et affectifs (rapprochement de la mère, plus d'attention, plus d'affection). Les liens mère-fils se resserrent, et la difficulté de séparation se voit donc amplifiée. L'adolescent est « tout-puissant » et subit encore moins de frustrations et de limites. La fuite du conflit de la part des parents s'accroît, de peur d'une récurrence. Les mots de l'adolescent le reflètent bien lors du premier entretien : « depuis ma première TS, nous ne nous disputons plus à propos de l'école ». La TS devient « la solution » aux problèmes de l'adolescent, et donc, le risque de récurrence augmente.

Ainsi, on constate dans ce cas plusieurs phénomènes :

- la fusion mère-fils
- la difficulté de rupture, non facilitée par le père qui ne se pose pas en « tiers séparateur ».
- les processus d'identification altérés par cette fusion
- la persistance d'une quête d'autorité
- l'insuffisance de verbalisation de la part de l'adolescent

Cette situation montre qu'il y a plusieurs niveaux de souffrance :

- celle d'Emeric, concrétisée par les TS.
- celle des parents, qui sont en forte détresse.

L'intérêt d'un groupe de parents à visée psychoéducative dans ce cas

On constate pendant l'entretien avec les parents que la mère d'Emeric est très peu « accessible » et met d'ailleurs fin à cette démarche précocement. De plus, malgré nos conseils, elle ne parvient pas à imposer des limites. On peut penser que cette attitude va être une entrave à la bonne prise en charge d'Emeric.

Par ailleurs, ces parents expriment bien leur souffrance et le fait qu'ils sont démunis. Ils ressentent le besoin d'être accompagnés. Ils accepteraient de participer au groupe de parents à visée psychoéducative. Cette prise en charge semble donc tout à fait indiquée. Elle pourrait permettre à ces parents d'entrevoir, sans être culpabilisés, la quête d'autorité et de repères exprimée par Emeric. On tenterait également de rassurer ces parents et de démystifier le suicide. Alors, ceux-ci pourraient peut-être tenter de « répondre autrement à leur fils », ou en tous cas amorcer une réflexion à ce sujet.

II. Le cas Marie

A. Entretien avec Marie et ses parents

1) Présentation

Je vois pour la première fois Marie et ses parents en entretien familial, à l'occasion d'une consultation dans le cadre de son suivi ambulatoire. La jeune fille a un visage peu expressif, parfois anxieux, elle a souvent le regard lointain, parle peu et laisse ses parents répondre aux questions. Les parents sont fonctionnaires, tout à fait disposés à me consacrer du temps, particulièrement la mère. Marie est une jeune fille unique de 19 ans, qui vit chez ses parents. Elle a arrêté ses études l'an dernier, alors qu'elle était en terminale d'un CAP de communication graphique. Elle recherche actuellement un emploi, et a pour but de se former au secrétariat.

Cette patiente est suivie depuis 3 ans par le service dans lequel elle a été hospitalisée à de nombreuses reprises pour des tentatives de suicides à répétition (environ 14 sur trois ans), accompagnées de troubles du comportement à type d'automutilations et de fugues. Occasionnellement, la patiente a également présenté des troubles du comportement alimentaire (anorexie / boulimie). Actuellement Marie va mieux, la dernière TS date de septembre 2004 (juste avant la dernière hospitalisation).

Souvent pendant l'entretien, Marie n'écoute pas ce qui se dit, elle exprime à plusieurs reprises le désir d'y mettre fin car l'évocation de son parcours lui est douloureuse. Par contre, la mère participe beaucoup.

Depuis 5 mois, le suivi psychiatrique se fait sous forme d'entretiens familiaux. Marie commence par ailleurs un suivi individuel avec un psychologue.

Tout d'abord nous retraçons avec la famille la biographie et l'histoire de Marie.

2) Biographie et histoire de la maladie (racontées par Marie et ses parents)

Marie était une enfant décrite par sa mère comme très timide et réservée, mais qui ne posait pas de problème particulier. Elle entretenait avec sa mère une relation très fusionnelle jusqu'à l'âge de 10 ans environ. Quand Marie avait 9 ans, sa mère coupa les liens entre sa fille et un cousin du même âge. Ceux-ci passaient beaucoup de temps ensemble, ils s'amusaient beaucoup mais « faisaient trop de bêtises » ensemble d'après la mère. Marie dit avoir beaucoup souffert de cette séparation.

Marie n'a jamais été une très bonne élève mais des problèmes scolaires plus sérieux ont commencé en classe de sixième, ce qui lui occasionna un redoublement.

C'est à cette époque que des relations conflictuelles se sont mises en place entre Marie et ses parents, et en particulier entre la mère et la fille.

Pendant la puberté, le corps de Marie s'est transformé assez rapidement alors qu'elle n'avait que 11 ans. La mère de la jeune fille, qui aurait alors craint les conséquences de potentielles fréquentations masculines, devint très intrusive : lecture du journal intime de sa fille, interdictions fréquentes de sorties avec ses amis, contrôle de tous ses contacts avec l'extérieur.

Marie supporta mal cette sévérité et ce « manque de liberté ».

C'est en janvier 2002 que Marie fait sa première TS en ingérant des médicaments, de l'alcool, et en tentant une phlébotomie, suite à une dispute avec sa mère.

La deuxième TS eut lieu quelques mois plus tard, à nouveau dans un contexte de conflit majeur entre Marie et sa mère, concernant l'autonomie de la jeune fille. Elle ingéra à nouveau des médicaments.

Les parents ne comprirent pas du tout le sens de ces TS et les attribuèrent aux « mauvaises fréquentations de Marie ». Ainsi, ils imposèrent à Marie une sévérité encore plus importante (interdiction de sortir, de téléphoner, contrôle du courrier...).

On assista à une escalade des TS, toujours effectuées sur le même mode et après une dispute mère-fille. Marie développa aussi d'autres troubles du comportement : fugues multiples, troubles du comportement alimentaire, addiction au cannabis et aux benzodiazépines, scarifications « anxiolytiques ».

Un sentiment de rancœur se développa chez les parents, vis-à-vis de leur fille et de ces TS qu'ils ressentait comme « dirigées contre eux ». Une sensation d'agacement apparut progressivement face à ces gestes qui se répétaient, jusqu'au point où les parents manifestèrent un rejet agressif avec menace de « mettre Marie à la porte » dès sa majorité, ou une mise au défi de se suicider. Parfois, ils abandonnaient totalement leur sévérité pour tomber dans l'excès inverse, c'est-à-dire : « on ne s'occupe plus de toi, fais ce que tu veux ».

Devant l'accentuation du conflit familial et l'ambivalence extrême qui se mit en place, on constata une escalade des comportements à risque chez Marie et une aggravation inquiétante de la situation.

Il a alors été décidé, sur les conseils médicaux, le placement de Marie en internat pour la classe de seconde, afin d'imposer une distance entre la jeune fille et ses parents.

La situation sembla alors se stabiliser mais la première période de vacances scolaires réactiva la problématique familiale. Les psychiatres constatèrent qu'après 18 mois en internat, la situation ne s'améliorait pas, les périodes de dégradation correspondant toujours aux week-ends et aux vacances.

Par contre, en dehors du domicile, la patiente ne présentait pas de trouble du comportement majeur. D'après les psychiatres qui la suivaient à cette époque, Marie ne souffrait pas de pathologie psychiatrique particulière (pas de symptomatologie dépressive) et les troubles du comportement étaient selon eux en lien avec le contexte familial. Il nous semble tout de même nécessaire d'émettre une réserve à ce propos. En effet, en voyant Marie et en retraçant son histoire, nous ne pouvons pas éliminer la présence de troubles de la personnalité, notamment de type « état limite ».

Marie était également très ambivalente par rapport à la prise de distance du milieu familial, et manifesta le désir d'arrêter sa scolarité en internat. Les parents firent preuve de la même ambivalence par rapport à l'autonomie de leur fille et à la possibilité d'un retour à domicile. Marie mit finalement un terme à sa scolarité, et rejoignit le domicile familial après 2 ans d'internat.

L'ambivalence de Marie était également très présente dans son attitude à la maison : à la fois dans l'attente de plus d'affection et d'attention de la part de ses parents et en même temps se plaçant en permanence dans l'agressivité et le rejet.

Une thérapie familiale fut mise en place mais les parents mirent fin à ces séances au bout de deux mois, en conflit avec le thérapeute, qu'ils considéraient comme « culpabilisant ».

Les TS continuèrent à se répéter.

Lors d'une hospitalisation en mars 2004, les parents refusèrent pendant plus d'un mois de reprendre leur fille à domicile, prétextant la peur d'un nouveau

passage à l'acte, allant jusqu'à lui refuser les permissions le week-end. Les demandes de la jeune fille envers ses parents étaient nombreuses (demande que sa mère lui apporte des sucreries, lui rende visite...). D'après la mère de Marie, sa fille effectuait des TS pendant l'hospitalisation en réponse à des frustrations imposées par sa mère, et dans le but d'obtenir des visites de celle-ci. La mère qualifia cela de « chantage affectif ».

Les parents profitèrent d'un dimanche, jour d'absence des psychiatres, pour demander la sortie de leur fille. Ainsi, on constatait une absence totale de coopération de la part des parents avec l'équipe soignante, bien au contraire.

Lors de la dernière hospitalisation, en septembre 2004, une distance stricte fut imposée entre la mère et la fille : les visites des parents furent interdites. Ceci fut très douloureux pour Marie et sa mère.

Depuis la sortie, un autre psychiatre suit Marie et une relation de partenariat s'est mise en place avec les parents. Le suivi se fait sous forme d'entretiens familiaux. L'état de Marie s'est stabilisé depuis cette dernière hospitalisation (pas de récurrence suicidaire). Elle se sent nettement mieux actuellement et l'alliance thérapeutique avec les parents continue.

La relation entre Marie et sa mère est beaucoup moins conflictuelle, mais toujours très fusionnelle. Marie n'est plus scolarisée, elle a peu d'occupation et de fréquentations personnelles, mais elle travaille 2 heures par jour dans une école maternelle, cela lui plaît beaucoup, elle suit également une formation de secrétariat.

3) Questions posées aux parents.

- quelles sont d'après vous les explications, les raisons des TS de Marie ?

La mère attribue ce geste à plusieurs événements familiaux qui se sont succédés avant la première TS de Marie :

- le suicide de l'oncle maternel de Marie.
- le syndrome dépressif majeur de la mère de Marie, réactionnel au décès de son frère, qui lui occasionna une TS et une hospitalisation.
- la mère de Marie révéla à sa fille et son mari le fait qu'elle aurait été victime d'attouchements sexuels de la part de son père à l'âge de 14 ans.

La mère dit qu'elle se sent coupable. Elle pense que ses propres problèmes psychiatriques (dépression et 2 TS) ont beaucoup affecté sa fille. Elle dit également que la relation fusionnelle qu'elle entretient avec sa fille est certainement en cause. La mère pense aussi que Marie est jalouse de son père et

se sent en concurrence avec lui, « elle voudrait sa mère pour elle toute seule ». Marie dément alors ces propos.

Le père attribue le problème à des causes extérieures, comme les « mauvaises fréquentations de Marie ».

Les parents évoquent également une perte de confiance en leur fille.

- aviez-vous senti l'approche de la première TS, aviez-vous remarqué certains signes avant le passage à l'acte ?

Les parents répondent qu'ils ne s'y attendaient pas du tout, qu'ils ont été très choqués.

- étiez-vous informés, sensibilisés, sur la tentative de suicide de l'adolescent ?

Les parents répondent que non, pas vraiment.

- qu'avez-vous ressenti après la première TS de Marie ?

La mère répond qu'elle a ressenti de la culpabilité mais également de l'incompréhension et de la rancœur, surtout lorsque Marie a recommencé. Par la suite, la rancœur s'est accentuée après chaque tentative de suicide. La mère explique qu'elle considérait ces passages à l'acte comme orientés contre elle. Le père explique qu'il a ressenti une déception et une énorme rancœur. Il estime que sa fille n'avait aucune raison de vouloir se suicider, qu'elle « avait tout pour être heureuse » et il lui en a beaucoup voulu.

Les parents expliquent aussi qu'ils ressentent une certaine honte vis-à-vis de l'entourage.

- avez-vous changé votre façon de vous comporter avec votre fille après ces TS ?

La mère répond que oui, les parents sont devenus plus autoritaires. Ils ont mis en place petit à petit des règles très sévères à la maison pour lutter contre les relations de Marie à l'extérieur de la maison (interdictions de sortie, de téléphone...), puisqu'ils pensaient que ces TS étaient dues à ses fréquentations.

- y a-t-il des choses qui ont changé à la maison ?

La mère répond que les problèmes de Marie ont entraîné des conflits dans le couple.

Le père ajoute qu'il se sentait exclu de la relation mère-fille, jamais tenu au courant des événements de la vie de Marie. Il ressentait une certaine rivalité entre lui et sa fille par rapport à l'affection et l'attention de son épouse.

La mère confirme que l'ambiance à la maison était devenue très conflictuelle entre tous les membres de la famille avec une concurrence et une jalousie entre la fille et le père.

- comment décririez-vous la communication avec votre fille ?

Les parents qualifient de bonnes leurs relations respectives avec Marie actuellement.

La mère pense qu'elle communique bien avec sa fille.

Marie ajoute qu'elle ne partage rien avec son père, qu'ils ne se parlent pratiquement pas.

- avez-vous peur que Marie recommence ?

Les deux parents répondent « oui ». Ils ont peur d'une récurrence en permanence.

- savez-vous comment aider votre fille ou vous sentez-vous démunis par rapport à la gestion de ce problème ?

« Avant le mois de septembre, nous étions démunis. Nous nous sentions incompris et nous ne savions pas à qui parler car nous éprouvions une certaine honte par rapport à notre entourage ».

-Avez-vous l'impression que des professionnels vous ont écoutés, soutenus, guidés, informés ?

Les parents expliquent qu'ils ont toujours été en conflit avec les soignants. Ils estiment n'avoir jamais été vraiment informés, consultés et compris par les professionnels s'occupant de Marie. Ils ne voyaient jamais le psychiatre qui suivait Marie.

Lors de la thérapie familiale, ils ont eu le sentiment d'être culpabilisés par le thérapeute, c'est pour cette raison qu'ils ont mis fin rapidement à cette prise en charge.

Puis Marie a changé de psychiatre après la dernière hospitalisation. Lorsqu'ils accompagnaient leur fille en consultation, le nouveau thérapeute les consultait, leur posait beaucoup de questions et ils ont apprécié sa démarche. Ils se sont sentis impliqués dans le processus de soins et non culpabilisés. Il leur a été proposé d'assister aux entretiens, le suivi individuel s'est donc transformé en entretiens familiaux.

L'amélioration de l'état de Marie et l'absence de récurrence coïncident avec cette nouvelle prise en charge.

- seriez-vous intéressés par le fait de participer à des groupes de paroles de parents, de partager votre vécu avec d'autres qui sont dans la même situation, d'être soutenus et conseillés par des professionnels ?

La mère serait tout à fait d'accord.

Le père refuserait cette démarche. Il pense que cela l'angoisserait de voir les problèmes des autres et n'a pas envie d'être entendu par eux car il a honte. Il n'aimerait pas être assimilé à des personnes qui ne lui ressemblent pas.

D'ailleurs, la mère explique que c'est elle qui pousse son mari à venir aux entretiens familiaux, mais lui n'en a pas envie. Il ne se sent pas du tout impliqué dans les problèmes de sa fille, qui n'ont pour lui aucun rapport avec les interactions familiales.

- question posée à Marie : comment expliques-tu ton amélioration ?

La jeune fille répond que c'est la séparation d'avec ses parents, due à l'interdiction des visites lors de la dernière hospitalisation, qui a fait changer les choses. Cela a été très douloureux pour elle, ses parents lui ont beaucoup manqué. Elle s'est rendue compte qu'elle aimait beaucoup ses parents et qu'elle n'avait pas envie de s'en séparer.

B. Synthèse

1) Mécanismes du processus suicidaire

Les données recueillies lors de cet entretien permettent de souligner tout d'abord la relation fusionnelle entre Marie et sa mère. Cette « fusion » se met en place dans l'enfance et ne pose pas de problème jusqu'à l'adolescence, moment où Marie cherche à s'individualiser.

La mère de Marie semble refuser cette séparation en limitant les relations de sa fille, en dehors d'elle.

Au travers de cette rencontre, nous comprenons que la TS paraît être une réponse de la part de Marie à ce conflit, ce serait pour elle un moyen de prendre le dessus, « d'avoir le dernier mot ».

En effet, ce geste lui permet d'exister par elle-même, c'est un moyen de s'opposer à sa mère, de lutter contre ce lien trop envahissant.

Comme le dit H. Samy (15), la TS constituerait « un défi lancé à sa mère : « je peux choisir de mourir » qui reflète aux yeux de l'adolescente la maîtrise de son propre destin. En même temps, et de façon ambivalente, le geste peut exprimer la volonté de réparation de la relation ».

De plus, le fait que le passage à l'acte ait toujours lieu après une dispute à propos de l'autonomie de Marie montre bien l'impasse de la communication par

la parole. A cause du « manque de mots », Marie utilise la TS comme un appel, pour signifier à sa mère que son désir de changement est vital.

Face à ce geste qui se répète, les parents sont désemparés. Ils ne comprennent pas son sens et éprouvent une grande souffrance car ils ne trouvent pas de solution pour aider leur fille. Pour se protéger de la culpabilité, leur moyens de défense les poussent à trouver des boucs émissaires : les relations de Marie à l'extérieur de la maison.

Par conséquent les relations familiales se rigidifient encore plus, la « surprotection » parentale s'amplifie, et ne fait qu'accentuer le processus initial. Devant l'inefficacité de cette attitude, et au contraire l'escalade des TS, les parents se découragent. Leur sentiment d'impuissance, leur souffrance, le manque de communication les poussent à produire des attitudes de rejet envers leur fille.

D'après H. Samy (15), cette ambivalence parentale peut être expliquée par « le rejet de l'enfant fantasmatique, et est vécue par l'adolescent comme un abandon psychologique ». Cet auteur souligne d'ailleurs que la surprotection parentale « peut aussi être une expression de l'ambivalence ». C'est-à-dire que l'enfant ne peut être aimé que s'il est « petit et vulnérable ».

Marie, elle-même, est ambivalente. Elle souhaite s'autonomiser mais comme tout adolescent, elle a peur de perdre ses parents. Devant leur réaction de rejet, son angoisse d'abandon s'amplifie, elle oscille donc entre sa demande d'affection et sa revendication d'indépendance.

Au total, TS pourrait être considérée comme la « non résolution » de cette double ambivalence, elle devient le symptôme qui maintient le lien entre Marie et sa mère.

On voit bien que lorsque Marie est séparée de sa mère, lors d'une hospitalisation, elle utilise la TS en réponse à la frustration de la séparation, pour obtenir la visite et l'attention de sa mère.

2) La question des limites et de l'autorité

Nous avons vu, tout au long de ce travail, l'importance de la quête de limites de la part de l'adolescent. Les limites imposées par les parents sont un élément rassurant pour l'adolescent dans son autonomisation. Ainsi, il peut se séparer d'eux sans avoir peur de les perdre. Il sent qu'il s'individualise sans pour autant briser les liens.

Ici, nous pourrions penser à première vue, en constatant cette sévérité, que les limites sont présentes. Pourtant il s'agit de bien autre chose. Cette sévérité excessive de la part des parents semble exprimer leur refus quasi-total de la séparation. Ceci est insupportable pour l'adolescente et lui rend toute existence propre impossible. Dans l'incapacité d'assouplir ce lien, la seule alternative qu'ils trouvent à cette fusion est le rejet. Marie sent donc que si elle réussit à

échapper à l'emprise de ses parents, elle risque l'abandon, ceci est une source d'angoisse importante.

Ainsi, les « limites rassurantes » dont l'adolescent a besoin pour se construire semblent globalement défailtantes.

3) La place du père dans la difficulté de séparation mère-fille.

L'attitude du père ne permet pas à Marie et sa mère de mettre fin à cette relation fusionnelle.

Il explique bien lui-même qu'il se sent exclu de cette relation mère-fille et qu'il ne parvient pas à y trouver sa place. Marie reconnaît « ne rien partager avec son père » et ne pas communiquer avec lui.

Le père se sent en concurrence avec sa fille quant à l'affection de la mère. Le père et la fille semblent exprimer la même demande face à la mère. Ainsi, le triangle oedipien, fondateur de repères, ne peut fonctionner.

4) Mécanismes de l'amélioration de Marie.

a) La séparation mère-fille imposée par un tiers : l'institution.

Marie explique bien que c'est l'interdiction des visites lors de sa dernière hospitalisation qui l'a aidée à aller mieux. Elle explique que sur le moment, elle « n'a jamais ressenti une aussi grande souffrance », cette séparation lui était insupportable. En effet, on a imposé à Marie une véritable frustration. Les TS de Marie pour obtenir les visites de sa mère sont alors devenues inutiles. Marie ne se sentait pas pour autant abandonnée par sa mère puisqu'elle savait que cette décision n'appartenait qu'au psychiatre.

Ainsi, le langage manquant, Marie l'a entendu par un tiers. Il a permis une atténuation du conflit. Marie et sa mère ont pu se séparer sans angoisse d'abandon ni culpabilité. Depuis, les relations entre la mère et la fille se sont apaisées. Marie ne se place plus dans le rejet de sa mère et a abandonné ses symptômes car elle n'a plus besoin de lutter pour s'individualiser.

Ce résultat positif sur le comportement de Marie montre bien ce qui semble être le manque de cette jeune fille : les repères par la frustration de temps à autre. Cependant, on peut constater que la jeune fille garde une dépendance importante par rapport à sa mère.

b) L'obtention d'une alliance thérapeutique avec les parents.

Le conflit entre les parents et les thérapeutes, la non adhésion des parents aux règles du processus de soins sont des éléments présents tout au long de l'histoire de Marie. Les parents vont souvent à l'encontre des décisions médicales pendant les hospitalisations.

Ceux-ci expriment bien, à posteriori, leur souffrance extrême et le fait que, non seulement ils ont eu la sensation de ne pas être écoutés mais aussi celle d'être culpabilisés.

L'échec de la thérapie familiale est instructif. Il montre que les parents n'étaient pas prêts pour un travail en profondeur à cette époque. Ils disent ne pas avoir supporté la culpabilité émergeant de ces quelques séances.

Cela souligne bien la différence entre la psychothérapie des parents (familiale ou individuelle) et la notion d'alliance thérapeutique avec ceux-ci.

Il est souvent nécessaire d'obtenir cette alliance avant tout autre travail avec les parents. Celle-ci se met en place grâce à la façon dont se déroulent les premiers contacts, la démarche psychologique d'écoute, de revalorisation etc.

C'est tout à fait ce qui s'est passé avec les parents de Marie lorsqu'ils ont été consultés par le nouveau psychiatre et impliqués dans la prise en charge de leur fille. Ils ont eu la sensation « d'aider le médecin », d'être « des alliés » et ainsi se sont sentis utiles pour leur fille.

Ce soulagement a certainement contribué également à l'amélioration de Marie. En tout les cas, l'observance thérapeutique de Marie est actuellement satisfaisante

5) L'intérêt du groupe de parents à visée psychoéducative dans ce cas.

Le groupe de parents à visée psychoéducative aurait aussi pu être une façon d'établir l'alliance thérapeutique avec ces parents. D'ailleurs, ces parents disent ne jamais avoir été informés sur le suicide.

Dans ces groupes, il serait intéressant de leur expliquer que la tentative de suicide est un acte à prendre au sérieux mais qu'il ne s'agit pas forcément d'une maladie. Le fait de « démystifier » le suicide pourrait permettre d'atténuer les tensions familiales, la honte et l'ambivalence. Lors de ces séances, on pourrait leur expliquer également que les copains et copines ne sont sûrement pas entièrement responsables des problèmes de leur fille.

Il paraît également important que ces parents comprennent mieux le sens des TS, notamment l'appel qui leur est adressé, la souffrance de leur fille et son désir de changement. On pourrait tenter de leur faire entrevoir qu'il y a des possibilités de changement de la dynamique familiale.

Cependant, le père dit qu'il ne souhaiterait pas participer à ces groupes parce qu'il refuse de s'identifier à d'autres parents et de livrer son histoire à des inconnus.

Il s'agit ici du phénomène du « refus de groupe » qui fait partie des limites du groupe dont nous avons parlé. Ce type d'approche ne convient donc pas à tous les parents et l'entretien familial peut être préférable pour certains.

CONCLUSION

Devant le problème majeur de Santé Publique que constituent le suicide et les tentatives de suicide de l'adolescent, l'objectif de ce travail était de proposer une démarche susceptible d'améliorer la prise en charge si difficile des jeunes suicidants. Nous avons plus particulièrement considéré le problème des récurrences multiples, à différencier de la TS isolée dans le pronostic et la prise en charge.

Nous avons choisi d'axer notre réflexion sur un versant des soins : le travail avec les parents. En effet, la nécessité d'inclure les parents dans la prise en charge psychiatrique de tout adolescent est maintenant largement admise. L'objectif principal réside en une alliance thérapeutique avec ceux-ci.

Dans un premier temps, et après quelques rappels généraux sur le suicide et la tentative de suicide de l'adolescent, nous avons tenté de montrer en quoi l'approche des parents se justifie dans ce cas.

Plusieurs éléments se dégagent de cette première étape de réflexion. Nous avons vu que, d'une part, une des difficultés importantes de la prise en charge de ces adolescents est la mauvaise observance du suivi psychiatrique. D'autre part, l'attitude et la conception des parents vis-à-vis de la prise en charge influencent de manière significative cette observance.

Nous avons vu de quelle façon la problématique suicidaire est étroitement liée à la dynamique familiale, avant, mais aussi après l'acte, en s'intéressant particulièrement aux remaniements familiaux après la tentative de suicide d'un adolescent.

Nous avons pu confirmer notre hypothèse de départ par la lecture de plusieurs auteurs décrivant le processus suivant : la multiplication des récurrences peut être en rapport avec des interactions familiales « figées » autour du comportement suicidaire de l'adolescent.

Une précision doit, à ce niveau, être apportée : nous ne prétendons pas que les tentatives de suicide de l'adolescent se résument à une attitude inadéquate des parents. Simplement, certains parents mettent en place des mécanismes d'adaptation face au comportement suicidaire de leur adolescent, qui semblent conditionner en partie la survenue de récurrences.

C'est pourquoi nous avons considéré le problème des tentatives de suicide à répétition, plutôt que la tentative isolée.

Ainsi, nous avons vu en quoi il semble indispensable d'aider les parents. Sans leur partenariat, une prise en charge de l'adolescent s'avère souvent beaucoup plus difficile.

Dans un deuxième temps, la question était de savoir comment obtenir cette collaboration.

Après avoir défini la notion d'alliance thérapeutique avec les parents, nous avons exposé les différentes méthodes possibles pour la favoriser. Parfois il s'agissait de modalités plus spécifiquement utilisées dans d'autres pathologies que le suicide, expérimentées depuis longtemps pour certaines, évaluées pour d'autres. Pour que cette alliance soit possible, plusieurs conditions semblent nécessaires. Il faut d'abord informer les parents à propos de la pathologie et des soins, les revaloriser, détendre leurs moyens de défense afin d'établir avec eux une relation de confiance, la moins conflictuelle possible.

Nous avons développé plus en détail deux types d'approche :

- le groupe de parole de parents est une des modalités de travail avec la famille, particulièrement explorée dans le cas de l'anorexie mentale. Les phénomènes observés dans ces groupes favorisent particulièrement l'émergence de conditions nécessaires à l'alliance thérapeutique.
- les méthodes de psychoéducation des parents, concernant surtout les jeunes schizophrènes, mais aussi les troubles bipolaires ou obsessionnels compulsifs. Elles sont encore peu pratiquées en France mais ont fait la preuve de leur efficacité.

En prenant du recul par rapport à ces démarches, nous nous sommes demandés si elles pouvaient avoir un intérêt, ou en tout cas si nous pouvions nous en inspirer, dans le cas de la prise en charge du suicide de l'adolescent.

Au terme de cette réflexion, et en se basant sur les données de la littérature, nous avons conclu qu'il pourrait être judicieux de s'inspirer de chacune de ces deux modalités pour l'approche des parents d'adolescents suicidants. Mais il convient d'émettre une réserve importante : ce raisonnement ne semble valable que dans le cas des TS itératives, en rapport avec certains remaniements familiaux.

Il s'agirait donc de mettre en place des groupes de parents associant à la fois :

- une méthode structurée, pédagogique, offrant des éléments de sensibilisation à propos de l'impact de certains comportements.
- un temps d'échange entre les parents, avec une attitude plus discrète du thérapeute, s'inspirant des groupes de parole, et favorisant les effets spécifiques d'un groupe.

Selon nous, ces groupes de parents à visée psychoéducative auraient un intérêt, pour l'instant théorique, mais nous avons vu, notamment au travers des cas cliniques, que cette proposition présente des limites.

Il est important de garder en tête, notamment le fait que cette prise en charge ne prétend pas, à elle seule, résoudre la problématique suicidaire d'un adolescent, ni se substituer aux autres thérapies. Elle vient compléter la prise en charge et

ses objectifs restent modestes, essentiellement éducatifs. Ce groupe ne vise pas un changement des parents en profondeur, il ne s'agit pas d'une psychothérapie. Il a pour objectif principal d'améliorer l'observance des adolescents aux soins, en favorisant l'alliance thérapeutique avec les parents. Il pourrait aussi développer la compétence des parents à aider l'adolescent, en les ouvrant à une remise en question et à une démarche plus profonde par la suite. Cependant, il ne doit pas non plus se limiter à une simple information, ou distribution de conseils, car cela est souvent insuffisant, nous l'avons vu.

Il reste maintenant, en s'appuyant sur ce travail, à mettre en œuvre les moyens de réaliser ce projet et de l'évaluer. Nous avons tenté, dans la dernière partie, de donner quelques pistes et idées pour son éventuelle mise en place.

BIBLIOGRAPHIE

1-CHOQUET M., LEDOUX S.
Adolescents : enquête nationale
Paris, Inserm, 1994.

2-CHOQUET M.
Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques.
Médecine thérapeutique-pédiatrie (1998) ; 1(4) : 337-343.

3-BADEYAN G., PARAYRE C.
Suicides et tentatives de suicide en France.
Etudes et résultats (DREES), 2001, n°109.

4-PHILIPPE A.
Epidémiologie des suicides et tentatives de suicide, le devenir des tentatives de suicide.
In : sous la direction de LEMPERIERE T.
Dépression et suicide.
Paris, Masson, 2000, 3-21.

5-MOUTIA C., FISCHER W., LADAME F.
Caractéristiques cliniques d'une cohorte d'adolescents suicidants : résultats préliminaires d'une étude prospective.
In : sous la direction de LADAME F., OTTINO J., PAWLAK C.
Adolescence et suicide.
Paris, Masson, 1995, coll. « Médecine et psychothérapie », 67-73.

6-CHOQUET M., POMMEREAU X, LAGADIC C.
Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire.
Enquête réalisée auprès de 21 établissements scolaires du département de la Gironde, à la demande de la direction régionale de la santé.
Paris, INSERM, 2001.

7-LEMPERIERE T.
Dépression avant 20 ans,
Paris, Masson, 1998.

8-VALLEE D.

Transactions suicidaires et transactions mortifères : deux modalités de l'autonomie.

Génération, revue française de thérapie familiale (1998) ; 13 : 41-43.

9-POMMEREAU X.

L'adolescent suicidaire

Santé mentale (1998) ; 27 : 26-30.

10-MARCELLI D.

Tentative de suicide de l'adolescent, rôle de l'attitude des parents dans l'évolution au long cours.

Carnet psy (2003) ; 85 : 21-24.

11-FLAVIGNY C.

L'approche familiale après les gestes suicidaires des enfants.

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (1980) ; 28(9) : 387-391.

12-SNAKKERS J. LADAME F.G. NARDINI D.

La famille peut-elle empêcher l'adolescent de se suicider ?

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (1980) ; 28(9) : 393-398.

13-OUALID J.C.

Protocole de thérapie brève de familles de suicidants.

In : la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge.

Paris, quatrième conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (septembre 2000).

14-VALLEE D. OUALID J.C.

Transaction suicidaire et cycles vitaux familiaux.

Psychologie médicale (1988); 20 (3) : 415-416.

15-SAMY H.

Origines de l'ambivalence parentale et incidences sur le comportement suicidaire chez l'adolescent.

PRISME (1995) ; 5(4) : 434-442.

16-JEAMMET P.

L'autorité pour différencier et construire.

Enfances et psy (2003) ; 22 : 86-96.

17-SUTTER J.M. LUCCIONI H. SCOTTO J.C.

Suicide et carence d'autorité.

Hygiène mentale (1964) ; 53(6) : 197-204.

18-PRONOVOST J., ROUSSEAU J., SIMARD N., COUTURE G.

Communication et soutien parental perçus dans les familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires.

Santé mentale au Québec (1995) ; 20(2) :185-202.

19-BRIAN L. MISHARA, PH. D.

Le rôle de l'entourage dans la prévention du suicide.

La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge.

Paris, Quatrième conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (septembre 2000).

20-ANGEL P., TALEGHANI M., CHOQUET M., COURTECUISSA N.

Abord épidémiologique de la tentative de suicide de l'adolescent.

Evolution psychiatrique (1978) ; 43(2) : 351-367.

21-VARADARAJ R., MENDONCA JD., RAUCHENBERG P.M.

Motives and intent : A comparison of views of overdose patients and their key relatives friends.

Canadian journal of psychiatry (1986); 31(7) : 621-624.

22-KING C.A., HOVEY J.D., BRAND E., WILSON R. &GHAZIUDDIN N.

Suicidal adolescent after hospitalization: Parent and family impacts on treatment Folow-Through.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry(1997) ; 36(1), 85-93.

23-KEITNER G.I., MILLER I.W., FRUZZETTI A.E., APSEIN N.B. et al.

Family functioning and suicidal behavior in psychiatric inpatients with major depression.

Psychiatric Journal of the Study of interpersonal Processes (1987) ; 50(3) : 242-255.

24-MARCELLI D.

Le syndrome de pseudo-guérison après une tentative de suicide.

Nervure (2002) ; 15(7) : 18-21.

25-OBADIA J., BERNASCONI S., HENNIAUX M., RIVIERE B. & coll.

Pour un changement familial après la tentative de suicide : de l'alliance thérapeutique vers une nouvelle appartenance.

Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale (2003) ; 7(66) : 35-37.

-26-CHASTANG F., DUPONT I., RIOUX P., KOVESS V., ZARIFIAN E.

Le rôle de la dynamique familiale dans la récurrence suicidaire chez les adolescents et les jeunes adultes.

Annales de psychiatrie (1998) ; 13 (4) : 248-55.

-27-CHIRITA C., TORDEURS D., JANNE P., ZDANOWICZ N. & coll.

La dimension familiale du processus suicidaire, une étude empirique.

Evolution psychiatrique (2000) ; 65(4) : 719-26.

-28-JEAMMET P.

La place des parents dans le dispositif de soins pour adolescents et l'évolution de cette place.

Groupal (2000) ; 7 : 161-171.

-29-GUEDENEY N. JEAMMET P.

Objectifs et diversité des modalités du travail des équipes soignantes avec les parents d'adolescents hospitalisés.

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (1991) ; 39(11-12) : 533-539.

-30-BOCHEREAU D. ALECIAN P.

Réunion parents-soignants dans un service de soins intensif en psychiatrie.

Nervure (1995) ; 8(3) : 40-43.

-31-BOURRAT M.M., GAROUX R.

Les uns et les autres interactions thérapeutiques parents-enfants dans un groupe.

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (1991) ; 39(11-12) : 554-558.

-32-CHABANIER J.

Le travail avec les parents en centre de cure ambulatoire.

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (1991) ; 39(11-12) : 484-494.

-33-BASQUIN M. GRANBOULAN V. ANGLADE C. ZIMMERMAN F.

« Traitement » des parents au sein d'une unité d'hospitalisation aigue pour adolescents.

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (1991) ; 39(11-12) : 540-544.

-34-CHILAND C.

Culpabilité et responsabilité.

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (1991) ; 39(11-12) : 559-562.

-35-O.TELLIER.

Evaluation du fonctionnement familial dans l'anorexie mentale et les tentatives de suicide de l'adolescent.

Thèse : doctorat en médecine, Bordeaux, 1993.

-36-ZDANOWICZ N., JANNE P., REYNAERT C., NAVIAUX F & coll.
Comparaison des attentes d'étudiants « sains » et « en souffrance » par rapport à leur famille.

Annales médico-Psychologiques (2002); 160 (2) :130-137.

-37- WAGNER & coll.

Parent's reactions to adolescent's suicide attempts.

Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry (2000); 39,4:429-436.

-38- WENZ FV.

Economic status, family anomie, and adolescent suicide potential.

Journal of psychology (1978); 98:45-7.

-39- KAUFMAN L.

Le pourquoi de l'approche familiale.

In : LADAME F. JEAMMET P.

La psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui.

Paris, PUF, 1986.

-40- CHOQUET M.

Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques.

In : la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge.

Paris, Quatrième conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, septembre 2000.

-41- JEAMMET P.

Facteurs de risques relatifs à l'individu associés à la crise suicidaire : réflexion sur les mécanismes psychopathologiques de la crise.

In : la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge.

Paris, Quatrième conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, septembre 2000.

-42-DAVIDSON F., CHOQUET M.

Approche épidémiologique des déviations de l'adolescent et du jeune.

In : La santé des étudiants en 1980

Actes du colloque de la MNEF, 1981 : 103-111.

-43-CHOQUET M. MICHAUD P.A. FRAPPIER J.Y.

Les adolescents et leur santé : repères épidémiologiques

In : MICHAUD P. A., ALVIN P. et coll.

La santé des adolescents

Paris, Doin éditeurs, 65-80.

-44-GRINER-ABRAHAM V., WALTER M.

Tentative de suicide et secrets de famille

Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale (2000), 4(41) : 50-52.

-45-SHRIYANI M. et coll.

Educating Parents about Youth Suicide: Knowledge, Response to Suicidal Statements, Attitudes, and Intention to Help.

Suicide and Life-Threatening Behavior (2001), 31(3) : 320-331.

-46-SIDOUN P., LALONDE P.

Groupes d'entraide

Chapitre 4 : illustrations cliniques.

In : Schizophrénie, nouvelles perspectives.

St-Hyacinthe (Quebec), Edisem, 1988, p.77-80.

-47-GOLDSTON D. Et al.

Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents : A prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge

Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry (1999), 38(6) :660-671.

-48-CHOQUET M. GRANBOULAN V.

Chap. 1. *Caractéristiques des suicidants hospitalisés à l'hôpital général.*

In : Les jeunes suicidants à l'hôpital général

Paris, Editions EDK, 2004, p. 16-63.

-49-CHOQUET M. LEDOUX S. HASSLER C.

Enquête ESPAD 99 (European study project on alcohol and drugs)

[http : //ifr69.vjf.inserm.fr](http://ifr69.vjf.inserm.fr)

-50- JEAMMET P.

La thérapie bifocale. Une réponse possible à certaines difficultés de la psychothérapie à l'adolescence.

Adolescence (1992) ; 10(2) : 371-383.

-51- JEAMMET P.

La famille de l'anorexie mentale. Le groupe de parents : sa place dans le traitement de l'anorexie mentale.

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (1984) ; 32(5-6), 299-303.

-52- ROSSET A.

Les groupes-parents. L'accompagnement des familles.

Soins psychiatrie (1997) ; 189 : 16-17.

-53- JEAMMET P. GORGE A.

Une forme de thérapie familiale : le groupe de parents. Bilan de huit années de fonctionnement d'un groupe ouvert de parents d'anorexiques mentales adolescentes.

Psychiatrie de l'enfant (1980), 23(2) : 588-636.

-54- CHASTANG F. & coll.

Structure de la famille contemporaine et risque suicidaire.

Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale (1999) ; 30 : 39-41.

-55- LADAME F.

Les tentatives de suicide à l'adolescence

Paris, Masson, 1981.

-56- JEAMMET P. BIROT

Etude psychopathologique des tentatives de suicide de l'adolescent et du jeune adulte.

Paris, PUF, 1994.

-57-DAVIDSON F. ANGEL P.

Prévoir et prévenir le suicide des adolescents

Mise au point-suicide des adolescents

Cahiers médicaux (1978) ; 3(38) : 2247-2253.

-58-BANTMAN P. PARAGE N.

La question de l'alliance thérapeutique avec la famille dans le traitement de la schizophrénie. Réflexions et perspectives cliniques actuelles.

L'information psychiatrique (2002) ; 78(9) : 891-899.

- 59-BANTAM P.
L'alliance thérapeutique avec la famille
Synapse (1997) ; n°135 : 1-5.
- 60-MIERMONT J.
Schizophrénie et Thérapies familiales
Génération (1994) ; n°1 : 6-12
- 61-JEAMMET P.
Diagnostic et évaluation des troubles psychiques à l'adolescence
L'information psychiatrique (2003) ; 79(8) : 701-708.
- 62-VEILLEUX C., ST-CYR-TRIBBLE D., PAUL D.
Conceptions et attitudes des parents d'adolescents par rapport au suicide.
Santé mentale au Québec (1993) ; 18(1) : 269-286.
- 63- LIBERMAN R.P.
*La prise en charge familiale comportementale des patients schizophrènes :
objectifs et méthodes.*
Marchienne au pont, Socrate édition, 1998, 32p.
- 64- COTTRAUX J.
Chap 12 : Psychopathologie et éducation : enfant et adolescent
In : Les thérapies comportementales et cognitives
Paris, Masson, 1993, p.175-180-(coll. médecine et psychothérapie).
- 65- DELEU G.M. CHAMBON O.
Thérapie psychoéducative familiale et psychoses chroniques
Charleroi, Socrate édition, 1999, 66p.
- 66- GOLDMAN C.R.
Toward a definition of psychoeducation
Hospital and Community Psychiatry (1988), 39(6) : 666-668.
- 67- KUIPERS L. LEFF J. LAM D.
Family Work for schizophrénia
Acta psychiatrica Scandinavica (1992), 89(Suppl. 382): 16-24.
- 68- McFARLANE W.R.
Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia
Archives of General Psychiatry (1995), 52 (8): 679-687.

-69-CORMIER H. et al.

PROFAMILLE

Programme d'intervention de groupe auprès des familles de personnes atteintes de schizophrénie.

Unité de psychiatrie sociale et préventive

Centre de recherche Université Laval Robert-Giffart

Sainte Foy, Socrate édition, 1993.

-70-CHAMBON O. MARIE-CARDINE M.

La réhabilitation sociale des psychotiques chroniques, approche cognitivo-comportementale

Paris, PUF, 1992.

-71-HOGARTY G. ANDERSON C REISS D.

Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the after care treatment of schizophrenia.

Two-years effects of a controlled study on relapse and ajustment.

Archives of General Psychiatry (1991); 48(4) : 340-347.

-72-GOLDSTEIN M.J.

Psychoeducation and relapse prevention

International Clinical Psychopharmacology (1995) ; 9 (suppl.5) : 5 9-69.

-73-CHAMBON O. et coll.

Adaptation Française du module de prise en charge familiale comportementale des patients schizophrènes de R.P. Liberman.

Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive (1998) ; 8(2) : 56-57.

-74- TIMMERMANS J.M., GREGORIO A.

Manuel d'accompagnement destiné à l'entourage d'une personne atteinte de trouble obsessionnel compulsif.

Marchienne au pont, Socrate éditions, 1997, 46 p.

-75- SIMONET M., BRAZO P.

Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie

Encyclopédie médicochirurgicale psychiatrique (2005), 37-290-A-10, 11p.

-76- MAC GOVERNER J.

Proposition 2 : Nous avons besoin des familles pour nous aider (modèle psychoéducatif)

Question 10 : quelle place donner à la famille du schizophrène dans le traitement au long cours ?

Thème III : la prise en charge à long terme

Chap.26

In : DE CLERCQ M., PEUSKENS J.

Les troubles schizophréniques

Paris, Bruxelles, De Boeck, 2000, p.417-429.

-77-DE CLERCQ M., BURQUEL C., HOYOIS P.

L'abord clinique des tentatives de suicide : comment vaincre le danger de la parole ?

Psychologie médicale (1992) ; 24(2) : 169-173.

-78- MARCELLI D. BRACONNIER A.

Chap. 3.3. Cas particulier : le groupe de parents.

Chap. 22. Les choix thérapeutiques

In : Adolescence et psychopathologie (5^{ème} édition)

Paris, Masson, 1999, p. 551-552.

-80- DAVID A. BRENT

Assessment and Treatment of the Youthful Suicidal Patient

Annales of New York Academic sciences (2001), 932: 106-131.

-81- VIDAILHET C.

La tentative de suicide de l'enfant et de l'adolescent:expression du désir de vivre autrement.

Psychologie médicale (1994), 26, Spécial 11 : 1147-1149.

-82- KABUTH B. VIDAILHET C.

Quelques réflexions à propos de psychothérapies d'adolescents suicidants.

Psychologie médicale (1994), 26, Spécial 11 : 1156-1158.

-83- ROTHERAM-BORUS M. J. et coll.

Enhancing Treatment Adherence with a Specialized Emergency Room Program for Adolescent Suicide Attempters

Journal of the American academy of Child and Adolescent (1996), 35(5) : 654-663.

84- KABUTH B.

Hôpital de jour, alliance thérapeutique et évolution clinique. Evaluation longitudinale de 33 familles pendant 2 ans.

Thèse : doctorat en psychologie, Nancy 2, Mai 2003.

-85- DAVID A. BRENT

A Psychoeducational Program for Families of Affectively Ill Children and Adolescents

Journal of the American Academy of Child and Adolescent (1993), 32 (4) : 770-774.

-86-VELTING D. et al.

Parent-victim agreement in adolescent suicide research.

Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998), 37, 1161-1166.

-87- WALTER M. et al.

Evaluation de la prise en charge des suicidants

Annales médico-psychologiques (1997), 155(6) : 413-417.

ANNEXES

Tableau 1 : Morbidité suicidaire (TS) parmi les 14-19 ans : comparaison 1993 et 1999.

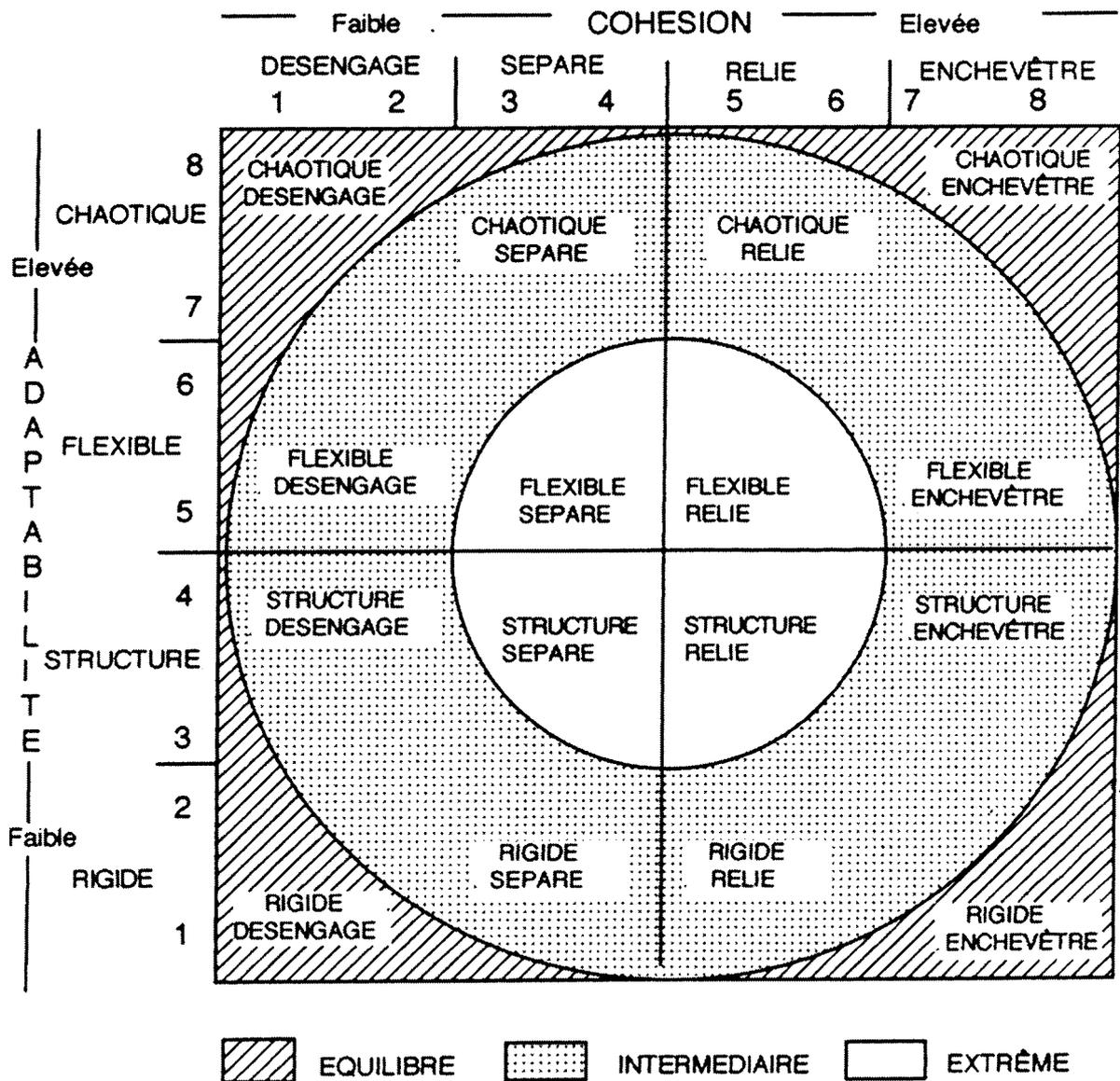
	Garçons %	Filles %
1993	5.4	8.9
1999	5.3	12.5

Source : Choquet et Ledoux : Enquête nationale, 1994 ; Enquête ESPAD 99.

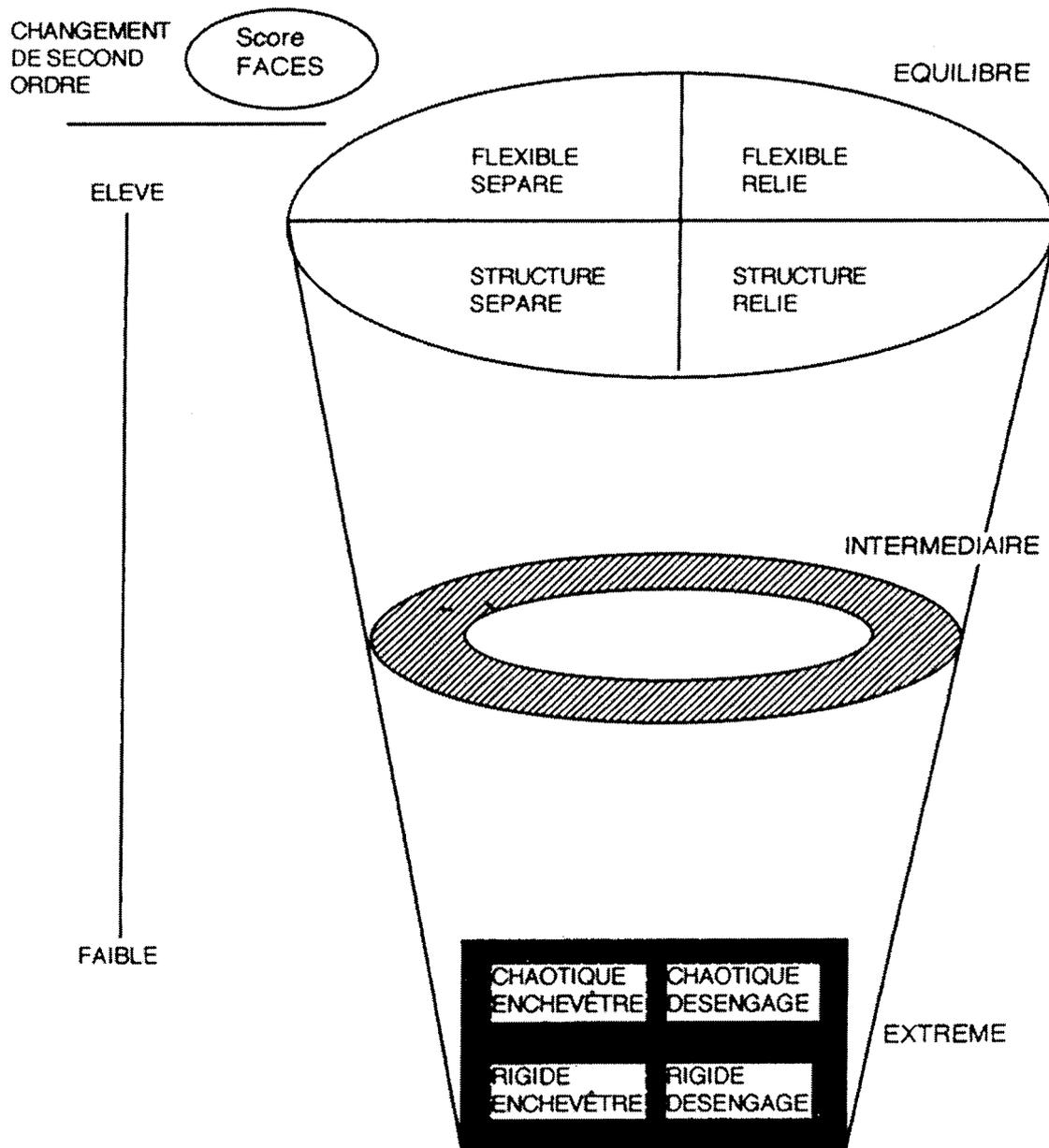
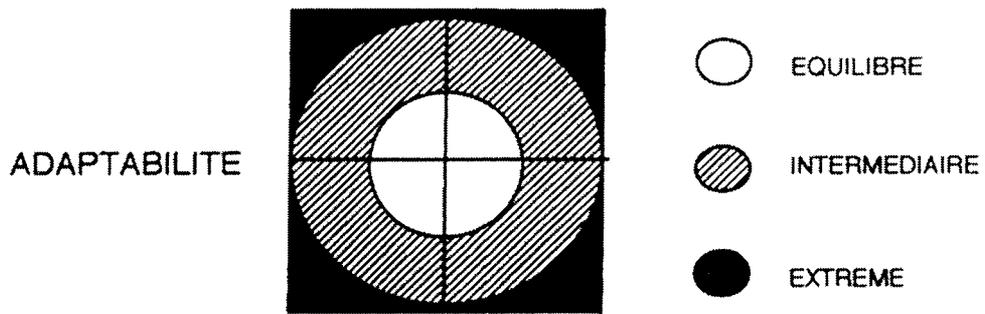
Tableau 2 : Comparaison du pourcentage de rechutes schizophréniques selon la prise en charge (thérapie de soutien ou psychoéducation).

	Pourcentage de rechutes à 1 an.	Pourcentage de rechutes à 2 ans
Neuroleptiques + thérapie de soutien	38%	62%
Neuroleptiques + entraînement aux habiletés sociales	20%	50%
Neuroleptiques + éducation familiale	19%	29%
Neuroleptiques + éducation familiale + entraînement aux habiletés sociales	0%	25%

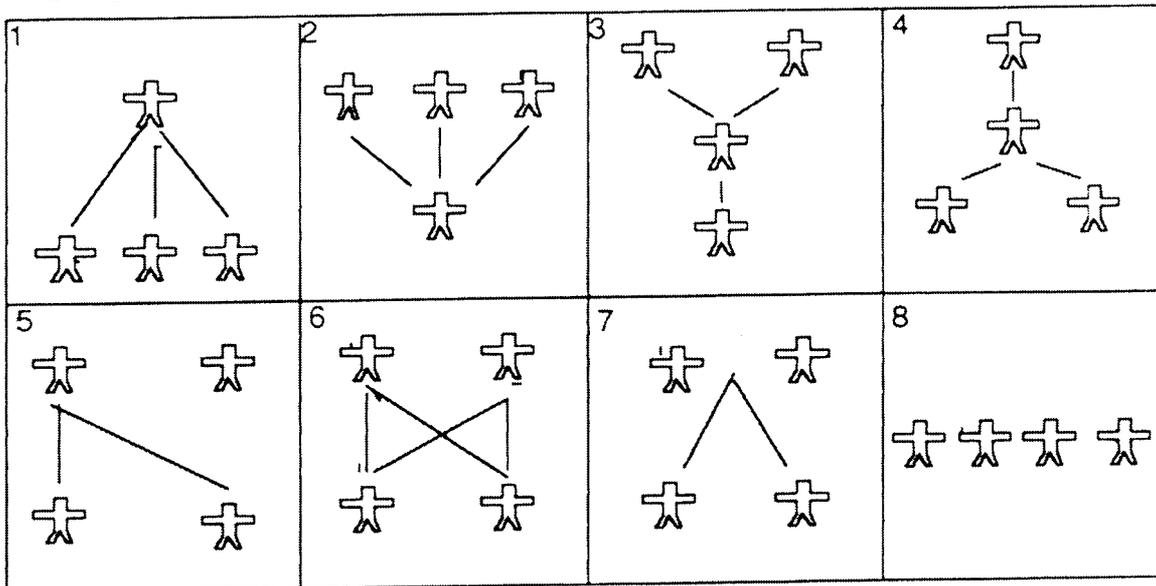
Graphique 1



Graphique 2



Graphique 3



ECHELLE DE DETRESSE PSYCHOLOGIQUE

DATE DE PASSATION : / /

Instructions : Les questions qui suivent portent sur votre santé. Pouvez-vous nous dire avec quelle fréquence **au cours des 7 derniers jours**.

		Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1.	Vous êtes-vous senti désespéré en pensant à l'avenir ?	1	2	3	4
2.	Vous êtes-vous senti seul ?	1	2	3	4
3.	Avez-vous eu des blancs de mémoire ?	1	2	3	4
4.	Vous êtes-vous senti découragé ou avez-vous eu le « blues » ?	1	2	3	4
5.	Vous êtes-vous senti tendu ou sous pression ?	1	2	3	4
6.	Vous êtes vous laissé emporter contre quelqu'un ou quelque chose ?	1	2	3	4
7.	Vous êtes-vous senti ennuyé ou peu intéressé par les choses ?	1	2	3	4
8.	Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes ?	1	2	3	4
9.	Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses ?	1	2	3	4
10.	Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti sur le point de pleurer ?	1	2	3	4
11.	Vous êtes-vous senti agité ou nerveux intérieurement ?	1	2	3	4
12.	Vous êtes-vous senti négatif envers les autres ?	1	2	3	4
13.	Vous êtes-vous senti facilement contrarié ou irrité ?	1	2	3	4
14.	Vous êtes-vous fâché pour des choses sans importance ?	1	2	3	4

M Prévaille, R Boyer, L Potvin et al., 1991.



VU

NANCY, le **4 avril 2005**

Le Président de Thèse

NANCY, le **30 mai 2005**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Mme le Professeur **C. VIDAILHET**

Professeur **P. NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **1^{er} juin 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

RESUME

Devant le problème de Santé publique que constituent le suicide et les tentatives de suicide de l'adolescent, l'objectif de ce travail était de proposer une démarche susceptible d'améliorer la prise en charge si difficile des jeunes suicidants. Nous nous sommes axés sur le travail avec les parents et sur les moyens de favoriser l'alliance thérapeutique avec ceux-ci. En effet, une des difficultés importantes de la prise en charge de ces adolescents est la mauvaise observance du suivi psychiatrique. Or, les conceptions et attitudes des parents vis-à-vis de la prise en charge influencent de manière significative l'adhésion aux soins.

Par ailleurs, nous avons vu en quoi la problématique suicidaire est en partie liée à la dynamique des interactions familiales, avant, mais aussi après l'acte. Une place particulière est faite au problème des récurrences multiples, qui semble parfois être en lien avec des remaniements familiaux favorisant le passage à l'acte de l'adolescent comme moyen de réponse à tout conflit. Nous avons tenté de réfléchir sur la meilleure façon d'inclure les parents dans la prise en charge en passant d'abord en revue les différentes méthodes possibles, dans le cas du suicide mais aussi dans d'autres pathologies. Nous avons développé plus en détail deux types d'approche : les groupes de parole de parents et les méthodes de psychoéducation des familles. La question était de savoir si ces démarches pourraient avoir un intérêt dans le cas des comportements suicidaires de l'adolescent.

Au terme de notre réflexion, et en se basant sur les données de la littérature, nous avons conclu qu'il pourrait être judicieux de s'inspirer de ces deux modalités pour l'approche des parents d'adolescents suicidants, particulièrement dans le cas des TS itératives. Il s'agirait donc de mettre en place des groupes de parole à visée psychoéducative. Enfin, nous avons proposé quelques idées pour la réalisation de ces groupes.

TITRE EN ANGLAIS

Psychoeducation groups for adolescent suicide attempters's parents
Theoretical interest and limits

THESE DE MEDECINE GENERALE

MOTS CLES :

Tentative de suicide, Récidive, adolescents, parents, groupes de parole, psychoéducation.

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex