HAL
open science

Evénements de vie, mentalisation, somatisation et tentatives de suicide : approche comparée à l'adolescence

Rosine Diwo

▶ **To cite this version:**

Rosine Diwo. Evénements de vie, mentalisation, somatisation et tentatives de suicide : approche comparée à l'adolescence. Psychologie. Université Nancy 2, 1997. Français. NNT : 1997NAN21036 . tel-01776235

HAL Id: tel-01776235

https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01776235v1

Submitted on 24 Apr 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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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 DE NANCY 2
UFR CONNAISSANCE DE L'HOMME
ECOLE DOCTORALE "LANGAGE, TEMPS, SOCIETE"
LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE, GROUPE DE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTE (GREPSA)

THESE

POUR L'OBTENTION D'UN DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE NOUVEAU REGIME PRESENTEE PAR

Rosine DIWO

EVENEMENTS DE VIE, MENTALISATION, SOMATISATION ET TENTATIVES DE SUICIDE

APPROCHE COMPAREE A L'ADOLESCENCE

Sous la direction de Monsieur le Professeur Claude de TYCHEY (Université Nancy 2)

MEMBRES DU JURY

Madame Marie CHOQUET, Directeur de Recherche (INSERM - Paris)
Monsieur le Professeur Philippe JEAMMET (Université Paris 5)
Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC (Université H. Poincaré - Nancy)
Madame le Professeur Colette VIDAILHET (Université H. Poincaré - Nancy)

DECEMBRE 1997

Je remercie chaleureusement Madame Marie CHOQUET, Monsieur le Professeur Philippe JEAMMET, Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC, Madame le Professeur Colette VIDAILHET, dont les travaux ont largement guidé ou éclairé cette recherche, de me faire le si grand honneur d'avoir accepté d'être membres de mon jury et pour deux d'entre eux, pré-rapporteurs.

Je remercie profondément Monsieur le Professeur Claude de TYCHEY, mon Directeur de Thèse, de son accompagnement efficace, de sa disponibilité constante, de sa puissance de travail et de la pertinence de ses remarques critiques tellement essentielles.

Je suis extrêmement sensible au soutien et à l'intérêt qu'a porté à ce travail Madame le Professeur Colette VIDAILHET, mon Chef de Service, et je l'assure de toute ma gratitude. Je voudrais remercier chaleureusement aussi Monsieur le Professeur Michel VIDAILHET, Chef de Service en Pédiatrie, qui a su m'encourager au bon moment...

Je remercie vivement Monsieur Michaël MESSAOUDI, Directeur Scientifique du Centre de Recherche d'ETAP-Ethologie Appliquée, pour l'aide précieuse qu'il m'a offerte, tant au niveau du traitement statistique des données qu'au niveau de la mise en forme du texte complet de la thèse.

Je voudrais qu'AURELIE, CECILE, FANNY, OLIVIER et PASCAL soient assurés de toute ma reconnaissance face au travail qu'il ont fourni lors de la frappe et de la mise en forme des annexes de la thèse. Qu'ils n'oublient pas qu'en transcrivant la parole des adolescents composant ces quarante protocoles, ils ont travaillé sur l'essentiel...

Je remercie beaucoup l'Inspection Académique, en la personne de Madame le Docteur SCHWARTZ, d'avoir d'emblée soutenu ce projet de recherche et permis ainsi la constitution du groupe contrôle. Je remercie également Mesdames les Médecins Scolaires, Mesdames et Messieurs les Proviseurs et Principaux des lycées et collèges nancéiens, qui se sont aussitôt mobilisés pour favoriser la rencontre des adolescents. Je remercie tout autant Mesdames les Infirmières et Conseillères d'Education de ces établissements, de leur disponibilité et de leur soutien.

Je remercie la Direction du Centre Psychothérapique de Nancy-Laxou, en la personne de Monsieur HUMBERT, Directeur Chargé des Ressources Humaines, d'avoir soutenu mes projets de formation, en D.E.A., puis en Doctorat de Psychologie.

Je remercie l'équipe médicale et infirmière de l'Unité de Pédopsychiatrie de l'Hôpital d'Enfants de Nancy-Brabois, en les personnes de Monsieur le Docteur Bernard KABUTH, puis de Mademoiselle le Docteur Véronique SIBIRIL, Chefs de Clinique, d'avoir enrichi d'éléments cliniques précieux, les données projectives recueillies auprès des adolescents suicidants les plus jeunes.

Je remercie l'équipe médicale et infirmière de l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques de l'Hôpital Central de Nancy, en la personne de Madame le Docteur Catherine PICHENE, d'avoir favorisé immédiatement la rencontre des adolescents suicidants les plus âgés et assuré un travail de liaison.

Je remercie Mademoiselle Orlane COBAI, Psychologue, d'avoir si spontanément accepté de me remplacer durant l'année de la rencontre des adolescents témoins.

Je remercie les parents de ces adolescents témoins, encore mineurs, de m'avoir accordée leur confiance.

Je remercie, enfin, l'ensemble des adolescents de leur implication à laquelle j'ai été particulièrement sensible.

TABLE DES MATIERES

RESUME 2

I - INTRODUCTION : JUSTIFICATIONS ET OBJECTIFS DE CE TRAVAIL 3

A - RAISONS PERSONNELLES 3

1 - LIEES A LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE 3
2 - LIEES A L'HISTOIRE FAMILIALE 4

B - JUSTIFICATIONS SCIENTIFIQUES 4

II - EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE ET FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE A L'ADOLESCENCE 17

A - EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE 17

1 - PRINCIPALES DONNEES CONCERNANT LE SUICIDE 17
2 - PRINCIPALES DONNEES CONCERNANT LES TENTATIVES DE SUICIDE 21
3 - PRINCIPALES DONNEES CONCERNANT LES IDEES SUICIDAIRES 23

B - FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE A L'ADOLESCENCE 25

1 - LA NOTION DE FACTEUR SUICIDOGENE 25
1.1 - Facteurs événementiels 26
1.2 - Facteurs sociologiques 26
1.3 - Facteurs psychiatriques 28

2 - LA NOTION DE FACTEUR DE RISQUE 28

3 - REVUE DES TRAVAUX MENES EN FRANCE 29
3.1 - Les principaux travaux 29
3.2 - Données de base sur les facteurs de risque suicidaire 34
3.2.1 - Caractéristiques personnelles des jeunes suicidants 34
3.2.2 - Caractéristiques familiales des jeunes suicidants 39
3.3 - Données de base sur les facteurs de risque de récidive 41
3.3.1 - Caractéristiques personnelles des jeunes récidivants 42
3.3.2 - Caractéristiques familiales des jeunes récidivants 43

4 - REVUE DES TRAVAUX ANGLO-SAXONS RECENTS 48
4.1 - Les travaux de DE WILDE et al. (1992, 1994) 49

4.2 - La recherche de FREMOUW W. et al. (1993) 51
4.3 - L'étude de WILSON K.G. et al. (1995) 53
4.4 - Les travaux d'ADAMS D.M. et al. (1994) 56
4.5 - La recherche de MORANO C.D. et al. (1993) 57
4.6 - La recherche de LEWINSOHN et al. (1994) 59
4.7 - L'étude de BILLE-BRAHE ET SCHMIDTKE (1995) 60
4.8 - Les travaux de BRENT et al. (1994a, 1995) 61
4.9 - La recherche de REINHERZ H.Z. et al. (1995) 65
4.10 - Les travaux de DIEKSTRA et al. (1993 ,1995) 67
4.11 - L'approche épidémiologique de JUON et al. (1994) 69

5 - CONCLUSION CONCERNANT L'ENSEMBLE DE CES TRAVAUX 71

III - SURCHARGE EXTERNE, MENTALISATION, AGIR ET SOMATISATION 73

A - DEFINITION DES CONCEPTS DANS LE CHAMP DE LA PSYCHANALYSE 73

1 - LA PERSPECTIVE DE PH. JEAMMET (1985, 1986, 1989, 1990, 1994, 1995) 73
2 - LA PERSPECTIVE DE R. KAES (1981) 82
3 - LA PERSPECTIVE DE J. BERGERET (1990, citée par C. de TYCHEY et coll. en 1992) .. 85

B - DEFINITION DES CONCEPTS DANS LE CHAMP DE LA PSYCHOSOMATIQUE 88

1 - LA PERSPECTIVE DE P. MARTY (1990, 1991) 88
2 - LA PERSPECTIVE DE R. DEBRAY (1983, 1985, 1990, 1991, 1992, 1996) 93
3 - LA PERSPECTIVE DE C. DEJOURS (1986, 1989, 1993, 1995, 1996) 102

C - LE MODELE THEORIQUE ET LES HYPOTHESES GENERALES S'Y REFERANT 108

IV - METHODOLOGIE 112

A - POPULATION 112

1 - CRITERES DE SELECTION DU GROUPE D'ADOLESCENTS SUICIDANTS 113
2 - CRITERES DE SELECTION DU GROUPE CONTROLE CONSTITUE D'ADOLESCENTS NON-SUICIDANTS 115

B - INSTRUMENTS 117

1 - UN QUESTIONNAIRE D'EVENEMENTS DE VIE POUR ADOLESCENTS 117

2 - UN QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE DE L'EXPRESSION SOMATIQUE 124

3 - UN TEST PROJECTIF : LE RORSCHACH 128

3.1 - L'étendue de l'espace imaginaire..... 129

3.2 - La qualité de la mentalisation 132

3.2.1 - L'axe de l'utilisation des mécanismes de défense..... 132
3.2.2 - L'axe de l'élaboration mentale de l'affect..... 133
3.2.3 - L'axe de la représentation mentale de la pulsion 134

***C - HYPOTHESES DE TRAVAIL*.....137**

1 - LES QUATRE PREMIERES HYPOTHESES DE TRAVAIL 137

2 - LES HYPOTHESES DE TRAVAIL CENTREES SUR LES CORRELATIONS 141

***D - MODE DE TRAITEMENT DES DONNEES*.....142**

1 - ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES..... 143

2 - ANALYSE QUALITATIVE DES DONNEES 144

***V - RESULTATS*.....145**

***A - RESULTATS DE L'ANALYSE STATISTIQUE*.....145**

1 - EXAMEN DES QUATRE PREMIERES HYPOTHESES DE TRAVAIL..... 145

1.1 - Hypothèse H1 : surcharge externe..... 145

1.2 - Hypothèse H2 : mentalisation..... 146

1.2.1 - Sous-hypothèse H2a : mécanismes de défense 146
1.2.2 - Sous-hypothèse H2b : activité de liaison..... 148
1.2.3 - Sous-hypothèse H2c (1ère partie) : élaboration symbolique des pulsions agressives..... 149
1.2.4 - Sous-hypothèse H2c (2ème partie) : élaboration symbolique des pulsions sexuelles..... 151
1.2.5 - Sous-hypothèse H2d : intégration de la bisexualité psychique..... 152

1.3 - Hypothèse H3 : espace imaginaire..... 154

1.3.1 - Analyse quantitative 154
1.3.2 - Analyse qualitative..... 157

1.4 - Hypothèse H4 et ses trois sous-hypothèses : expression somatique 161

1.4.1- Hypothèse H4 : intensité de l'expression somatique..... 161
1.4.2 - Sous-hypothèse H4a et H4b : expression somatique en fonction de l'âge 163
1.4.3 - Sous-hypothèse H4c : expression somatique en fonction du sexe 164

2 - EXAMEN DES CINQ HYPOTHESES DE TRAVAIL CENTREES SUR LES CORRELATIONS 164

2.1 - Hypothèse H5 : mise en relation de H1 et H4..... 164

2.2 - Hypothèse H6 : mise en relation de H2 et H4..... 167

2.3 - Hypothèse H7 : mise en relation de H1 et H3..... 168

2.4 - Hypothèse H8 : mise en relation de H1 et H2..... 170

2.5 - Hypothèse H9 : mise en relation de H2 et H3 171

3 - VISUALISATION DE NOS DEUX GROUPES DE SUJETS 175

4 - CONCLUSION DE L'ANALYSE STATISTIQUE 178

B - RESULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE 180

1 - EXAMEN DE L'HYPOTHESE H1 : SURCHARGE EXTERNE 180

1.1 - Données cliniques concernant Camille (suicidante) 180

1.2 - Données cliniques concernant Paul (témoin) 182

1.3 - Conclusion concernant l'hypothèse H1 183

2 - EXAMEN DE L'HYPOTHESE H2 : MENTALISATION 184

2.1 - Sous-hypothèse H2a : mécanismes de défense 184

2.2 - Sous-hypothèse H2b : activité de liaison 186

2.2.1 - Les associations au RORSCHACH de Camille 187

2.2.2 - Les associations au RORSCHACH de Paul 188

2.3 - Sous-hypothèse H2c (1ère partie) : élaboration symbolique des pulsions agressives ... 190

2.4 - Sous-hypothèse H2c (2ème partie) : élaboration symbolique des pulsions sexuelles ... 192

2.5 - Sous-hypothèse H2d : intégration de la bisexualité psychique 193

3 - EXAMEN DE L'HYPOTHESE H3 : ESPACE IMAGINAIRE 194

3.1 - Premier indicateur : R 195

3.2 - Deuxième indicateur : T.R.I. 195

3.3 - Troisième et quatrième indicateurs : K + k et K 196

3.4 - Cinquième indicateur : F% 197

4 - EXAMEN DE L'HYPOTHESE H4 : EXPRESSION SOMATIQUE 198

5 - CONCLUSION DE L'ANALYSE QUALITATIVE 200

C - DISCUSSION DES RESULTATS PAR RAPPORT AUX TRAVAUX ANTERIEURS 201

1 - SUR LE PLAN DES EVENEMENTS DE VIE 201

2 - SUR LE PLAN DE LA VULNERABILITE DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE 202

3 - SUR LE PLAN DE L'EXPRESSION SOMATIQUE 203

VI - CONCLUSION 204

VII - BIBLIOGRAPHIE 216

EVENEMENTS DE VIE, MENTALISATION, SOMATISATION ET TENTATIVES DE SUICIDE

APPROCHE COMPAREE A L'ADOLESCENCE

RESUME

Le passage à l'acte suicidaire à l'adolescence fait partie des problèmes de santé publique qui s'aggravent de façon préoccupante. En référence aux trois champs théoriques de l'épidémiologie, de la psychanalyse et de la psychosomatique, est proposée ici la mise à l'épreuve d'un modèle des liens entre réalité externe et réalité interne chez l'adolescent suicidant.

L'approche comparée de deux groupes de vingt adolescents de 13 à 19 ans, suicidants ou non-suicidants, réalisée à l'aide de trois outils, deux questionnaires centrés sur les événements de vie et la plainte somatique, et le RORSCHACH, permet d'évaluer :

- d'une part, le degré de surcharge externe pesant sur les adolescents,

- d'autre part, à partir d'indicateurs RORSCHACH pertinents, la qualité de leur mentalisation et l'étendue de leur espace imaginaire.

Les hypothèses posées chez l'adolescent suicidant, d'une plus grande intensité de la surcharge externe, d'une plus grande fragilité de la mentalisation, d'une plus grande pauvreté de l'espace imaginaire ou des capacités d'élaboration mentale de cet imaginaire, d'une plus grande intensité de l'expression somatique, sont confirmées sur le plan empirique à partir d'une analyse des données, quantitative et qualitative.

C'est l'importance de la réalité externe, à côté de la réalité interne, qui est soulignée ici. Ce modèle, s'intéressant au cumul des excitations externes déterminant une surcharge pouvant peser sur l'adolescent, avance qu'au-delà d'un certain seuil de ces excitations, il y aurait faillite transitoire de l'appareil mental et aiguillage, bascule vers d'autres voies, c'est-à-dire celles du recours à l'agir et (ou) de l'expression somatique.

Cette recherche s'inscrit aussi largement dans une démarche de prévention. Par cette approche simultanée de trois dimensions (réalité externe, somatisation et mentalisation), elle permet d'évaluer la gravité des situations, de déterminer des seuils critiques de surcharge, d'apprécier les ressources de ces adolescents, leur aptitude à changer ou à s'engager dans une psychothérapie.

MOTS CLES :

- ***tentatives de suicide***
- ***adolescents***
- ***épidémiologie***
- ***événements de vie***
- ***mentalisation***
- ***agir***
- ***somatisation***
- ***RORSCHACH***

I - INTRODUCTION : JUSTIFICATIONS ET OBJECTIFS DE CE TRAVAIL

A - RAISONS PERSONNELLES

1 - LIEES A LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Le fait d'être psychologue au sein d'un Service de Pédopsychiatrie, comprenant une Unité d'hospitalisation et accueillant chaque année plusieurs dizaines d'adolescents suicidants m'a d'emblée incitée à m'engager dans un travail d'approfondissement dans ce domaine. Mais je tiens à inclure dans cette démarche la large part qu'a tenu, face à l'aboutissement de ce projet, le soutien constant et le grand intérêt pour la recherche de mon Chef de Service.

Mon expérience de ces courts séjours hospitaliers d'adolescents rejoint celle de P. GAREL (1995) à Montréal, "amenée au fil de son travail aux urgences à reconnaître l'importance de ce moment critique où l'évaluation ne doit pas se limiter au diagnostic psychiatrique mais chercher une compréhension globale de la situation, donner un sens au geste suicidaire, l'intégrer dans l'histoire du patient, de sa famille et de son milieu" (p. 165). Elle ajoute que "cet instant privilégié permet souvent à l'adolescent d'accepter la démarche thérapeutique une fois qu'ont été touchées du doigt ses potentialités" (p. 170), reprenant les termes de WINNICOTT (1971) à propos de cette première rencontre avec un enfant : "Ce moment sacré peut être saisi ou perdu (...). Dans un certain nombre de cas, le travail accompli dans un entretien de ce type n'est que le prélude à une psychothérapie plus longue ou plus intensive, mais il peut arriver qu'un enfant n'y soit préparé qu'après avoir expérimenté la compréhension propre à ce genre d'entretien (...). Le résultat obtenu aura été de lui donner l' espoir d'être compris et peut-être même aidé" (p. 7).

Pour compléter les justifications de cette recherche, je me rallierai à R. DEBRAY (1991a), formulant que "tout devrait être mis en oeuvre pour favoriser l'accès à une organisation mentale riche permettant un travail psychique soutenu face aux angoisses, à la dépression et aux conflits" (p. 42).

2 - *LIEES A L'HISTOIRE FAMILIALE*

Comme dernière justification tout à fait personnelle, j'évoquerai la probabilité de résonance entre le choix de ce thème de recherche et plusieurs événements de vie familiaux ayant marqué les générations précédentes et appelant un avènement de sens... La mort d'un oncle, atteint en pleine adolescence d'une leucémie aiguë, la mort de deux grands-pères, à mi-vie, l'un, des suites d'une tuberculose pulmonaire, l'autre, par suicide.

L'expérience psychanalytique personnelle menée durant cinq ans, parallèlement à cette recherche, a largement contribué à me libérer de cette histoire chargée.

B - JUSTIFICATIONS SCIENTIFIQUES

Le passage à l'acte suicidaire à l'adolescence fait partie des problèmes de santé publique qui s'aggravent de façon préoccupante et demeure, comme l'évoque Ph. JEAMMET (1994), dans son ouvrage collectif consacré à l'"Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte", "une énigme" doublée "d'un scandale". Nous le citons : "Quel mobile peut conduire un adolescent à tenter de mettre fin à ses jours ?" La question centrale du déterminisme du passage à l'acte suicidaire n'a cessé de stimuler le champ de la recherche. L'originalité de la double approche, épidémiologique et psychopathologique suivie par cet auteur et son équipe est exemplaire dans ce domaine.

Si ces premières données justifient déjà d'elles-mêmes tout projet de recherche centré sur cette conduite, ***"une des plus significatives de l'adolescence"***, comme le précisent MARCELLI et coll. (1988, p. 100), elles sont à compléter par les chiffres de l'approche épidémiologique, reflet de l'ampleur du phénomène.

En France, les travaux les plus éclairants sur ce plan, ont été réalisés par l'Unité 169 de l'INSERM (Equipe santé de l'adolescent), dirigée par M. CHOQUET.

Des publications nombreuses de cet auteur et de son équipe, recensées depuis 1972, extrayons quelques données essentielles, parues au Bulletin Officiel (1991) :

- la tentative de suicide touche plus les filles que les garçons (dans un rapport de deux filles pour un garçon) ;

- elle est à son maximum dans la tranche d'âge quinze-vingt quatre ans ;

- depuis vingt ans, l'incidence des tentatives de suicide est en augmentation, phénomène observable dans d'autres pays européens. Une partie de cet accroissement paraît due aux récidives ;

- parmi les caractéristiques mises en évidence, contrairement au suicide, les tentatives de suicide apparaissent plus comme un phénomène urbain que rural ; les situations d'isolement interviennent également. La place de troubles psychiques reste mal connue, les études faisant état de chiffres variant de 40 à 70% (pp. 144-145).

M. CHOQUET (1991) précise que :

- contrairement à la mortalité, 90% des tentatives de suicide sont le fait d'une intoxication médicamenteuse, médicaments le plus souvent empruntés à la pharmacie familiale ou prescrits à ces jeunes par un médecin, pour angoisse ou dépression (p. 62) ;

- le taux de récidive est élevé : environ un jeune sur trois, garçon ou fille, renouvelle sa tentative, le plus souvent dans un délai inférieur à un an.

Les données du Bulletin Officiel de 1991 nous invitent enfin à noter les résultats d'études scandinaves (OTTO U., 1972) ayant appréhendé les répercussions sur le devenir à long terme des adolescents suicidants : "Les suicidants ont une mortalité beaucoup plus élevée, ont plus de pensions d'invalidité, plus de semaines d'arrêt maladie par an, aussi bien pour des raisons somatiques que psychiques" (p. 145).

En 1987, JEAMMET notait déjà l'accord de tous les auteurs sur *"l'augmentation régulière des tentatives de suicide depuis une trentaine d'années, dans les pays occidentaux, notamment en France"* (p. 725). Il remarquait également que cet accroissement concernait "certains troubles du comportement des adolescents qu'il n'est pas rare de voir associés aux conduites suicidaires à un moment de leur évolution : toxicomanie, troubles des conduites alimentaires, anorexie et boulimie, conduites agressives et psychopathies." Ces troubles, qui font l'objet de nombreuses recherches, ont été rassemblés sous le terme des *"nouvelles addictions"* lors d'un Congrès International (VENISSE J.L., 1990). Cette augmentation est confirmée par les travaux les plus récents (DIEKSTRA R.F.W.et GARNEFSKI N., 1995).

L'histoire des recherches et des données cliniques sur les tentatives de suicide des adolescents, synthétisée par JEAMMET et coll. (1994) nous montre que de 1955 à 1975, "la tentative de suicide va progressivement, et non sans controverses, s'inscrire dans le champ de la pathologie et prendre ***un caractère de gravité"*** (p. 5). De 1975 à 1988, c'est ***"l'épidémiologie qui est souveraine"***, purement descriptive au départ, guidée ensuite par le souci de la prévention, et s'attachant à la notion de ***facteurs de risque.*** Depuis 1988, "le style des recherches a tendance à s'infléchir vers des tableaux plus ciblés, soutenus par une approche mieux codifiée (...). On s'intéresse toujours aux rapports entre ***suicide et dépression***, mais aussi aux rapports entre ***suicide et troubles du comportement*** en liaison avec le développement des conduites addictives."

La clinique et le soin sont réintroduits aux côtés de ***l'épidémiologie, des études de cas et des études psychopathologiques*** purement qualitatives.

La gravité de la conduite suicidaire, reconnue par la plupart des auteurs, nous introduit dans le champ du pronostic à court-terme comme à long-terme et contribue à justifier l'orientation de ce travail. Si LADAME (1981) nous permet d'admettre "que les premières tentatives de suicide des adolescents sont rarement létales et généralement peu graves sur le plan médical" (p. 56), il nous invite aussi à ne pas confondre ***"gravité médicale"*** et ***"gravité psychologique"*** précisant que ***"toute tentative de suicide est psychologiquement extrêmement sérieuse (...) correspondant à un effondrement de toute l'organisation psychique."***

SAMY (1989) s'exprime dans le même sens : "toutes les tentatives de suicide sont graves de par le degré élevé de détresse psychique" (p. 89).

JEAMMET (1987) partage ce point de vue : "une conduite suicidaire, aussi minime soit-elle en apparence et quant à ses conséquences physiques, ne peut être considérée comme une réponse normale aux conflits de l'adolescent" (p. 726). Ses résultats concernant le suivi de 44 sujets (1995a) confirment "la gravité potentielle de la tentative de suicide, non seulement dans l'immédiat (...) mais surtout pour l'avenir." Il invite à ***"maintenir une extrême vigilance vis-à-vis de l'ensemble des patients primo-suicidants"*** (p. 106).

Si un certain optimisme peut donc être affiché concernant le pronostic vital immédiat des tentatives de suicide d'adolescents, il n'en est pas de même pour ***les récidives*** dont la proportion est importante.

Le domaine de la prévention, tant primaire que secondaire, s'impose donc devant l'ampleur du risque suicidaire. L'intégration des adolescents suicidants au sein d'un protocole de recherche favorisant une rencontre "brève" mais "approfondie", nous a semblé justifiée en tant que possibilité de réponse adaptée à l'intervention de crise dans le cadre d'une prévention secondaire.

C'est dans la continuité de ces travaux déjà menés, et notamment ceux de JEAMMET et coll. (1994), portant sur le fonctionnement mental des adolescents suicidants que s'est situé notre projet, né du constat du peu de recherches alliant la double approche des deux réalités, externe et interne de l'adolescent suicidant. Pourtant, nombreux sont les auteurs qui, comme JEAMMET (1994) sont sensibles ***"à la diversité du contexte tant social, familial, et psychopathologique, dans lequel s'inscrit la conduite suicidaire, devant également cette polysémie de la signification de ce geste"*** (p. 4).

Dans un texte inédit retrouvé après sa mort, et intitulé ***"Liberté"***, WINNICOTT (1969) met lui-même l'accent sur l'environnement et précise que ***"sans céder sur le fait qu'il est très important de découvrir les origines de la détresse d'un être dans l'être lui-même, dans son histoire passée et sa réalité interne, il est devenu maintenant nécessaire d'admettre et même d'affirmer qu'en dernier ressort, en matière d'étiologie, ce qui compte, c'est l'environnement"*** (p. 75).

Plutôt que de s'intéresser à tel ou tel facteur de risque, les chercheurs vont se centrer sur ***le cumul des facteurs***, introduisant une dimension quantitative. Ainsi M. CHOQUET (1989b) souligne que ***"le risque suicidaire est sept fois plus élevé chez ceux qui cumulent au moins trois facteurs de risque que chez ceux qui n'en présentent qu'un"*** (p. 58).

BERGERET (1992) insiste également sur cette nécessité de rassembler, en vue d'un diagnostic, ***"tout ce qu'il nous sera possible de connaître de l'histoire du sujet, en particulier aux temps de son enfance et surtout de sa petite enfance"*** (p. 11).

Poser maintenant les jalons du cadre théorique de cette recherche n'est pas tâche facile. Comment oser en effet proposer la mise à l'épreuve d'un modèle qui serait la synthèse de plusieurs autres, chacun étant le fruit de recherches déjà si approfondies... Dépassons ce temps d'hésitation ou de fausse modestie, reflet probable d'une dernière résistance, et centrons nous sur ce projet de synthèse, guidés par la formule de J. D. NASIO (1994) : ***"Cherchons à bien dire ce qui a déjà été dit, et nous aurons la chance, peut-être, de dire du nouveau."***

A l'origine de l'élaboration de ce modèle mettant en relation ***le poids de la réalité externe*** et les trois concepts de ***mentalisation, agir et somatisation***, se trouvent principalement les avancées théoriques de ***quatre auteurs***.

Ph. JEAMMET (1996) s'est toujours intéressé à "l'articulation et à la confrontation entre le monde interne et la réalité externe" (p. 17). Dès 1980 en effet, il évoquait "cette problématique propre de l'adolescence qui tourne essentiellement autour de l'articulation de la réalité interne et de la réalité externe, compte tenu à cet âge de l'ampleur des remaniements qui affectent la première et du poids dont pèse la seconde sur l'actualité et l'avenir de l'adolescent" (p. 484). Il précise que du fait de sa formation d'analyste, "il croit à l'importance de notre monde intérieur, ***au poids de l'histoire et des événements*** que nous avons vécus et à leur rôle organisateur de notre fonctionnement mental" (1996, p. 17). De ce fait également, il choisit cependant de donner la priorité, au niveau de la recherche, comme de son action, au ***monde interne de l'adolescent.***

Dès 1986 aussi, il s'interrogeait sur ***les caractéristiques du fonctionnement mental*** des adolescents suicidants : "Qu'est-ce qui dans leur modalité de fonctionnement mental les différencie des autres, et qu'est-ce qui dans leur histoire peut expliquer qu'ils aient ces modalités de fonctionnement différentes qui les prédisposent à un passage à l'acte" (p. 225) ?

Ce double questionnement, invitant à replacer la conduite suicidaire dans un contexte général, autant individuel que familial et social, et suggérant déjà une double approche, se retrouverait-il en fait au niveau de la double prise en charge préconisée, offrant la possibilité d'avoir deux thérapeutes, l'un "tachant de contenir et d'organiser les relations au niveau de la réalité externe", l'autre "permettant à une psychothérapie individuelle de se développer plus ou

moins rapidement et qui reste, elle, purement consacrée au développement de l'espace psychique privé de l'adolescent" (p. 232) ?

L'originalité de la double approche récente, épidémiologique et psychopathologie, suivie par cet auteur et son équipe, irait dans le même sens. Mais l'objectif de JEAMMET et coll. (1994, 1995a) est toujours clair, centré sur ***la seule réalité interne*** : "Notre objectif était de repérer ce qui dans le fonctionnement mental de ces jeunes pouvait favoriser ce mode de réponse par ***l'agir***, par opposition à une conflictualité qui serait demeurée intrapsychique" (1995, p. 93). Il cherche notamment à "établir des liens entre ***dépression*** et ***tentatives de suicide*** et plus généralement des liens entre ***capacités d'élaboration psychique, passage à l'acte*** et ***dépression***" (p. 94), en accord avec ce que souligne l'épidémiologue JEANNERET, cité par JEAMMET et coll. (1994) : "La dynamique psychique de l'individu resterait prévalente dans l'évaluation du risque suicidaire" (p. 29). Pourrait-on dire que le modèle théorique de Ph. JEAMMET explorerait essentiellement les liens entre ***agir*** et ***mentalisation*** ? Son hypothèse concernant l'existence de particularités du fonctionnement mental de l'adolescent suicidant s'est trouvée confortée par les résultats statistiques, mettant en évidence "non pas des constantes", mais "***des dominantes du fonctionnement mental***" allant dans le sens d'une***vulnérabilité psychique*** (1995a, p. 109). Pour Ph. JEAMMET et E. BIROT (1995a), "cette vulnérabilité est l'expression d'une difficulté de l'appareil psychique à tenir un rôle essentiel d'adaptation du sujet au double registre de ses besoins et désirs et de la pression de l'environnement" (p. 98). Il est essentiel pour eux d'avoir montré que cette caractéristique du fonctionnement psychique se retrouve à des niveaux très différents de l'organisation mentale :

- ***"la capacité de l'appareil psychique à répondre aux traumatismes extérieurs, tels que la perte ou la séparation (...) ;***
- ***les caractéristiques du fonctionnement psychique (...) ;***
- ***l'organisation même de l'appareil psychique (...)"*** (p. 98).

Se penchant sur ***le devenir*** des adolescents suicidants, il fait le constat "des évolutions contrastées de ces adolescents, rendant le pronostic aléatoire et témoignant certes de l'importance de l'organisation mentale et du fonctionnement psychique de ces sujets, mais justement dans leur dimension de ***précarité***" (1994, p. 189). Il y aurait nécessité de "mise en place de défenses

relativement rigides pour se dégager du risque suicidaire (...) ainsi que de l'extrême sensibilité à l'environnement de ces patients, (...) caractéristique essentielle de ces adolescents éminemment vulnérables" (p. 190). Il souligne ainsi largement ce ***"poids de l'environnement"*** que nous nous proposons d'évaluer.

Les réflexions de R. DEBRAY (1991a) sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique, reprises dans son ouvrage récent (1996a) permettent d'élargir le cadre théorique de cette recherche par la mise en relation de ***la mentalisation*** et de ***la somatisation***. En tant qu'acte sur le corps, la tentative de suicide semble en effet pouvoir être rapprochée de ce processus de ***somatisation*** mettant en jeu le corps.

L'auteur évoque une recherche conduite par l'Institut de Psychosomatique de Paris (JASMIN et al. 1990) auprès de femmes "suspectes de cancer du sein" (p. 41), posant la question suivante : est-il possible d'émettre un pronostic quant à la nature bénigne ou maligne de la tumeur dont ces femmes sont porteuses en fonction de la qualité de leur organisation mentale ? Les résultats sont clairs, montrant que les pronostics les plus favorables sont émis pour les organisations psychiques bien mentalisées. Ces données confirment la perspective de MARTY (1990, 1991, 1996) ainsi que l'expérience acquise par R. DEBRAY à l'Hôpital de la Poterne des Peupliers : ***"Le travail psychique peut protéger le corps contre un éventuel mouvement de désorganisation somatique"*** (p. 42). Qu'en est-il, chez l'adolescent suicidant, de la valeur fonctionnelle de ce travail psychique, de ces plaintes somatiques fréquentes, exprimées notamment durant les semaines précédant le passage à l'acte, et mises en évidence avec pertinence par l'épidémiologie (CHOQUET, 1989a, 1989b) ?

Dès 1985, R. DEBRAY repérait "à l'orée de l'adolescence une période particulièrement critique où le sujet, structurellement fragilisé parce que n'ayant pas encore pu développer ses aménagements personnels face aux bouleversements pubertaires, va se trouver d'une certaine façon livré aux aléas de la conjoncture. Cette période critique se situerait préférentiellement entre 13 et 14-15 ans. Peu de choses alors suffiront à faire apparaître un mouvement de désorganisation somatique et la période de l'adolescence pourra s'ouvrir sur une maladie souvent spectaculaire mais pas nécessairement durable" (p. 312).

Dans une recherche centrée sur les modalités de fonctionnement psychique et l'expression gynécologique chez trente jeunes femmes (1993), l'auteur et son équipe se réfèrent également à la notion majeure d'***économie psychosomatique générale***, élargissant ainsi "le champ habituel des techniques projectives en psychologie clinique et en psychopathologie, dans la mesure où il apparaît que ***les régulations psychiques*** - bien entendu fort importantes - ne sont pourtant qu'un aspect des régulations générales qui affectent l'individu dans son ensemble" (p. 167). Parallèlement, elles insistent donc sur "***le poids des données anamnestiques*** ayant pu entraîner un gauchissement du développement psychosomatique ultérieur, et en particulier ***le poids des deuils insuffisamment ou non élaborés de l'enfance voire de l'adolescence***" (p. 168), justifiant largement de se pencher en complément sur "l'histoire" de ces adolescents suicidants, et introduisant ainsi "la dimension du déroulement temporel de l'activité de pensée" (DEBRAY, 1996a).

Elle ouvre la discussion sur la notion complexe de ***mentalisation***, proposant une formulation originale. Alors que pour P. MARTY, la mentalisation renvoie aux caractéristiques du système préconscient du sujet, en permettant d'en apprécier les trois qualités fondamentales (épaisseur, fluidité et permanence de son fonctionnement), ***la mentalisation*** est pour R. DEBRAY (1996a, 1997) "***la capacité - purement humaine - de tolérer puis de négocier voire d'élaborer l'angoisse intra-psychique, la dépression et les conflits intra-psychiques et inter-personnels***" (1996a, p. 35).

Dans un article récent centré sur le développement psychique et l'évolution des conduites de jeu (1996b), l'auteur reprécise que "les grandes quantités d'excitations sont incompatibles avec le travail psychique" (p. 192), renvoyant à la remarque d'A. GREEN (1973) : "Quand l'affect parle, le discours se tait." Et selon elle, "lorsque le bébé puis le jeune enfant reste durablement sous la pesée de trop d'excitations, c'est l'expression somatique, quelle que soit sa nature ou sa forme, qui prédomine" (p. 193).

Dans son dernier ouvrage (1996a), elle présente de manière plus affirmée sa position concernant "***l'expression somatique***" : "une des modalités qui participe aux régulations de l'économie psychosomatique générale des sujets, au même titre, bien que différemment, que ***les régulations psychiques***" (p. 54) et précise que dans sa perspective, "l'expression somatique

tout comme la symptomatologie mentale positive peut être souvent comprise comme une ***richesse*** plutôt que comme une fragilité." Elle rappelle qu'en cas de surcharge ou de débordement de l'économie psychosomatique, la réponse par ***somatisation*** est instantanée alors que le ***travail psychique*** nécessite, lui, le temps incompressible de l'élaboration. Elle montre "qu'une somatisation, brutalement apparue, peut aussi constituer dans un deuxième temps, un palier de réorganisation et contribuer alors au maintien de la vie" (p. 54)... On peut cependant se demander jusqu'à quel point, quand on sait que la somatisation a été mise en évidence par les épidémiologistes comme facteur de risque suicidaire (CHOQUET, 1989a).

Le modèle de R. DEBRAY (1991a, 1996a), qui se distingue de celui de P. MARTY par la nouveauté de ses définitions conceptuelles, reste aussi très proche de la perspective développée par P. MARTY (1990, 1991, 1996) dans le sens où tous deux s'intéressent particulièrement aux voies de décharge ou d'écoulement des excitations déclenchées par les événements et les situations de vie touchant notre affectivité. Comme R. DEBRAY, MARTY fait l'hypothèse que "lorsque les excitations qui se produisent en nous ne se déchargent pas ou ne s'écoulent pas, elles s'accumulent et atteignent tôt ou tard les appareils somatiques de manière pathologique" (1991, p. 8). Mais pourrait-on dire que le modèle de MARTY, qui distingue "trois domaines essentiels, différemment mobilisables selon les sujets, ***l'appareil somatique***, (...) ***l'appareil mental***, (...) et ***les comportements***", (1990, p. 49) viendrait, à travers sa prise en compte de "la dépense sensori-motrice", deuxième voie principale d'écoulement ou de décharge en complément de l'élaboration mentale, enrichir les deux modèles précédents d'une troisième dimension ?

Pour MARTY en effet, ***l'appareil somatique*** est "d'essence archaïque (...). Sans perdre toute sa souplesse adaptative biologique et fonctionnelle, il se trouve peu disposé à d'importants écarts de sa systématique." ***L'appareil mental***, quant à lui, est "le plus long à s'être individuellement déterminé, le plus récemment établi, le plus sujet théoriquement à régressions et réorganisations." ***Les comportements*** enfin, sont "toujours présents lors du développement, finalement plus ou moins ralliés, voire soumis, à l'ordre mental." Et c'est "lorsque la disponibilité conjuguée de l'appareil mental et des systèmes de comportement se trouve dépassée, mise en échec par une situation nouvelle que l'appareil somatique répond" (1990, p. 49).

Selon cet auteur, ***"la mentalisation traite donc de la quantité et de la qualité des représentations chez un individu donné"*** (1991, p. 13). Cette notion, mise au point dans les années 70-75, doit beaucoup "aux découvertes et élaborations de FREUD concernant le fonctionnement mental et ses lieux et, à partir de 1915, la mise en évidence de la première topique situant le "préconscient" où se manifestent justement les représentations" (1991, p. 14). MARTY relie nettement la qualité de ce préconscient aux interactions précoces mère-enfant : "L'organisation préconsciente de la plupart des sujets que j'ai pu examiner ou traiter me paraît essentiellement en relation avec les conditions de leur vie intra-utérine (des avenirs à majorité de comportements peuvent, par exemple, s'y dessiner) comme avec les conditions maternelles, puis plus larges, de leur vie infantile" (1996, p. 22). Il souligne par exemple, l'importance des ***deuils précoces de la mère*** pendant la grossesse (1996, p. 160).

En lien avec la qualité de la mentalisation, MARTY oppose aussi la notion de ***"régression"*** à celle de ***"désorganisation progressive"***, les mouvements régressifs menant à l'apparition d'affections somatiques ne mettant pas en jeu le pronostic vital des sujets alors que les mouvements des désorganisations progressives conduiraient à des affections plus graves le mettant en jeu. Il est en accord avec R. DEBRAY pour soutenir que "les défenses et régressions sont des systèmes à respecter chez les individus et que l'on ne doit pas essayer de les démolir dans n'importe quelle condition parce que ce ne sont pas seulement des défenses, c'est un système normal de la vie que d'utiliser la régression" (1996, pp. 29-30).

Il donne également une définition de la notion de "***traumatisme***" en psychosomatique, correspondant à un dépassement des possibilités d'adaptation, précisant que tout traumatisme est relié à un vécu de perte, "la perte d'un être cher, d'une fonction professionnelle ou familiale, perte d'une relation amicale ou sexuelle, perte d'un groupe auquel on appartient, mais aussi perte d'un système de vie antérieur, perte d'une liberté, perte d'une fonction physiologique ou mentale" (1990, p. 49). Il précise "qu'en définitive, c'est l'écoulement des excitations instinctuelles et pulsionnelles, d'essence agressive et érotique, qui constitue le problème central des somatisations" (1990, p. 50).

Pour conclure sur ce troisième modèle, référons-nous à C. DEJOURS faisant le point dans un article récent (1995) sur la perspective psychosomatique de MARTY qu'il qualifie de "doctrine", en développant quatre notions fondamentales :

- ***la psychogenèse des maladies somatiques*** : "au processus de somatisation, est opposé point par point le processus de mentalisation." Il existe donc pour MARTY une causalité psychique des maladies somatiques.

- ***la causalité endogène*** : "entre terrain et événement dans l'analyse de la causalité, c'est le terrain qui l'emporte (...) le terrain est avant tout psychique (...) rôle déterminant du terrain" ;

- ***la structure hiérarchisée des fonctions*** : "du bas vers le haut (...) du plus biologique au plus mentalisé (...). Le processus de somatisation est compris comme une désorganisation régrédiente ou contre-évolutive, c'est-à-dire comme une déhiérarchisation" ;

- ***le principe de prédictibilité*** : "La structure mentale a une valeur prédictive sur les événements somatiques et psychopathologiques (...). Accorder une valeur prédictive à l'organisation mentale, c'est formuler du même coup le primat de l'intrasubjectivité" (pp. 61-63).

Si P. MARTY partage le point de vue de BERGERET concernant ***la hiérarchisation des fonctions***, il s'en distingue sur d'autres plans et les avancées théoriques de BERGERET (1990a, citées par C. de TYCHEY et coll. en 1992), différenciant les concepts d'***espace imaginaire*** et de ***mentalisation***, articulant cette conception hiérarchique à sa perspective structurale sera notre dernier référent psychanalytique, contribuant à l'élaboration du cadre théorique de cette recherche. L'auteur souligne dans son ouvrage de 1990, à quel point "les enquêtes épidémiologiques nous montrent la fréquence des carences du fonctionnement mental imaginaire repérable chez les sujets devenus fortement dépendants" (p. 147).

Il définit ***la fonction imaginaire*** : ***"Imaginer, c'est être capable d'engendrer des fantasmes, des rêveries diverses et des rêves, qui "mettent en images" de façon très vivante sa place et sa manière d'être en représentation dans le monde, de même que les modèles de ses échanges avec les autres"*** (p. 148).

BERGERET différencie donc ce concept d'***imaginaire*** de la notion de ***mentalisation***, qu'il définit comme ***un des modes de fonctionnement de l'imaginaire.***

Comme MARTY, il distingue en effet ***trois niveaux hiérarchisés*** de la traduction relationnelle de l'imaginaire, le plus "noble" renvoyant ***au mental***, le niveau intermédiaire, ***au comportemental***, et le plus archaïque, ***au corporel.***

Dans un article récent centré sur l'incertaine subtilité des limites nosologiques (1996), il s'intéresse aux frontières des manifestations psychosomatiques avec l'ensemble de la psychopathologie et émet "l'hypothèse selon laquelle la manifestation du registre psychosomatique pourrait se révéler comme un moyen d'exprimer, sous un aspect particulier, ***un conflit profond*** d'ordre tout aussi bien névrotique que psychotique ou dépressif, selon la structure propre du sujet" (p. 313). Cette hypothèse l'amènerait à "une nouvelle représentation théorique des frontières déjà si fragiles conceptuellement de la pathologie psychosomatique" (p. 314). Mais contrairement à la position de MARTY, DEBRAY et bien sûr FREUD, soutenant que "le symptôme somatique est dénué de sens" (DEBRAY R., 1996a, p. 22), BERGERET propose un modèle complexe, en accord avec DEJOURS, intégrant ***cette dimension du sens*** : "Il paraît possible de ne pas nier le sens du symptôme sans se fixer exclusivement sur ce sens mais de placer dans une perspective différentielle supplémentaire les frontières intérieures des territoires déjà bien sélectivement repérés de la psychopathologie (...). De telles frontières marqueraient à l'intérieur de chaque fonctionnement structurel les aléas du passage évolutif de l'un à l'autre des trois degrés progressifs d'expression possible du fonctionnement psychique humain, classables par degré d'élaboration croissante : ***l'expression psychosomatique, l'expression comportementale ou caractérielle et enfin l'expression mentalisable***" (1996, p. 314).

La référence à ces quatre auteurs nous amène à proposer la mise à l'épreuve d'***un modèle théorique des liens entre réalité externe et réalité interne***, chez les adolescents suicidants, qu'il importera d'évaluer précisément à partir :

- d'une part, des caractéristiques de la réalité externe, en terme d'avatars générateurs d'excitations susceptibles de déterminer un degré plus ou moins élevé de surcharge externe ;

- d'autre part, des caractéristiques de la réalité intrapsychique, en terme d'espace imaginaire et de qualité des processus de mentalisation du sujet.

En fonction des relations existant entre ces deux paramètres, il devrait nous être possible de poser ***des hypothèses théoriques relatives :***

- d'une part, au degré de surcharge externe ;

- d'autre part, aux conditions du traitement mental des excitations ;

- et enfin, en cas de faillite de l'élaboration mentale, aux conditions d'expression par les voies comportementales, (plus précisément ici en terme d'acting suicidaire), et (ou) somatiques.

La prise en compte de ces éléments devraient permettre de ***différencier un groupe d'adolescents tout-venants de leurs homologues suicidants.***

Les chapitres suivants vont nous aider à préciser les facteurs intervenant au niveau de chacune de ces dimensions et de leurs interrelations.

II - EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE ET FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE A L'ADOLESCENCE

L'abord de ce chapitre nous confronte à ***l'épidémiologie*** définie clairement par F. DAVIDSON et M. CHOQUET (1981) dans leur ouvrage de référence sur le suicide de l'adolescent : ***"l'épidémiologie est une méthode scientifique médicale qui permet d'étudier les phénomènes de santé ou de maladie dans la population générale ou des groupes de population.*** En évaluant et comparant des fréquences, elle met en évidence les facteurs qui influent sur l'apparition, la répartition et l'évolution du phénomène étudié, et permet de vérifier ou d'infirmer les hypothèses résultant des travaux cliniques" (p. 13).

L'épidémiologie descriptive, qui nous a déjà permis d'introduire ce travail par quelques informations chiffrées sur la morbidité suicidaire, va nous permettre dans un premier temps, de mieux cerner le phénomène du suicide, au travers des principales données concernant le suicide, les tentatives de suicide et les idées suicidaires.

Cette épidémiologie s'est enrichie au fil des ans, ***d'une approche plus analytique***, introduisant la notion de ***"facteurs de risque"***, que nous aborderons ensuite.

A - EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE

1 - PRINCIPALES DONNEES CONCERNANT LE SUICIDE

L'étude de l'évolution du suicide, menée depuis plus d'une trentaine d'années en France par différents Services de l'INSERM (Service Commun n°8, Unité 169, Unité 302...) permet de disposer de chiffres assez précis et de distinguer ***deux grandes périodes de quinze ans.***

La première, de 1971 à 1986, est marquée par l'augmentation régulière et de manière très significative du nombre de suicides enregistrés ***dans la population générale*** par la statistique des "causes médicales des décès" : 7 890 suicides en 1971 contre 12 525 en 1986, le taux de mortalité par suicide pour 100 000 habitants passant de 15,4 à 22,6 (B.O. n°37, 1991).

Cette augmentation constante est retrouvée ***chez les jeunes de 15 à 24 ans***, où le suicide représente jusqu'à ***12% des décès par an.*** Le taux de mortalité par suicide pour

100 000 habitants passe chez eux de 6,8 à 10,3 (sexes confondus). Une nette différence est à relever, pour cette tranche d'âge, en fonction du sexe, les taux masculins, allant de 9,7 à 16, étant trois fois plus élevés que les taux féminins, allant de 3,9 à 4,5.

A titre d'exemple, centrons-nous sur les données de ce Bulletin Officiel et celles de M. CHOQUET (1991) concernant ***l'année 1986*** :

- ***nombre de décès par suicide en 1986 : 973 jeunes de 15 à 24 ans ;***
- ***taux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants) en 1986 :***
  - ***entre 15 et 24 ans : 16 pour les garçons et 4,5 pour les filles*** *(entre 15 et 19 ans : 9,1 pour les garçons et 2,6 pour les filles, entre 20 et 24 ans : 25 pour les garçons et 6,7 pour les filles).*

Notons de plus que l'auteur nous invite à "ne pas oublier que la sous-déclaration est fréquente", précisant "qu'en France, on estime la perte d'information à environ 25%" (p. 62).

L'évolution récente de la mortalité par suicide dans notre pays (de 1985 à 1994) suivie par F. HATTON et coll. (1996) met en évidence globalement, dans la population générale, "de nettes variations du nombre annuel de suicides. Aux environs de 12 500 en 1985, ce nombre diminue jusqu'en 1990 (11 400). A partir de 1991, la tendance s'inverse, plus de 12 000 suicides étant enregistrés en 1993 et 1994" (p. 132). Les caractéristiques générales de cette mortalité par suicide, durant ces dix dernières années, rejoignent celles décrites antérieurement par d'autres auteurs (FACY et coll., 1990 ; DAVIDSON et CHOQUET, 1981) : ***"nette surmortalité masculine et augmentation de la fréquence du suicide avec l'âge"*** (p. 132). Les auteurs, en accord avec M. CHOQUET (1994d), soulignent, à partir de 1991, "l'augmentation nette du suicide chez les moins de 50 ans" (p. 133) et nous invitent également à la prudence quant à la lecture de ces données soulevant la question de biais possibles d'enregistrement, "certains suicides restant méconnus du fait de la non-déclaration des cas par les instituts médico-légaux ou de l'imprécision de la certification médicale" (p. 133).

Tenant compte de ces éléments, et évaluant actuellement entre 10 et 20% cette sous-estimation, les auteurs précisent "qu'on est en droit de penser que ***l'accroissement du suicide chez les jeunes reflète bien une réalité***" (p. 133).

F. FACY (1995) précise la part du suicide dans la mortalité générale en 1988 :

- pour les 15-19 ans : 9,6 pour les garçons, 7,7 pour les filles ;

- pour les 20-24 ans : 13,3 pour les garçons, 12,6 pour les filles (p. 1502).

A titre d'exemple, penchons-nous sur la statistique nationale des "causes médicales de décès" concernant les jeunes de 15 à 24 ans pour l'année 1993 (INSERM, Service Commun n°8) montrant déjà que le suicide reste, pour cette tranche d'âge, la deuxième cause de décès après les accidents de la circulation et avant les tumeurs. Les chiffres relevés sont proches des taux élevés de 1985-1986 :

- nombre de décès par suicide en 1993 : 966 jeunes de 15 à 24 ans (756 chez les garçons, 210 chez les filles) ;

- taux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants) en 1993 :

- entre 15 et 24 ans : 18,2 pour les garçons (16 en 1986) et 5,2 pour les filles (4,5 en 1986)... Dans trois quarts des cas, il s'agit donc de garçons.

Ces taux, à valeur d'estimation annuelle, diffèrent dans la population générale selon les facteurs géographiques où d'importantes disparités régionales sont relevées : "ce sont les régions de Bretagne, Basse et Haute-Normandie, Picardie et Nord pour lesquelles les taux de mortalité par suicide sont les plus élevés" (p. 149)... Données confirmées par M. CHOQUET (1991).

La situation en Lorraine, observée en 1994 (Réalisation ORSAS) permet de dégager quelques faits marquants :

- la mortalité régionale est inférieure de 9% à celle de la France. Cette sous-mortalité s'observe tant chez l'homme que chez la femme, dans la population générale ;

- la mortalité par suicide concerne principalement les hommes et les personnes âgées ;

- les suicides sont responsables d'un décès sur sept entre 15 et 24 ans chez l'homme, pourcentage régional nettement supérieur au pourcentage national (16% contre 13%) ;

- en 1990, les décès par suicide sont plus nombreux que les décès par accidents de la circulation, eux-mêmes en diminution régulière depuis dix ans ;

- en sept ans (1983-1990), on observe chez les jeunes de 15 à 24 ans, des taux qui se distinguent des données nationales : une augmentation du taux de mortalité par suicide chez les garçons (de 16,6 à 17,3) alors que ce taux diminue au niveau national, (de 16,5 à 15,8), une diminution chez les filles (de 3,7 à 2,5), même évolution qu'au niveau national (de 4,8 à 4,6), mais à partir de taux régionaux plus faibles.

Les données de M. CHOQUET (1991, 1994d) concernant le suicide des adolescents montrent également que ***"les modes de suicide sont toujours des moyens violents*** : pendaison et arme à feu sont les deux modes essentiels, pour les filles, l'intoxication occupant une place non négligeable" (p. 62).

X. POMMEREAU (1996) confirme "qu'à tout âge, les deux modes de suicide les plus utilisés sont la pendaison et l'arme à feu" (p. 4). Pour l'année 1993, il note à propos des 15-24 ans, "cette triste énumération" des méthodes suicidaires : 44% des garçons et 16% des filles ont utilisé l'arme à feu, 33% des garçons et 23% des filles, la pendaison, 8% des garçons et 32% des filles, l'intoxication, 1,5% des garçons et 3% des filles, la noyade, 5% des garçons et 14% des filles, le saut d'un lieu élevé.

Certaines caractéristiques ont enfin pu être mises en évidence (B.O. n°37, 1991) :

- "le suicide affecte davantage les classes socio-professionnelles les plus défavorisées ;

- l'isolement social ou la solitude sont des facteurs liés ;

- la part des affections mentales reste mal appréciée" (p. 144).

Sur le plan international, KANDEL (1989) note que de 1958 à 1982, "parallèlement à un accroissement frappant de la consommation de drogues, en particulier celle des drogues illicites chez les adolescents et les jeunes adultes aux Etats Unis, les taux de décès par suicide ont pratiquement triplé dans la catégorie d'âge 15 à 24 ans, "les taux étant passés de 4,7% à 15,5% chez les jeunes garçons de race blanche" (p. 137).

M. CHOQUET (1991), s'appuyant notamment sur les données de KAMINSKY et coll. (1985) précise que "la mortalité par suicide des 15-24 ans est en augmentation dans la plupart des

pays" (p. 62), précisant que "l'accroissement du taux de suicide des garçons de 15-24 ans est particulièrement important en Irlande (+ 178%), au Luxembourg (+ 100%), en Norvège (+ 127%), au Portugal (+ 95%) et en Belgique (+ 81%). La France (+ 49%), se situe légèrement au dessus de la moyenne (+ 13%) des 21 pays pris en considération" (p. 62).

F. FACY (1995) note, dix ans plus tard, que la nature des décès, pour les 15-24 ans, est semblable dans les différents pays de la CEE : "presque 70% des décès sont dus à des accidents de la route. (...) Les suicides, rares avant 15 ans, relativement peu fréquents entre 15 et 19 ans (7% du total des décès), augmentent nettement à partir de 20 ans (13% des décès de cette tranche d'âge)." Elle signale cependant pour la France, par rapport à la CEE en moyenne, "une surreprésentation des suicides pour les jeunes entre 15 et 19 ans, surtout pour les garçons (9,6% contre 6,6%)" (p. 1505).

2 - PRINCIPALES DONNEES CONCERNANT LES TENTATIVES DE SUICIDE

Reportons-nous au texte du Bulletin Officiel (1991), précisant que dans ce domaine, "il n'existe aucune statistique nationale, les seuls chiffres connus provenant d'enquêtes pilotes réalisées par l'INSERM" (p. 144). ***La morbidité suicidaire s'avère donc beaucoup plus difficile à évaluer.***

Centrons-nous alors sur ces travaux déjà évoqués, menés par M. CHOQUET et son équipe, de manière à dégager quelques repères chiffrés.

Cet auteur (1989b, 1991, 1994c), s'appuyant sur les données épidémiologiques de DAVIDSON et PHILIPPE (1986) précise, comme nous l'avons évoqué précédemment, que ***la tentative de suicide est plus fréquente parmi les jeunes et concerne surtout les filles, contrairement à ce qui se passe pour la mortalité.*** La croissance est d'environ 20% en sept ans.

Alors que pour l'ensemble de la population, tous âges, le taux annuel d'hospitalisation est de :

- ***258/100 000 pour les femmes ;***
- ***138/100 000 pour les hommes.***

Il est plus élevé pour les 15-24 ans :

- 462/100 000 pour les filles ;

- 216/100 000 pour les garçons... Dans deux tiers des cas, il s'agit de filles.

L'auteur ajoute que cette prédominance est retrouvée dans l'ensemble de la littérature internationale (KANDEL, 1989) et estime ***"le nombre de jeunes hospitalisés pour tentative de suicide à environ 45 000 chaque année"*** (p. 62), chiffre, selon M. CHOQUET, tout à fait minimal puisqu'en France, une enquête menée auprès des lycéens (CHOQUET et DAVIDSON, 1984a) révèle que parmi l'échantillon représentatif réalisé (2 088 jeunes de 15 à 20 ans), 1,5% des garçons et 3,3% des filles ont déjà fait une tentative de suicide et que dans un cas sur deux seulement, ils ont été hospitalisés pour cette tentative (CHOQUET, 1989b, p. 54).

Nous avons pu noter que contrairement à la mortalité :

- 90% des tentatives de suicide sont le fait d'une intoxication médicamenteuse, en particulier les tranquilisants (50%), les hypnotiques (19%), les barbituriques (9%), les antidépresseurs (8%) et les neuroleptiques (6%) (CHOQUET, 1991, p. 62) ;

- La proportion de récidivistes est de 37% pour les 15-24 ans, 36% parmi les garçons, 37% parmi les filles (CHOQUET, 1989b, p. 54).

Retenons enfin que le rapport morbidité/mortalité suicidaire, pour les jeunes de 15 à 24 ans, varie nettement selon le sexe, 22 pour les garçons, 160 pour les filles (CHOQUET, 1989b, p. 54).

Les données les plus récentes concernant le pourcentage des tentatives de suicide chez les jeunes (Enquête nationale sur les adolescents, CHOQUET et LEDOUX, 1994b), réalisée auprès de 12 000 jeunes scolarisés de la population générale, montrent que "parmi les 11-19 ans" :

- 6,5% ont déjà fait une tentative de suicide dont un sur quatre, plusieurs ;

- 1,3% ont été hospitalisés pour une tentative de suicide ;

- les gestes suicidaires sont plus fréquents parmi les filles (8% chez les filles et 5% chez les garçons) ;

- les taux d'hospitalisation après une tentative de suicide varient légèrement selon le sexe : 24% pour les garçons, 18% pour les filles (p. 159).

X. POMMEREAU (1996), dans son ouvrage récent consacré à l'adolescent suicidaire, insiste sur le problème majeur des récidivistes qui concerne le tiers des adolescents suicidants. Nous avons déjà noté à quel point ce risque est important dans les douze mois suivant le passage à l'acte... Dans son expérience, "75% des jeunes récidivistes à trois mois n'avaient pas fait l'objet d'une hospitalisation lors de leur tentative précédente" (p. 9).

BILLE-BRAHE et SCHMIDTKE (1995) font le point de la situation en Europe par rapport aux conduites suicidaires des adolescents à partir des résultats d'une recherche multicentrique de l'OMS/Europe ayant réuni seize centres de treize pays européens (p. 29). Les premiers résultats montrent que "les taux de tentatives de suicide chez les jeunes sont extrêmement variables dans les différents pays" (p. 30). En comparant les chiffres actuels à ceux des années 70, les auteurs constatent "un certain fléchissement dans la majorité des pays d'Europe." Par contre, le taux de récidive semble être en augmentation, en particulier le taux de récidive à court-terme. Les auteurs notent, de plus, que "le facteur sexe ne semble pas aussi significatif qu'autrefois" (p. 30).

A titre d'exemple, *les taux les plus élevés, pour les adolescents de 15 à 19 ans, sont ceux d'Oxford, 305/100 000 pour les garçons, 790/100 000 pour les filles et les plus bas, ceux de Padoue, 19/100 000 pour les garçons, ceux de Guipuzcoa (Espagne), 126/100 000 pour les filles.*

3 - PRINCIPALES DONNEES CONCERNANT LES IDEES SUICIDAIRES

En 1991, M. CHOQUET note que "les idées suicidaires n'ont pas fait l'objet de nombreuses études", et donne deux raisons à cela :

-"moins objectivables que les conduites, les idées suicidaires sont de ce fait considérées comme peu fiables. (...) La disparité des résultats d'enquêtes renforce cette conviction" ;

- *"elles nécessitent des enquêtes dans la population, généralement difficiles à mettre en place (échantillonnage, coût), en particulier sur ce sujet délicat"* (p. 63).

Quelques enquêtes menées auprès d'adolescents (scolarisés ou non) ont permis cependant de connaître la proportion de jeunes ayant rarement ou souvent des idées suicidaires.

Ainsi M. CHOQUET et coll. (1988, 1989b, 1991) citent les résultats d'une enquête réalisée en 1984, auprès d'adolescents scolarisés ou non : ***19% des garçons de l'échantillon, et 44% des filles, avaient déjà pensé au suicide, respectivement 5% et 16% souvent.*** Ces auteurs notent que six ans plus tôt, parmi une population comparable, les proportions étaient sensiblement les mêmes face à la première éventualité (22% pour les garçons et 38% pour les filles), mais plus faibles face à la deuxième (3% pour les garçons et 9% pour les filles). Ils soulignent que ***"la différence des sexes va dans le même sens que celle observée pour les passages à l'acte."***

Dans cette recherche, le rapport idées suicidaires/passage à l'acte, ne diffère pas selon le sexe (14 pour les garçons, 12 pour les filles) bien que, comme M. CHOQUET le remarque par ailleurs, "les filles soient plus enclines aux idées suicidaires que les garçons" (1991, p. 63).
Ces auteurs notent également que ***"la fréquence des idées suicidaires est fortement liée au risque de passage à l'acte"*** (1989b, pp. 55-56), résultats conformes aux données les plus récentes (CHOQUET et LEDOUX, 1994b).

D'autres recherches, notamment une comparaison Franco-Québecoise (KOVESS V. et CHOQUET M., 1989 ; CHOQUET et coll., 1993), rassemblant les données de diverses enquêtes (1985, 1988) donnent des résultats similaires. Bien que la comparaison du pourcentage d'idées suicidaires dans les deux pays soit rendue délicate du fait de méthodologies un peu différentes, les taux concernant les jeunes filles sont très semblables. La différence la plus marquée concerne les garçons Québecois dont le taux d'idées suicidaires apparaît plus élevé qu'en France.

La recherche de KANDEL (1989), menée aux USA auprès de 593 citadins élèves de troisième et de première, et centrée sur les facteurs de risque des idées suicidaires, montre nettement que ***ces adolescents suicidaires "vivent dans un milieu plus stressant que leurs pairs non-suicidaires."*** Les résultats révèlent que "le nombre rapporté d'événements vécus comme stressants dans l'année écoulée, particulièrement négatifs, est associé à une

augmentation de sentiments suicidaires" (p. 149). Ce constat suggère l'intérêt qu'il y aurait à prendre en considération les éléments de surcharge externe dans la dynamique potentielle de l'acting suicidaire. Ils montrent aussi que chez les garçons comme chez les filles, "les symptômes dépressifs sont les éléments prédictifs les plus forts des idées suicidaires" (p. 157).

Les données les plus récentes concernant la fréquence des idées suicidaires chez les jeunes (Enquête nationale sur les adolescents, CHOQUET et LEDOUX, 1994b) montrent que, parmi les 11-19 ans :

- ***76,6% ne pensent jamais au suicide ;***
- ***23,4% ont des idées suicidaires (19% des garçons et 27% des filles) ;***
- ***9% y pensent fréquemment (7% des garçons et 11% des filles).***

On note que les idées, comme les tentatives de suicide sont les plus fréquentes parmi les filles (p. 159).

La liaison idées suicidaires et passage à l'acte est nettement soulignée : "parmi les suicidants primaires, 49% ont souvent des idées suicidaires, 82% parmi les récidivistes" (p. 161).

Ceci suggère aussi l'intérêt qu'il y aurait à mettre en place, dans une perspective de prévention, un contrat antisuicide (FURTOS, 1980).

B - FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE A L'ADOLESCENCE

Bien avant que soit utilisée de manière courante la notion de ***facteur de risque***, prévalait celle de ***facteur suicidogène***, comme dans l'ouvrage de référence déjà ancien d'A. HAIM (1969), régulièrement cité par la plupart des auteurs pour sa grande valeur. Après avoir défini brièvement ces deux notions, nous aborderons une revue des travaux récents dans ce domaine.

1. LA NOTION DE FACTEUR SUICIDOGENE

Dès 1969, A. HAIM s'interrogeait sur la question essentielle "du pourquoi et du comment de l'acte-suicide du sujet jeune" (p. 149). Et même si dans sa conclusion, "cette question humainement fondamentale restait sans réponse" (p. 296), il lui semblait judicieux d'adopter

comme hypothèse de travail "la notion de l'association de facteurs dans le déterminisme du suicide d'adolescent" (p. 151). Il convenait pour lui de parler de ***"facteurs suicidogènes"*** en évitant l'écueil de leur hiérarchisation, tout en sachant qu'ils n'intervenaient pas tous avec la même importance. Il distinguait d'une part, *"les facteurs événementiels, sociologiques et psychiatriques"*, renvoyant à ***la réalité externe*** de l'adolescent, et d'autre part, *"les facteurs propres à l'adolescence"*, tels que la tendance au passage à l'acte ou la manipulation de l'idée de mort, constituant la partie originale de son ouvrage mais renvoyant davantage à ***la réalité interne*** de l'adolescent, qui n'est pas l'objet de ce chapitre.

1.1 - Facteurs événementiels

La notion de ***facteur événementiel***, c'est-à-dire "tout fait fortuit survenant au cours de l'adolescence et étant supposé avoir joué un rôle direct dans le déterminisme du suicide par sa seule existence" (p. 156), n'était, pour lui, qu'apparemment facile à délimiter.

En effet, si certains événements, tels que "la maladie purement somatique", "l'échec à un examen", "les déceptions sentimentales", pouvaient sembler fortuits, d'autres, tels que "l'échec scolaire" ou "la mise en internat" l'étaient plus rarement et pouvaient être "l'aboutissement plus ou moins inéluctable de processus particuliers psychologiques ou sociaux", ou entraîner "des conséquences jouant, elles, un rôle de facteurs événementiels dans le suicide" (p. 157). Parmi les facteurs événementiels fortuits, il réservait une place particulière à "***la perte d'un être cher au cours de l'adolescence.***" Il était le premier à "attacher une certaine importance au ***décès d'un grand-parent*** lorsqu'il se produit dans un contexte particulier" (p. 158). C'est l'observation clinique qui lui permettait de constater que "ces événements étaient retrouvés avec une singulière fréquence dans la période précédant l'acte suicidaire" (p. 159).

1.2 - Facteurs sociologiques

Parmi les facteurs sociologiques, A. HAIM (1969) évoquait d'abord "le groupe restreint de la famille", puis "les structures sociales auxquelles l'adolescent a à se confronter" (p. 164).

Au niveau des facteurs familiaux, il relevait :

- ***la situation matrimoniale de l'intéressé,*** notant "l'influence aggravante du mariage trop précoce avant vingt ans, surtout pour le sexe masculin" (p. 165), élément déjà signalé par DURKHEIM (1960) ;

- ***la place dans la fratrie,*** largement étudiée, renvoyant à l'absence de rôle du statut d'enfant unique ou du rang dans la fratrie, mais à des opinions partagées concernant la place d'aîné. Il suggèrait également de rechercher "l'éventualité de décès dans la fratrie, notamment avant la naissance du jeune suicidant" (p. 165) ;

- ***les anomalies de la structure familiale,*** constituant le facteur principal. Outre l'absence fréquente d'un des parents ou des deux, dans un contexte de séparation, de divorce, de concubinage ou de remariage, l'auteur signalait "la fréquence de la cohabitation entre plusieurs générations comme type de situations aboutissant à des altérations plus ou moins profondes de la constellation familiale" et "les perturbations importantes des rapports intra-familiaux" (p. 166) ;

- ***l'absence de père,*** retrouvée par tous les auteurs et remontant toujours à l'enfance. Il notait que "la carence paternelle est atténuée lorsqu'un autre homme de l'entourage a pu établir une relation satisfaisante" (p. 166).

Au niveau des facteurs sociaux, il distinguait :

- ***les facteurs socio-économiques,*** montrant l'absence de rôle du niveau socio-économique et culturel de la famille mais invitant à se centrer sur la notion de "décalage socio-économique et culturel", notamment entre le milieu familial et le milieu social de l'adolescent (p. 168) ;

- ***le niveau culturel,*** posant également les mêmes problèmes de décalage, au niveau de la famille, ou entre l'adolescent et sa famille (p. 168) ;

- ***l'organisation scolaire,*** invitant à l'envisager sous l'angle de la technique pédagogique, d'une "étude de corrélation de la propension-suicide avec le type d'enseignement" ou du "problème du séjour en internat" (p. 169) ;

- ***les groupes d'adolescents,*** relevant que "les jeunes suicidaires, plus souvent que les jeunes de la population générale, n'appartiennent à aucun groupe" (p. 170) ;

- ***l'attitude de la société vis-à-vis du suicide des adolescents***, rappelant à quel point "le suicide des adolescents rassemble le maximum de peur collective" (p. 171), le problème étant de savoir si "l'interdit collectif aide à maintenir ligotée la tentation de suicide chez les adolescents" ou si "l'impossibilité de parler de la mort et du suicide empêche le processus d'élaboration et favorise les formes régressives de manifestations par l'acte" (p. 172).

1.3 - Facteurs psychiatriques

Parmi les facteurs psychiatriques, A. HAIM (1969) avait peu d'éléments concernant "la proportion de suicidaires chez les adolescents malades mentaux." Quant au nombre des malades mentaux parmi les adolescents suicidaires, il relevait déjà "la difficulté à préciser la catégorie des troubles constatés chez les adolescents" (p. 181), et notait, en accord avec la plupart des auteurs, que "la proportion des psychotiques parmi les adolescents suicidaires, était, sauf exception, située entre 10 et 20 %" (p. 181).

2 - LA NOTION DE FACTEUR DE RISQUE

Cette notion est en lien avec les recherches épidémiologiques, efflorescentes depuis 1972, en France. F. DAVIDSON (1985) nous en donne une définition : ***"les facteurs de risque sont des facteurs corrélés de manière statistiquement significative à l'apparition ou à l'évolution d'un phénomène"*** (p. 180).

La recherche des facteurs de risque suicidaire à l'adolescence suppose donc ici la comparaison d'une population de jeunes suicidants avec une population d'homologues témoins. L'auteur précise que "l'existence d'une corrélation statistiquement significative entre une variable donnée et la tentative de suicide ne permet pas d'affirmer que le facteur concerné est une cause de suicide (on ne peut, en effet, parler de facteur étiologique que lorsqu'il y a liaison directe entre le facteur et l'effet observé), mais seulement que les suicidants le possèdent plus fréquemment que les témoins. C'est ***un facteur de risque"*** (pp. 180-181).

3 - *REVUE DES TRAVAUX MENES EN FRANCE*

Cette revue va nous permettre de faire le point sur les principaux travaux réalisés en France dans ce domaine de l'épidémiologie analytique. Une confrontation aux travaux anglo-saxons les plus récents nous permettra ensuite de dégager les points communs et les divergences dans ce domaine de la recherche des facteurs de risque. Nous tenterons enfin de dégager les facteurs les plus importants pour lesquels existe un consensus relatif entre les auteurs.

3.1 - Les principaux travaux

Ils sont pour l'essentiel recensés, dès 1972, dans la liste thématique des nombreuses publications de M. CHOQUET et son équipe de l'Unité 169 de l'INSERM, sur le thème du suicide de l'adolescent. Les données de ces principales recherches seront comparées à celles recueillies par d'autres auteurs en France durant ces vingt cinq dernières années.

Dès 1976, F. DAVIDSON et coll. se centrent sur ***la notion de risque*** dans le domaine du suicide de l'adolescent en réalisant une étude comparative auprès de jeunes de 15 à 24 ans (suicidants et "normaux") visant à mettre en lumière d'une part, ***les facteurs de risque de suicide*** proprement dits, renvoyant à la prévention primaire, d'autre part ***les facteurs de risque de récidive,*** renvoyant à la prévention secondaire.

S'appuyant sur les données de la littérature et les résultats de deux enquêtes pilotes de l'INSERM, l'une portant sur 537 suicidants de 14 à 20 ans, l'autre portant sur 2339 lycéens, les auteurs répartissent ces facteurs de risque en quatre grands domaines :

- ***les facteurs démographiques et culturels*** *(l'âge, le sexe, les caractéristiques familiales, le niveau socio-professionnel des pères, les activités scolaires ou professionnelles, les autres problèmes sociaux et culturels, tel que l'alcoolisme, l'usage de drogues, la situation de migration ou le problèmes des religions) ;*
- ***les facteurs psychopathologiques ;***
- ***les résultats d'investigations telles que l'électroencéphalographie et les tests biologiques ;***

- ***les facteurs événementiels.***

Elles notent que "si ces variables démographiques, sociales et psychologiques passées en revue, différencient, surtout lorsque plusieurs sont associées, les suicidants des sujets "normaux", et peuvent donc être considérées comme facteur de risque de suicide, elles les rapprochent, par contre, de tous les autres groupes déviants" (p. 292). Elles n'écartent pas l'hypothèse "d'équivalents dans la déviance", précisant que "l'équivalence de certaines toxicomanies et du suicide en tant que comportement auto-destructeur est souvent évoquée."

Elles se réfèrent à J.M. TOOLAN (1975) "insistant sur les "équivalents" dépressifs chez l'adolescent (insommie, migraine, troubles digestifs, fatigue, ennui...) et signalant que, tôt dans l'adolescence, des tendances dépressives conduiraient à des passages à l'acte du type de la délinquance. Plus tard le jeune se tournerait plutôt vers l'alcool, l'usage de drogues ou la sexualité pour éviter de faire face à ses dépressions" (p. 292).

Les auteurs se penchent également sur la recherche des risques de récidive, notant que toutes les études s'accordent sur le fait ***qu'une première tentative de suicide est un haut risque de récidive.*** Ce risque, "généralement considéré comme maximum dans les premiers mois suivant la première tentative, se maintiendrait en plateau dans les deux années suivantes" (p. 293).

La mortalité par suicide des suicidants a été étudiée dans certaines études longitudinales et les résultats sont clairs : la répétition du suicide comporte un risque mortel beaucoup plus important. Les auteurs se réfèrent aux travaux d'OTTO (1972), en Suède, ayant observé 4% de décès par suicide en cinq ans, sur 1547 adolescents suicidants récidivistes.

Les auteurs proposent donc, à partir de cette étude portant sur 537 cas, dont 185 récidives, la construction d'une intéressante ***échelle de risque*** basée sur six facteurs essentiels et qui sera validée sept ans plus tard (DAVIDSON et CHOQUET, 1981 ; CHOQUET et coll., 1983a ; DAVIDSON, 1985) :

- ***facteur 1 : existence d'un diagnostic psychiatrique de psychose ou de personnalité pathologique ;***
- ***facteur 2 : appartenance à une famille de 4 enfants ou plus ;***
- ***facteur 3 : antécédents familiaux d'alcoolisme ;***

- ***facteur 4 : antécédents de troubles du comportement, de difficultés caractérielles et scolaires dans le passé du sujet ;***

- ***facteur 5 : pathologie relationnelle familiale ;***

- ***facteur 6 : tendances dépressives.***

Les facteurs 5 et 6 relèvent d'une appréciation plus subjective du sujet.

La valeur prédictive de cette échelle est assurée par ***l'accumulation de ces facteurs.***

Les auteurs ont pu observer une différence très significative entre les deux groupes de suicidants comparés, concernant leur répartition en fonction de cette échelle de risque.

En conclusion de leur étude, elles ont donc proposé de considérer comme ***sujets à haut risque de récidive de suicide***, au moins tous les adolescents présentant :

- ***soit un diagnostic de psychose ou de personnalité pathologique ;***

- ***soit trois ou plus des cinq facteurs ci-dessus.***

Pour affiner cette étude, les auteurs ont tenté de hiérarchiser ces facteurs de risque grâce à la méthode de segmentation. L'analyse met en évidence ***la prédominance des variables psychologiques*** comme facteurs de risque de récidive (p. 296), avec dégagement de trois niveaux :

- ***premier niveau : existence de difficultés caractérielles ;***

- ***second niveau : variable concernant les tendances dépressives (en l'absence de troubles caractériels) et le diagnostic psychiatrique ;***

- ***troisième niveau : variables relationnelles intra-familiales et taille des familles.***

En fait, ***le risque de récidive le plus élevé*** apparaît pour les adolescents qui cumulent : antécédent de difficultés caractérielles, existence d'un diagnostic psychiatrique et insatisfaction dans les relations familiales.

Le risque de récidive le plus faible est, par contre, constaté chez les jeunes qui n'ont ni difficultés caractérielles, ni tendances dépressives, et bénéficient de l'affection d'au moins un des deux parents (p. 296).

Une conception différente de la mesure du risque de récidive, basée sur la mesure de la létalité potentielle de l'acte suicidaire, existe chez d'autres auteurs.

Ainsi WEISMAN et WORDEN (1972), de Boston, ont expérimenté une échelle, ***"riskrescue rating"***, comprenant cinq facteurs de mort (moyen de suicide, degré de la perte de conscience, gravité des lésions, réversibilité, type de traitement requis) et cinq facteurs de sauvetage (lieu, personne intervenue en premier, probabilité de découverte, possibilités de secours, délais). Ce point de vue se retrouve aussi pour l'adulte (EXNER, 1990).

L'utilisation d'échelles de dépression, notamment ***"the Beck Depression Inventory"***, permet pour certains auteurs d'évaluer, après la première tentative de suicide, la probabilité et la gravité d'une rechute (BECK et coll., 1961).

Mais ce n'est pas sous cet angle de la létalité potentielle que se centrent F. DAVIDSON et coll. (1976b), dans leur recherche menée auprès d'adolescents, car pour eux, "l'impulsivité du geste, l'ignorance fréquente des risques réellement encourus ou des possibilités d'intervention et de sauvetage amènent à considérer le suicide du jeune moins sous l'angle de sa létalité potentielle que sous l'angle de ses fonctions" (p. 285).

En conclusion de cette étude, les auteurs notent donc surtout que "la connaissance des facteurs de risque de suicide chez l'adolescent est indispensable à la promotion des actions de prévention ou de postcure dans ce domaine" (p. 297).

Dans une brève étude de 1977, F. DAVIDSON et coll. se posent la question des ***facteurs de gravité*** pouvant peser sur la durée de l'hospitalisation et les orientations thérapeutiques dans le cas de la tentative de suicide des adolescents. Sont retenues les notions de récidive, de sociopathologie et de psychopathologie. Les auteurs constatent, d'une part, que plus de la moitié des sujets sortent avant le cinquième jour d'hospitalisation, d'autre part, que 61% des sujets sont rendus à leur vie antérieure sans grande prévention, 7% environ font l'objet d'une surveillance hospitalière plus approfondie et 32%, d'une prise en charge ambulatoire.

Cette étude, d'un nombre limité d'observations, est cependant intéressante car si elle permet de repérer "une concordance entre les durées d'hospitalisation et la gravité des cas", elle ne permet pas de "retrouver la même cohérence entre gravité et orientation post-hospitalière" (pp. 58-59). Elle nous place donc face au danger "de laisser partir sans garantie d'une aide éventuelle, tout suicidant ne présentant pas de troubles évidents, mais ayant montré par son acte le besoin impérieux de modifier quelque chose dans son existence" (p. 63).

Les auteurs invitent donc à la vigilance des équipes soignantes confrontées aux décisions de sortie des adolescents hospitalisés.

Le rôle différenciateur du sexe chez les adolescents ayant fait une tentative de suicide est au centre d'une recherche menée par F. FACY et M. CHOQUET (1979) auprès de 535 adolescents suicidants de 14 à 20 ans. Cette étude montre que "le sexe apparaît comme un facteur important" (p. 129). Les résultats peuvent se résumer ainsi :

- ***les garçons font plus souvent une tentative de suicide grave, violente, récidivante et s'inscrivant dans un climat familial perturbé ;***
- ***les filles font dans l'ensemble une tentative de suicide moins grave, "geste d'appel" dans un contexte personnel et familial positif. Elles font plus rarement un "geste grave" survenant dans un contexte familial et social difficile.***

L'étude du rôle du sexe dans le comportement suicidaire adolescent est abordée dans une recherche beaucoup plus récente (GASQUET I. et CHOQUET M., 1993a) dont la méthodologie diffère. Il s'agit dans ce cas, d'une étude comparative selon le sexe, entre 430 adolescents de 13 à 19 ans hospitalisés pour tentative de suicide, et un groupe d'homologues lycéens non-suicidants. Sur le plan des facteurs de risque, les résultats révèlent à la fois ***la prévalence des troubles psychosomatiques chez les filles***, résultat étendu l'année suivante, au cours de l'enquête nationale menée par M. CHOQUET et coll. (1994b), à l'ensemble de la population adolescente, et ***des écarts de résultats plus prononcés, dans les domaines de l'échec scolaire, des troubles psychosomatiques, des manifestations d'angoisse et des abus de substances, entre suicidants et non-suicidants garçons qu'entre suicidantes et non-suicidantes filles.***

Les auteurs concluent, comme en 1979, que ***les garçons suicidants sont en plus grand danger que les filles suicidantes***, cette gravité n'étant pas seulement en lien avec les moyens utilisés pour les tentatives de suicide, mais étant aussi à relier aux différences sur le plan de la psychopathologie.

3.2 - Données de base sur les facteurs de risque suicidaire

C'est l'étude très complète de F. DAVIDSON et M. CHOQUET (1981), rassemblant les résultats de travaux antérieurs (1976a, 1976b, 1978) et comparant une population de 537 adolescents suicidants de 15 à 19 ans avec une population témoin, qui va nous permettre de cerner de manière plus approfondie ***les facteurs de risque*** en présence chez les jeunes suicidants.

Quelles sont, dans un premier temps, ***les caractéristiques personnelles*** de ces jeunes suicidants ? Ces caractères sont-ils retrouvés au travers des recherches plus récentes ?

3.2.1 - Caractéristiques personnelles des jeunes suicidants

*****Facteurs démographiques***

- ***le sexe :*** *la population suicidante comporte une majorité de filles (plus de trois fois plus de filles que de garçons dans cet échantillon).*

En 1991, M. CHOQUET précise que les filles sont majoritaires dans un rapport de deux filles pour un garçon.

- ***l'âge*** *: la majorité des jeunes a 17 ans ou plus.*

Dix ans plus tard, la tentative de suicide est toujours plus fréquente parmi les jeunes de 15 à 24 ans.

- ***la nationalité*** *: le taux d'étrangers est plus élevé que dans la population générale (1,7 fois plus élevé)* (p. 43).

Ce taux est retrouvé en 1991. En 1996, X. POMMEREAU rappelle que "les jeunes Françaises d'origine maghrébine ou non métropolitaine ont recours aux conduites suicidaires avec une fréquence croissante" (p. 9).

* ***Activités scolaires et professionnelles***

- ***les antécédents de difficultés scolaires sérieuses*** *: ils sont présents chez la moitié des jeunes suicidants de cet échantillon ;*

- ***la répartition des statuts de ces jeunes*** *: elle diffère de celle de la population générale (recensement 1975) :*

  - ***proportion d'étudiants*** *deux fois moins importante ;*

- ***pourcentage d'actifs*** *deux fois plus élevé ;*

- ***nombre d'inactifs*** *nettement plus important, surtout parmi les garçons suicidants (p. 43).*

En 1991, M. CHOQUET note que la proportion de non scolaires est deux fois plus élevée parmi les suicidants que parmi les non-suicidants.

* ***Santé physique et mentale***

- ***les maladies graves et les hospitalisations :*** *leur fréquence est relativement importante, la moitié des jeunes suicidants se disant en mauvais état de santé, 11% des sujets ayant été hospitalisés durant les six mois précédant la tentative de suicide.*

Notons que l'attention à porter à ce passé médical de l'adolescent suicidant est soulignée par M. CHOQUET et coll. (1983a et b, 1989a, 1994b et c) et par I. GASQUET et coll. (1993a et b) à plusieurs reprises.

- ***les troubles psychologiques :***

- *la plupart se décrivent comme "pessimistes, tristes, inquiets, facilement découragés, peu dynamiques, ne sachant pas attendre, peu sociables et s'ennuyant très souvent" ;*

- *la moitié d'entre eux ont eu des troubles du comportement (agressivité, violence, instabilité...) ;*

- *10% des sujets ont effectué une ou plusieurs fugues.*

LADAME (1995) signale que "les fugues sont retrouvées avec une fréquence impressionnante dans l'anamnèse des adolescents suicidants" (p. 1519) ;

- ***les troubles mentaux :*** *les auteurs notent l'accord de l'ensemble des psychiatres pour signaler la difficulté de l'évaluation diagnostique chez l'adolescent. C'est avec prudence qu'ils ont considéré :*

- ***un tiers des sujets comme indemmes de pathologie psychiatrique ;***

- ***plus de la moitié des sujets comme paraissant présenter des symptômes psychiatriques, dont 18,9% de personnalités pathologiques, 10,6% d'états dépressifs et 7,7% de psychoses.***

Ces proportions apparaissent supérieures à celles que relève P. MORON (1985), "la plupart des auteurs estimant que 10 à 30% des gestes suicidaires des adolescents sont le fait de sujets présentant des troubles manifestes d'ordre psychiatrique" (p. 203). Les données de MARCELLI (1990) vont également dans ce sens.

Les résultats de cette recherche de 1981 sont en fait à rapprocher de ceux de LADAME (1995), obtenus dans un groupe de 40 suicidants de 12 à 20 ans, et révélant chez plus de 60% des sujets "un fonctionnement border-line ou des troubles narcissiques" (p. 1519).

- l'usage de produits psychotropes : *consommation importante de tabac, (parmi les fumeurs, deux garçons sur trois, et une fille sur deux, fument vingt cigarettes ou plus par jour, différence considérable avec les témoins), consommation d'alcool, et de médicaments modificateurs du système nerveux central, contre l'insommie ou la nervosité,* attitude qu'il est possible de décoder en terme de recours plus important à l'agir comportemental pour décharger l'excédent de tension ;

- la vie sexuelle : *les jeunes suicidants sont plus nombreux à avoir eu une activité sexuelle, celle-ci ayant parfois posé problème (interruption volontaire de grossesse, grossesse en cours lors de la tentative de suicide, inceste, viol...), activité sexuelle où "il s'avère que le plaisir est absent ou très réduit"* (pp. 53-55-56-61).

F. LADAME (1992, 1995) ne manque pas de souligner également cette catégorie d'événements selon lui "sous-estimée jusqu'à récemment" : ***"ce sont ceux qui touchent à l'inceste et autres abus sexuels"*** (p. 1520).

MARCELLI et coll. (1995) précisent aussi que ***"les adolescents suicidants se distinguent par la fréquence des violences subies dans l'enfance et du climat de violence familiale"*** (p. 24).

Sur ce plan général de la santé, notons aussi qu'en 1989, semble se dessiner en France une orientation nouvelle de l'approche épidémiologique, M. CHOQUET se centrant sur ***le vécu du corps*** des adolescents suicidants ou suicidaires. Elle souligne en effet que "les suicidants, vu leur intolérance à la frustration et leur manque de mentalisation, utilisent souvent le langage du corps comme moyen d'expression" (1989a, p. 451). Cette orientation de la recherche serait-elle en lien

avec les observations cliniques de nombreux psychiatres, notamment JEAMMET, soulignant dans son travail de 1985 sur la dépression chez l'adolescent, comme dans sa réactualisation de 1995, "la fréquence des ***plaintes somatiques*** à cet âge" (1995b, p. 309). Cet auteur nous invite d'ailleurs, dans ce chapitre, à la lecture de textes plus anciens (EBTINGER R. et SICHEL J. P., 1971) relatant chez des adolescents de sexe masculin "des tableaux d'hypocondrie aiguë" où ***"les plaintes concernent tous les organes mais avec une nette prédominance pour le coeur"*** (p. 86), ***éléments à garder en mémoire pour la suite de ce travail.***

Les données récentes de M. CHOQUET et R. BOYER (1995a), centrées sur la spécificité des "plaintes somatiques diffuses" selon le sexe, nous éclairent en complément sur la nature des troubles relatés le plus souvent par les filles... Ces auteurs repèrent en effet que "les céphalées ou les nausées existent parmi les filles dès 13 ans (22% ont fréquemment des céphalées, 3%, des nausées), qu'elles sont en augmentation constante jusqu'à 18 ans et que ces troubles sont moins souvent relatés par les garçons, quel que soit leur âge" (p. 49).

Avant de nous recentrer sur l'étude de F. DAVIDSON et M. CHOQUET (1981), notons encore au passage la remarque stimulante de cesmêmesauteurspointant que "malgré la permanence des différences observées entre garçons et filles, relativement peu de recherches ont été engagées pour les expliquer" (1995a, p. 54).

En 1981, M. CHOQUET montrait déjà que les suicidants, primaires ou récidivistes, avaient ***plus d'antécédents de troubles somatiques*** et que ceux qui pensaient souvent au suicide avaient aussi ***des troubles de santé.*** En effet, comparés à une population lycéenne, les adolescents hospitalisés pour tentative de suicide se disaient plus souvent en mauvaise santé (40% contre 12%), avaient eu plus souvent des graves maladies (29% contre 15%), avaient été hospitalisés plus souvent (36% contre 15%) et prenaient plus volontiers des médicaments contre la nervosité (37% contre 10%) ou l'insomnie (48% contre 13%).

En 1989, cet auteur constatait donc à nouveau, comme nous le soulignions précédemment, que "l'acte suicidaire était souvent précédé de troubles au niveau du corps et de conduites de consommation" (1989a, p. 451). Dans sa conclusion, elle insistait encore sur l'importance de cette

prise en compte des signes précoces de malaise dans la pratique médicale et accordait de ce fait aux ***troubles somatiques***, le statut d'***indicateurs de risque de suicide.***

En 1991, ces problèmes de santé, plus fréquents chez les jeunes suicidants, sont toujours relevés par M. CHOQUET.

En 1993, I. GASQUET et M. CHOQUET, enquêtant sur l'accueil des adolescents suicidants à l'hôpital général (1993b), se penchent à nouveau sur ces problèmes de santé des adolescents suicidants. Elles notent que ces problèmes influent nettement sur la décision thérapeutique. En effet, "les sujets présentant des troubles psychosomatiques ont 4,2 fois plus de chances d'avoir un suivi que les autres suicidants, les sujets déprimés ont 2,6 fois plus de chances d'avoir un suivi que les suicidants non déprimés, les sujets ayant des problèmes familiaux ont 2,4 fois plus de chances d'avoir un suivi que ceux qui n'en ont pas."

Le constat est clair : "***la pathologie psychosomatique est donc le facteur ayant le plus de poids dans la prise de décision thérapeutique***" (pp. 401-402).

Les auteurs soulignent enfin le grand intérêt à étudier, chez les adolescents suicidants, le statut des troubles psychosomatiques "car on sait qu'ils constituent, par leur ancrage dans le corporel, une attaque agressive du corps et un moyen d'éviter la mentalisation d'angoisses fortement culpabilisées" (p. 403).

En 1994, CHOQUET et LEDOUX rappellent encore à quel point "les plaintes somatiques ou les troubles de l'humeur peuvent être les premiers symptômes d'un malaise plus grave comme la dépression, la tentative de suicide ou les troubles des conduites alimentaires" (1994a, p. 295).

En 1995, M. PATRIS, se centrant sur les facteurs de gravité dans un syndrome dépressif, insiste d'une part, sur le fait que le risque suicidaire est inhérent à tout état dépressif, et d'autre part, sur le constat "du nombre et du poids des intrications de la dépression avec des problèmes somatiques" (p. 52).

Abordons dans un deuxième temps, ***les caractéristiques familiales*** de ces jeunes et l'évolution de ces données dans le temps.

3.2.2 - Caractéristiques familiales des jeunes suicidants

* ***Facteurs socio-démographiques***

- ***la situation matrimoniale des parents*** : *les auteurs relèvent "une famille dissociée par la mésentente et par la mort", pour un suicidant sur trois, c'est-à-dire deux fois plus que chez les témoins. Ces séparations sont fréquemment "précoces."*

En 1991, M. CHOQUET note que la proportion de familles dissociées est toujours deux fois plus élevée parmi les suicidants que parmi les non suicidants.

LADAME (1995), quant à lui, est interrogateur face à cette dissociation familiale, "devenue si fréquente de nos jours", dit-il, que "cela nous amène à relativiser sa portée pathogène directe au profit d'une analyse plus fine de la nature des liens entre le sujet et ses parents" (p. 1520).

- ***la dimension de la famille*** : *un suicidant sur deux appartient à une famille de quatre enfants ou plus.*

Les auteurs notent que ce facteur n'est pas jusque là signalé dans la littérature comme un facteur de risque.

- ***la résidence*** : *Le nombre de suicidants ayant pris leur indépendance vis-à-vis de leur famille est important (un suicidant sur deux travaille, un sur trois n'habite plus au domicile familial) ;*

- ***la situation d'enfants d'immigrés*** : *c'est un "facteur de risque particulier, pour l'adolescent surtout" ;*

- ***le recours aux modes de garde extra-familiaux*** : *il est fréquent (nourrices, internat plus tard) ;*

- ***le niveau socio-professionnel des parents et la religion pratiquée par la famille*** : *ils n'ont pas d'incidence* (pp.43-45-47).

* ***Facteurs médicaux et psychologiques***

- ***les antécédents familiaux pathologiques*** : *l'alcoolisme, les maladies mentales, le suicide accompli ou les tentatives de suicide, isolément ou associés, se rencontrent environ trois fois plus dans l'environnement des suicidants que dans les populations de référence.*

En 1991, M. CHOQUET insiste à nouveau sur l'importance de ce facteur de risque retrouvé chez les suicidants, relevant ***2,3 fois plus d'antécédents de suicides, 3,2 fois plus de tentatives, 2,6 fois plus de maladies mentales, 3 fois plus d'antécédents d'alcoolisme parmi les membres de famille des adolescents suicidants.*** Elle pointe nettement "le poids de l'alcoolisme familial, conduite souvent associée au suicide et sa récidive", et signale que "la liaison alcool-suicide est actuellement encore peu explorée" (p. 63).

En 1995, LADAME s'exprime dans le même sens, invitant à être particulièrement attentif aux facteurs de risque qu'il nomme ***"clignotants"***, et citant notamment "cette notion d'un ou de plusieurs suicides dans l'anamnèse familiale" (p. 1520).

Mais joignons à ces éléments les données recueillies par A.P. FABRE et coll. (1989) concernant ***"suicide et cancer."***

Frappés du faible nombre de cancéreux suicidaires admis au cours des dernières années dans un service de réanimation respiratoire, les auteurs ont cherché à évaluer le risque de ces patients de se suicider à partir de l'étude de 27 observations (19 femmes et 8 hommes cancéreux suicidants).

Ils ont d'abord remarquer que "les antécédents de ces patients cancéreux et suicidants étaient restés libres de toute manifestation psychopathologique jusqu'à la découverte de leur tumeur" (p. 526) et que les cancéreux présentaient donc "peu de passages à l'acte suicidaires" (p. 527). Se penchant parallèlement sur 5 672 cas de tentatives de suicide observés en réanimation durant les huit dernières années, ils ont fait un constat préoccupant : "l'impact qu'avait le cancer sur la structure familiale, au point d'y faire surgir des conduites suicidaires parmi les proches" (p. 527). En effet, dans 145 dossiers, "la survenue d'un cancer chez un proche ou surtout la mort récente d'un parent direct par cancer" était alléguée comme traumatisme à l'origine du passage à l'acte, plus fréquemment chez les femmes. Ces auteurs valorisaient donc la prise en charge de la famille d'un patient cancéreux qui selon eux "lèveraient bien des facteurs de risque."

- les relations intra-familiales : elles sont, selon les adolescents, le plus souvent perturbées *: mésentente entre les parents, "indifférence", parfois "hostilité", "excès ou absence d'autorité", "désintérêt", et "incompréhension" des parents sont souvent signalés (différence très significative avec les témoins), les filles "se jugeant trop surveillées, jugeant leur*

mère trop autoritaire, hostile ou indifférente", les garçons "se plaignant davantage de l'indifférence de leur père."

Allant dans le même sens, SNAKKERS, LADAME et coll. (1980) relèvent comme phénomène "le plus intéressant et le plus significatif, la défaillance du parent du même sexe" (p. 395).

LADAME (1981) retrouve ces éléments, notant que l'adolescent est confronté, "dans la période qui précède sa tentative de suicide, à une indisponibilité des parents, vécue comme une perte et un abandon" (p. 37).

En 1983, M. CHOQUET et coll., faisant le point sur l'étude analytique du suicide de l'adolescent, reprécisent que les facteurs de risque concernent en premier lieu ***"la famille et les relations intrafamiliales"*** (1983b, p. 19).

En 1991, comme en 1993, M. CHOQUET souligne toujours les difficultés intrafamiliales des jeunes suicidants, caractérisées par "un manque de communication et de compréhension intrafamiliale, cette mauvaise qualité relationnelle existant quelle que soit la situation matrimoniale des parents ou le poids des antécédents pathologiques." C'est, selon elle, "le climat familial, plus que la situation familiale elle-même qui importe" (1991, p. 65).

- ***la mauvaise relation à l'intérieur de la fratrie*** : *elle est évoquée dans plus d'un cas sur quatre* (pp. 49-50).

- ***la consommation de médicaments psychotropes par les parents*** : les données de M. CHOQUET et coll. (1984b) révèlent que *la proportion des mères qui consomment est augmentée pour les suicidants* (p. 2036).

3.3 - <u>Données de base sur les facteurs de risque de récidive</u>

En1981, selon un deuxième axe de recherche, F. DAVIDSON et M. CHOQUET complètent leur étude en comparant des sujets ayant effectué une première tentative de suicide et d'autres ayant accompli au moins deux tentatives, de manière à dégager les différences entre eux, susceptibles d'avoir une valeur prédictive. Quelles sont alors ***les caractéristiques personnelles et familiales*** repérées chez ces jeunes récidivants ?

3.3.1 - Caractéristiques personnelles des jeunes récidivants

* ***Facteurs démographiques***

- ***le sexe, l'âge, la nationalité*** : *aucun de ces facteurs ne différencie les suicidants récidivants des suicidants primaires* (p. 64).

* ***Activités scolaires et professionnelles***

- ***les difficultés scolaires*** : *elles sont fréquentes chez les jeunes récidivants ;*

- ***le nombre d'inactifs*** : *il est nettement plus important chez les récidivants, le chômage étant souvent cité comme motif de suicide ;*

- ***le niveau d'études*** : *il est nettement plus bas chez les récidivants* (p. 64).

* ***Santé physique et mentale***

- ***les troubles psychologiques (caractère et comportement)*** : *la tendance dépressive de la personnalité est plus marquée chez les récidivants : "ennui permanent, anxiété, absence de dynamisme et de ténacité" ;*

- ***les difficultés scolaires graves, les troubles du caractère et du comportement*** *: ils sont fréquemment associés ;*

- ***les troubles mentaux*** : *les auteurs relèvent "la plus grande fréquence de récidive chez les sujets ayant fait l'objet d'un diagnostic psychiatrique."*

MARCELLI (1990), tout en confirmant l'existence fréquente d'un diagnostic psychiatrique porté, souligne également celle de "tendance dépressive telle que l'ennui, l'inquiétude, le manque de dynamisme" (p. 129). Il lui paraît important d'insister sur trois indices pouvant faire craindre une récidive :

- ***l'existence d'une maladie dépressive ;***

- ***la montée de l'angoisse dans les jours ou heures qui précèdent la tentative ;***

- ***la majoration des ruptures sociales,*** *en particulier des ruptures récentes avec la famille, le groupe des pairs ou une rupture sentimentale* (p. 129) ;

- ***l'usage de psychotropes*** *: le tabagisme est plus important, la consommation de médicaments psychotropes, plus fréquente chez les jeunes récidivants* (pp. 65-66).

3.3.2 - Caractéristiques familiales des jeunes récidivants

* ***Facteurs socio-démographiques***

- ***la situation matrimoniale des parents*** *: il n'y a pas de différence sur ce plan (30% de familles dissociées) ;*

- ***la dimension des familles*** *: il existe une différence sur ce plan puisqu'un suicidant primaire sur deux appartient à une famille de quatre enfants ou plus contre six récidivistes sur dix ;*

- ***la résidence*** *:* les auteurs relèvent une proportion plus importante de résidences hors du foyer familial chez les récidivants (collectivités...) ;

- ***le niveau socio-professionnel des pères et des mères et l'exercice d'une activité professionnelle par les mères*** *: il n'y a aucune incidence dans cet échantillon* (pp. 66-67).

* ***Facteurs médicaux et psychologiques***

- ***les antécédents familiaux pathologiques*** : *suicides et maladies mentales sont fréquents dans les deux populations et seule, la fréquence des antécédents d'alcoolisme (plus élevée chez les récidivants) les différencie ;*

- ***les relations intra-familiales*** : *elles sont perturbées, mésentente entre les parents plus fréquente (51% contre 31%), "indifférence" et "hostilité" des parents, "indifférence" des frères et soeurs plus fréquemment évoqués, autorité paternelle "peu satisfaisante."*

Ces éléments peuvent être mis en lien avec les données plus récentes concernant le manque de "soutien social", cité par plusieurs auteurs (MORANO C.D. et al., 1993, DE WILDE et al., 1994).

- ***les relations avec les amis*** *: difficultés relationnelles, les récidivants s'estimant plus fréquemment "rejetés" par leurs amis (18,6% contre 7%).* (pp. 67-68).

Comme nous l'avons noté précédemment, ces données recueillies en 1974, auprès de 537 jeunes de moins de 20 ans, hospitalisés pour tentative de suicide, ont été complétées par une recherche menée en 1980, auprès de 150 jeunes de moins de 25 ans, hospitalisés ou en centre de réanimation, échantillon volontairement composé d'une proportion élevée de récidivistes, et ont

permis la validation (M. CHOQUET et coll., 1983a) de l'échelle de risque de récidive pour adolescents proposée par DAVIDSON et CHOQUET, sept ans auparavant.

Les auteurs concluent : "cette échelle est fiable et peut apporter une aide précieuse au clinicien soucieux d'établir un pronostic de récidive chez les jeunes suicidants primaires"(p. 85).

CHOQUET et DAVIDSON (1984a), dans une recherche en milieu scolaire, ayant touché 2088 jeunes de 15 à 20 ans en 1979, ne retrouvent pas certaines des données qui précèdent. En effet, "la séparation des parents (par décès ou divorce), le chômage ou l'invalidité d'un parent, ne paraissent pas ici être des événements significativement liés à la tentative de suicide" (p. 34). Mais une analyse discriminante permet de hiérarchiser les différents facteurs étudiés et de mettre en évidence ***"les trois facteurs les plus significatifs, l'auto-dépréciation, la pathologie du milieu familial, et les perturbations des relations affectives avec les parents"*** (p. 36). Les uns seraient "précoces", renvoyant à la période précédant l'adolescence (pathologie familiale et personnelle), les autres seraient plus "actuels" (tendances dépressives, difficultés relationnelles). Ces résultats montrent que les difficultés de la scolarité ne sont pas les plus significatives et qu'elles sont en fait "expliquées par la pathologie familiale" (p. 36).

Les auteurs insistent sur ***la notion de cumul :*** "le cumul de deux facteurs au moins étant observé chez 78% des suicidants contre 20% des témoins" (p. 36). Ils complètent la liste des facteurs déjà repérés par ***"les maladies psychosomatiques"*** (14% contre 2% chez les témoins) et ***"l'absentéisme scolaire"*** (21% contre 4% chez les témoins), véritables clignotants "révélant un mal être, une vulnérabilité augmentée et un risque de tentative de suicide" (p. 37).

Dans une communication parue la même année et étayée par les données plus larges de trois enquêtes antérieures effectuées à des périodes et dans des régions très différentes (1974, 1979 et 1981), CHOQUET et DAVIDSON (1984b) affinent leur discussion concernant les relations entre risque suicidaire et caractéristiques familiales , et concluent "à la véracité des relations observées entre suicide et antécédents familiaux, psychopathologie familiale, nature des relations intra-familiales" (p. 2036), les proportions d'antécédents familiaux pathologiques, de dissociations parentales, de conflits intra-familiaux étant sensiblement plus élevées chez les suicidants.

Les auteurs repèrent deux faits inattendus : "***la surprotection des parents***, plus fréquente pour les jeunes suicidants que les tout-venants, et ***l'absence de corrélation entre chômage des parents et tentative de suicide des adolescents***." (p. 2037). Ils retrouvent ***"la fréquence de l'image du père dévalorisée"***, pour les sujets à "haut risque familial", c'est-à-dire accumulant au moins trois facteurs, et notent que ***ce cumul des facteurs familiaux*** est primordial dans le sens où "il augmente considérablement le risque de suicide" (p. 2037).

En 1995, les conclusions de MARCELLI et coll. sont différentes. En effet, ces auteurs citent parmi les facteurs de risque "les problèmes de chômage, d'invalidité, d'inactivité du père et de longue maladie" (p. 25). Ces résultats trouvent bien sûr une explication à travers l'écart temporel de plus de dix ans entre les deux investigations, ceux de MARCELLI se situant à un moment où le taux de chômage a considérablement augmenté et touche beaucoup plus de familles...

L'étude de PHILIPPE et FACY (1984), centrée sur les relations entre pathologie familiale et risque suicidaire, souligne également l'importance de cette accumulation de facteurs de risque tant familiaux que personnels, "faisant penser que ce n'est pas tant un facteur isolé qui fait le risque de suicide, que la présence simultanée de difficultés qui multiplie dans des proportions importantes le risque suicidaire" (p. 2042).

H. CHABROL (1984) s'est aussi penché sur "les déterminismes familiaux du suicide", précisant que "le recours à la conduite suicidaire témoigne d'une ***distorsion grave de la communication*** entre l'adolescent et son entourage familial et social" (p. 21). Faisant le point sur les études rétrospectives préoccupées d'évaluer l'incidence de la séparation dans les tentatives de suicide, il souligne "les résultats divergents quand il s'agit d'apprécier le type de perte le plus néfaste, les périodes de l'enfance ou de l'adolescence les plus critiques, les facteurs qui en maintiennent, aggravent ou atténuent les conséquences" (p. 22).

Il montre que dans une première étape, "certains travaux se limitent à ***la perte par décès***", mais que "la majorité s'étendent au divorce, à la séparation, ou même à la séparation d'un membre de la fratrie, à l'illégitimité ou enfin à la discorde familiale" (p. 22). Il note que dans une

deuxième étape, "l'accent a été placé sur ***la discorde familiale*** associée à la perte", repérant que "ce sont les tensions qui précèdent et qui suivent la séparation qui rendent compte principalement des désordres de l'adolescent" (p. 22).

Ph. JEAMMET (1985a, 1995b), s'interroge sur l'étiologie de la dépression chez l'adolescent et évoque, outre les facteurs génétiques et les facteurs de la personnalité, ***les facteurs événementiels et environnementaux***, concernant essentiellement "les situations de pertes, réelles ou fantasmatiques, les conflits et la séparation des parents, le départ des membres de la fratrie, la dépression parentale, l'utilisation par un ou les deux parents de l'adolescent, à des fins narcissiques ou de projection, de leurs propres conflits." Selon lui, nombreux sont les psychanalystes ou thérapeutes familiaux soulignant "l'importance dans ces familles de liens fantasmatiques incestueux ; de la confusion des générations et du flou des frontières interindividuelles et intergénérationnelles ; de la marginalisation du père et de la disqualification ou plutôt du contournement de sa fonction interdictrice avec la complicité de la mère" (p. 1488).

Mais recentrons-nous sur l'épidémiologie, et notons qu'en 1989, M. CHOQUET, approchant le phénomène "suicide" parmi les adolescents en France, au Colloque du Centre International de l'Enfance, est toujours aussi attentive, au-delà du repérage des facteurs déjà cités, au ***cumul des facteurs,*** notant que "le risque suicidaire est sept fois plus élevé parmi ceux qui cumulent au moins trois facteurs que parmi ceux qui n'en présentent aucun" et que "ce cumul se retrouve plus souvent parmi les récidivistes que parmi les suicidants primaires" (1989b, p. 58).

L'enquête nationale de M. CHOQUET et S. LEDOUX (1994b), centrée sur les adolescents, permet de confirmer les facteurs de risque les plus importants et déjà repérés, "les facteurs inhérents à l'individu : le sexe, l'âge... , les facteurs concernant l'environnement immédiat et quotidien du jeune : la famille, l'école et les amis" (p. 265).

Parmi les ***facteurs de risque***, les auteurs notent que "les facteurs relationnels, notamment la perception négative de la famille et le sentiment de solitude, ont un poids spécifique plus important que les caractéristiques socio-démographiques et scolaires des suicidants" (p. 199). Ils repèrent que "deux groupes extrêmes s'opposent :

- ***les jeunes "à haut risque"***, ceux qui ont une perception négative de la famille et se sentent souvent seuls, parmi eux, 38% ont fait une tentative de suicide ;

- ***les jeunes "à faible risque"*** : ceux qui ont une perception positive de la famille et ne se sentent jamais seuls, parmi eux, 2% ont fait une tentative de suicide" (p. 199). Ils en déduisent que "la qualité de la vie scolaire et familiale sont des facteurs importants" (p. 260).

Les auteurs repèrent aussi un certain nombre d'***indicateurs de risque*** qu'ils regroupent en deux variables : variable "conduites à risque" (conduites violentes, consommation de drogue, de tabac ou d'alcool, vol et absentéisme scolaire), variables "malaise" (consommation de médicaments psychotropes, violences subies et dépressivité). Ils confirment "le poids prépondérant de ***la violence (subie ou agie)*** et de ***la dépression***" et opposent là aussi deux groupes extrêmes : "les jeunes violents ayant subi des violences sexuelles et/ou étant dépressifs, parmi eux, 38% ont fait une tentative de suicide, les jeunes qui n'ont pas de conduites violentes, n'ont pas subi de violences sexuelles et qui ne se disent pas dépressifs, parmi eux , 1% a fait une tentative de suicide" (p. 201).

Ils notent donc que ***"la violence subie est associée aux conduites les plus autodestructrices"*** (p. 260).

FACY et RAMIREZ, se penchant sur les aspects épidémiologiques des tentatives de suicide dans la recherche de JEAMMET et coll. (1994), retrouvent dans leur échantillon la nette prédominance du ***sexe féminin***, mais certaines données divergent par rapport aux précédentes.

Ainsi par exemple, "le groupe des suicidants habite plus souvent que les sujets témoins au foyer des parents, plus particulièrement dans un foyer monoparental." Par contre, "le niveau d'étude des suicidants est ici aussi plus bas que celui des témoins" (p. 65). Les antécédents familiaux ne sont pas toujours retrouvés ("moins d'antécédents psychosomatiques chez le père et dans la fratrie que dans le groupe témoin, moins de difficultés psychologiques dans la fratrie, plus de troubles du comportement et d'accidents graves avec hospitalisation dans l'histoire maternelle et dans la fratrie des sujets ayant des idées suicidaires") (pp. 65-66). Il en est de même pour les antécédents individuels ("moins de troubles de conduites alimentaires que dans les deux autres groupes, beaucoup plus de fugues, plus de prises en charges, plus d'antécédents psychiatriques

avec prise en charge, plus d'hospitalisations multiples, plus d'intolérance à la frustration et à la séparation, plus grande tendance à l'agir, vie sociale moins investie") (pp. 66-67).

L'épidémiologie analytique permet donc déjà, comme le précisent M. CHOQUET et coll. (1981) dans leur conclusion, la mise en évidence d'un certain nombre de ***"facteurs de risque"***, "les uns se situant dans l'environnement familial, d'autres se situant dans le champ de la personnalité de chaque sujet, d'autres enfin relevant des conclusions d'un observateur extérieur quant à l'existence de troubles psychopathologiques ou psychiatriques" (p. 61).

Cette analyse montre bien, comme le précise DAVIDSON (1985) que ***"la tentative de suicide, malgré l'absence de préméditation, malgré la bénignité apparente des motifs invoqués, ne peut que rarement être considérée comme un orage passager et imprévisible"*** (p. 188).

Elle nous invite également, en mettant l'accent sur les facteurs de l'environnement, à prendre en compte ce double aspect de la réalité de l'adolescent.

Qu'en est-il, à présent, des données épidémiologiques que nous fournissent les travaux anglo-saxons ?

4 - REVUE DES TRAVAUX ANGLO-SAXONS RECENTS

Cette revue de quelques-uns des travaux les plus récents, dans ce domaine de la recherche des facteurs de risque, va permettre une confrontation aux travaux menés en France.

Ce qui frappe d'emblée est le nombre de publications s'intéressant au lien entre le comportement suicidaire adolescent et les événements de vie : ce terme d'***événements de vie*** est en effet rarement rencontré dans les titres des publications françaises centrées sur les facteurs de risque psychosociaux à l'adolescence. Citons cependant l'ouvrage de MARCELLI et BRACONNIER (1995) signalant que "toutes les enquêtes montrent la sensibilité des adolescents aux ***événements de vie*** et leur plus grande fréquence dans les antécédents des adolescents suicidants" (p. 94).

4.1 - Les travaux de DE WILDE et al. (1992, 1994)

La recherche de DE WILDE et al. (1992), menée à l'Université d'Utrecht (Pays-Bas), apparaît exemplaire dans ce domaine car elle fait partie des quelques études centrées sur ***les événements de vie***, comparant les réponses de 48 adolescents suicidants, 66 adolescents déprimés et 43 adolescents non déprimés. A partir d'***un entretien semi-structuré***, les auteurs explorent les événements vécus par ces adolescents durant deux périodes, ***l'enfance et l'adolescence.***

Les résultats montrent que le groupe d'adolescents suicidants diffère des deux autres dans le sens où il a connu ***considérablement plus d'événements de vie problématiques***, notamment ***plus de perturbations familiales ayant débuté dans l'enfance*** (par exemple, séparations de leurs parents, violences physiques avant 12 ans) ***et ne s'étant pas stabilisées durant l'adolescence.*** Les jeunes suicidants ont subi ***plus fréquemment des abus sexuels*** et ont connu ***davantage de situations d'instabilité sociale*** telles qu'un déménagement ou un redoublement de classe...

En conclusion, il semble que chez ces adolescents suicidants, la tentative de suicide apparaisse enracinée dans des problèmes apparus ***dès l'enfance et non résolus durant l'adolescence***, en lien avec des événements traumatiques survenus durant l'adolescence ainsi qu'une situation sociale instable durant l'année du passage à l'acte.

Le groupe des adolescents déprimés se différencie des deux autres par le nombre de ***troubles somatiques*** relevés au sein de leur famille durant l'année.

Les travaux plus récents du même auteur et de son équipe (DE WILDE et al. 1994) affinent et confortent les résultats précédents, à partir de la comparaison de quatre groupes extraits de la population de 1992, un groupe composé d'adolescents suicidants et d'adolescents déprimés ***à haut risque de passage à l'acte suicidaire*** et trois autres groupes d'adolescents, aux caractéristiques psychologiques diverses mais considérés ***à faible risque de passage à l'acte.***

Le recueil des données s'est fait par ***entretiens semi-structurés*** menés individuellement et incluant plusieurs ***auto-questionnaires*** centrés sur ***les comportements*** (rythme de la consommation par mois ou par semaine d'alcool, de drogues douces, de drogues dures, de médicaments, éventualité de fugue, activités physiques pratiquées...), sur ***le soutien social*** et ***les événements de vie.***

Comme dans l'étude qui précède, l'outil d'évaluation de la quantité d'événements de vie vécus par les adolescents est le ***Life Event Time Schedule***, extrait du ***Life History Interview (LHI)***, établi par KIENHORST et al. en 1991 et comprenant 77 items, choisis pour leur importance en regard du comportement suicidaire. 19 items ont été retenus pour cette recherche (par exemple, maladie grave, accident, séparation des parents, changement de garde dans l'enfance, décès de membres de la famille, violences subies...)

Les résultats montrent que le groupe à haut risque de passage à l'acte suicidaire se distingue du groupe psychologiquement le plus "normal" par :

- ***le manque de soutien et de compréhension émanant des frères et soeurs ;***
- ***les changements plus nombreux de nourrices et les violences physiques subies pendant l'enfance ;***
- ***les changements plus fréquents du cadre de vie et les abus sexuels subis durant l'adolescence ;***
- ***le départ plus fréquent de frères et soeurs du domicile familial durant l'année précédente.***

Sur le plan comportemental, ce groupe à haut risque consomme ***plus d'alcool*** et ***fugue plus souvent...*** Une exception à ces données : le soutien et la compréhension apportés dans le groupe à haut risque par ***les relations extérieures à la famille durant les douze derniers mois...*** Les auteurs font alors l'hypothèse que face à l'intensité des conflits intra-familiaux, ces adolescents s'appuieraient davantage sur les personnes extérieures à leur famille.

Notons que l'ensemble de ces résultats est en accord avec les données qui précèdent, des auteurs comme CHOQUET ou LADAME insistant également sur ***la précocité des perturbations du climat familial des jeunes suicidants, leur vécu fréquent de violence et leur instabilité sociale.***

Les données de M.H. SAMY, au Québec, datant de 1989, allaient déjà dans ce sens. Cet auteur se centrait en effet sur le repérage des ***facteurs psychosociaux*** en jeu dans les conduites suicidaires des adolescents. Ce qui lui semblait spécifique dans l'éclatement fréquent de la famille des suicidants, c'était ***"sa manifestation tôt durant l'enfance"*** (p. 48). Il insistait sur la notion de ***"discontinuité de l'expérience",*** évoquant la fréquence de "changements importants et problématiques dans la vie de l'adolescent suicidaire intervenus dans les six mois antérieurs à une tentative de suicide", changements quatre fois plus nombreux que chez l'adolescent moyen (p. 49). Il relevait, comme de nombreux auteurs, ***les troubles de la psychodynamique familiale***, dans le sens d'une défaillance parentale (mère "froide, rejetante, dépassée", père "physiquement et émotivement absent de la vie de famille") (p. 49). Il notait que "les relations amoureuses de l'adolescent suicidaire étaient instables, intenses, fortement ambivalentes et conflictuelles", comme si "les adolescents reconstituaient dans leurs liaisons amoureuses les drames familiaux" (p. 52).

4.2 - La recherche de FREMOUW W. et al. (1993)

La recherche de FREMOUW W. et al. (1993) menée à l'Université de Morgantown (West Virginia, USA), et centrée sur l'évaluation du risque suicidaire à l'adolescence, nous interpelle : en effet, les résultats obtenus concernant l'absence de lien entre ***les événements de vie stressants*** et ***le risque suicidaire*** apparaissent tout à fait contradictoires avec la plupart des travaux antérieurement produits, aussi bien aux USA qu'en France. Etudions donc de plus près la méthodologie employée par ces auteurs.

Trois populations d'adolescents sont comparées :

- 33 adolescents hospitalisés dans un service de psychiatrie pour idéation suicidaire ou tentative de suicide (13 garçons et 20 filles d'âge moyen 15 ans 3 mois, âgés de 12 à 18 ans) ;

- 20 adolescents hospitalisés également en psychiatrie mais n'ayant eu ni idéation, ni comportement suicidaire durant les 4 dernières semaines (14 garçons et 7 filles, d'âge moyen 15 ans 1 mois, âgés de 12 à 17 ans) ;

- 89 lycéens n'ayant ni idéation, ni comportement suicidaire (52 garçons et 37 filles, d'âge moyen 15 ans 3 mois, âgés de 14 à 18 ans).

Le consentement des parents et de chaque sujet participant est obtenu. Un système de rémunération de certains sujets, par loterie, est utilisé.

Les outils utilisés sont au nombre de sept :

- ***le Beck Depression Inventory*** (***BDI***, BECK et al., 1961), *un auto-questionnaire de 21 items évaluant les symptômes cognitifs, affectifs, biologiques et comportementaux de la dépression ;*

- ***le Beck Hopelessness Inventory*** (***BHI***, BECK et al., 1974a), *un questionnaire de 21 items explorant le désespoir et le pessimisme ;*

- ***le Reasons for Living Inventory*** (***RFL***, LINEHAN et al., 1983), *un auto-questionnaire de 48 items permettant d'obtenir un score de raisons positives de vivre ;*

- ***le Alternate Uses Test*** (***AUT***, WILSON et al., 1975), une épreuve mesurant la rigidité cognitive ;

- ***le Means Ends Problem Solving Procedure*** (***MEPS***, SCHOTTE et al., 1987, LINEHAN et al. 1987), *une épreuve de résolution de problèmes interpersonnels ;*

- ***le FACES-II*** (RUBENSTEIN et al., 1989), *un auto-questionnaire de 30 items évaluant notamment la cohésion familiale (15 items utilisés ici) ;*

- ***le Life Experiences Survey*** (***LES***, SARASON et al., 1978), *une liste de 60 événements de vie permettant d'obtenir deux scores, l'un concernant la somme de l'impact des événements négatifs, l'autre, la somme de l'impact des événements positifs. (Seule, la somme des événements négatifs est relevée ici).*

Les résultats obtenus ne révèlent ***aucune différence selon le sexe*** au niveau de chaque variable dépendante testée, ce qui est en contradiction avec la plupart des résultats obtenus en France (FACY et CHOQUET, 1979 ; GASQUET et CHOQUET, 1993a). Ils montrent cependant que les trois groupes se différencient au niveau de l'ensemble des variables, excepté au niveau de l'épreuve de résolution de problèmes.

A partir des six variables restant en jeu, le groupe à risque suicidaire se distingue nettement du groupe psychiatrique du fait d'un haut niveau de ***sensitivité***, conformément aux résultats d'autres auteurs, mais la distinction du groupe à risque suicidaire et du groupe contrôle reste difficile.

Les auteurs s'interrogent sur le fait de ne pas retrouver les résultats antérieurement décrits dans la littérature, notamment au niveau du questionnaire d'événements de vie qui nous intéresse particulièrement. En effet, dans cette étude, ***les sujets à haut degré de stress environnementaux ne se révèlent pas à haut risque de comportement suicidaire, comme le montrent d'autres travaux cités.*** Les auteurs avancent deux explications possibles à ces résultats contradictoires qui les surprennent :

- ***la population des études antérieurement menées était plus âgée*** (Etudiants d'Université) ;

- ***l'outil utilisé dans ces travaux de référence, pour la mesure du stress, était différent, plus adapté à l'âge des jeunes : l'Adolescent Stress Scale*** (RUBENSTEIN et al., 1989), instrument lui-même adapté de ***l'Adolescent Family Inventory of Life Events and Changes*** (McCUBBIN et al., 1982), comprenant 51 items "Vrai-Faux" renvoyant aux événements de vie survenus dans l'année.

Deux biais sont de plus repérés par les auteurs eux-mêmes, dans leur propre travail :

- ils ont mêlé dans leur groupe de jeunes à risque suicidaire, les adolescents ayant fait une tentative de suicide et ceux ayant seulement une idéation suicidaire ; or ces deux populations diffèrent entre elles... Ils invitent alors à ***réintroduire à l'avenir cette distinction.***

- ils ont testé les jeunes trois semaines après leur admission, alors que pour certains, la crise ayant provoqué l'hospitalisation était probablement déjà résolue... Ils invitent donc, à l'avenir, à ***rencontrer les adolescents dès leur entrée à l'hôpital...*** De quoi nous rassurer par rapport à de telles contradictions... !

4.3 - L'étude de WILSON K.G. et al. (1995)

L'étude de K.G. WILSON et al. (1995), auteurs attachés aux Universités d' Ottawa et de Manitoba (Canada), compare vingt adolescents suicidants, âgés de 14 à 17 ans, hospitalisés dans ce centre et vingt sujets constituant un groupe contrôle, recrutés au sein des familles du personnel non médical de l'hôpital, non consultants en psychiatrie et appariés à leurs homologues suicidants sur le plan de l'âge et du sexe. Trois dimensions sont explorées ici : ***la résolution de problèmes, le stress, et la capacité à "faire face".***

Cette recherche est donc à rapprocher de celle qui précède (FREMOUW et al., 1993), centrée sur des dimensions voisines mais n'aboutissant pas aux mêmes résultats.

La sélection des deux groupes est complétée par la passation d'une échelle de dépression, ***la Depression Self-Rating Scale*** (***DSRS***, BIRLSEN P., 1981), un questionnaire de 18 items, adapté à une population d'enfants et d'adolescents (score moyen de 6,8 pour le groupe contrôle et de 20,9 pour les suicidants). Ces résultats montrent, de plus, que 85% des suicidants ont des scores supérieurs à 13, score limite retenu par rapport à l'identification d'une dépression alors qu'aucun des sujets du groupe contrôle n'atteint un tel score.

Au moment du début de cette recherche, tous les patients sont déjà engagés dans une évaluation clinique et un programme de thérapie.

Les outils utilisés sont au nombre de six :

- deux subtests du ***WISC-R*** (WECHSLER D., 1974), explorant brièvement la sphère intellectuelle (Vocabulaire et Cubes) ;

- ***le Alternate Uses Test*** (***AUT***, Form. B, CHRISTENSEN et al., 1960, GUILFORD et al., 1978), épreuve de 6 items explorant la flexibilité de la pensée, utilisée dans la recherche de FREMOUW (1993) ;

- ***le Means Ends Problem Solving Procedure*** (***MEPS***, PLATT et al., 1975), épreuve de résolution de problèmes interpersonnels, utilisée également dans la recherche qui précède ;

- ***un entretien semi-structuré*** établi à partir d'une liste de 116 événements cherchant à évaluer les événements de vie stressants vécus ***dans les six mois***. Cet entretien est basé sur ***le Positive and Negative Impact*** (***PANI***) life events protocol (ZIMMERMAN, 1984), outil adapté ici à une population adolescente, ***le Life Experiences Survey*** (***LES***, SARASON et al., 1978), instrument sélectionné également par FREMOUW et al. (1993) et ***le Junior High Life Experiences Survey*** (***JHLES***, SWEARINGEN et al., 1985).

Au terme de cet entretien, chaque sujet doit identifier l'événement qu'il a vécu de manière la plus stressante :

- c'est également par ***entretien semi-structuré*** qu'est évaluée ***la capacité de faire face*** à l'événement qui vient juste d'être évoqué comme le plus stressant.

Retenons, à titre d'exemple de réponses "inadaptées", celles faisant référence à une tentative de suicide, à de la violence agie envers autrui ou à un repli social extrême.

- ***l'Impact of Event Scale*** (***IOES***, HOROWITZ et al. 1979), auto-questionnaire de 15 items comprenant deux sous-échelles et évaluant différents types de réactions psychologiques à un événement traumatique.

Sur le plan des résultats, le groupe de suicidants ne montre pas de manière évidente une pensée "rigide" ou des déficits dans la capacité à générer des solutions face à des situations standardisées de problèmes interpersonnels à résoudre. Cependant, ***ce groupe évoque des histoires récentes ponctuées de stress de vie plus sévères et a plus de mal à estimer dans quelle mesure ces événements stressants pourraient être contrôlés.***

Bien que les suicidants soient capables de générer autant de stratégies adaptatives que le groupe contrôle pour "faire face" à l'événement de vie récent vécu par eux-mêmes de la manière la plus stressante, ils en développent réellement moins.

Ils identifient aussi plus souvent des comportements inadaptés comme moyens de faire face. Ces résultats sont en faveur d'un modèle transactionnel du comportement suicidaire adolescent, par lequel les erreurs dans l'évaluation des problèmes à résoudre (et pas dans la génération des solutions), face à un haut degré de stress de vie, mènent à une diminution de l'efficacité des efforts développés pour faire face.

Sur le plan des ***événements de vie stressants***, les auteurs obtiennent des résultats contraires à ceux de FREMOUW (1993) :

- ***le nombre total d'événements de vie stressants expérimentés récemment par les suicidants est ici nettement supérieur à celui des témoins ;***

- ***la nature de l'événement considéré par chaque sujet comme le plus stressant, varie dans chaque groupe, les suicidants relevant le plus souvent "les difficultés relationnelles avec un parent", les témoins citant, eux, "les problèmes relationnels avec les amis."***

Ces résultats sont à pointer car ils illustrent tout à fait les avancées théoriques de JEAMMET (1987, 1990a, 1996) concernant les liens de dépendance non "liquidés" chez les

adolescents suicidants... Les témoins seraient libérés de ces liens de dépendance aux parents et confrontés aux difficultés de l'étape suivante...

4.4 - Les travaux d'ADAMS D.M. et al. (1994)

La recherche d'ADAMS D.M. et al. (1994), menée à l'Université de Cleveland (Ohio, USA) est centrée, elle aussi, sur les ***événements de vie.***

Pour déterminer quels types d'***événements stressants*** sont liés au comportement suicidaire chez l'adolescent, les auteurs comparent l'effet de divers facteurs de stress intervenus ***dans l'année***, sur deux groupes d'adolescents âgés de 12 à 17 ans (91 adolescents hospitalisés dans un service d'hôpital général à la suite d'une tentative de suicide et 155 adolescents témoins, normalement scolarisés en cycle secondaire. Les adolescents suicidants sont de plus évalués au niveau du degré ***de dépression, de désespoir, et d'idéation suicidaire.***

L'outil proposé à l'ensemble des jeunes est ***l'Adolescent Life Events Survey*** (***ALES***), questionnaire adapté de ***la Social Readjustment Scale for Children*** (***SRSC***, CODDINGTON R.D. 1972a,1972b) et de ***la Life Experiences Survey*** (***LES***, SARASON et al., 1978) permettant d'évaluer ***le degré de stress*** de chaque adolescent à travers une liste de 65 événements. Seuls les événements de vie négatifs ont été pris en compte dans les analyses.

Les facteurs de stress ont été ordonnés ***selon leur type*** :

- ***événements de vie graves*** (situation hors la loi, remariage récent d'un parent...) ;
- ***vécu de perte ou de séparation*** ;
- ***tensions permanentes*** (problèmes financiers familiaux, conflits constants...).

Ils l'ont été aussi ***en fonction de leur source*** :

- ***stress liés à la famille*** (par exemple, départ récent d'un membre de la fratrie...) ;
- ***stress liés aux parents*** (divorce, abus d'alcool chez un des parents...) ;
- ***stress liés aux amis*** (troubles émotionnels chez un ami, pression exercée par des amis...) ;
- ***stress liés aux relations*** (rupture sentimentale avec un ou une amie, anxiété en rapport avec la sexualité) ;
- ***stress liés à la scolarité*** (problèmes de discipline...).

Plusieurs données complémentaires sont recueillies auprès des adolescents suicidants :

- la sévérité de la dépression est évaluée à partir de ***la Reynold's Adolescent Depression Scale*** (***RADS***, REYNOLDS W.M., 1987a) comprenant 30 items ;

- le degré de désespoir est approché ici par ***la Hopelessness Scale for Children*** (***HSC***, KAZDIN et al., 1986), comprenant 17 items centrés sur le pessimisme et les attentes négatives ;

- la fréquence des idées de suicide est estimée à partir du ***Suicide Ideation Questionnaire*** (***SIQ***, REYNOLDS W.M., 1987b), auto-questionnaire comprenant 30 items.

Les résultats montrent que comparativement au groupe témoin, les adolescents suicidants mentionnent ***un plus grand nombre d'événements négatifs graves et d'événements impliquant une séparation.***

Les auteurs notent de plus une corrélation entre d'une part, l'aggravation de la dépression et des idées suicidaires, entre d'autre part, les tensions chroniques et les événements de vie stressants. Les résultats tendent à confirmer ***l'existence d'un lien entre l'intensification du stress et le comportement suicidaire de l'adolescent.***

Les auteurs suggèrent de mettre au point de nouvelles méthodes pour évaluer le stress de manière à mieux comprendre le rapport entre les situations stressantes et le suicide. Ils invitent, comme cela a déjà été réalisé en France (FACY et CHOQUET, 1979 ; GASQUET et CHOQUET, 1993a, 1995) à approfondir l'étude de la relation entre facteurs de stress et idées de suicide en fonction du sexe.

4.5 - La recherche de MORANO C.D. et al. (1993)

La recherche de C.D. MORANO et al. (1993), menée à l'Université de Milwaukee (Wisconsin, USA), permet le repérage très net de trois facteurs de risque essentiels dans le comportement suicidaire adolescent : ***la perte***, ***le manque de soutien familial*** et ***le désespoir.***

Deux populations d'adolescents blancs, hospitalisés dans un service de psychiatrie, sont comparées :

- 20 adolescents ayant fait une grave tentative de suicide ;

- 20 adolescents non suicidants mais ayant un score semblable aux précédents sur le plan de la dépression.

Les outils utilisés sont au nombre de six :

- ***le Beck Depression Inventory*** (***BDI***, BECK A.T., 1967), questionnaire de 21 items ;

- ***le Beck Hopelessness Scale*** (***BHS***, BECK et al., 1974a), auto-questionnaire de 20 items évaluant les attentes de ces jeunes par rapport au futur (chez les suicidants, juste avant la tentative de suicide) ;

- ***le Sarason Social Support Questionnaire*** (***SSQ,*** SARASON et al., 1983, 1987) comprenant 27 items et modifié de manière à évaluer la qualité du soutien social dans la période précédant juste l'hospitalisation ;

- ***l'Exit Events Question*** (***EEQ***, SLATER et al., 1981), question cherchant à repérer tout vécu de perte ressenti comme important pour le sujet durant le trimestre précédant cette investigation ;

- ***le Suicide Intent Scale*** (***SIS***, BECK et al., 1974b), questionnaire de 20 items proposé seulement aux suicidants, destiné à évaluer le degré de gravité de la tentative ;

- ***le Suicidal Ideation Questionnaire*** (***SIQ***, REYNOLDS W.M., 1987b), questionnaire de 30 items, cherchant à mesurer le degré d'idéation suicidaire des 40 sujets.

Les sujets ont tous été rencontrés durant la première semaine de leur admission, jamais après quinze jours, avec leur consentement ainsi que celui de leurs parents.

Les résultats montrent que ***le vécu de perte*** et ***un niveau faible de soutien familial*** sont les facteurs prédictifs les plus sûrs d'un passage à l'acte suicidaire. De même, les auteurs relèvent ***plus de vécu de désespoir*** chez les suicidants que chez les non-suicidants.

Ils se réfèrent à BONNER et al. (1987) proposant un modèle du comportement suicidaire défini par la "***vulnérabilité au stress***" et faisant le constat d'***un lien entre les événements de vie stressants (tel qu'une perte), le manque de soutien de la famille et des pairs, la dépression et le comportement suicidaire adolescent.*** Cette recherche suggère qu'une vision négative de l'avenir, se traduisant par du ***désespoir***, peut aussi s'associer significativement à un comportement suicidaire adolescent.

Le désespoir serait pour eux un facteur prédictif plus fort que la dépression (p. 861).

L'originalité de ce travail repose sur quatre avancées importantes par rapport aux recherches antérieures :

- la centration sur un recueil d'informations concernant les perceptions des adolescents ***juste avant*** la tentative de suicide et l'hospitalisation, grâce à la modification des auto-questionnaires, est un objectif novateur qui diffère, par exemple, de celui de DE WILDE (1992, 1994) centré à la fois ***sur l'enfance et l'adolescence du jeune*** ;

- l'étude conjointe des relations entre ***le vécu de perte, le soutien familial et le vécu de désespoir*** est nouvelle ;

- l'évaluation de la perte, du soutien et du désespoir ***avec contrôle de l'intensité de la dépression***, également ;

- enfin, ***la mesure de l'idéation suicidaire***, apparaît complémentaire des résultats de l'échelle d'intentionalité suicidaire et des entretiens d'admission à l'hôpital.

4.6 - La recherche de LEWINSOHN et al. (1994)

La recherche de LEWINSOHN et al. (1994), menée à "l'Oregon Research Institute" d'Eugene (Oregon, USA), auprès d'un échantillon de 1508 adolescents, âgés de 14 à 18 ans, rencontrés deux fois, à un an d'intervalle (entretiens de diagnostic enregistrés et pris en video, auto-questionnaire...) est centrée sur ***les facteurs de risque psychosociaux*** des tentatives de suicide. Parmi ces adolescents, vingt six d'entre eux ont fait une tentative de suicide dans l'année de l'étude.

Cette recherche permet donc de dégager les facteurs prédictifs les plus importants d'un risque de passage à l'acte, facteurs analogues à ceux déjà repérés dans notre pays :

- ***un passé de tentative de suicide ;***
- ***une idéation suicidaire actuelle et une dépression ;***
- ***la tentative de suicide récente d'un ami ;***
- ***un niveau faible d'estime de soi ;***
- ***le fait d'être né (ou née) d'une mère adolescente.***

Ces résultats suggèrent que les adolescents déprimés, comme ceux qui sont passés à l'acte, partagent de nombreux facteurs de risque psychosociaux.

4.7 - L'étude de BILLE-BRAHE ET SCHMIDTKE (1995)

Faisant le point de la situation en Europe sur les conduites suicidaires des adolescents, BILLE-BRAHE et SCHMIDTKE (1995) cherchent à repérer les individus ou les groupes particulièrement ***vulnérables*** présentant des risques de comportement suicidaire. Outre le fait que ***"ce risque augmente avec l'âge",*** ils notent que dans l'ensemble de la littérature, ***"la rupture des liens familiaux apparaît comme un facteur clé"*** (p. 20), mais que les résultats de ces études sont en fait très discutés, certains travaux faisant un lien entre un foyer dissocié et le comportement suicidaire, d'autres "ne montrant pas de lien systématique entre le suicide et le "broken home", mais de fortes corrélations entre de mauvaises relations familiales et le comportement suicidaire."

Ces résultats contradictoires s'expliqueraient par "l'insuffisance de distinctions entre les différentes sortes de foyers dissociés" (p. 20).

Les auteurs notent que de nombreuses recherches ont montré d'autre part que ***"l'effet négatif est moins important sur un enfant s'il a perdu un parent à la suite d'un décès qu'à la suite d'un divorce***, pour autant que la mort ne survienne qu'après un accident ou une maladie. ***Si la mort est due à un suicide, l'effet sera au contraire plus pernicieux, car à la peine s'ajouteront culpabilité et remords, voire honte"*** (p. 20).

Les auteurs confirment donc que ***"le suicide et la tentative de suicide dans une famille doivent être considérés comme des facteurs de risque très importants*** lorsqu'on évalue la probabilité d'un comportement suicidaire futur. Le risque est encore plus grand lorsque l'enfant s'identifie au parent décédé. Ce risque persistera même beaucoup plus tard dans sa vie d'adulte" (p. 21).

Ces données, qui convergent, dans l'ensemble, avec celles de M. CHOQUET et coll. exposées précédemment, entrent aussi dans des analyses parfois plus fines quant à la recherche de la nature du vécu de perte.

4.8 - Les travaux de BRENT et al. (1994a, 1995)

L'étude de BRENT D.A. et al. (1994a), menée à l'Université de Pittsburgh (Pennsylvanie, USA), et centrée sur la recherche des ***facteurs de risque familiaux dans le suicide de l'adolescent***, compare deux populations, sur les trois plans de ***la constellation familiale , des stress familiaux et des antécédents familiaux psychopathologiques :***

- 67 familles d'adolescents victimes de suicide, contactées trois mois après le décès, puis une semaine avant l'entretien convenu, ont accepté de participer à cette recherche. Les personnes rencontrées étaient d'abord les parents ou une figure parentale. Les frères et soeurs, ainsi que les amis, ont également eu un entretien dans la majorité des cas. Ces rencontres de quatre personnes en moyenne par famille, cinq mois après le décès, se sont déroulées sur une période de quatre ans.

Les adolescents suicidés avaient en moyenne 17 ans, étaient pour la plupart blancs (95%), de sexe masculin (85%), de niveau socio-économique moyen, et avaient des hauts taux de dépression majeure (46%), d'abus de substances (30%) et de troubles des conduites (33%) ;

- 67 adolescents vivants, appariés aux précédents sur le plan de l'âge, du sexe, de la répartition raciale, du niveau socio-économique, et du lieu de résidence, ont accepté de participer à cette recherche, de même que, pour chacun, l'un de leurs parents. Ces rencontres se sont déroulées sur deux ans.

Au moment des entretiens, il était possible de relever dans le groupe contrôle, des taux beaucoup plus bas de dépression majeure (13,4%), d'abus de substances (10,6%) et de troubles des conduites (13,4%) que dans la population des jeunes victimes de suicide.

Les outils utilisés sont au nombre de trois :

- la constellation familiale est approchée par ***un questionnaire démographique standardisé*** (BRENT et al., 1988), centré sur le déroulement de la vie dans l'année ;

- les stress familiaux sont repérés lors d'***un entretien structuré***, centré sur ***les événements de vie stressants*** (BRENT et al., 1988, 1992) ;

- les troubles mentaux présents dans l'histoire familiale sont évalués à partir du ***Family History-Research Diagnostic Criteria*** (***FH-RDC***, ANDREASEN et al., 1977) et des critères diagnostiques du DSM-III (1980).

Les résultats sont clairs et convergent avec les travaux de M. CHOQUET et coll. dans notre pays :

- les adolescents suicidés étaient, durant l'année précédente, mais avant également, ***moins nombreux à avoir vécu en présence de leur deux parents biologiques, beaucoup plus souvent exposés aux stress familiaux*** tels que les conflits avec leurs parents, les violences physiques, les changements de résidence et ***avaient dans leur entourage familial, plus de personnes souffrant de dépression ou de troubles des conduites*** (abus de substances telles que l'alcool ou la drogue, tentative de suicide...) ;

- l'analyse multivariée met en évidence ***un lien fort entre ces troubles, à la fois de l'humeur et des conduites, et les disputes parents-enfants, dans le suicide d'adolescent ;***

- dans les deux populations, le fait de ne pas vivre avec ses deux parents biologiques est corrélé avec une tendance à obtenir ***des taux plus élevés de troubles mentaux chez les parents et d'événements de vie stressants chez les jeunes.*** Par rapport à ce dernier point, une différence est à noter : les jeunes suicidés ne vivant pas avec leurs deux parents biologiques avaient plus d'événements de vie stressants ***dans les douze mois*** précédant leur passage à l'acte, alors que les adolescents du groupe contrôle, dans la même situation, relataient aussi plus d'événements de vie, mais vécus ***antérieurement à ces douze mois*** précédant les entretiens.

En conclusion, les auteurs insistent sur ***l'augmentation du risque de suicide chez les enfants de parents déprimés ou troublés par un abus de substances*** et dans un but de prévention, sur l'indication de traitement de ces parents malades sur le plan mental, et sur l'utilité d'interventions familiales pour atténuer l'impact des tensions familiales ou des troubles mentaux des parents sur cette jeunesse à haut risque de suicide.

Dans une publication plus récente, D.A. BRENT (1995) élargit son champ d'étude des facteurs de risque, ***se centrant à la fois sur le suicide et les tentatives de suicide des adolescents***, et s'engageant dans l'examen attentif des résultats de plusieurs recherches internationales. Il met à nouveau en évidence, en s'appuyant sur ces nombreuses données, les principaux facteurs de risque psychopathologiques étroitement liés au passage à l'acte suicidaire, à

savoir ***les troubles affectifs, les ruptures, les abus de substances, la psychose et les troubles de la personnalité.***

Par rapport au suicide accompli, l'approche des facteurs de risque privilégiée par les auteurs est ***"l'autopsie psychologique"*** au cours de laquelle les circonstances du drame sont reconstruites à partir d'entretiens menés auprès de la famille de la victime et d'amis. La plupart d'entre eux notent que dans 90% des cas, les adolescents victimes de suicide souffraient d'au moins ***un trouble psychiatrique grave*** (BRENT et al., 1988 ; RICH et al., 1986 ; SHAFII et al., 1988...) ... Une seule exception, les résultats obtenus par APTER (1993) auprès de jeunes militaires Israéliens, ceux-ci manifestant très peu de troubles mentaux et d'abus de substances, en raison de la sévère sélection ayant précédé leur incorporation. Pour BRENT, le passage à l'acte de ces jeunes Israéliens s'inscrirait donc probablement dans un contexte de circonstances les ayant menés à la mort tout à fait récentes, c'est-à-dire postérieures à leur incorporation.

La prévalence des troubles affectifs est notée dans l'ensemble des travaux à des taux variables allant de 35% à 76% (RICH et al., 1986 ; SHAFII et al., 1988...).

La schizophrénie est un facteur de risque de suicide retrouvé plus fréquemment chez les jeunes adultes (RICH et al., 1986).

Les taux d'abus de substances varient considérablement selon les études, ces abus constituant un risque plus important lorsqu'ils sont associés à un trouble affectif (BRENT et al., 1993).

Des différences ***selon le sexe*** sont relevées par certains auteurs : ***plus de troubles d'adaptation, plus d'abus de substances et de situations de ruptures chez les garçons*** (RICH et al., 1988 ; MARTTUNEN et al., 1991 ; BRENT et al., 1994b ; SHAFFER et al., 1994), ***plus de troubles affectifs chez les filles*** (ANDREWS et al., 1992 ; BRENT et al., 1994b, SHAFFER et al., 1994).

Des différences ***selon l'âge*** sont aussi notées, ***les troubles de la personnalité*** étant plus fréquents chez les adolescents les plus âgés (MARTTUNEN et al., 1991) et ***les abus de substances***, plus fréquents chez les adolescents garçons les plus âgés (MARTTUNEN et al., 1991 ; SHAFFER et al., 1994).

En général, les adolescents victimes de suicide souffraient de ***troubles mentaux*** longtemps avant leur passage à l'acte. BRENT et al. (1993), SHAFFER et al. (1994) notent en effet que, dans leurs échantillons respectifs, 68% et 58% des adolescents avaient un trouble psychiatrique depuis plus de 36 mois, alors que seulement 16% et 18% en avaient un depuis une année ou quelques mois.

Plusieurs auteurs font le constat que ***le vécu de perte***, de même que ***les problèmes en lien avec la Loi et la discipline, le chômage,*** sont beaucoup plus souvent associés ***aux suicides par abus de substances.***

L'information fournie par ***les études longitudinales*** confirme le plus souvent les résultats obtenus à partir des ***"autopsies psychologiques"*** ou des ***études de cas.***

Par rapport aux tentatives de suicide, la synthèse des données épidémiologiques de sept études permet de retrouver des taux de tentatives de suicide analogues à ceux relevés précédemment :

- chez les garçons, taux allant de 1,3% pour les 12-14 ans, à 3,8% pour les plus âgés ;
- chez les filles, taux allant de 1,5% pour les plus jeunes, à 10,1% pour les plus âgées.

Deux tendances émergent :

- ***l'augmentation des taux de tentatives de suicide avec l'âge, surtout après 15 ans ;***
- ***l'absence de différence des taux, selon le sexe, chez les adolescents les plus jeunes et la présence de taux 2 à 3 fois plus élevés chez les filles les plus âgées que chez les garçons.***

Parmi les facteurs de risque repérés, tels que les événements de vie stressants, le manque de cohésion familiale et le haut degré de conflit, ***les facteurs de risque psychiatriques*** apparaissent comme les plus fortement associés aux comportements suicidaires.

Au travers des différentes études, ***les troubles de l'humeur***, à la fois passés et actuels, sont aussi des facteurs de risque retrouvés aussi bien chez les garçons que chez les filles.

Les troubles du comportement et des conduites, habituellement relevés chez les adolescents les plus âgés comme d'importants facteurs de risque de tentative de suicide pour les deux sexes,

sont repérés par GARRISON et al. (1991a), non seulement comme ***des facteurs de risque***, mais aussi comme ***des facteurs de protection*** pour les 12-14 ans. De même, les abus d'alcool et de drogue sont des facteurs de risque de comportement suicidaire, mais seulement pour les adolescents les plus âgés.

Plusieurs auteurs considèrent ***l'anxiété*** comme un facteur de risque supplémentaire de même que ***les troubles émotionnels et les troubles somatiques.***

En complément de ces recherches centrées sur les facteurs de risque psychopathologiques, l'auteur cite plusieurs études épidémiologiques centrées sur les facteurs familiaux et les événements de vie stressants, dégageant les facteurs les plus fréquemment retrouvés, notamment dans la recherche citée précédemment (1993) :

- la psychopathologie parentale, incluant la dépression parentale, les abus de substance, la criminalité parentale et les comportements antisociaux ;

- le jeune âge des parents (moins de 20 ans au moment de la naissance) ;

- le dysfonctionnement familial (agression verbale, manque de soutien, disputes avec les parents, perte d'un frère ou d'une soeur, violences physiques ou sexuelles subies).

En conclusion, BRENT (1995) note qu'***en général, les facteurs de risque de suicide et de tentative de suicide sont les mêmes.*** Il insiste autant sur ***le rôle des facteurs de risque familiaux*** que sur ***celui des événements de vie stressants, en interaction ou pas avec des troubles psychopathologiques*** dans le suicide et le comportement suicidaire.

4.9 - La recherche de REINHERZ H.Z. et al. (1995)

L'originalité de la recherche de H.Z. REINHERZ et al. (1995), menée au "Simmons College School of Social Work" de Boston (Massachussetts, USA), tient au fait, d'une part, ***d'être longitudinale***, d'autre part, ***d'explorer sur une période de quatorze ans, les risques psychosociaux d'idées suicidaires et de tentatives de suicide aussi bien que le lien entre un comportement suicidaire précoce et le fonctionnement psychique plus tardif à l'adolescence.***

Sur le plan de la méthodologie, 400 jeunes ont donc été suivis de 5 à 18 ans (à 5 ans, à 9 ans, à 15 ans et à 18 ans). Les idées de suicide ont été évaluées à l'âge de 15 ans et les tentatives de suicide, à l'âge de 18 ans. Les facteurs de risque ont été repérés au cours de l'ensemble des stades du développement, c'est-à-dire ***de la naissance à 15 ans, à partir d'entretiens multiples*** auprès de référents (sujets, parents, professeurs). L'évaluation du fonctionnement psychique en fin d'adolescence (à 18 ans), s'est faite à partir ***d'auto-questionnaires et de bulletins scolaires.***

Les résultats montrent que :

- dans cet échantillon, les filles sont nettement plus nombreuses à avoir des idées fréquentes de suicide que les garçons (31% contre 14%) ;

- pour les deux sexes, la survenue précoce (avant l'âge de 14 ans) de troubles mentaux graves augmentent significativement le risque d'idées de suicide à 15 ans et de tentatives de suicide avant l'âge de 18 ans.

Cependant, ces troubles diffèrent selon le sexe (dépression grave plus fréquente chez les filles, abus de drogue ou conduites de dépendance plus fréquents chez les garçons). Ces données sont retrouvées dans de nombreux travaux récents (BRENT et al., 1993 ; GARRISON et al., 1991b ; KANDEL et al., 1991).

Ils permettent également de mettre en évidence ***des risques précoces d'idées suicidaires*** spécifiques à chaque sexe, repérés notamment à travers ***des comportements à l'âge préscolaire non conformes*** à ceux habituellement observés à cet âge selon le sexe, c'est-à-dire ***de l'agressivité, de l'hyperactivité chez les filles, et de la dépendance, de l'anxiété chez les garçons.***

De plus, les idées suicidaires à 15 ans comme les tentatives de suicide sont toutes deux reliées à des difficultés psychiques en fin d'adolescence (à 18 ans) sur les plans comportemental et socio-émotionnel.

Les auteurs concluent en insistant sur le fait que ***les idées de suicide à 15 ans constituent un marqueur de souffrance ayant des implications à long terme sur le plan du fonctionnement psychique***, notamment en fin d'adolescence (troubles du comportement, difficultés relationnelles, perte de l'estime de soi...).

L'identification précoce de facteurs de risque, spécifiques à chaque sexe, peut aider au développement de stratégies de prévention et d'intervention précoce.

4.10 - Les travaux de DIEKSTRA et al. (1993 ,1995)

Dans le domaine plus particulier de ***l'épidémiologie descriptive***, la recherche de DIEKSTRA et al. (1993) émanant de l'Université de Leiden (Pays-Bas), pose le problème de la difficulté de comparaison des données internationales. En effet, les comportements suicidaires comprennent ***les idées de suicide, les tentatives de suicide, et le suicide proprement dit***. C'est l'évaluation et l'enregistrement des idées de suicide et des tentatives de suicide qui sont les tâches les plus difficiles.

Les premières données internationales comparables sur les tentatives de suicide devraient émaner du projet multicentrique OMS/Europe (WHO/Europe), réunissant quinze centres européens. D'un autre côté, il faut noter que 50% des 186 Etats membres de l'OMS font figurer le suicide dans leur statistique de mortalité sans distinction. Bien qu'il n'y ait donc pas uniformité, ni dans les définitions des actes suicidaires, ni dans les méthodes d'enregistrement, certains schémas de comportement suicidaire se dégagent des différents pays.

Pour cette étude, 31 pays au niveau des trois continents, Américain, Asiatique et Européen ont été sélectionnés :

- les tentatives de suicide sont 10 à 20 fois plus fréquentes que les suicides accomplis ;

- les ratios masculins/féminins du suicide et des tentatives de suicide sont dans un rapport inverse : 3 fois plus de femmes que d'hommes font des tentatives de suicide alors que dans la plupart des pays, 3 fois plus d'hommes que de femmes se suicident ;

- du point de vue de la santé publique, le suicide chez les adolescents et les jeunes adultes est particulièrement important puisqu'il se situe au cinquième rang de causes de décès dans de nombreux pays.

Les auteurs notent une augmentation considérable du nombre des suicides parmi les hommes jeunes dans la plupart des Etats membres de l'OMS qui transmettent à l'Organisation des données statistiques de mortalité.

Un point de désaccord avec la France est ici à noter : ***pour ces auteurs, l'analyse épidémiologique des comportements suicidaires ne permet pas d'identifier clairement des facteurs de risque pouvant faire l'objet de programmes de prévention*** (pp. 64-65).

Le développement des recherches centrées sur les moyens de suicide, et sur l'impact du caractère plus ou moins public des actes suicidaires leur paraît prometteur dans la mesure où l'on a constaté selon eux, à maintes reprises, que le fait de limiter l'accès au principal moyen de suicide dans un pays contribuait à faire reculer la fréquence des suicides alors que le fait de parler largement des actes suicidaires produisait l'effet inverse (p. 66).

La recherche plus récente menée dans cette même Université de Leiden (DIEKSTRA et al., 1995), se pose des questions centrales, cherchant à savoir si les générations actuelles d'adolescents et d'adultes de part le monde sont plus à haut risque de développement de réactions suicidaires que les générations antérieures et quels peuvent être les mécanismes en cause dans ces comportements suicidaires. La difficulté de comparaison des statistiques internationales est toujours présente mais sur la base du recueil de données nationales et internationales aussi bien que d'une large consultation de la littérature, les auteurs en déduisent qu'***une véritable augmentation de la mortalité et de la morbidité suicidaires est survenue au cours de ce siècle chez les adolescents et les jeunes adultes, blancs et vivant en zone urbaine, notamment en Amérique du Nord et en Europe, surtout chez les hommes jeunes et durant les trois dernières décades.***

Parmi les mécanismes pouvant être en cause, les auteurs identifient :

- ***l'augmentation des troubles dépressifs*** chez les adolescents, PETERSEN et al. (1993) relevant par exemple aux USA, des taux moyens de 36 à 39%, augmentant avec l'âge ;

- ***l'augmentation de l'usage ou de l'abus de substances ainsi que des troubles reliés à ces abus, l'abaissement de l'âge de début de cet usage ;***

- ***les changements psychobiologiques***, en particulier l'abaissement "dramatique" de l'âge de la puberté, provoquant une rupture entre le développement biologique d'une part et le développement psychologique et social d'autre part (PETERSEN et al., 1993), affectant surtout les filles (FOMBONNE, in press) ;

- ***une augmentation des stress psychosociaux,*** aux lourdes conséquences pour la jeunesse, repérée dans les quelques études réalisées dans ce domaine sur le plan international (DIEKSTRA et al., in press ; WHO, 1982). La recherche de l'OMS, datant de 1982, et cherchant à établir des liens entre l'augmentation des taux de suicide et certaines conditions sociales, dans plusieurs pays Européens après 1960, a permis de relever :

  - ***un haut taux de divorce ;***
  - ***un pourcentage faible de jeunes de moins de 15 ans ;***
  - ***un haut taux de chômage ;***
  - ***un haut taux d'homicide ;***
  - ***une grande proportion de femmes au travail.***

- ***des changements d'attitude*** face aux comportements suicidaires et l'augmentation relative des ***"modèles" suicidaires*** mis à disposition créant un effet d'imitation. Les auteurs soulignent en effet la plus grande mise à disposition des substances comme l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes dans les familles et au niveau de la société (dans les supermarchés...). Ils relèvent également la plus grande permissivité à l'égard du suicide, l'instabilité économique, le chômage, la perte des traditions, les pressions entre les générations, l'augmentation de la violence et des comportements criminels, changements tous à haut risque d'entraîner une augmentation de la mortalité par suicide.

4.11 - L'approche épidémiologique de JUON et al. (1994)

L'approche épidémiologique de JUON H.S. et al. (1994), menée au "Korea Institute for Health and Social Affairs" de Séoul (Corée), en collaboration avec deux enseignants de l'Université de Baltimore (Maryland, USA), repose sur l'étude d'un échantillon de 9886 lycéens Coréens et cherche à estimer la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide parmi

ces adolescents répartis en deux groupes d'âge (junior et senior) et demeurant, soit à Seoul même, soit en zone urbaine, soit en zone rurale.

La participation des jeunes était volontaire, se concrétisant par la passation d'***un auto-questionnaire*** centré sur le milieu socioculturel de la famille (religion pratiquée, statut matrimonial des parents, exercice professionnel des mères...), l'intégration sociale du jeune, le stress relié à la vie scolaire, les troubles psychologiques (15 items centrés sur la dépression, l'angoisse et l'agressivité), l'abus de substances (échelles à 6 points renvoyant à chaque substance : cigarettes, alcool, trois types de drogues) et les comportements suicidaires (questionnement direct). Les jeunes étaient assurés de la confidentialité de leurs réponses.

Les résultats de cette recherche montrent une nouvelle fois que ***les idées suicidaires sont plus fréquentes que les tentatives de suicide*** : dans cet échantillon de lycéens Coréens, ***7% pensent souvent au suicide, 4% ont déjà fait une tentative de suicide.***

Il est important de noter que ce taux d'idéation suicidaire est inférieur à celui des USA, variant selon les études, de 2 à 60% (KASHANI et al., 1989) mais proche du taux de 9% relevé en France par M. CHOQUET et coll. (1994b).

Comme dans notre pays, ***les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les filles que chez les garçons. Cependant, concernant les tentatives de suicide, les auteurs ne notent pas de différence selon le sexe pour les lycéens plus âgés.***

Cette augmentation du taux de tentative de suicide, chez les garçons les plus âgés, peut s'expliquer, selon les auteurs, par l'interaction d'autres variables à haut risque de comportement suicidaire. En effet, en Corée, la société exerce une pression plus forte au niveau des performances scolaires et du niveau d'éducation chez les garçons que chez les filles. ***La corrélation nette entre le stress relié à la vie scolaire et les comportements suicidaires en Corée apparaît comme un phénomène unique***, ce stress étant à l'origine de difficultés psychologiques et de troubles des conduites comme l'abus de substances.

Une étude longitudinale menée antérieurement auprès d'adolescents Coréens et centrée sur ***les effets de l'échec scolaire sur la délinquance et les troubles psychologiques*** (JUON H.S., 1992) montrait déjà que ***l'échec scolaire était associé à des difficultés psychologiques et des comportements délictueux.***

La dépression en tant que facteur prédictif le plus important des comportements suicidaires est ici relevée comme dans d'autres travaux de part le monde (PFEFFER et al., 1984, 1988).

L'agressivité est également souvent associée aux comportements suicidaires, la colère augmentant le risque de passage à l'acte.

Cette étude révèle une nouvelle fois ***l'importance de la prévention***, car l'identification précoce de facteurs de risque de comportement suicidaire peut contribuer à diminuer le nombre des suicides à venir.

5 - CONCLUSION CONCERNANT L'ENSEMBLE DE CES TRAVAUX

Au terme de cette revue de quelques-uns des travaux les plus récents, il semble possible de conclure ce chapitre sur deux plans.

Sur celui de la confrontation des travaux anglo-saxons à ceux menés en France, nous pouvons faire le constat d'une grande convergence dans les résultats. On peut dire que la population des jeunes suicidants, partout dans le monde, présente sensiblement ***les mêmes caractéristiques personnelles*** au niveau des facteurs démographiques, des activités scolaires et professionnelles, de la santé physique et mentale, ***les mêmes caractéristiques familiales*** au niveau des facteurs socio-démographiques, médicaux et psychologiques.

La plupart des auteurs insistent sur la répartition des facteurs de risque du comportement suicidaire selon trois axes :

- ***CELUI DE LA FAMILLE, comprenant surtout les antécédents familiaux pathologiques*** notamment l'alcoolisme, l'abus de substances, les maladies mentales, le suicide accompli ou les tentatives de suicide, et ***la perturbation des relations intrafamiliales souvent précoces***, avec rupture fréquente des liens, manque de soutien ;

- ***CELUI DE L'ADOLESCENT LUI-MEME, comprenant les vicissitudes de son trajet scolaire et professionnel, de ses relations avec autrui, de sa santé***

physique et mentale, le vécu de ***désespoir*** étant relevé par certains auteurs comme un facteur prédictif du comportement suicidaire plus fort que ***la dépression ;***

- CELUI DES EVENEMENTS DE VIE VECUS PAR L'ADOLESCENT, non seulement dans l'année précédant le passage à l'acte, mais aussi, comme le montrent notamment les recherches longitudinales, vécus tôt dans l'enfance ou en début d'adolescence (vécus de perte, violences subies, instabilité sociale...).

Sur le second plan de l'élaboration des hypothèses à tester dans ce travail, il paraît important de prendre en considération les événements de vie composant la réalité externe de l'adolescent. Cette prise en compte devrait permettre de différencier l'adolescent suicidant de son homologue non-suicidant.

L'intensité de la surcharge externe, qui devrait être présente et plus importante chez l'adolescent suicidant, comme cela est relevé par la plupart des auteurs, constituerait donc une première hypothèse générale à tenter de vérifier à l'aide d'un instrument d'évaluation adapté (H1).

Il nous faut maintenant réfléchir sur les déterminants du traitement des excitations ***d'origine externe*** et des avatars occasionnés par un état de ***surcharge.***

En fonction de notre modèle théorique esquissé plus qu'élaboré dans l'introduction de ce travail, nous pouvons poser que ces excitations peuvent, dans un cadre normal, être traitées par ***le fonctionnement mental du sujet.*** Pour en rendre compte, il nous faut nous centrer d'abord sur un concept central dans le champ de la clinique psychanalytique qui est celui de***mentalisation.*** Il nous importera ensuite de réfléchir sur le destin des excitations quant elles ne peuvent plus être traitées par la voie mentale, sur les conditions de la faillite de ce traitement et dès lors sur les paramètres conditionnant ***le recours aux voies d'expression comportementale et (ou) somatique.***

L'analyse de ces deux dimensions constituera l'objet plus central de notre réflexion dans le chapitre à venir.

III - SURCHARGE EXTERNE, MENTALISATION, AGIR ET SOMATISATION : DEFINITION DES CONCEPTS ET PROPOSITION DE NOTRE MODELE THEORIQUE

Avant d'envisager la place qu'il est possible d'accorder à ***la réalité externe***, dans le modèle théorique mis à l'épreuve ici, centrons-nous davantage, dans un premier temps, sur ***la réalité interne***, en abordant la définition de ces concepts de ***mentalisation***, ***agir*** et ***somatisation***, et leurs relations, à partir des réflexions théoriques de plusieurs auteurs leur réservant une place centrale, dans le champ de la psychanalyse, puis dans celui de la psychosomatique.

Face au concept de ***mentalisation***, un premier constat s'impose : ***il n'existe pas de consensus*** autour de cette notion complexe qui touche aux aspects les plus élaborés du fonctionnement psychique et seul l'abord des dimensions reliées à ***la mentalisation***, explorées par chacun de ces auteurs, nous permettra de poser un certain nombre d'hypothèses théoriques à tenter d'opérationnaliser ensuite.

L'approche des concepts de ***surcharge externe***, d'***agir*** et de ***somatisation***, dans les deux champs théoriques considérés, permettra d'avancer en complément, dans le cas d'une surcharge externe et d'une vulnérabilité de l'appareil mental, d'autres hypothèses théoriques relatives aux conditions d'expression par ***les voies comportementales et (ou) somatiques***, à vérifier sur le plan empirique.

A - DEFINITION DES CONCEPTS DANS LE CHAMP DE LA PSYCHANALYSE

1 - LA PERSPECTIVE DE PH. JEAMMET (1985, 1986, 1989, 1990, 1994, 1995)

Avant de dégager, à partir de l'approche la plus récente de Ph. JEAMMET (1994, 1995a), les aspects de la mentalisation les plus touchés chez l'adolescent suicidant, arrêtons-nous un bref instant sur trois des concepts-clés ponctuant les réflexions théoriques de cet auteur, ***la mentalisation, l'agir*** et ***la symbolisation.***

Le terme précis de ***mentalisation*** est rarement retrouvé dans les très nombreuses publications de Ph. JEAMMET, couvrant une vingtaine d'années de recherche et pour la plupart, centrées sur le repérage du fonctionnement mental des adolescents troublés par le maintien de liens de dépendance. Il lui préfère ceux d'***élaboration mentale***, de ***symbolisation***, de ***fonction de représentation*** ou de ***contention psychique*** (1985b, 1989b, 1990a, 1991, 1994, 1995b).

Ce terme de ***mentalisation*** est pourtant présent dans un article d'une grande densité centré sur "l'actualité de l'agir", alors que JEAMMET (1985b) cherche à comprendre "certains effets spectaculaires provoqués sur ***les capacités de mentalisation***" des jeunes au comportement troublé, lors de thérapies (p. 216). Nous le retrouvons également évoqué dans sa recherche sur les tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte (1994, 1995a), à propos du "vécu dépressif sous-jacent ***peu mentalisé***" de certains suicidants (1994, p. 157), ces mêmes patients ayant la capacité d'ailleurs de présenter par la suite, "un véritable épisode dépressif pouvant, cette fois-ci, ***se mentaliser***" (1995a, p. 104).

Ces premiers éléments, qui nous intéressent déjà dans le sens où ils témoignent d'une possible reprise, avec le temps, du travail de mentalisation, nous confrontent aussi d'emblée aux liens pouvant exister entre ces deux concepts d'***agir*** et de ***mentalisation***.

La place de l'***agir***, à propos de l'adolescence, est en effet, selon lui, "aussi essentielle à faire que ce qui peut apparaître comme son contraire, le retrait et la rêverie" (1985b, p. 201). La question posée est alors de mieux repérer "où commence et s'arrête l'agir"... Question essentielle pour nous qui cherchons à déceler le seuil à partir duquel on peut parler de ***mentalisation***.
Comme l'évoque JEAMMET (1985b), l'agir semble en effet caractériser "depuis vingt ou trente ans, avec une accélération ces dix dernières années", une pathologie de l'adolescence se présentant sous deux formes principales :

- "***des conduites agies*** très spécifiques : troubles du comportement alimentaire, toxicomanie, c'est-à-dire par ce que les Anglo-Saxons appellent les conduites d'addictions, et un accroissement des conduites suicidaires ;

- le développement de ce qu'on pourrait appeler ***une pathologie du retrait***, faite d'une passivité active, d'un non-agir soutenu et quelquefois violemment défendu, avec un désinvestissement affiché et activement poursuivi" (p. 202).

A l'origine du déclenchement de la pathologie, se trouve toujours, selon JEAMMET, "une rupture d'avec le mode de vie précédant, insidieuse ou plus souvent brutale, même si elle est incomplète au début, et dans ce cas, précédant ou suivant des événements qui jouent le rôle de facteurs déclenchants : examens scolaires valorisés (...), séparation ou conflits entre les parents, changements de domicile et perte des liens amicaux et relationnels habituels, nouvelles rencontres, ruptures sentimentales, mais aussi modifications dans les relations au sein de la fratrie, telles que le départ d'un aîné laissant l'adolescent seul avec ses parents ou la perte des liens privilégiés avec un frère ou une soeur qui nouent de leur côté des liens personnels notamment amoureux" (p. 204).

Ce qu'il nous semble important de pointer ici, ***c'est l'idée d'un cumul, d'une quantité*** : ce sont ***"tous ces événements qui ont en commun une potentialité traumatique"*** (p. 204).

Au-delà de cette propension à l'agir, point commun à toutes ces pathologies de l'adolescence, JEAMMET (1985b) décèle ***des particularités du fonctionnement mental*** de ces jeunes, qui se situent à plusieurs niveaux.

Ce qui domine, selon lui, au plan économique et dynamique, c'est "une relative inefficience du fonctionnement mental" (p. 212). Il pointe "la pauvreté du jeu psychique", notant que "le premier contact peut faire illusion et faire croire à une fluidité du discours, à de bons enchaînements associatifs, d'autant que les capacités intellectuelles, souvent élevées, et une grande curiosité intellectuelle peuvent laisser croire à un fonctionnement psychique souple. Mais ***les associations sont coupées des affects*** et font l'objet de ***brusques ruptures*** que viennent combler le recours à l'acte et aux conduites symptomatiques, dès que l'enchaînement associatif menace la maîtrise et touche des points sensibles" (p. 212). Ces données sont importantes à relever car elles montrent à quel point ***l'activité de liaison*** peut être touchée chez l'adolescent suicidant.

Ces carences sont aussi repérables du point de vue topique, puisque pour JEAMMET, on se trouve "devant un préconscient qui assure mal ***sa fonction de liaison***, et un refoulement qui ne tient que très imparfaitement son rôle de pare-excitation interne et de redoublement de la frontière dedans-dehors" (p. 213). Il pointe ainsi "le rôle de ces agirs, de ce recours au perceptuel, au factuel, aux sensations sous toutes les formes (...), en se substituant à une relation d'objet dont les investissements sont difficiles à contrôler, et en permettant de tenir à distance un monde interne

dont les pressions sont perçues comme étant davantage les effets de l'influence de l'objet que la possible expression des désirs du sujet" (p. 213).

Nous ne pouvons ici qu'évoquer la pertinence de l'hypothèse de JEAMMET (1985b, 1986a) concernant la prégnance d'un type de fantasme inconscient qu'il qualifie de "***fantasme d'englobement*** sujet-objet avec possible inversion contenant/contenu" (1985b, p. 214), fantasme pouvant peser lourdement sur le fonctionnement mental, en exerçant une fonction d'inhibition.

Notons, en complément, la mise en relation plus précise encore de ces deux concepts d'***agir*** et de ***mentalisation***, opérée par JEAMMET (1986b), dans un article centré sur "les significations des manifestations névrotiques de l'adolescent" où il rappelle "l'existence d'une certaine antinomie entre les processus d'élaboration mentale et le recours à l'acte", précisant que "l'acte et la pensée sont présentés comme les deux pôles opposés du processus de communication", que "la pensée peut être vue ainsi comme un acte préalablement réfléchi sur le sujet et différé", et "qu'elle permet de ce fait un travail d'association et de déplacement." Sa conclusion est claire : "en psychopathologie, ***l'agir s'oppose à la mentalisation***" (p. 173).

Le concept de ***symbolisation***, défini très largement par Ph. JEAMMET (1989a) comme "l'accomplissement du travail de la psyché" (p. 1763) apparaît donc aussi central dans ses réflexions théoriques, notamment sur les assises narcissiques des sujets non libérés de liens de dépendance.

Lors d'un congrès centré sur ce concept, il dégage les deux mots-clés l'ayant, selon lui, parcouru : ceux de ***"liaison"*** et de ***"différence"*** et précise la fonction essentielle de la ***symbolisation*** : "assurer un écart entre le symbole et l'objet symbolisé qui soit suffisant pour qu'il n'y ait pas confusion possible, mais qui ne soit pas tel que tout lien disparaisse"... Une façon pour lui de désigner en d'autres termes, "le mécanisme de déplacement tel qu'il est classiquement décrit dans les processus secondaires, c'est-à-dire ***non pas la reproduction du même***, mais ***l'introduction de "petites différences"*** d'une représentation à l'autre et ***la fonction de liaison-déliaison*** qui préside à cette activité de déplacement, travail essentiel du fonctionnement psychique" (p.1764).

Entendant par ***assises narcissiques***, "ce qui assure la continuité du sujet et la permanence de son investissement de lui-même", il montre bien que "l'activité symbolique

suppose des assises narcissiques suffisamment solides pour que le sujet puisse s'engager dans un processus différenciateur d'avec l'objet sans que son identité en soit menacée" (p.1765).

Il oppose donc "***à l'évolution harmonieuse***, correspondant, à la base, à une constitution du sujet sur la qualité de la relation nouée avec l'objet, mais d'une façon telle que la question de l'hétérogénéité entre sujet et objet n'ait pas à se poser", ***une évolution plus tourmentée***, où "tout ce qui fait prématurément sentir à l'enfant ***le poids*** de l'objet et son impuissance à son égard, que ce soit schématiquement ***par défaut ou excès de présence***, est susceptible de jeter les bases d'un antagonisme entre le sujet et ses objets d'investissement" (pp. 1765-1766), ce qui suggère la nécessité de prendre en considération les caractéristiques de ***la réalité externe*** du sujet... Dans la première situation, ***l'activité de rêverie***, accompagnant cette évolution favorable, serait ***"le prototype de la symbolisation"***, permettant de penser l'objet absent grâce à la qualité des intériorisations établies" (pp. 1766-1767).

Resituant ici l'***agir*** comme "une des réponses possibles à cet antagonisme entre besoin objectal et intégrité du sujet", JEAMMET dégage à nouveau la fonction anti-introjective, anti-représentative et donc aussi anti-symbolisante de l'agir, lui reconnaissant pourtant aussi le statut "d'un mode de figuration", le considérant alors comme une ***"pré-forme de la symbolisation"*** (p. 1767). Mais c'est pour lui "un mauvais moyen de figuration", et nous retrouvons cette opposition voisine de celle déjà notée par JEAMMET (1985a), où ***"l'agir s'oppose au travail de symbolisation"*** (p. 1768). Ce dernier élément semble donc bien nous autoriser à considérer comme très proches, dans la perspective de JEAMMET, les deux concepts de ***mentalisation*** et de ***symbolisation.***

Au terme de cette ébauche d'entrée en résonance avec l'approche conceptuelle de Ph. JEAMMET, centrons-nous sur sa recherche la plus récente (1994, 1995a), de manière à dégager les dimensions de son modèle théorique pouvant s'articuler au nôtre.

L'un des outils utilisés sur le plan méthodologique, et ayant constitué "l'axe central de son travail" est ***la grille "psychopathologie"***, "héritière de celle utilisée par l'équipe de Bobigny dans ses travaux sur la toxicomanie" (1994, p. 53). Elle nous intéresse particulièrement car elle se réfère ***"au modèle psychanalytique"*** (p. 48) et permet une véritable ***"description du fonctionnement mental"***.

Les résultats obtenus à partir des nombreuses variables réparties en huit rubriques sur cette grille permettent à Ph. JEAMMET de dégager "le point commun d'une ***vulnérabilité*** de ces organisations qui les rendent particulièrement tributaires des réponses de l'environnement, ***la réalité externe*** venant ainsi conforter ***l'organisation interne*** ou au contraire contribuer à renforcer ses fragilités" (1995a, p. 107). Pour JEAMMET, il s'agit non pas de "constantes", mais de ***"dominantes du fonctionnement mental"*** (p. 109).

A partir de cette donnée centrale qui nous invite à intégrer au sein de cette notion large de ***"vulnérabilité psychique"***, celle plus restreinte de ***fragilité de la mentalisation***, il nous semble important de prendre en considération ***les capacités de mentalisation*** de l'adolescent. Cette prise en compte devrait permettre de différencier l'adolescent suicidant de son homologue non-suicidant.

<u>La fragilité de la mentalisation</u>, qui devrait être plus importante chez l'adolescent suicidant, comme cela est relevé ici par Ph. JEAMMET, constituerait donc une deuxième hypothèse générale à vérifier sur le plan empirique, à l'aide de la méthodologie spécifique que nous mettrons en place (H2).

Quelles seraient alors, à partir de l'outil utilisé par JEAMMET (1994, 1995a), les dimensions reflétant au mieux ***les capacités de mentalisation*** de l'adolescent ? Quels seraient également, à partir des résultats obtenus par ce même auteur, ***les aspects de cette mentalisation*** les plus touchés chez l'adolescent suicidant ?

La prise en compte des ***mécanismes de défense***, constituant l'une des rubriques retenues par JEAMMET nous semble pertinente pour notre modèle. Les résultats obtenus par cet auteur (1994, 1995a) sont en effet clairs : "Les patients suicidants font moins fréquemment appel aux mécanismes tels que le refoulement, l'annulation, les formations réactionnelles, l'évitement, la rationalisation, la sublimation". Par contre, ils utilisent plus fréquemment "des mécanismes visant davantage à l'externalisation des conflits : la projection, mais aussi le clivage et les défenses maniaques." (p. 96). A partir de ces données, il paraît donc judicieux de retenir le critère de ***la nature et de la fréquence d'utilisation des mécanismes de défense***, soit de registre névrotique, soit de niveau plus archaïque, pour différencier suicidants et non-suicidants.

La fréquence moindre d'utilisation de mécanismes de défense névrotiques tels que les formations réactionnelles, et par contre, la fréquence plus grande d'utilisation de mécanismes plus archaïques renvoyant à l'externalisation des excitations, tels que la projection ou l'identification projective, relevées par Ph. JEAMMET chez les adolescents suicidants, seraient une première sous-hypothèse renvoyant à la fragilité de la mentalisation, à vérifier sur le plan empirique (H2a).

La prise en considération de ***l'activité de liaison***, nous semble essentielle en complément. Les résultats obtenus par JEAMMET en 1994, mais aussi antérieurement, comme noté dans la synthèse qui précède, mettent nettement en évidence "une moindre efficience de l'activité de liaison du préconscient" chez l'adolescent suicidant (1994, p. 98 ; 1985b, p. 212). Il précise ce qui est traumatique : "non seulement ce qui est de l'ordre de l'irreprésentable, mais aussi ***tout ce qui ne peut être psychiquement lié***" (1994, p. 128).

Cette activité, explorée au niveau de la rubrique "organisation topique" de la grille déjà évoquée, nous renvoie à une centration sur la liaison représentation-affect et donc à ***l'élaboration mentale des affects de dépression et d'angoisse***, faisant eux-mêmes l'objet de deux autres rubriques de la grille.

L'agir, que représenterait le passage à l'acte suicidaire, aurait pour JEAMMET, valeur de ***"lutte antidépressive"*** (1995a, p. 103), le jeune suicidant étant dans l'impossibilité de "différer et fragmenter le travail psychique du deuil ou de la séparation" (p. 104). Les résultats obtenus dans cette recherche récente (1994) concernant ***la dépression*** montrent bien que "les suicidants se distinguent des autres sujets dans leur difficulté à supporter la perte et à élaborer un travail de deuil" (p. 97).

En 1985, JEAMMET insistait déjà sur "la rareté de la dépression symptomatique" chez ces adolescents troublés par l'agir, préférant le terme ***"d'intolérance à la dépression"***, voyant dans ces conduites agies, "non pas des équivalents dépressifs, mais bien plutôt ***une défense contre la dépression***" (1985b, p. 210).

En 1987, il allait même plus loin, considérant que "le suicidant adolescent ***échouait à véritablement se déprimer*** avec ce que la dépression représentait de travail psychique de

souffrance" (p. 728). En appui aussi sur Ph. GUTTON (1986), cité par JEAMMET (1994), précisant que seule "la dépression donnerait des représentations à l'affect dépressif" (p. 141), il nous semble alors que cette incapacité "à se déprimer" pourrait se traduire chez le suicidant par ***une moindre fréquence de réactivation des affects de dépression***, critère pouvant également différencier les deux populations comparées.

Une centration sur ***l'élaboration mentale de l'angoisse*** compléterait l'exploration de l'activité de liaison.

Les résultats obtenus en 1994 concernant ***l'angoisse*** révèlent que "l'angoisse reste figurable dans la majorité des cas, mais que son expression somatique est plus fréquente chez les suicidants" (1994, p. 97). Cet élément suggère une possible différenciation des deux populations rencontrées, sur le plan ***des manifestations somatiques de l'angoisse.***

<u>Le manque d'efficience de l'activité de liaison</u>, pouvant se traduire :

- d'une part, par <u>la moindre fréquence de réactivation des affects de dépression</u> chez les suicidants ;

- d'autre part, par <u>la fréquence équivalente de réactivation des affects d'angoisse</u> chez les suicidants et les témoins, mais par <u>l'expression somatique plus intense de cette angoisse</u> chez les suicidants, constituerait une deuxième sous-hypothèse en lien avec la fragilité de la mentalisation, à mettre à l'épreuve, en référence aux résultats obtenus par Ph. JEAMMET (H2b).

Le travail de symbolisation paraît aussi central à évaluer. Articulé aux deux rubriques de la grille intitulées "la vie pulsionnelle" et "la vie fantasmatique", ce travail semble en effet autant lié à la richesse de la vie pulsionnelle qu'à la qualité de son expression sur le plan fantasmatique.
A partir des résultats obtenus par JEAMMET (1994), et d'ailleurs inattendus, mettant en évidence "la richesse de la vie pulsionnelle et plus encore la richesse d'expression de la vie fantasmatique" souvent présentes chez l'adolescent suicidant (p. 103), celui-ci conclut qu'il n'y a donc pas lieu, "d'associer facilité du recours à l'acte et pensée opératoire ou pauvreté fantasmatique." Il s'agit pour lui "d'un point important car trompeur : ***la richesse apparente de l'expression***

fantasmatique ne reflète pas nécessairement la qualité du travail de représentation des affects et du déplacement" (p. 128).

Ne pourrions-nous pas rapprocher cet élément d'une remarque critique de L. ISRAEL (1972), faisant part, lors de l'une de ses conférences intitulée "l'hystérie aujourd'hui comme hier", de sa stupéfaction en découvrant que "certains théoriciens de la psychosomatique s'accordent l'apanage de la fantasmatique, l'apanage des fantasmes pour déclarer que ce qui caractérise le malade psychosomatique, c'est l'absence de fantasmes (...). Il suffit, selon lui, d'en avoir vu, de ces malades et de leur avoir parlé durant suffisamment de temps pour découvrir que les fantasmes dont ils grouillent crèvent les oreilles" (p. 5) ?

En appui sur ces éléments, mais aussi sur les données qui précèdent, et notamment "le peu d'utilisation de mécanismes de défense du registre "obssessionnel" visant à la contention", entraînant chez les suicidants "la faiblesse des mécanismes participant au travail d'élaboration et de contention psychique" (p. 105), il nous semble opportun de faire le choix de nous centrer sur ***les capacités d'élaboration symbolique des pulsions agressives et sexuelles***, de manière à repérer si cette expression pulsionnelle, pouvant être riche, est exprimée de manière ***crue ou symbolisée*** dans chacune des deux populations comparées.

<u>Le degré plus faible d'élaboration symbolique des pulsions agressives et sexuelles</u> chez l'adolescent suicidant renverrait à la fragilité de la mentalisation et représenterait une troisième sous-hypothèse à tester en référence aux données de Ph. JEAMMET (H2c).

La régulation des "conflits inconscients", correspondant à une autre rubrique de la grille, pourrait être le dernier aspect de la mentalisation à explorer.

Les résultats obtenus en 1994 révèlent que "si la problématique oedipienne reste massivement exprimée par tous, c'est le rôle structurant de l'oedipe, en particulier de l'oedipe inversé, qui fait défaut chez les patients suicidants" (p. 96). L'organisation oedipienne des jeunes suicidants présenterait donc "des failles" (p. 119), se traduisant notamment par "la difficulté d'élaboration de l'homosexualité psychique" (p. 104).

A partir de ces données, la prise en considération de ***l'échec ou de la réussite de l'intégration de la bisexualité psychique*** pourrait permettre de différencier, là aussi, les deux populations étudiées.

La fréquence plus grande d'intégrations non réussies de la bisexualité psychique chez l'adolescent suicidant refléterait la fragilité de sa mentalisation et fonderait une quatrième et dernière sous-hypothèse en référence aux avancées théoriques de Ph. JEAMMET (H2d).

Confrontés à la tâche, proche de celle de Ph. JEAMMET et coll. (1994), de "quantifier" dans le domaine tellement complexe de la métapsychologie, nous le rejoignons pour souligner la difficulté qu'a représenté, pour lui et son équipe, la construction d'un tel outil, confrontant "à l'inévitable subjectivité du clinicien", "à la divergence des repères théoriques", et "aux limites de la structure même de la grille" (p. 54).

L'outil mis au point par Ph. JEAMMET et coll. (1994), contribue en tout cas, à enrichir et affiner une réflexion théorique originale et approfondie sur les particularités du fonctionnement mental des jeunes suicidants.

Les quatre dimensions de la ***mentalisation*** dégagées ici, à partir des travaux de Ph. JEAMMET : ***les mécanismes de défense***, ***l'activité de liaison***, ***le travail de symbolisation*** et ***la régulation des conflits inconscients*** pourraient être retenues comme les premières facettes d'une définition plurielle du concept de ***mentalisation***, dont l'identité s'affirmerait à partir de ces quatre "petites différences". Les références ultérieures devraient aider à l'enrichissement de cette définition. L'hypothèse générale concernant ***la fragilité de la mentalisation*** des jeunes suicidants, posée au terme de cette première réflexion théorique sur le plan de la réalité interne, permet enfin une avancée dans la construction de notre modèle.

2 - LA PERSPECTIVE DE R. KAES (1981)

Parmi les travaux dépendant du champ de la psychanalyse et centrés sur le concept de ***mentalisation***, ceux de R. KAES (1981) sont à mentionner car ils viennent confirmer certaines positions de Ph. JEAMMET.

S'appuyant lui-même sur les avancées théoriques de BION (1962), R. KAES (1981) se centre sur la notion de "travail psychique", et qualifie ***la mentalisation*** de travail de la formation et de la transformation des qualités psychiques.

Il s'interroge alors sur la nature de ces "transformations" et en envisage deux sortes :

- "celles qui s'opèrent au cours du passage d'un niveau à un autre" (p. 451), transformations que nous reconnaîtrons directement lorsque KAES envisagera plus loin, ce qu'est, d'abord, ***"mentaliser"*** ;

- "celles qui s'effectuent, ou peuvent s'effectuer, à l'intérieur même du niveau intrapsychique, soit lorsque l'on passe d'une formation psychique à une autre" (p. 451), transformations dont l'évocation sera plus indirecte, mais qui nous semblent importantes à mentionner puisqu'elles comprennent ***l'activité de liaison entre affect et représentation*** qui nous intéresse particulièrement dans ce travail. Notons de plus que KAES rapproche ces transformations de l'idée de "***perlaboration : travail à travers"*** (p. 451), traduction adoptée par la théorie psychanalytique.

Pour KAES, ***"mentaliser, c'est établir - ou rétablir - un lien"*** (p. 458).

Si cette définition, renvoyant à "un travail sur le lien", peut être surtout rapprochée de la dimension de celle avancée par JEAMMET (1985b, 1994) relative à ***l'activité de liaison***, elle est formulée diffèremment par KAES (1981) qui, en accord avec BION (1962) envisage donc "le travail du lien sur plusieurs modes :

- ***mentaliser***, c'est d'abord établir un lien de transformation entre une impulsion énergétique et une forme psychique étroitement associée à cette tension pulsionnelle et à sa décharge dans des conditions où l'impulsion énergétique ne trouve pas à se satisfaire directement (...). A la voie directe, se substitue une voie nouvelle que suscite l'expérience de l'absence ou du défaut de l'objet ;

- ***mentaliser***, c'est donc aussi, à travers l'expérience du manque, établir un lien entre une présence qui s'est absentée et une absence représentée ;

- ***mentaliser***, c'est enfin mettre en rapport une représentation psychique subjective et un code ou un système de code" (p. 458).

Ce qu'il nous semble important de pointer ici, c'est que, pour KAES, comme pour JEAMMET, ***la mentalisation*** se construit "dans le groupe primaire" (KAES, 1981, p. 461) c'est-à-dire à partir des interactions précoces de l'enfant avec son environnement : "le groupe d'appartenance de la mère", "les liens qui sont organisés entre la mère, le père et l'enfant, au croisement du sexe et de la génération, dans une culture et une société déterminée" (p. 458).

En se centrant sur le processus d'étayage de la mentalisation, qu'il envisage "multiple", KAES (1981) se distingue légèrement de JEAMMET (1985b, 1986a) en insistant sur la nature du lien établi entre le père et la mère, et la propre expérience de la mère face aux ruptures et à la perte : "ce que l'enfant mentalise à partir de l'expérience de la séparation (du sevrage) n'est pas sans rapport avec ***le lien de la mère et du père***. Et ce qui s'élabore du côté de la mère concerne aussi ***sa propre expérience de la séparation et le surgissement de son désir***" (p. 459).

Mais il s'en rapproche tout à fait en envisageant ***la réciprocité*** dans "la relation de l'étayant et de l'étayé" (p. 459)... A travers ces données, l'intérêt d'une centration sur les particularités de ***la réalité externe*** se trouve en tout cas une nouvelle fois justifiée...

Dans son travail de thèse centré sur "les processus de mentalisation chez le toxicomane", P. GUETTE (1986), qui se réfère largement à BION (1962) et KAES (1981), établit aussi un parallèle entre ***la mentalisation*** et ***"la capacité d'être seul"***, étudiée par WINNICOTT (1958) : "attitude constituant l'un des signes les plus importants de la maturité du développement affectif" (p. 205). Le développement de cette capacité, que WINNICOTT (1958) décrit comme "l'édification d'un environnement interne" (p. 211) est aussi pour lui, progressif, s'effectuant d'abord, de manière paradoxale, "en présence de la mère" (p. 206).

Cette chronologie dans le développement du fonctionnement mental, pointée ici par WINNICOTT, n'a en fait jamais cessé d'intéresser les psychanalystes...

En 1996, MARCELLI, rapprochant "le lien précoce" du "lien d'addiction à l'adolescence", se centrait sur les deux situations à risque de fragiliser ***l'assise narcissique*** du bébé : "lorsque la petite enfance a été dominée par une succession de ruptures ou par un lien symbiotique" (p. 122). Il précisait que "les deux situations extrêmes qui engendreraient ***la fragilisation*** seraient aussi bien ***le manque*** que ***l'excès***, "la défaillance dans la qualité des liens précoces pouvant provenir tout autant des séparations excessives que d'une symbiose trop parfaite" (p. 124).

On peut noter que JEAMMET (1989a) évoquait, lui aussi, "***le défaut*** ou ***l'excès*** de présence de la mère" (p. 1766) et qu'en 1990, BERGERET s'exprimait dans le même sens : "nous constatons ce double effet simultané du ***"trop"*** et du ***"pas assez"*** dans la quasi-totalité des situations familiales où ont été élevés les futurs toxicomanes comme la plus grande partie de ceux qui souffriront de difficultés sociales et personnelles" (1990a, p. 131).

En accord avec WINNICOTT, mais également P. DUBOR (1981), P. GUETTE (1986) isole finalement "une sorte de ***temps premier de la mentalisation*** (p. 42), qualifié par DUBOR (1981) "d'expression par l'agir", formulation rappelant celle de JEAMMET (1989a), regardant l'agir comme "***une pré-forme de la symbolisation***" (p. 1767)... Notons cependant au passage que ce terme de ***"symbolisation"*** n'est nullement retrouvé chez KAES ou DUBOR...

Dans sa propre définition du concept de ***mentalisation***, P. GUETTE (1986) rejoint Ph. JEAMMET et R. KAES lorsqu'il envisage le processus de mentalisation comme "visant à la construction d'un espace psychique pour les représentations, les affects, les pensées, les fantasmes et les rêves, dans un but d'unification du sujet tant sur le plan interne que dans ses capacités relationnelles externes" (p. 45).

Si la position de KAES, esquissée ici, ne permet pas l'élaboration d'hypothèses nouvelles pouvant s'articuler à notre modèle, elle confirme donc surtout la position de JEAMMET sur ***l'activité de liaison***, dimension fondamentale de ***la mentalisation***. Son originalité est peut-être d'avoir pris en considération la mentalisation de manière très élargie, "dans ses relations avec le corps, avec la mère, avec le groupe et avec les formations sociétales et culturelles" (p. 459).

3 - LA PERSPECTIVE DE J. BERGERET (1990, citée par C. de TYCHEY et coll. en 1992)

La position de BERGERET face au concept de ***mentalisation***, qui complétera l'approche psychanalytique, diffère de celle des auteurs qui précèdent dans le sens où, comme nous l'avons entrevu dans l'introduction de ce travail, BERGERET fait la distinction entre ***imaginaire*** et ***mentalisation.***

Alors que, pour BERGERET, cité par C. de TYCHEY et coll. (1992), la notion d'***imaginaire*** apparaît très vaste : "c'est l'activité de rêves et de fantasmes dont on a conscience ou pas, composée de fantasme préconscients, inconscients, conscients ou primitifs", celle de ***mentalisation*** se définit dans un champ plus restreint puisqu'elle correspond uniquement à "l'utilisation mentale qu'on va faire de l'imaginaire" (p. 46).

Cette distinction entre les deux concepts, opérée par BERGERET (1990a, 1990b) nous apparaît essentielle à prendre en compte car elle va permettre d'affiner notre modèle...

N'irait-elle pas déjà tout à fait dans le sens des résultats inattendus, obtenus par Ph. JEAMMET (1994), ***révélant chez les jeunes suicidants, "une richesse apparente de la vie fantasmatique" ne reflétant pas nécessairement un travail de mentalisation de qualité ? ... Ne serions-nous pas, dans cette situation, et en suivant BERGERET, face à des sujets à l'espace imaginaire riche, mais mentalisant faiblement, en difficulté pour élaborer mentalement cet imaginaire ?*** La notion ***"d'espace imaginaire"*** chez BERGERET ne pourrait-elle pas être rapprochée de l'aspect de ***la mentalisation*** précédemment défini par P. GUETTE (1986) ?

Les données recueillies par BERGERET (1990a, 1990b) permettent en tout cas, en s'appuyant sur "les fondements affectifs communs" qu'attribue cet auteur, aux diverses pathologies spécifiques de l'adolescence (1990b, pp. 233-234), de relever ***"la fréquence des carences du fonctionnement mental imaginaire repérée chez les sujets devenus fortement dépendants"*** (1990b, p. 147).

A partir de ce résultat, il nous semble important de prendre en considération ***l'espace imaginaire*** de l'adolescent. Cette prise en compte devrait permettre de différencier à nouveau l'adolescent suicidant de son homologue non-suicidant.

<u>La plus grande fréquence de pauvreté de l'espace imaginaire</u> de l'adolescent suicidant, <u>ou des capacités d'élaboration mentale de cet imaginaire</u>, relevée ici par BERGERET, constituerait une troisième hypothèse générale à vérifier sur le plan empirique à partir de la méthodologie spécifique à mettre en place (H3).

Comme les auteurs précédemment cités, BERGERET (1990a, 1990b) constate que "la clinique des conduites addictives nous ramène toujours à ***des carences narcissiques sérieuses et précoces***, entraînant des vécus dépressifs contre lesquels il s'agit de lutter à la fois par le comportement et par le corps" (1990a, p. 4) Il insiste peut-être plus que d'autres sur "le massacre actuel de l'imaginaire" (1990b, p. 141) et "le rôle primordial de la famille dans ce domaine," car selon lui, "ne plus raconter à l'enfant de beaux contes, le laisser s'ennuyer, seul, devant une bande dessinée, ou devant un dessin animé télévisé pratiquement sans effet stimulateur, sans aucune sollicitation à la rêverie, c'est réduire très tôt les capacités imaginaires d'un enfant" (1990b, p. 149).

En complément de cet espace imaginaire, ***la qualité de la mentalisation*** est, pour BERGERET, centrale à évaluer.

Dans une communication personnelle à C. de TYCHEY, citée par cet auteur et ses collaborateurs (1992), BERGERET pose que ***la mentalisation*** "est un des modes de fonctionnement de l'imaginaire qui s'oppose à ***la somatisation*** et ***au comportement*** : ***la mentalisation*** est une attitude où l'imaginaire est traité, élaboré, utilisé en tant qu'imaginaire, c'est-à-dire sur le plan de représentations qui restent dans le domaine mental. C'est l'activité la plus noble de toutes les formes de fonctionnement imaginaire" (p. 50). Ces auteurs précisent bien ensuite, que selon BERGERET, "***le travail de la mentalisation*** passe par ***une activité de représentation***" (p. 50) et "qu'une véritable ***mentalisation*** devra impliquer un travail d'élaboration mentale des affects, à côté de l'élaboration symbolique de la valence dynamisante sexuelle ou agressive de la pulsion" (p. 52)... La position de BERGERET (1992) est ici bien proche de celle de JEAMMET (1994) centrée sur les deux aspects fondamentaux de la mentalisation que constituent ***l'activité de liaison*** et ***le travail de symbolisation.***

Il n'en est pas tout à fait de même lorsque ces deux auteurs traitent de ***la faillite de cette mentalisation.*** En effet, si Ph. JEAMMET, dans ce cas, oppose surtout ***l'agir*** à ***la mentalisation***, pointant cependant la possibilité d'expression somatique plus intense de l'angoisse chez le suicidant, BERGERET, cité par C. de TYCHEY (1992) semble envisager plus nettement deux situations possibles :

- soit "***la décharge dans l'agir comportemental*** (auto ou hetero-agressif par exemple) quand l'intensité de l'angoisse liée à la valeur sexuelle ou agressive non mentalisable est trop importante" (p. 52) ;

- soit "***l'expression par la voie somatique*** quand une dénégation trop importante porte sur les affects" (p. 52).

Cette prise en compte du ***"somatique"*** est importante à relever car elle apparaît comme une ouverture dans le champ de la psychanalyse. En introduisant "une hiérarchie" au sein de son modèle, et en imaginant, comme le précisent C. de TYCHEY et ses collaborateurs (1992), un véritable "fossé" séparant la mentalisation des voies somatiques et comportementales, BERGERET est ici très proche de MARTY et du champ de la psychosomatique vers lequel nous allons nous tourner (p. 50).

Cet auteur nous invite donc à prendre en considération dès maintenant, en cas de faillite de la mentalisation, ***l'expression par la voie somatique*** chez l'adolescent. Cette prise en compte, déjà suggérée avec pertinence par l'épidémiologie dans le chapitre précédent (CHOQUET, 1989a ; GASQUET et CHOQUET, 1993a et b ; CHOQUET et LEDOUX, 1994b), devrait permettre de différencier, là aussi, l'adolescent suicidant de son homologue non-suicidant.

L'expression par la voie somatique, plus intense chez l'adolescent suicidant du fait d'une faillite de la mentalisation des excitations, et relevée ici par BERGERET, constituerait une quatrième hypothèse générale à tenter de vérifier à l'aide d'un instrument d'évaluation adapté (H4).

Au terme de cette centration sur les avancées théoriques de BERGERET, nous confrontant d'une part, aux deux dimensions distinctes d'***espace imaginaire*** et de ***mentalisation***, d'autre part, à ***l'expression par la voie somatique***, notre définition du concept de ***mentalisation*** se trouve enrichie de deux nouvelles facettes, ***la fragilité de la mentalisation chez l'adolescent suicidant pouvant, selon cet auteur, être articulée à un espace imaginaire pauvre ou riche, mais alors non élaborable mentalement, et entraîner une expression somatique plus intense.***

BERGERET (1996), particulièrement sensible à "l'incertaine subtilité des limites nosologiques" s'est toujours employé à "élargir le champ de l'écoute psychanalytique" (p. 314). Il apparaît donc à une place charnière pour introduire la suite de ces réflexions théoriques visant à mieux cerner le concept de ***mentalisation*** dans le vaste champ de la psychosomatique.

B - DEFINITION DES CONCEPTS DANS LE CHAMP DE LA PSYCHOSOMATIQUE

1 - LA PERSPECTIVE DE P. MARTY (1990, 1991)

Après avoir défini les trois concepts centraux chez MARTY de ***mentalisation***, de ***somatisation***, et de ***maladie***, nous tenterons leur mise en relation, en nous orientant vers "l'étude des imbrications du fonctionnement mental et du fonctionnement somatique, tout au cours

de l'évolution individuelle", ce qui constitue, selon MARTY (1991), "l'objet même de la recherche psychosomatique" (p. 49).

Lors d'un entretien avec le psychanalyste NICOLAIDIS (1991), centré sur l'exposé de ses idées et de ses conceptions de l'appareil psychique humain, MARTY (1996) rappelle les origines du concept de ***mentalisation*** : "il date des premières années 70." Il est donc, selon lui, relativement récent. "Considérant la qualité, la quantité, le dynamisme et la permanence des représentations mentales telles qu'elles apparaisssent, "normales ou pathologiques", ce concept est venu de la nécessité d'établir une classification psychosomatique" (pp. 19-20). Il précise d'ailleurs que "ce mot ***"mentalisation"*** ne donne pas lieu à définition dans les dictionnaires français" et qu'il s'agit d'un néologisme (...)" (p. 19).

En 1991, s'interrogeant déjà sur les fondements de cette notion, MARTY mentionnait en tout cas, l'importance des découvertes freudiennes et notamment "à partir de 1915, de la mise en évidence de la première topique qui situe le "préconscient" où se manifestent justement les représentations", et sans laquelle, disait-il, "la notion de mentalisation, ne serait sans doute pas apparue" (p. 14).

Retenons alors la définition que R. DEBRAY (1991a) donne de ***la mentalisation***, en référence à cet auteur : "la mentalisation concerne les caractéristiques du système préconscient du sujet" (p. 42).

MARTY (1991) relie en effet la qualité de la mentalisation à celle du système préconscient qui est son support, "le lieu des représentations et des liaisons entre elles de ces représentations" (p. 15).

Pour évaluer cette qualité, il s'intéresse à deux attributs de ces représentations psychiques :

- ***leur quantité***, "en rapport avec l'accumulation des couches de représentations pendant les différents temps du développement individuel, ceux de la petite enfance et de l'enfance d'abord" ;

- ***leur qualité*** préconsciente, "résidant à la fois, dans la disponibilité de leur évocation et lors de ce moment, de leur liaison à d'autres représentations de la même époque ou d'époques différentes (...), et dans la permanence des disponibilités précédentes" (p. 18).

Comme le précisent C. de TYCHEY et coll. (1992), les critères d'une bonne mentalisation pour MARTY, seraient donc au nombre de trois :

- "l'épaisseur du fonctionnement préconscient ;

- la fluidité de la circulation interne entre les différentes couches de représentations ;

- la disponibilité spontanée et dans le temps de la circulation en cause" (p. 47).

Les critères d'une mentalisation défectueuse seraient par contre en lien avec "l'altération d'une ou plusieurs de ces dimensions", que MARTY (1990) qualifie de "lacunes de l'organisation préconsciente" (p. 45).

Si, en envisageant les lacunes les plus "fondamentales", c'est-à-dire "***les insuffisances quantitatives et qualitatives des représentations psychiques ainsi que les insuffisances de connotations affectives de ces représentations***" (p. 45), MARTY (1990) se rapproche des auteurs déjà cités comme JEAMMET (1985b, 1994) et KAES (1981), lorsque ceux-ci se centrent sur la défaillance de l'activité de liaison entre affect et représentation chez les jeunes vulnérables psychiquement, il suscite aussi, par son point de vue, certains mouvements critiques sur le plan théorique.

Citons par exemple celui de C. de TYCHEY et coll. (1992) entrevoyant à la fois la proximité pouvant exister entre ***l'espace préconscient***, tel que défini par MARTY (1990, 1991) et ***l'espace imaginaire***, tel que défini par BERGERET (1990a), le premier servant de support au deuxième, et la difficulté, en suivant MARTY, "à différencier ce qui relève de l'activité imaginaire de ce qui constitue le travail d'élaboration mentale" (p. 47). Selon ces auteurs, comment, de plus, "approcher de manière objective, dans le cadre d'une observation, d'un entretien clinique ou d'une investigation projective, ces trois critères d'une bonne mentalisation" (p. 48) ?

Lorsqu'il s'exprime sur le principe des ***somatisations***, MARTY (1996) évoque la réalité "des événements de notre vie qui provoquent des excitations de nos instincts et de nos pulsions."

Selon lui, "ces excitations doivent trouver des voies régulières d'écoulement ou de décharge pour ne pas s'accumuler et devenir excessives, leur accumulation s'avérant la cause majeure des ***somatisations***" (p. 35). Pointons ici l'importance de cette notion de ***cumul***, de ***quantité***, qui n'est, chez MARTY, reliée que de manière limitée à la réalité externe, puisqu'à travers les termes employés, "d'instincts" et de "pulsions", seul est pris en compte le ressenti, à un niveau interne, des excitations externes.

Quelles sont alors les voies régulières d'écoulement et de décharge ? Comme nous l'avons déjà noté lors de la présentation du modèle hiérarchique de MARTY en introduction, "il existe deux voies principales d'écoulement et de décharge des excitations, l'une pouvant partiellement emprunter l'autre, celle de ***l'élaboration mentale*** et celle de ***la dépense sensori-motrice***" (p. 35).

La définition du concept de ***somatisation***, que propose C. DEJOURS (1995), dans une réflexion théorique sur la psychosomatique, "le processus par le truchement duquel des phénomènes psychiques passent la frontière esprit/corps" (p. 61), est l'occasion pour nous de mieux saisir, comme le précise cet auteur par ailleurs (1996), le dualisme psyché/soma animant la pensée de MARTY "qui croit à la cause psychique de la maladie somatique et à un passage de la cause psychique aux effets somatiques" (p. 19).

La définition imagée de ***la maladie***, que propose MARTY lui-même (1996), va tout à fait dans ce sens : "***la maladie, c'est l'esprit qui a lâché le corps***, soit que l'esprit ait toujours été faible et, par traumatisme, le lâche facilement, soit qu'il se désorganise sans qu'arrivent des systèmes de régression (mentales ou somatiques), ces espèces de réservoirs de libido qui sont capables comme des jerricanes de réanimer un réservoir habituellement défaillant, soit encore que l'esprit en ait assez par répétition ou par prolongation de situations conflictuelles et que par excès d'excitations permanent et répété, il laisse tout tomber, y inclus les régressions" (p. 52).

A partir de l'approche de ces trois notions de ***mentalisation***, de ***somatisation*** et de ***maladie***, nous avons donc pu entrevoir, comme le précise MARTY (1990) le rôle de "plaque tournante de l'économie psychosomatique" dévolu au Préconscient, permettant à cet auteur d'avancer que "plus le Préconscient d'un sujet se montre riche de représentations en permanence liées entre elles, plus la pathologie éventuelle risque de se situer sur ***le versant mental.*** Moins le Préconscient d'un sujet se montre riche de représentations, de liaisons entre celles qui existent et de permanence des représentations et de leurs liaisons, plus la pathologie éventuelle risque de se situer sur ***le versant somatique***" (p. 46).

Centrons-nous alors sur la mise en relation des deux concepts de ***mentalisation*** et de ***somatisation.***

Concrètement, MARTY (1991) envisage, d'une manière générale, deux situations possibles :

- "lorsque les excitations pulsionnelles se montrent d'importance moyenne et ne s'accumulent pas trop chez un sujet dont, par ailleurs, ***la mentalisation est bonne***, on a la chance de n'assister qu'à la venue ***d'affections somatiques*** la plupart du temps spontanément ***réversibles***" ;

- "lorsque les excitations instinctuelles et pulsionnelles se montrent importantes et s'accumulent chez un sujet dont, par ailleurs, ***la mentalisation est mauvaise***, on a le risque d'assister à la venue d'***affections somatiques évolutives et graves***" (p. 41).

Comme cela a déjà été noté au début de ce travail, MARTY (1991) oppose donc la notion de ***"régression"*** à celle de ***"désorganisation progressive"***, constatant que "les affections somatiques de type régressif surviennent souvent chez des sujets ***bien mentalisés***" (p. 44) et que "les processus de désorganisation progressive surviennent électivement chez les sujets ***mal mentalisés***" (p. 45).

Selon lui (1991), ces régressions, "qui représentent le retour partiel d'un sujet à des fixations fonctionnelles antérieures (...), protègent en fait l'économie vitale générale de ce sujet" (p. 43), alors que "les affections somatiques répondant aux désorganisations progressives mettent en jeu leur pronostic vital" (p. 47).

Face à la maladie somatique, MARTY (1996) attache donc la plus grande importance au ***fonctionnement mental*** : "tout n'est pas appareil mental, mais ce dernier dans n'importe quel cas, doit être justement considéré en premier lieu comme constituant un référent permanent de l'appréciation que nous portons sur les humains et sur nos patients" (p. 75).

La structure mentale a en effet chez MARTY, comme le précise DEJOURS (1995) "une valeur prédictive sur les événements somatiques et psychopathologiques" (p. 62) et la "classification psychosomatique", s'étendant des névroses de comportement, presqu'inévitablement promises à des somatisations, aux névroses bien mentalisées, mieux protégées, matérialise ce point de vue. Mais si cette classification constitue un cadre de référence d'une grande utilité sur le plan de la nosographie, n'oublions pas qu'elle concerne les adultes et qu'elle ne peut donc en aucun cas être transposée directement chez les adolescents, en pleine mouvance sur le plan structurel...

Ces éléments, qui donnent déjà sens "aux psychothérapies destinées à rétablir le meilleur fonctionnement mental possible pour le sujet et, dans les cas de défaillances profondes de la mentalisation, à établir le meilleur fonctionnement économique possible (mental et de

comportement)", permettent aussi à MARTY (1991) de conclure "qu'aux meilleurs niveaux de ces fonctionnements correspond, selon l'expérience, le meilleur niveau des défenses biologiques individuelles" (p. 47)... En est-il de même chez l'adolescent ?

Au-delà des divergences et des critiques qu'a déjà pu ou pourra encore susciter le point de vue théorique de P. MARTY, preuve en tout cas incontestable de son intérêt et de sa richesse, nous retiendrons essentiellement pour notre modèle, le triple intérêt de cet auteur :

- d'une part, pour le cumul des excitations internes déclenchées par les événements de vie touchant l'affectivité, à décharger ou à écouler, nous invitant de manière indirecte à nous intéresser une nouvelle fois à la réalité externe elle-même ;

- d'autre part pour le fonctionnement mental des ces patients somatiques, incluant l'activité de liaison prise en compte dans ce travail ;

- et bien sûr, de manière originale, pour le repérage de l'ensemble des manifestations somatiques survenus tout au long de la vie de ces sujets, tenant une place essentielle dans l'investigation psychosomatique.

Si, en respect du modèle théorique de MARTY, reposant sur le dualisme psyché/soma, la première dimension ne semble pouvoir être intégrée que de manière limitée à celle retenue à partir des références antérieures et renvoyant ***au degré de surcharge externe***, la deuxième, rendant compte notamment de ***l'activité de liaison*** ainsi que la troisième, contribuant à refléter l'intensité de ***l'expression par la voie somatique*** peuvent être articulées directement à notre modèle. Les deux hypothèses générales déjà posées concernant l'attente, chez l'adolescent suicidant, de ***la fragilité de la mentalisation*** et de ***la répercussion somatique plus grande*** en cas de faillite de la mentalisation des excitations, se trouvent donc confortées à partir des avancées théoriques de MARTY.

2 - LA PERSPECTIVE DE R. DEBRAY (1983, 1985, 1990, 1991, 1992, 1996)

Engagée depuis plus de vingt ans aux côtés de P. MARTY, R. DEBRAY (1996a), dont la perspective reste très proche de celle de cet auteur, a développé, "au fil d'un long cheminement tant clinique que théorique" (p. 11), une position originale qu'elle estime aujourd'hui "plus affirmée et

plus claire", confortée notamment, selon elle, "par l'apport de son expérience avec les bébés et d'une façon plus large avec la triade père/mère/bébé" (p. 54).

Son questionnement permanent sur les notions de ***mentalisation*** et de ***somatisation*** l'a conduite à proposer de nouvelles définitions que nous envisagerons dans un premier temps. Après avoir dégagé certaines des convergences de son point de vue avec celui de MARTY (1991) et d'autres auteurs tels que JEAMMET (1994) ou KAES (1981), nous tenterons ensuite de dégager les aspects originaux de son modèle pouvant s'articuler au nôtre.

Centrée, en 1991, sur la notion de ***mentalisation***, R. DEBRAY note d'abord que ce terme est "pratiquement intraduisible en anglais", et constate en effet, à la lecture de la publication dans cette langue, déjà citée, de JASMIN et al. (1990), que lui est substituée la notion de "structure mentale bien ou mal organisée" (1991a, p. 41). Mais au-delà de ce problème terminologique, R. DEBRAY (1991a) se pose surtout la question "du sens donné à cette notion" et suggère, comme nous le relevions, dans une formulation un peu différente, au début de ce travail, ***"que la mentalisation soit rapportée à la capacité qu'a le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie"*** (p. 42).

Si cette définition, renvoyant à la notion de ***travail psychique***, rappelle déjà les perspectives des psychanalystes cités antérieurement, tels que JEAMMET et KAES, elle apparaît aussi bien différente de celle de MARTY, en assignant à la mentalisation, comme le soulignent C. de TYCHEY et coll. (1992), "des fonctions précises" (p. 48).

Au-delà du fait qu'elle nous confronte, comme le pointent également ces derniers auteurs (1992), aux problèmes essentiels de l'élaboration mentale des affects de déplaisir, au rôle des défenses, et à la nature des conflits, éléments rejoignant bien sûr les perspectives de JEAMMET (1994, 1995a) ou de BERGERET (1974), ***elle nous apparaît novatrice au travers de la formulation de ces termes précis de conflits "interpersonnels" et "inhérents à la vie", s'articulant nettement à la réalité externe.***

R. DEBRAY (1983a et b, 1996a) semble en effet, plus que d'autres psychosomaticiens comme MARTY, souligner ***"le poids des éléments de la réalité"*** (1983a, p. 76).

Lors d'une recherche menée auprès de jeunes diabétiques (1983a), elle nous invite ainsi "à ajouter au poids des facteurs génétiques - incontestables mais difficiles à cerner - celui des ***facteurs environnementaux*** avec la notion de traumatismes externes" (p. 76). Il convient d'ailleurs, selon elle, de signaler aussi l'existence chez ces enfants d'une ***"faille narcissique"*** (p. 76), donnée rappelant la perspective des psychanalystes. S'interrogeant alors sur ce qui peut avoir valeur de ***traumatisme***, elle envisage ces facteurs environnementaux dans un sens large, "aussi bien l'aspect ***événementiel*** qui constitue les données extérieures repérables de la vie du sujet, que ***l'impact*** produit par ces mêmes événements sur son économie psychosomatique générale" (1983a, p. 55), tout en soulignant que "le seul repérage d'événements extérieurs jugés traumatiques comme des séparations, des accidents, des deuils" (p. 56) serait, selon elle, insuffisant. Elle précise en effet par ailleurs (1996a) la nécessité que ces éléments émanant de la réalité externe "entrent en résonance avec ***des fragilités internes***, souvent seulement transitoires chez le sujet lui-même" (p. 53), ce qui suggère à nouveau l'intérêt d'une double approche de la réalité...

C'est donc finalement pour elle (1985), d'une ***"conjonction explosive"***, c'est-à-dire de "la rencontre d'un terrain fragile et d'une situation externe traumatisante renvoyant à la notion de perte objectale, le tout pris dans le contexte fragilisant que constitue l'âge du conflit oedipien ou plus tardivement l'âge de l'adolescence en tant que réactivation de ce conflit de l'enfance", que peut naître "une maladie somatique grave comme l'apparition d'un diabète insulino-dépendant par exemple ou encore une leucémie aiguë" (p. 313).

Si cet auteur (1990) insiste sur les notions de ***"surcharge"*** et de ***"débordement transitoire de l'appareil psychique"***, qu'il s'agisse, comme elle le précise par ailleurs, en accord avec de nombreux auteurs, "de trop ou de pas assez d'excitations" (1983b, p. 529), elle précise bien que c'est "***la surcharge - quelles que soient son origine ou sa nature*** - qui déborde les capacités de traitement de l'information par l'appareil psychique entraînant un état critique dont le destin est aléatoire" (1990, p. 932)... ***La surcharge externe*** est ici encore prise en considération...

L'activité de liaison, dimension essentielle de la mentalisation pour les auteurs qui précèdent, semble tenir une place également centrale chez R. DEBRAY. En effet, pour que, selon elle (1990), "un appareil psychique soit ***ranimable***, c'est-à-dire capable de se remettre à

fonctionner", il faut aussi "qu'il soit capable de revenir sur le moment critique de rupture afin d'en réduire l'impact" (p. 932).

Tout en nous sensibilisant à l'idée que "le temps pour la remémoration et l'élaboration psychique manque dramatiquement quand l'urgence somatique parle" (p. 931), elle montre aussi que "***la capacité de faire des liens*** et donc de se remémorer, vient alors au premier plan, entraînant dans les cas heureux prises de conscience et élaboration psychique" (p. 932).

Au cours de l'analyse du cas clinique choisi pour illustrer ce "trop de réalité qui fige la remémoration", R. DEBRAY pointe nettement chez ce sujet souffrant de recto-colite hémorragique, "***le poids de la réalité*** : celle des actes, celle des événements vécus, lui apparaissant comme écrasant", empêchant de ce fait "un véritable travail autour de l'expression de l'agressivité qui est plutôt ***violence de la réalité donnée comme telle***" (p. 936).

Elle repère donc chez ces patients somatiques, "***le poids de la réalité externe***, celle des événements traumatiques, des deuils, de la réalité de la maladie somatique, constamment là et marquant de son empreinte la manière même dont les souvenirs réapparaissent et sont rapportés" pp. 940-941). Ce qui serait limité chez eux, ce serait ***"l'accès au double sens"***, difficulté qui traduirait "la faiblesse ou la rigidité du système préconscient" (p. 941).

Ne pourrait-on pas rapprocher cet élément de la distinction radicale opérée par M. de M'UZAN (1984) entre "deux espèces de répétitions : la première, qu'il appelle ***la répétition du même***, la seule à avoir valeur de ***remémoration***, ayant trait à l'ordre de la similitude approximative, de la ressemblance, et la seconde, ***la répétition de l'identique***, dépourvue de fonction élaboratrice, ressortissant au domaine du rigoureusement semblable" (p. 130) ?

Ce registre de "trop de réalité" renverrait également, selon R. DEBRAY, au registre ***du manque*** : "un manque qui ne se dit pas comme tel : celui ***des petites quantités***, celui ***du double sens***" (p. 941), mais aussi celui "***des affects***, balayés par le trop de réalité qui induit la sidération psychique" (p. 943). Elle signale par ailleurs (1992b) la faillite du système pare-excitations maternel qui n'a pas su ménager pour ces bébés le passage à des ***petites quantités d'excitations*** bientôt tranformées en ***petites quantités d'affects***" (1992b, p. 2).

Nous sommes bien proches, là encore, de M. de M'UZAN (1984) cherchant à mieux cerner ce qu'est une situation véritablement ***traumatique***. Pour lui, seule compte "***la quantité d'excitation*** engagée", celle-ci ne pouvant que "se décharger d'une façon massive, brutale par

un passage à l'acte dont la violence est proportionnelle aux quantités mises en jeu" (p. 132).

R. DEBRAY, qui nous incite donc au repérage, chez ces patients "des liens avec d'éventuels ***traumatismes*** dans la réalité externe" (1990, p. 942), nous suggère aussi un questionnement sur ***la réalité externe de l'adolescent suicidant.*** Retrouverons-nous chez lui le poids d'une surcharge analogue ?

A partir de son expérience clinique menée auprès de bébés et de jeunes enfants souffrant sur le plan somatique, cet auteur (1996b) a aussi enrichi d'un éclairage nouveau sa réflexion théorique sur l'accès au ***travail de symbolisation*** et repère, comme JEAMMET (1989a) deux lignes de développement distinctes :

- "la première, qui est la plus favorable, s'étaye sur la quasi immédiate libidinalisation des fonctions somatiques du bébé par la mère", ce qui peut être mis en parallèle avec le concept de "subversion libidinale" de DEJOURS (1995). R. DEBRAY note alors que "cette évolution entraîne l'apparition de conduites de jeu précoces qui témoignent de l'accès progressif à la ***symbolisation*** dans un contexte ou la distinction mère/non mère est au premier plan" ;

- "la seconde, moins heureuse, tente de parer les défaillances du système pare-excitations maternel et paternel par un centrage sur le fonctionnement du corps (...), le surinvestissement défensif de la réalité externe : les objets concrets sont préférés aux personnes" (p. 187).

Nous retrouvons, comme chez KAES (1981) l'importance ***du rôle du père*** qui est, "lorsque cela lui est possible, de réussir à rompre ce drame que mère et bébé se donnent répétitivement à vivre" (1992a, p. 1443). En s'appuyant sur la notion d'***"englobement"***, qui rappelle l'hypothèse de JEAMMET(1985b, 1986a) d'un fantasme du même nom pouvant survenir chez la mère comme chez l'enfant dépendants, R. DEBRAY (1991b, 1992a) montre bien que durant la grossesse, mais aussi au début de la vie, "l'économie psychosomatique de la mère inclut celle du bébé", et qu'il existe "une extraordinaire contagion de l'état affectif profond de la mère ou du père au bébé" (1991b, p. 686). Au travers de ce rôle de tiers, nous saisissons tout le sens à donner aux thérapies analytiques de la triade père-mère-enfant prônées de manière originale par R. DEBRAY.

Dans ses conclusions d'une recherche centrée sur l'organisation psychique des sujets séro-positifs, cet auteur (1991c) se rapproche également de Ph. JEAMMET (1985a) en notant que "la

fuite dans ***l'agir*** constitue le moyen privilégié de ces sujets d'évacuer une angoisse intrapsychique intolérable et inélaborable" (p. 70). Elle rappelle aussi que pour ces sujets, "dire, même de la façon la plus crue, c'est déjà une activité de pensée qui révèle un aménagement défensif ***mentalisé***" (p. 71), élément qui, s'il invite à favoriser "le soutien psychologique pour ces sujets en grand danger vital", nous recentre aussi sur la dimension ***d'élaboration symbolique des pulsions agressives et sexuelles*** antérieurement prise en compte à partir du modèle théorique de Ph. JEAMMET (1994).

Lorsqu'elle s'intéresse à la voie somatique, "celle des éprouvés corporels, des états du corps mais aussi des ***somatisations***", R. DEBRAY (1996a) nous confronte à nouveau à d'autres définitions, et notamment à celle de ***"l'expression somatique"***, terme vaste devant, selon elle, "se concevoir et s'utiliser d'une manière symétrique à celui d'***expression psychique*** qui concerne lui, toute manifestation quelle que soit sa nature ou sa forme qui emprunte la voie mentale." (p. 13) Cet auteur entend, en effet, par ***expression somatique***, "toute manifestation qui engage le corps, que celle-ci soit bénigne et transitoire ou répétitive et donc installée, ou encore qu'il s'agisse d'une affection somatique repérable éventuellement irréversible" (p. 13).

A ***la voie mentale longue*** "demandant du temps, le temps incompressible du travail par la pensée", R. DEBRAY (1996a) oppose donc "***la voie somatique courte***, souvent instantanée" (p. 13). Dès 1983, elle précisait que "cette symptomatologie somatique installée court-circuitait la voie beaucoup plus longue et beaucoup plus fragile de l'élaboration par la psyché" (1983b, p. 536). Elle considérait la maladie déclarée dans la petite enfance comme "un frein sur le libre développement des processus mentaux" et la maladie survenant plus tard, comme "moins coûteuse au regard de l'ensemble du fonctionnement de la psyché" (1983a, p. 118).

En envisageant que "notre corps répond d'abord, notre tête reprenant ensuite, dans les cas heureux, la direction des opérations" (1996a, p. 13), elle valorise donc le rôle de ***l'expression somatique*** "assurant une décharge immédiate des excitations en excès, favorisant dans un deuxième temps une réorganisation à travers le travail psychique", et rappelle aussi que cette expression somatique "nous affecte tous à des degrés divers selon les moments de notre vie" (p. 13).

Si cette position offrant une place centrale à ***la voie somatique***, devenant même ici souvent souhaitable, permet déjà de pointer une différence avec celle de MARTY (1996),

envisageant ***l'élaboration mentale*** et ***la dépense sensori-motrice*** comme les deux voies principales d'écoulement et de décharge des excitations, elle permet aussi de noter sa proximité avec celle de DEJOURS (1996) soutenant que "le trouble somatique est ontologiquement premier" (p. 23) ; elle permet enfin de souligner l'intérêt, pour notre modèle, d'une centration sur ***l'expression somatique*** des adolescents, déjà suggérée par l'épidémiologie et devant permettre de différencier suicidants et non-suicidants.

Si R. DEBRAY (1996a) reste donc très proche de P. MARTY en s'intéressant essentiellement aux voies de décharge ou d'écoulement des excitations déclenchées par les événements de la vie, en pensant que "le travail psychique protège le corps contre un éventuel mouvement de désorganisation somatique" (p. 35), mais en sachant aussi que "personne, si bien mentalisé soit-il, n'est à l'abri d'un tel mouvement" (p. 51), en rappelant qu'elle souscrit à cette distinction que "les somatisations quelles qu'elles soient, sont dénuées de sens" (p. 26), ce qui, sur ce point, l'oppose à DEJOURS (1995), elle affirme aussi une position originale que nous venons d'entrevoir.

La prise en compte de son modèle, centré sur ***l'expression somatique***, nous suggère encore deux nouvelles pistes de réflexion.

En repérant, comme nous le notions en introduction, "une période de fragilisation particulièrement critique au tout début de l'adolescence" (1996a, p. 179), R. DEBRAY (1985, 1996a) nous invite en effet à nous centrer sur ***l'âge*** des adolescents.

A partir des constats cliniques de cet auteur (1985, 1996a) montrant à la fois que ***"le risque de désorganisation somatique est structurellement grand à ce moment précis de la vie"*** (1996a, p. 180) et que cette expression somatique "parfois gravissime, parfois bénigne", semble liée, pour une part, au degré de solidité du cadre contenant l'acolescent, nous serions tentés d'articuler avec prudence, puisque R. DEBRAY précise bien "qu'aucune généralisation ne peut être valablement retenue" (1985, p. 316), une sous-hypothèse à l'hypothèse H4 :

<u>L'expression somatique</u> devrait être plus intense chez les adolescents suicidants <u>les plus jeunes</u>, du fait de défaillances internes et d'un cadre contenant insuffisamment solide, en référence aux résultats obtenus par R. DEBRAY (H4a).

Mais les données épidémiologiques, centrées elles aussi sur le facteur ***âge***, mènent à des conclusions différentes... Ainsi M. CHOQUET et S. LEDOUX (1994b), dans leur enquête nationale sur la santé des jeunes, menée auprès de plus de 12 000 adolescents de 11 à 19 ans, ont cherché à évaluer les plaintes somatiques se rapportant aux douze derniers mois. Leur conclusion n'est pas la même sur le plan de l'âge : ***"la fréquence des plaintes somatiques augmente au cours de l'adolescence"*** (p. 139).

A partir de ces résultats contradictoires, mais pouvant pourtant être rapprochés d'un autre constat de R. DEBRAY (1985) ayant assisté, "***avec des adolescents plus âgés***, à l'apparition brutale d'une symptomatologie nouvelle pouvant traduire une subite défaillance de l'économie psychosomatique du sujet débordé par une surcharge (...)" (pp. 316-317), c'est une sous-hypothèse alternative à la précédente qui semblerait à poser :

<u>L'expression somatique</u> devrait être plus intense chez les adolescents suicidants <u>les plus âgés</u>, en référence aux données épidémiologiques, et notamment celles recueillies par M. CHOQUET et S. LEDOUX (H4b).

Par souci d'honnêteté, face à cette revue de la littérature nous conduisant à des données divergentes, seule la mise à l'épreuve de cette double sous-hypothèse contradictoire semble donc possible.

En s'intéressant "aux variations dans l'expression somatique en rapport avec les différences fille/garçon "dans la perspective psychosomatique, R. DEBRAY (1996a) apparaît novatrice et stimulante pour la recherche puisqu'elle pose l'hypothèse que "l'inscription somatique précoce constatée chez les bébés filles fait le lit de ***l'expression somatique ultérieure souvent plus riche chez les femmes*** que chez les hommes" (p. 143).

Notons que ces données vont tout à fait dans le même sens que celles, très récentes de X. POMMEREAU (1997), centrées sur les plaintes corporelles de l'adolescent "qui va mal", puisque cet auteur signale que "les malaises physiques répétitifs sont beaucoup plus fréquents chez les jeunes filles, aboutissant à la formulation de plaintes corporelles plus ou moins vagues et diffuses" (p. 42).

Elles sont aussi en accord avec celles de I. GASQUET et M. CHOQUET (1993a), recueillies lors d'une étude comparant deux groupes d'adolescents, soit suicidants, soit non-suicidants, citée précédemment, et pointant dans chacun des groupes, ***la prévalence des troubles psychosomatiques chez les filles*** (pp. 61-63).

Ces données, confirmées l'année suivante par M. CHOQUET et S. LEDOUX (1994b) puisque leur enquête nationale révèle que "mise à part la fatigue ressentie par un certain nombre d'adolescents (47% des filles et 39% des garçons) ***les autres plaintes, plus rares, sont environ deux fois plus fréquentes chez les filles que chez les garçons***" (p. 139), rejoignent enfin les résultats obtenus au Centre de Médecine Préventive de Nancy par F. TENENBAUM-CASARI, N. BON et coll. (1996) pointant ***"la prépondérance des troubles chez les filles."***

Ces éléments semblent donc pouvoir être à l'origine d'une autre sous-hypothèse à l'hypothèse H4 :

<u>L'expression somatique</u> devrait être plus intense <u>chez les filles</u> que chez les garcons, et cela, chez les suicidants comme chez les non-suicidants, en référence aux constats de nombreux auteurs (H4c).

Mais revenons, une fois encore, à R. DEBRAY (1996a) faisant le lien, chez certaines adolescentes, "entre l'apparition des premières règles et la survenue d'une désorganisation somatique telle que, par exemple, l'apparition d'un diabète insulino-dépendant" (p. 181) et soulignant "le poids singulier que constitue le sang des règles dans la conjonction explosive dont telle jeune adolescente se trouve brutalement la cible" (p. 181). C'est pour elle "comme si la puberté survenait trop tôt, prenant de court la jeune adolescente encore plongée dans les délices d'une enfance qu'elle souhaiterait voir se prolonger. Les premières règles apparaissent alors comme une trahison insupportable du corps, impossible à élaborer sur la scène psychique" (p. 181).

Ce vécu relevé chez l'adolescente souffrant sur le plan somatique serait-il aussi présent chez l'adolescente suicidante ?... Nous serions tentés d'en faire l'hypothèse...

Au terme de cette approche de la perspective de R. DEBRAY, maintenant vivante la dimension d'espoir du changement, mais posant aussi le problème majeur du ***temps***, ***le temps***

nécessaire à la reprise du travail de mentalisation, ***le temps*** qu'il ne faut pas perdre, dès la survenue d'une désorganisation somatique, pour engager le travail psychique, ***le temps*** que peut ne pas laisser une maladie devenue trop vite irréversible, ***le temps*** pour qu'une "douleur du corps" puisse devenir "douleur psychique", il nous paraît possible de retenir plusieurs dimensions à articuler à notre modèle.

L'insistance de cet auteur sur ***le poids de la réalité externe***, dégagé de l'anamnèse des sujets souffrant de manifestations somatiques, nous invite à prendre à nouveau cette dimension en considération chez l'adolescent. Les résultats obtenus par cet auteur confortent l'hypothèse H1 posée de l'intensité de la surcharge externe présente chez l'adolescent suicidant.

Ses réflexions théoriques d'une grande richesse sur ***la mentalisation***, l'amenant à prendre en compte ***l'élaboration mentale des affects d'angoisse et de dépression, le rôle des défenses, la nature et la régulation des conflits, l'activité de liaison et le travail de symbolisation*** viennent justifier l'hypothèse H2 déjà posée ainsi que les sous-hypothèses lui étant reliées concernant ***la fragilité de la mentalisation*** de l'adolescent suicidant.

Ses développements sur ***"l'expression somatique"*** viennent enfin appuyer et enrichir l'hypothèse H4 ***d'une traduction par la voie somatique, plus intense*** chez l'adolescent suicidant, du fait d'une faillite de la mentalisation des excitations.

3 - LA PERSPECTIVE DE C. DEJOURS (1986, 1989, 1993, 1995, 1996)

La perspective de cet auteur, dont l'originalité repose sur la place centrale réservée ***aux phénomènes intersubjectifs***, complétera cette définition du concept de ***mentalisation*** dans le champ de la psychosomatique.

Invité à s'exprimer, lors d'un séminaire nancéien, sur le thème "mentalisation et troubles psychosomatiques", C. DEJOURS (1995) relie d'emblée, dans une première approche, ***la mentalisation*** au travail de la pensée, lui accordant le statut de processus permettant de passer de l'état originaire d'excitation pulsionnelle, niveau le plus élémentaire, le plus proche de l'inconscient, au registre plus élaboré du représentable.

Pour DEJOURS, ***ce processus de mentalisation est d'abord corporel*** et se construit en deux étapes :

- ***la "diabolisation"***, une opération de séparation, de décollement, où la notion de "subversion" rend compte de "la lutte menée par le sujet pour construire un ordre psychique grâce auquel il tente de s'affranchir de l'ordre physiologique" (1989, p. 7) ;

- ***la "symbolisation"***, stade d'achèvement du processus, "prenant la relève de ce qui a été séparé pour construire des liens nouveaux dans le territoire dominé par l'ordre psychologique" (p. 12), mais où serait maintenue une dépendance à l'ordre biologique du fait du passage de la symbolisation par un prérequis : ***"l'agir expressif"***.

Cette notion d'***"agir expressif"***, évoquée par C. DEJOURS, rappelant celle d'***"agir"***, vue par Ph. JEAMMET comme ***"une pré-forme de la symbolisation"*** (JEAMMET, 1989a, p. 1767), et sur laquelle insiste aussi P. DUBOR (1981), tient en effet une place centrale dans son modèle théorique.

En 1995, DEJOURS précise que "***l'agir expressif*** désigne dans l'acte de parole du sujet adressé à l'autre, l'ensemble constitué par l'énoncé et par l'énonciation, avec tout ce que l'énonciation implique de l'engagement du corps (mimiques, gestique, motricité...)" (p. 74).

Centré sur les relations précoces enfant-parents, il insiste sur l'utilité de cet agir expressif qui, grâce à la dramaturgie qui accompagne l'énoncé du sujet, agit sur l'autre en lui montrant les limites... Pour DEJOURS, l'agir expressif "fraye donc la voie à la figuration qui pourra ensuite faire l'objet d'une perlaboration."

Que se passe-t-il alors en cas d'***échec dans la réalisation de cet agir expressif*** ? DEJOURS (1995) montre que cet échec "fait surgir la violence contre l'autre." Deux solutions se présenteraient alors au sujet : "***le passage à l'acte compulsif <u>ou</u> la répression***. Dans cette dernière, la violence se solderait par une paralysie de la pensée. Alors peut survenir ***une crise somatique***" (p. 75).

Dans sa conception, DEJOURS (1989) pense en effet "qu'il faudrait accorder ***à la violence*** une place spécifique dans le fonctionnement psychique, aussi importante qu'au désir" (p. 55), et que c'est "l'animalité qui serait la source de la violence et des motions destructrices" (p. 56). Il précise que si le sujet s'oppose à l'exercice de cette violence instinctuelle par ***un***

retournement contre soi, "cette animalité devient ***motion suicidaire*** ou motion mutilatrice.

S'il s'oppose, au contraire, par ***la répression***, ***"il se préserve d'un passage à l'acte suicidaire"***, mais en risquant "de déclencher ***un processus de somatisation*** (...), mouvement qui, selon lui, "n'est pas suicidaire stricto sensu" (p. 56), mais qui relève bien "de l'économie de la violence" (1995, p. 75).

... Mais alors, comment expliquer le recours à l'une des solutions plutôt qu'à l'autre ?

C. DEJOURS (1995) propose une réponse à cette question : ce serait l'impuissance vécue dans le corps, ***le vécu de douleur*** au niveau du corps, qui aiguillerait les sujets vers ***le passage à l'acte compulsif***, et ce serait ***le ressenti de honte***, ou ***de peur*** de la violence de l'autre, qui aiguillerait les sujets vers ***la maladie somatique***.

En envisageant chez le sujet ***passant à l'acte***, le contexte antérieur d'une lutte pour l'éviter, d'une impossibilité de verbalisation de cette lutte contre le passage à l'acte, et d'une paralysie de la pensée, ***pouvant alors entraîner la survenue de somatisations***, C. DEJOURS (1989) semble articuler à l'hypothèse d'une ***alternative***, passage à l'acte ***ou*** somatisation, celle de l'éventualité ***d'un lien de succession dans le temps*** entre passage à l'acte ***et*** somatisation... Il souligne en tout cas la complexité et l'intrication probable entre ces deux processus, puisque ***"la répression"*** est, selon lui, requise ***"pour conjurer le passage à l'acte"***, sans permettre ***la perlaboration*** (p. 58).

Le point de vue de M. de M'UZAN (1984) diffère légèrement de celui de DEJOURS, dans le sens où, à travers sa réflexion théorique sur "les esclaves de la quantité", cet auteur introduit une dimension ***d'équivalence*** entre ***"somatose"*** et ***"acte"***, ce dernier étant involontaire mais cependant, selon lui, "conçu par l'organisme en vue d'une défense désespérée, parfois létale", contre "l'afflux traumatique de l'excitation" (p. 133).

M. de M'UZAN rejoint pourtant C. DEJOURS en envisageant, comme lui, l'existence ***d'un lien temporel de succession*** entre passage à l'acte et somatisation. Il précise en effet ***"qu'à bas bruit, les séquelles économiques de chaque passage à l'acte s'ajoutent les unes aux autres pour provoquer finalement des altérations biologiques profondes désastreuses, par exemple une déficience immunitaire"*** (p. 133) ... Il y aurait, là aussi, phénomène de ***cumul*** et possibilité de ***dépassement d'un certain seuil de tolérance***. . .

Serions-nous alors très proches du modèle de BERGERET (décrit par C. de TYCHEY et coll. en 1992) reliant la décharge dans l'agir comportemental ***à l'intensité de l'angoisse***, et l'expression par la voie somatique ***à l'importance de la dénégation de l'ensemble des affects*** (p. 52), c'est-à-dire, articulant à l'hypothèse d'une hiérarchie, celle d'un rôle joué par ***la quantité*** d'excitations dans la survenue d'une somatisation ?

Mais retenons surtout que ces interactions, comme le précise par ailleurs C. DAVID (1984), "appartiennent au champ de l'hypercomplexité" (p. 211) et si cet aspect ne pourra faire l'objet d'une mise à l'épreuve dans cette recherche, ce questionnement nous permet en tout cas de saisir, comme le précise C. DEJOURS (1989) que "c'est le passage à l'acte qui fracture l'appareil psychique" (p. 57). Cet auteur rejoindrait donc R. DEBRAY (1983b, 1990) en avançant que "le passage à l'acte signe, ***momentanément au moins***, la crise et la défaillance de cet appareil à penser" (pp. 56-57).

C. DEJOURS pointe enfin que le symptôme somatique, "constituant en quelque sorte un incident dans la dynamique de l'agir expressif adressé à l'autre", est aussi ***"intentionnel"*** (p. 74). Il est important de noter que cette "destructivité", au départ de ***la somatisation***, est de son point de vue, "toujours héritière de ***la violence des parents***", le plus souvent "une violence agie contre l'enfant", dans le cas des patients somatiques (1996, pp. 20-21). C'est "cette violence non représentée chez les parents qui est dangereuse pour l'avenir mental de l'enfant" (1986, p. 248).

Si ces éléments, renvoyant à l'agir sur le corps, montrent déjà à quel point il est important, pour cet auteur, de s'intéresser, lors de la consultation psychosomatique, ***aux signes produits par le corps du patient***, les mouvements affectant le corps "signalant le débordement du patient par l'excitation qu'il ne parvient pas à lier mentalement (***ou à "mentaliser"***) (1993, p. 112), ils invitent aussi, sur le plan théorique, à mieux cerner la position de DEJOURS, là où elle s'écarte de celle de MARTY ou DEBRAY.

Alors que ces deux auteurs pensent que le symptôme somatique est dénué de sens, DEJOURS (1995) pose ***l'hypothèse du sens des symptômes somatiques*** qui n'est, selon lui, "ni dans la structure de personnalité du patient, ni dans la matérialité des événements ou des choses qui pourraient être en interaction avec le sujet souffrant d'un symptôme somatique, mais ***dans les transactions intersubjectives*** entre le sujet et un autre sujet" (p. 72).

DEJOURS (1993, 1995) formule aussi "la proposition selon laquelle, dans les maladies somatiques, "la localisation des symptômes ne relève pas du "choix de l'organe", mais "***du choix de la fonction***", "le symptôme atteignant un organe impliqué dans une fonction qui a échappé à la subversion libidinale (ou à l'étayage) dans la construction du corps érogène" (1995, p. 75).

Pour DEJOURS (1996), comme nous l'avons déjà signalé, "le trouble somatique est ontologiquement premier" (p. 23) et la possibilité d'être libéré de ce symptôme dépend, selon lui, "de la capacité d'être accompagné par l'autre dans ***la symbolisation de ce vécu corporel.***" C'est seulement l'échec de cette perlaboration qui entraînerait secondairement "la chronicisation du trouble somatique" (p. 23).

Cet auteur (1995) propose donc "d'abandonner la causalité psychique et de poser la psychosomatique dans un champ se déployant entre ***souffrance et sens***" et non, comme le pense MARTY, "entre cause et maladie (ou guérison)" (p. 64).

En introduisant en 1989, la notion de ***"somatisations symbolisantes"***, qu'il définit comme "des somatisations s'inscrivant à contrario, notamment en cours de psychothérapie, dans un mouvement de réorganisation et de reprise de l'évolution mentale" (p. 17), "créant des liaisons psychiques nouvelles" (p. 26), DEJOURS se distingue, là aussi, de MARTY décrivant, quant à lui, "des régressions réorganisatrices". Se rapprocherait-il ici de R. DEBRAY (1996a) précisant que "l'expression somatique peut-être souvent comprise comme une richesse plutôt que comme une fragilité" (p. 54) ? Ces somatisations vont, en tout cas, selon lui, "servir de façon originale ***le processus de mentalisation***" (1989, p. 20) et "apparaître comme ***des étapes de symbolisation***" (p. 26).

La perspective de DEJOURS, centrée ici sur les relations entre ***l'échec de la mentalisation*** et ***la somatisation***, nous confronte une nouvelle fois au travail essentiel de ***symbolisation*** et pose "l'hypothèse de la violence réprimée comme processus central de la ***somatisation***" (1989, p. 54).

Elle nous permet aussi d'enrichir la définition de ce concept de mentalisation de ***racines corporelles.***

En s'attachant "à la séméiologie du corps" de ses patients, DEJOURS nous invite à prendre en considération cette dimension chez l'adolescent. Les résultats obtenus par cet auteur, montrant que ***ces signes produits par le corps*** peuvent refléter, chez le patient somatique, ***une***

fragilité de sa mentalisation, vont dans le sens de ceux de BERGERET et des psychosomaticiens, nous ayant amené à poser l'hypothèse d'***une expression somatique plus intense chez l'adolescent suicidant mentalisant faiblement.***

Cette centration sur les quatre concepts de ***surcharge externe***, ***mentalisation***, ***agir*** et ***somatisation***, dans les deux champs de la psychanalyse et de la psychosomatique, qui a déjà conduit à un enrichissement des définitions conceptuelles, par le dégagement d'aspects originaux ou de convergences au travers des six parcours théoriques explorés, a permis aussi de repérer la place accordée par plusieurs de ces auteurs au ***poids de la réalité externe.***

Si pour MARTY, la prise en compte de ce poids reste limitée dans le sens où il s'intéresse surtout à la manière dont le sujet va ressentir l'impact de ces excitations externes, à un niveau interne, il est souligné de manière plus affirmée par R. DEBRAY.

Le travail empirique de B. PLANCHEREL et coll. (1992), centré sur "l'évaluation des événements existentiels comme prédicteurs de la santé psychique à la pré-adolescence", complété par une recherche plus récente (1997), vient aussi, en mettant en évidence "la relation entre la santé physique et psychique, et les événements majeurs de la vie" (p. 229), montrer l'intérêt d'une telle prise en considération de la réalité externe.

Si, pour l'élaboration de notre modèle, nous nous référerons largement au modèle théorique des psychanalystes, nous ne suivrons donc que partiellement la perspective de P. MARTY, en proposant de nous intéresser, non seulement ***aux capacités de mentalisation de l'adolescent***, mais aussi, comme le suggère celle de R. DEBRAY, ***au cumul des excitations externes déterminant une surcharge pouvant peser sur l'adolescent***, et d'avancer qu'***au-delà d'un certain seuil de ces excitations, quelles que soient les capacités d'élaboration mentale de l'adolescent, il y aurait faillite transitoire de l'appareil mental et "aiguillage", "bascule" vers d'autres voies, c'est-à-dire celles du recours à l'agir et (ou) de l'expression somatique.***

Le moment est donc venu de proposer notre modèle.

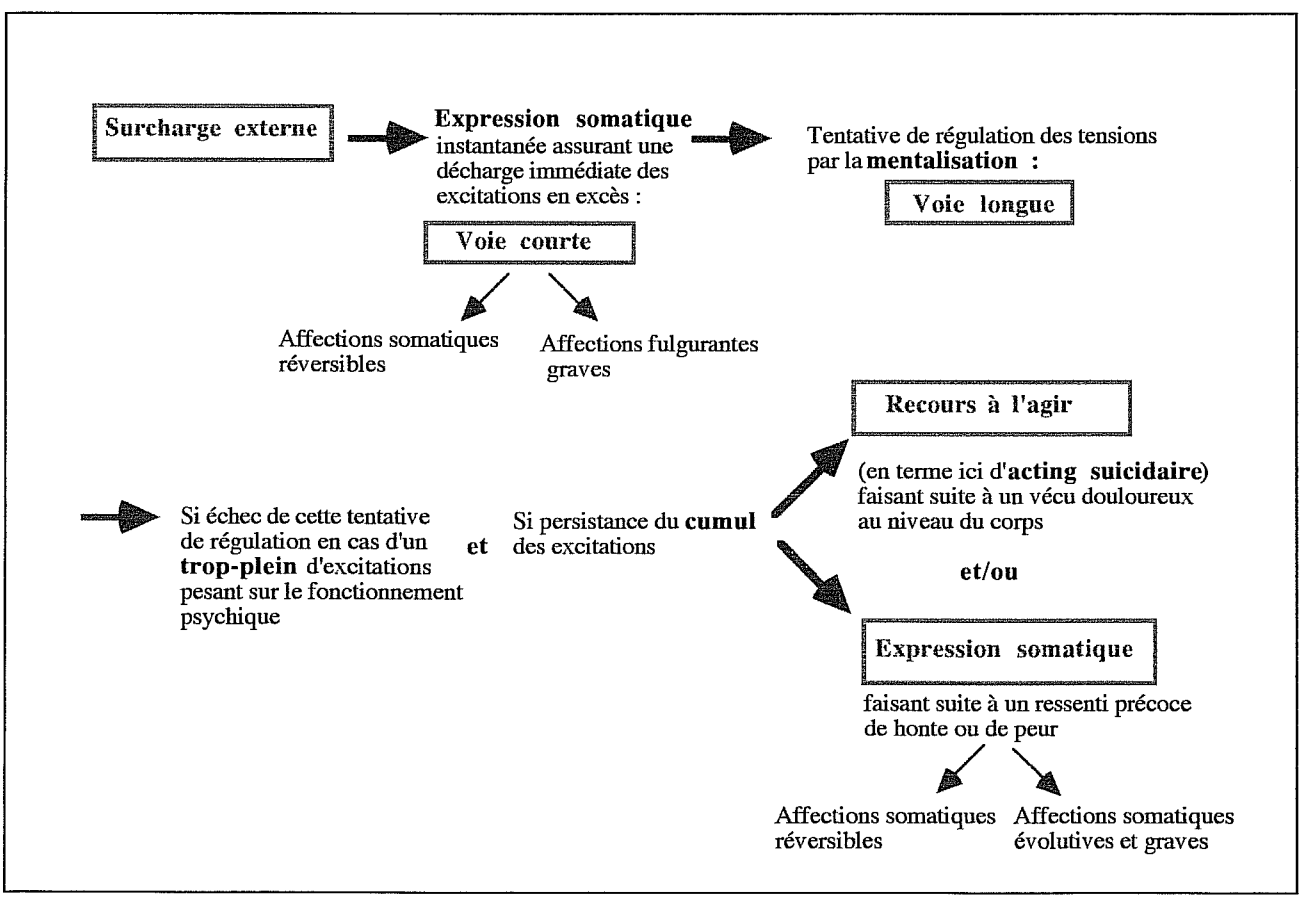
C - LE MODELE THEORIQUE ET LES HYPOTHESES GENERALES S'Y REFERANT

A partir des données qui précèdent, émanant des trois champs de l'épidémiologie, de la psychanalyse et de la psychosomatique, il nous semble en effet possible de concevoir ***un modèle théorique des liens entre réalité externe, mentalisation et voies comportementales et (ou) somatiques***, se référant à la fois à ***la qualité*** et à ***la quantité.***

Ce modèle, intégrant, de plus, comme celui de R. DEBRAY (1996a), la dimension du ***déroulement temporel***, pourrait être schématisé ainsi (Fig. 1), tout en tenant compte du fait, comme nous l'avons déjà signalé, qu'il ne sera mis à l'épreuve dans ce travail que partiellement, les hypothèses originales posées à la fin par C. DEJOURS (1989, 1995) et M. de M'UZAN (1984) se révélant ici surtout stimulantes pour la recherche puisqu'elles nous mettent sur la trace de nouvelles pistes à explorer...

FIGURE 1

Modèle théorique



Pour mettre à l'épreuve ce modèle, un ensemble de quatre hypothèses théoriques générales, articulées pour certaines, à des sous-hypothèses, est avancé.
Le rappel des hypothèses théoriques, posées à partir des cadres de référence passés en revue, rendra plus claire cette présentation.

Les données de ***l'épidémiologie*** s'appuyant largement sur celles de M. CHOQUET et de son équipe de l'INSERM, et les données émanant du champ de ***la psychosomatique*** se référant à MARTY (1990, 1991), mais surtout à R. DEBRAY (1983, 1985, 1990, 1991, 1992, 1996), concernant ***le poids de la réalité externe***, nous permettent de poser la première hypothèse théorique générale, à tenter de vérifier à l'aide d'un instrument d'évaluation adapté :

H1 : L'intensité de la surcharge externe, devrait être présente et plus importante chez l'adolescent suicidant.

Les données recueillies dans les champs de ***la psychanalyse*** et de ***la psychosomatique***, par l'ensemble des auteurs cités, mais plus précisément par Ph. JEAMMET, au travers de ***la notion de vulnérabilité psychique***, nous autorisent à poser la deuxième hypothèse H2, comprenant quatre sous-hypothèses, à vérifier également sur le plan empirique :

H2 : La fragilité de la mentalisation devrait être plus importante chez l'adolescent suicidant.

Cette fragilité serait révélée ici par l'approche de quatre dimensions de la mentalisation, correspondant aux quatre sous-hypothèses annoncées.

Les perspectives de Ph. JEAMMET (1994) et de R. DEBRAY (1991a, 1996a), concernant ***le rôle des défenses***, nous permettraient d'avancer la première :

H2a : La fréquence moindre d'utilisation des mécanismes de défense névrotiques, tels que les formations réactionnelles et par contre, la fréquence plus grande d'utilisation des mécanismes plus archaïques renvoyant à l'externalisation des excitations, tels que la projection, ou l'identification projective, devraient être relevées chez les adolescents suicidants.

Les données de l'ensemble des auteurs cités dans les champs de ***la psychanalyse*** et de ***la psychosomatique***, centrées sur ***l'activité de liaison et le travail de symbolisation***, nous inviteraient à poser les deux suivantes :

H2b : Le manque d'efficience de l'activité de liaison, qui devrait être plus important chez les suicidants, pourrait se traduire :

- d'une part, par la moindre fréquence de réactivation des affects de dépression chez les suicidants ;

- d'autre part, par la fréquence équivalente de réactivation des affects d'angoisse chez les suicidants et les témoins, mais par l'expression somatique plus intense de cette angoisse chez les suicidants.

H2c : Le degré d'élaboration symbolique des pulsions agressives et sexuelles devrait être plus faible chez l'adolescent suicidant.

Les résultats obtenus par Ph. JEAMMET (1994) et R. DEBRAY (1991a, 1996a), concernant ***la nature et la régulation des conflits***, nous amèneraient à fonder la quatrième :

H2d : La fréquence d'intégrations non réussies de la bisexualité psychique devrait être plus grande chez l'adolescent suicidant.

Les réflexions théoriques de J. BERGERET (1990a, citées par C. de TYCHEY et coll. en 1992) spécifiquement centrées sur ***le concept d'imaginaire***, nous incitent à poser la troisième hypothèse théorique générale H3, à vérifier sur le plan empirique à partir de la méthodologie qui sera mise en place :

H3 : La pauvreté de l'espace imaginaire, ou des capacités d'élaboration mentale de cet imaginaire, devrait être plus fréquente et plus grande chez l'adolescent suicidant.

Les données recueillies dans les trois champs considérés, de ***l'épidémiologie***, auprès de M. CHOQUET et coll. (de 1972 à 1997), de ***la psychanalyse***, auprès de J. BERGERET (1990,

cité par C. de TYCHEY et coll. en 1992) et de ***la psychosomatique***, auprès de l'ensemble des auteurs mentionnés, concernant ***l'expression somatique***, permettent de poser la quatrième hypothèse générale H4, articulée elle-même à trois sous-hypothèses, à vérifier empiriquement :

H4 : L'expression par la voie somatique devrait être plus intense chez l'adolescent suicidant, du fait d'une faillite de la mentalisation des excitations.

Ce sont les avancées théoriques de R. DEBRAY (1985, 1996a), mais aussi celles de M. CHOQUET et S. LEDOUX (1994b) qui nous permettent d'affiner la mise à l'épreuve de cette dernière hypothèse, par une centration sur ***l'âge*** des adolescents. La divergence de leurs conclusions nous invite à poser une double sous-hypothèse contradictoire :

L'expression somatique devrait être plus intense chez les adolescents suicidants :

H4a : les plus jeunes, en référence aux résultats obtenus par R. DEBRAY (1985, 1996a),

H4b : les plus âgés, en référence aux données de l'épidémiologie, et notamment celles recueillies par M. CHOQUET et S. LEDOUX (1994b).

Les données recueillies dans les trois champs de ***l'épidémiologie***, de ***la psychanalyse*** et de ***la psychosomatique***, centrées sur les différences ***selon le sexe***, nous permettent enfin de poser une troisième sous-hypothèse à l'hypothèse H4 :

H4c : L'expression somatique devrait être plus intense chez les filles que chez les garçons, et cela, chez les suicidants comme chez les non-suicidants.

Nous voici parvenus au terme de cette partie théorique, ayant permis l'élaboration progressive de ce modèle. Les hypothèses théoriques générales posées sont maintenant ***à opérationnaliser***. Centrons-nous donc sur ***la méthodologie*** mise en place dans cette recherche.

IV - METHODOLOGIE

L'option méthodologique prise dans cette recherche est celle d'***une approche comparée,*** en référence aux travaux empiriques de C. de TYCHEY (1990, 1991, 1992, 1994) sur des groupes de sujets. Il est en effet ***indispensable***, selon cet auteur (1992), "quand on se place sur le terrain de la validation scientifique et quand on élabore de nouveaux indices, ***d'éprouver la pertinence de ces indices en comparant deux types d'organisations psychologiques*** : les unes étant censées être fortement dépourvues des "qualités" qu'on veut mesurer (en l'occurence imaginaire et mentalisation dans le cas qui nous préoccupe) et les autres supposées les posséder à un haut degré" (pp. 63-64).

En 1994, C. de TYCHEY souligne toujours "l'intérêt qu'il peut y avoir à ***dégager des constantes*** dès l'instant où l'on adopte une référence psychanalytique structurale", tout en précisant que "ces constantes ne doivent pas nous faire oublier ***les spécificités*** de chaque fonctionnement individuel" (p. 40).

Pour cet auteur (1994), "le recours à un groupe, ***à condition qu'il soit suffisamment homogène*** sur le plan diagnostique, peut donc constituer un moyen de dégager ces spécificités" (p. 40).

Avant d'envisager les hypothèses de travail et les modes de traitement des données recueillies, centrons-nous sur la population rencontrée et les instruments utilisés dans cette recherche.

A - POPULATION

Il convient de fixer en premier lieu ***les limites d'âge*** de la population adolescente à rencontrer.

Si la revue de la littérature nous a invités au constat de la diversité des limites fixées par les différents auteurs pour cette période de l'adolescence, elle a permis aussi d'orienter notre choix, en nous appuyant notamment sur les données de LADAME (1989) précisant "la rareté des tentatives de suicide avant la puberté et l'accroissement extraordinaire de leur fréquence après le début de l'adolescence" (p. 27).

Nous avons donc retenu ***la tranche d'âge 13-19 ans*** pour couvrir ce stade du développement, les 20-24 ans nous semblant davantage se rapprocher des "post-adolescents" décrits par Ph. JEAMMET (1991).

Mais la prise en compte, par plusieurs auteurs, du facteur ***âge***, au sein même de l'adolescence, nous a incités à prévoir également la division en ***deux sous-groupes***, l'un comprenant ***les 13-15 ans 11 mois***, et l'autre, ***les 16-19 ans***. Seule une telle distinction permettra en effet de mettre à l'épreuve, par exemple, la double sous-hypothèse se référant à la fois à R. DEBRAY (1985, 1996a), envisageant le tout début l'adolescence, "entre 13 et 14-15 ans", comme un moment critique de risque de désorganisation somatique (1985, p. 312 ; 1996a, p. 179) et à M. CHOQUET et coll. (1994b) notant que "les plaintes somatiques progressent avec l'âge" (p. 137).

Pour réaliser cette approche comparée, il est donc nécessaire de constituer deux groupes d'adolescents, comprenant chacun au moins vingt sujets, car un traitement statistique n'a guère de sens en dessous de cet effectif :

- ***un groupe d'adolescents suicidants ;***
- ***un groupe d'adolescents non-suicidants, constituant le groupe contrôle.***

Les critères de sélection de chacun de ces groupes sont à préciser.

1 - CRITERES DE SELECTION DU GROUPE D'ADOLESCENTS SUICIDANTS

C'est en s'appuyant sur les données recueillies par Ph. JEAMMET (1989b, 1994) que nous avions le projet de ne retenir que les adolescents de 13 à 19 ans dont la tentative de suicide "datait de moins de trois mois" (1989b, p. 101).

En suivant HOUDIARD (1989), il semblait préférable d'autre part de rencontrer l'adolescent dès le lendemain de son admission à l'hôpital... Cet auteur notait en effet que "c'était là, dans la suite des actes médicaux que se situait le moment fécond qui existait toujours à l'occasion d'une tentative de suicide" (p. 19).

Dans la réalité de cette recherche, l'ensemble des adolescents suicidants a été rencontré ***dans la semaine ayant suivi leur passage à l'acte :***

- soit, pour les plus jeunes, lors de leur hospitalisation à l' Hôpital d'Enfants de Nancy-Brabois (dans le cadre de l'Unité de Pédopsychiatrie pour adolescents ou de la psychiatrie de liaison) ;

- soit, pour les plus âgés, lors de leur brève hospitalisation à l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques de l'Hôpital Central de Nancy.

Ils étaient tous volontaires pour participer à ce protocole de recherche mis en place dans le Service de Pédopsychiatrie.

Nous avons tenu compte des critères de sélection de Ph. JEAMMET (1989b) excluant de son échantillon "les sujets dont la tentative de suicide s'inscrivait dans l'évolution d'une pathologie dont la symptomatologie restait le problème dominant : psychose avérée, contexte délirant..." (p. 101). Nous avions prévu en effet de retirer du nôtre, dans un deuxième temps, les protocoles mettant en évidence un tableau psychiatrique dominant. Nous n'avons pas été en fait confrontés à cette réalité au cours de l'étude.

Parmi les variables à contrôler autres que ***l'âge***, déjà évoqué, ont été retenus, ***le sexe*** et ***la situation matrimoniale des parents***, en référence aux données épidémiologiques actuelles (CHOQUET et coll., 1994b) notant, chez les jeunes suicidants, les proportions :

- de deux filles pour un garçon ;

- de 50% de parents séparés ou divorcés, de 50% de parents vivant ensemble.

Notre groupe, comprenant ***vingt adolescents suicidants***, se présente donc ainsi (Tab. 1) :

Tableau 1

Groupe des adolescents suicidants

13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans
"Emeline" Parents séparés Hôp. d'Enfants	**"Lise"** Parents séparés Hôp. d'Enfants	**"Clémence"** Parents séparés Hôp. d'Enfants	**"Léa"** Parents séparés Hôp. d'Enfants	**"Camille"** Parents séparés U.A.U.P.	**"Sonia"** Parents séparés U.A.U.P.
"Suzy" Parents séparés Hôp. d'Enfants	**"Laura"** Parents ensemble Hôp. d'Enfants	**"Nadine"** Parents ensemble Hôp. d'Enfants	**"Eva"** Parents ensemble Hôp. d'Enfants	**"Charline"** Parents séparés Hôp. d'Enfants	**"Patricia"** Parents ensemble U.A.U.P.
"Mathieu" Parents ensemble Hôp. d'Enfants	**"Rémi"** Parents séparés U.A.U.P.	**"Antoine"** Parents ensemble Hôp. d'Enfants	**"Bruno"** Parents ensemble Hôp. d'Enfants	**"Thomas"** Parents ensemble Hôp. d'Enfants	**"Julien"** Parents séparés U.A.U.P.
"Lucie" Parents ensemble Hôp. d'Enfants			**"Aline"** Parents ensemble Hôp. d'Enfants		

2 - CRITERES DE SELECTION DU GROUPE CONTROLE CONSTITUE D'ADOLESCENTS NON-SUICIDANTS

Le projet de constitution d'un groupe d'adolescents témoins a posé d'emblée le problème concret de la rencontre de ces jeunes. C'est grâce au soutien total de l'Inspection Académique de Meurthe et Moselle, et notamment de son équipe médicale technique ayant étudié et autorisé la mise en oeuvre de notre protocole de recherche, nous ayant permis, par l'intermédiaire de plusieurs médecins scolaires de la ville, d'entrer en contact avec les principaux ou les proviseurs de deux collèges, deux lycées d'enseignement général et un lycée professionnel nancéiens, puis de rencontrer les adolescents dans le cadre des infirmeries de ces établissements, que ce recueil de données a été possible.

Lors d'une réunion de présentation de notre protocole de recherche au sein du Service Médical de l'Inspection Académique, il avait été convenu que pour tout jeune se révélant en grande

difficulté psychologique lors de la passation individuelle des épreuves, un relais serait assuré par le médecin scolaire référent de l'adolescent. Dans la réalité, aucune difficulté de cet ordre n'a nécessité un tel "travail de liaison".

Si l'ensemble des adolescents témoins devait bien-sûr, ***ne pas avoir fait de tentative de suicide***, ce groupe était aussi à constituer en respect de la condition d'***homogénéité*** fixée par C. de TYCHEY (1994), seule garante d'une possibilité de travail comparatif.

C'est ainsi que quelques sujets ont dû être écartés du fait du constat, lors de la rencontre de ces jeunes, d'un vécu trop douloureux (perte récente d'un des parents, accident grave, violence subie...) les rendant très vulnérables et de ce fait, non représentatifs de la population témoin.
Ces adolescents étaient en tout cas tous volontaires pour participer à cette recherche, les parents des plus jeunes ayant donné leur autorisation. Il convient de noter qu'ils se sont tous révélés très impliqués dans leur participation.

Un retour par rapport aux tests passés a été proposé systématiquement à l'ensemble des jeunes rencontrés. Un tiers d'entre eux, et notamment ceux appartenant à la tranche d'âge 16-19 ans, a demandé cet échange qui a eu lieu dans le trimestre suivant la passation, après dépouillement des résultats.

Il convient de noter également que quelques adolescents témoins ont été rencontrés en dehors de leur cadre scolaire, motivés spontanément pour participer à cette recherche.

Ces adolescents, scolarisés de la quatrième à la terminale, ne devaient pas avoir plus d'une année de retard dans leur cursus scolaire.

L'échantillon du groupe contrôle a donc été apparié à celui des jeunes suicidants quant au nombre de sujets (fixé à 20), à l'âge (13-19 ans) et à la proportion des filles par rapport aux garçons (deux filles pour un garçon). Sur le plan de la situation matrimoniale des parents, les données épidémiologiques récentes de M. CHOQUET et coll. (1994b) ont permis de respecter dans notre groupe témoin, les proportions relevées dans la population générale de 20% de parents séparés ou divorcés, 80% de parents vivant ensemble.

Notre groupe contrôle, comprenant ***vingt adolescents non-suicidants*** se présente donc ainsi (Tab. 2) :

Tableau 2

Groupe des adolescents témoins

13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans
"Line" Parents ensemble Collège	**"Sophie"** Parents ensemble Collège	**"Claire"** Parents ensemble Lycée	**"Romane"** Parents ensemble Lycée	**"Carine"** Parents séparés Lycée	**"Emilie"** Parents ensemble Lycée
"Perrine" Parents ensemble Collège	**"Natacha"** Parents ensemble Collège	**"Pauline"** Parents ensemble Lycée	**"Eliane"** Parents ensemble Lycée	**"Charlotte"** Parents ensemble Lycée	**"Barbara"** Parents séparés Lycée
"Guillaume" Parents séparés Collège	**"Adrien"** Parents ensemble Collège	**"Simon"** Parents séparés Collège	**"Aurélien"** Parents ensemble Lycée	**"Paul"** Parents ensemble Lycée	**"Luc"** Parents ensemble Lycée
	"Mathilde" Parents ensemble Collège			**"Sabine"** Parents ensemble Lycée	

B - INSTRUMENTS

Les instruments utilisés dans cette recherche sont au nombre de trois, les deux premiers permettant de rendre compte du niveau de surcharge externe sur l'appareil psychique, d'une part, sur le plan des ***événements vécus***, d'autre part, sur le plan de ***l'expression par la voie somatique***, le troisième explorant la réalité interne de l'adolescent, centrée ici sur l'évaluation de ***la qualité de sa mentalisation*** et de ***l'étendue de son espace imaginaire.***

1 - UN QUESTIONNAIRE D'EVENEMENTS DE VIE POUR ADOLESCENTS

La revue des travaux anglo-saxons dans le domaine de l'épidémiologie analytique a permis de souligner l'intérêt de nombreux auteurs comme DE WILDE et al. (1992, 1994), WILSON et al. (1995), ou ADAMS et al. (1994) pour ***les événements de vie.*** MARTTUNEN et al. (1995),

en Finlande, vont dans le même sens puisqu'ils avancent que "l'évaluation du risque suicidaire à l'adolescence devrait inclure ***un bilan des événements de vie stressants***" (p. 45).

Le plus achevé des outils techniques, utilisé auprès d'adultes, est celui créé par HOLMES et RAHE en 1967 : ***the Social Readjustment Rating Scale.*** STROUGO (1986) précise que "cette échelle de 42 événements couvre à la fois la vie familiale, professionnelle et sociale, chacun de ces 42 items étant affecté d'une note pondérée standard" (p. 2233).
M. F. BACQUE (1989) a intégré cet instrument dans sa méthodologie, qualifiant "d'objectif" ce score chiffré permettant de repérer et de quantifier les événements vitaux d'un individu.

Mais il est important de noter que cette approche méthodologique a souvent soulevé des critiques... STROUGO (1986) note en effet que dans cette approche :

- "les événements de vie stressants y sont envisagés uniquement sous l'angle de leur objectivité (...) ;
- le degré de nocivité de chaque événement est fixé à priori par les chercheurs, éludant ainsi la dimension personnelle des intéressés et leur capacité à négocier la situation nouvelle ;
- les conditions socio-relationnelles dans lesquelles advient l'événement ne sont pas prises en compte" (p. 2233).

Certains chercheurs dont F. AMIEL-LEBIGRE et coll. (1981), FERRERI et coll.(1987) ont cherché à pallier ces carences théoriques en élaborant des échelles d'autoévaluation pour adultes, abandonnant les mesures standardisées et "laissant une large place, comme le précise STROUGO (1986), à ***l'appréciation personnelle*** par les sujets du poids (positif ou négatif) des événements de vie" (p. 2233). L'évaluation, dans ce cas, est devenue ***"subjective."***

Si AMIEL-LEBIGRE et coll. (1984) explorent dans leurs groupes "le nombre d'événements survenus dans les périodes de six mois, un an et deux ans avant l'entretien" (p. 941), ainsi que l'impact de ces événements sur le sujet, d'autres auteurs comme M. FERRERI et coll. (1987) vont plus loin dans le sens où ils s'intéressent "à la totalité de la vie du sujet" (p. 7). Le questionnaire ***E.V.E.*** élaboré par ces auteurs est rempli par le sujet lui-même qui revoit au fil de sa lecture, "le film" de sa vie (p. 8). Les événements sont ici "repérés dans leur aspect subjectif et temporel, diachronique et synchronique dans une perspective multifactorielle afin d'établir un score événementiel global cumulé" (p. 7).

Les questionnaires d'événements de vie pour adolescents sont rares. Cette rareté se trouverait-elle justifiée par la prudence à laquelle invite Ph. JEAMMET (1990b) face à l'utilisation d'échelles d'évaluation durant cette période de vie ? Il est en effet tellement important, pour cet auteur, qu'à propos de l'adolescence, on n'ait pas de points de vue trop statiques" (p. 25)...

Rassurés par le fait que dans cette recherche, en accord avec R. DEBRAY (1983a), nous ne nous contenterons pas "du seul repérage d'événements extérieurs jugés traumatiques" (p. 56), mais qu'en complément, l'approche de la réalité interne aura largement sa place, nous nous sommes autorisés à porter notre choix sur l'échelle d'autoévaluation de YEAWORTH et al. (1980), ***the Adolescent Life Change Event Scale (ALCES)***, dans une version élargie et légèrement modifiée proposée par FERGUSON (1981), que nous avons traduite.

L'instrument de FERGUSON (1981), validé auprès d'une population de 96 sujets d'âge moyen 14,2 ans, comprend 33 items. Les modifications apportées par cet auteur à l'échelle originale de YEAWORTH sont les suivantes :

- adjonction de deux items en relation avec le phénomène "suicide" ;
- remaniement de la formulation de deux items et de la consigne, de manière à dater avec plus de précision les événements vécus.

La traduction de l'ensemble des items de l'échelle ***ALCES*** présentés ici dans l'ordre établi par la population adolescente rencontrée par YEAWORTH (1980), allant de l'événement le plus stressant au moins stressant, ainsi que celle des deux items ajoutés par FERGUSON (1981), ont permis d'obtenir une base de données sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour élaborer notre propre questionnaire (Tab. 3) :

Tableau 3

Echelle d'événements de vie : ALCES, de YEAWORTH (1980)

RANG	VERSION AMERICAINE	VERSION FRANCAISE
1	A parent dying	Mort d'un parent
2	Brother or sister dying	Mort d'un frère ou d'une soeur
3	Close friend dying	Mort d'un ami proche
4.5	Parental divorce or separation	Divorce ou séparation des parents
4.5	Failing one or more school subjects	Echec dans une ou plusieurs matières scolaires
6	Being arrested	Arrestation par la police
7	Flunking a grade in school	Redoublement d'une classe
8	Alcohol problem in the home	Problème d'alcoolisme à la maison
10	Getting into drugs or alcohol	Sombrer dans la drogue ou l'alcool
10	Losing a special pet	Perte d'un animal familier
10	Parent or relative gets very sick	Maladie grave d'un parent ou d'un proche
12.5	Losing a job	Perte de son emploi
12.5	Breaking up with close girl or boyfriend	Rupture sentimentale avec un (ou une) ami
14	Quitting school	Arrêter le collège ou le lycée
15.5	Close girlfriend pregnant	Amie proche enceinte
15.5	Parent loses job	Parent perdant son emploi
17.5	Getting hurt or sick	Etre blessé ou tomber malade
17.5	Fighting with parents	Disputes avec les parents
19.5	School discipline problems	Problèmes de discipline en classe
19.5	Body image discomfort	Etre mal dans sa peau
21	Starting new school	Arrivée dans un nouvel établissement scolaire
22	Moving to new home	Déménagement
23	Change in appearance such as braces or glasses	Changement dans son apparence physique (appareil dentaire, lunettes...)
24	Fighting with siblings	Disputes entre frères et soeurs
25	Menstrual problems	Problèmes liés aux règles (premières règles, retard...)
26	New adult family member	Arrivée d'un adulte dans la famille
27	Starting a job	Débuter dans un nouvel emploi
28.5	Mother getting pregnant	Mère enceinte
28.5	Dating problems	Problèmes liés aux rendez-vous
30	Making new friends	Se faire de nouveaux amis
31	Sibling marries	Mariage d'un frère ou d'une soeur
	Friend considers or attemps suicide	Ami ayant des idées suicidaires ou ayant tenté de se suicider
	Subjects considers suicide	Avoir des idées suicidaires

Le questionnaire d'événements de vie pour adolescents utilisé dans cette recherche a donc été établi à partir de la traduction de l'échelle d'autoévaluation ***ALCES*** et du questionnaire d'événements de vie pour adultes ***E.V.E.*** mis au point par FERRERI et coll. (1987).

Quelques items ont été modifiés, d'autres ont été ajoutés en tenant compte des dimensions approchées par M. CHOQUET et S. LEDOUX (1994b) dans leur enquête nationale menée auprès d'adolescents de la population générale.

Ainsi, il nous a semblé important d'introduire par exemple un item explorant la survenue éventuelle de ***fugues***, celles-ci précédant fréquemment un passage à l'acte suicidaire et n'étant pas prises en considération par l'échelle ***ALCES***. De même, il nous a semblé nécessaire d'ajouter un item concernant l'éventualité de ***violence subie***, facteur de risque largement repéré par l'épidémiologie.

L'outil comprend 40 items, centrés sur la vie familiale, la vie scolaire, la vie sociale, la vie affective et la santé de l'adolescent. Il permet, comme le questionnaire ***E.V.E.*** de FERRERI et coll. (1987) de revoir avec l'adolescent "le film" de sa vie, tout en notant non seulement les événements vécus, la date de ces événements, mais aussi les événements vécus de manière particulièrement stressante, le stress ayant ici le sens de "tension-excitation" pour l'adolescent. Exemple : disputes avec les parents, entre frères et soeurs, mais aussi arrivée dans un nouveau collège ou lycée, être mal dans sa peau...

Un dernier item centré sur "les autres événements ayant pu survenir" dans la vie de l'adolescent a permis d'élargir cette liste préétablie.

Notre questionnaire d'événements de vie pour adolescents se présente donc ainsi (Tab. 4) :

Tableau 4

Questionnaire d'événements de vie pour adolescents

Age exact : .....

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Nombre de soeurs : ☐ Ages .....

Nombre de frères : ☐ Ages .....

Classe : .....

Profession du père .....

Profession de la mère .....

Merci de bien vouloir compléter, s'il y a lieu, la colonne 1, puis marquer d'une croix :

- dans la colonne 2 : les événements que vous avez vécus,
- dans la colonne 3 : la date des événements,
- dans la colonne 4 : les événements qui ont été particulièrement stressants pour vous.

Colonne 1 EVENEMENTS		*Colonne 2* Evénements vécus		*Colonne 3* Date des Evénements			*Colonne 4* Evénements vécus de manière particulièrement stressante	
		OUI	NON	Dans le mois précédent	Dans l'année	Il y a plus d'un an	OUI	NON
VIE FAMILIALE	1. Mariage d'un frère ou d'une soeur							
	2. Changement dans la composition de la famille (naissance, départ, arrivée d'un adulte...) Lequel ?							
	3. Décès père - mère (souligner)							
	4. Décès d'un autre membre de la famille. Lequel ?							
	5. Mésentente entre les parents							
	6. Séparation - divorce des parents							
	7. Accident ou maladie grave pour un membre de la famille Lequel ?							
	8. Tentative de suicide pour un membre de la famille Lequel ?							
	9. Disputes avec ses frères et soeurs							
	10. Disputes avec ses parents							
	11. Mère enceinte							
	12. Problème d'alcoolisme à la maison							
	13. Changement dans le mode de vie (déménagement...) Lequel ?							
	14. Père sans emploi							

Colonne 1		Colonne 2		Colonne 3			Colonne 4	
EVENEMENTS		Evénements vécus		Date des Evénements			Evénements vécus de manière particulièrement stressante	
		OUI	NON	Dans le mois précédent	Dans l'année	Il y a plus d'un an	OUI	NON
VIE SCOLAIRE	15. Arrivée dans un nouveau Collège ou Lycée							
	16. Problèmes de discipline en classe							
	17. Echec dans une ou plusieurs matières							
	18. Redoublement d'une ou plusieurs classes Lesquelles ?							
	19. Renvoi de son Collège ou Lycée							
VIE SOCIALE	20. Entrée en relation avec de nouveaux amis							
	21. Ami (ou amie) avec des idées suicidaires							
	22. Ami (ou amie) ayant fait une tentative de suicide							
	23. Accident ou maladie grave pour un (ou une) ami (e)							
	24. Arrestation par la police ou démêlés avec la justice (souligner)							
VIE AFFECTIVE	25. Rupture sentimentale avec un (ou une) ami (e)							
	26. Décès d'un (ou d'une) ami (e) cher (e)							
	27. Perte d'un animal familier							
SANTE	28. Changement dans son apparence physique (lunettes, appareil dentaire...) Lequel ?							
	29. Etre mal dans sa peau							
	30. Hospitalisation ou plusieurs consultations médicales. Pour quelles raisons ?							
	31. Idées suicidaires							
	32. Tentative de suicide							
	33. Grossesse							
	34. Interruption volontaire de grossesse							
	35. Difficultés sexuelles							
	36. Violence subie							
	37. Usage de drogue ou d'alcool							
	38. Usage de médicaments							
	39. Fugue							
	40. Troubles du comportement alimentaire : anorexie - boulimie (souligner)							
	41. Autres événements ayant pu survenir dans votre vie :							

Ce questionnaire, qui a été proposé individuellement au début de chaque rencontre, n'a pas été rempli par le jeune lui-même. Il a été utilisé comme ***support d'un entretien semi-directif*** permettant d'entrer en contact avec l'adolescent, puis d'aborder de manière systématique, mais souple et empathique, les items les plus impliquants ou au contraire ne concernant visiblement pas encore l'adolescent, ce qui a permis de réduire les éventuels biais de désirabilité sociale.

Le travail de recherche réalisé en Maîtrise par M. CASSIN et F. GAZAGNAIRE (1996), sous la direction de C. de TYCHEY et centré sur l'étude de "l'influence des événements de vie stressants sur la personnalité des adolescents", a permis d'amorçer la validation de cet instrument auprès d'une population de 215 adolescents volontaires, 140 filles et 75 garçons, la moitié des protocoles ayant été recueillis en zone urbaine, l'autre moitié, en zone rurale. L'âge des adolescents s'étendait de 11 à 19 ans (âge moyen : 14,9 ans) et la passation était ici collective.
Cette recherche a permis d'établir ***des repères*** auxquels seront confrontés, par la suite, les résultats obtenus à ce questionnaire par notre groupe témoin :

- les adolescents de cet échantillon représentatif de la population adolescente tout-venante, normalement scolarisée,***"vivent en moyenne 9 événements"*** (p. 45) ;

- parmi ces événements, ***"les trois quarts sont vécus comme étant stressants"*** (p. 53).

2 - UN QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE DE L'EXPRESSION SOMATIQUE

Cet outil, élaboré par l'équipe du Centre de Médecine Préventive de Nancy dans le but de décrire les problèmes psychosomatiques à l'adolescence, nous a été confié pour mener à bien ce projet de dépistage de l'expression somatique des adolescents dans nos deux groupes. Il est composé d'un double questionnaire :

- ***un questionnaire principal*** de recensement d'une vingtaine de troubles éventuellement survenus dans l'année qui précède, en fonction de leur fréquence d'apparition (occurence) ;

- ***un questionnaire détaillé annexe*** permettant une investigation approfondie des troubles à occurence élevée (survenant au moins une fois par semaine), mais qui ne sera pas utilisé dans cette recherche.

Le traitement statistique de 830 questionnaires (420 filles, 410 garçons, âgés de 14 à 19 ans et 11mois) a permis d'établir une étude descriptive de ces troubles psychosomatiques (TENENBAUM-CASARI F., BON N., FOURNIER B., SPYCKERELLE Y. 1996) avec mise au point, pour une utilisation clinique, d'un ***"score psychosomatique"*** "permettant d'apprécier pour un individu ou un groupe, le niveau de la plainte (sous la forme d'un score global) et les trois dimensions, digestive, cardio-respiratoire, thermorégulation (sous la forme de trois sous-scores)" :

- le sous-score ***digestif*** correspond aux quatre items suivants (6 à 9) : ***maux de ventre, brûlures d'estomac, diarrhée ou constipation (...) et nausées, vomissements ;***

- le sous-score ***thermorégulation*** comprend les quatre items (13, et 15 à 17) : ***tremblements, fièvres inexpliquées, bouffées de chaleur ou sensations de froid, et transpiration excessive ;***

- le sous-score ***cardio-respiratoire*** regroupe enfin les trois items suivants (3 à 5) : ***douleurs à l'intérieur de la poitrine ou au coeur, palpitations (...) et difficultés pour respirer.***

Le questionnaire principal de recensement des ***troubles psychosomatiques*** se présente donc ainsi (Tab. 5) :

Tableau 5

Questionnaire de dépistage de l'expression somatique

CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE
EVALUATION SANTE

Ce questionnaire vous est proposé dans le cadre d'une recherche sur la santé des jeunes. Les réponses sont confidentielles et seront utilisées uniquement dans le cadre de cette enquête. Merci de votre collaboration

Au cours de la **dernière année**, avez-vous présenté certains des troubles suivants ?

	jamais ou environ 1 ou 2 fois par an	environ 1 fois par mois	environ 1 fois par semaine	plus d'1 fois par semaine
1. Maux de tête	☐	☐	☐	☐
2. Vertiges, évanouissements	☐	☐	☐	☐
3. Douleurs à l'intérieur de la poitrine ou au coeur	☐	☐	☐	☐
4. Palpitations, forts battements de coeur en dehors d'un effort physique	☐	☐	☐	☐
5. Difficultés pour respirer en dehors d'un effort physique	☐	☐	☐	☐
6. Mal au ventre	☐	☐	☐	☐
7. Brûlures d'estomac	☐	☐	☐	☐
8. Diarrhée, constipation, gaz *(air dans le ventre)*	☐	☐	☐	☐
9. Nausées, vomissements	☐	☐	☐	☐

Centre de médecine préventive - 2, avenue du Doyen J. Parisot - B.P. 7 - 54501 Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex - FRANCE

	jamais ou environ 1 ou 2 fois par an	environ 1 fois par mois	environ 1 fois par semaine	plus d'1 fois par semaine
10. Démangeaisons intenses	☐	☐	☐	☐
11. Problèmes de peau *(acné, eczéma, boutons...)*	☐	☐	☐	☐
12. Fatigue intense	☐	☐	☐	☐
13. Tremblements	☐	☐	☐	☐
14. Engourdissements, picotements ou contractions de certaines parties du corps	☐	☐	☐	☐
15. Fièvres inexpliquées	☐	☐	☐	☐
16. Bouffées de chaleur ou sensations de froid *(dans les conditions habituelles de température)*	☐	☐	☐	☐
17. Transpiration excessive *(en dehors d'un effort)*	☐	☐	☐	☐
18. Mal de dos	☐	☐	☐	☐
19. Autres troubles	☐	☐	☐	☐
20. Filles uniquement : Problèmes de règles *(douleurs ...)*	☐ jamais	☐ quelques fois par an	☐ un mois sur deux	☐ tous les mois

Cochez la case, si vous n'êtes pas encore règlée ☐

Les résultats de cette recherche, qui confirment ***"la prépondérance des troubles chez les filles"***, et globalement, dans les deux sexes, ***"le peu de variation de la fréquence des troubles en fonction de l'âge"***, permettent de disposer de valeurs de référence pour le calcul des scores psychosomatiques en fonction de l'âge et du sexe, valeurs auxquelles seront confrontés, là aussi, les résultats obtenus à ce questionnaire par notre groupe témoin.

3 - UN TEST PROJECTIF : LE RORSCHACH

Nous ne pouvons bien sûr trouver meilleur défenseur des tests projectifs que Ph. JEAMMET (1993) puisque ces instruments s'avèrent pour lui ***"des outils essentiels pour la compréhension du fonctionnement psychique, contrepoint enrichissant de l'entretien clinique"*** (p. 3).

Tout en soulignant qu'ils demeurent cependant "objet de controverse chez les cliniciens", cet auteur précise que les tests projectifs ont "cette particularité de pouvoir saisir et figurer en les extériorisant des processus psychiques par définition invisibles et mouvants" (p. 3).

Mais laissons le soin à N. RAUSCH de TRAUBENBERG (1982) de présenter cette épreuve qu'est ***le RORSCHACH***, l'un des outils majeurs du clinicien : "le RORSCHACH a pu être défini en 1972 par Mc ARTHUR comme l'échantillon de comportement le plus riche, le plus multidimensionnel qu'il soit possible de recueillir. L'interaction entre processus perceptifs, cognitifs, émotionnels et sociaux qu'il permet de saisir est un garant de cette richesse : c'est ce qui explique aussi la difficulté de son analyse et de son interprétation" (p. 13).

C. de TYCHEY (1994) a toujours insisté, lui aussi, sur "l'avantage considérable qu'offrent les techniques projectives comme le RORSCHACH : "elles permettent d'approcher les processus du fonctionnement mental qui se déploient habituellement durant la cure. Elles se prêtent de plus à une formalisation et une approche "quantitative". Enfin elles peuvent être utilisées dans un but de recherche sans perturber la dynamique de la relation avec le sujet" (p. 40).

C'est en référence aux travaux novateurs de C. de TYCHEY et coll. depuis 1983, centrés notamment sur la technique de passation de ce test, que nous avons opté pour "la passation psychanalytique", méthode consistant, après la procédure classique et la phase d'enquête, à faire associer le sujet sur ses réponses. En 1983, C. de TYCHEY et J. LIGHEZZOLO soulignaient en effet, l'apport original de chacune de ces techniques : "elles atteignent des niveaux de la

personnalité souvent différents, davantage centrés sur l'organisation structurale du sujet pour la procédure classique et privilégiant plutôt la dynamique présente et passée ayant prédéterminé cette organisation, pour la technique associative" (p. 149).

Face au constat de la difficulté, pour un grand nombre des adolescents de notre échantillon, "d'associer" sur leurs réponses, ce qui a bien sûr eu pour effet de réduire la richesse de ces données, nous avons fait le choix de ne les utiliser que pour illustrer la qualité du travail de liaison affect-représentation, au niveau de chacun des deux protocoles, l'un de suicidant, l'autre, de non-suicidant, qui seront analysés sur un plan plus qualitatif. Les associations recueillies auprès des 40 adolescents rencontrés se trouvent cependant à la fin de chaque protocole au niveau des annexes.

Pourrait-on faire l'hypothèse que cette "méthode associative d'inspiration psychanalytique" serait plus adaptée à un recueil de données auprès d'adultes, l'adolescent donnant peut-être d'emblée, plus facilement que l'adulte, le maximum de lui-même à travers le travail de métaphorisation suscité par la procédure classique, et se trouvant alors surpris de devoir passer à cet exercice différent des associations, risquant de l'entraîner vers le partage non souhaité de son "jardin secret" ou l'impliquant trop à travers l'emploi du "je" suscité ?

Les travaux de TIMSIT et coll. (1981, 1990), de N. RAUSCH de TRAUBENBERG et coll. (1983, 1984, 1990), de C. CHABERT (1983, 1986, 1988, 1990a et b, 1991) mais surtout ceux de C. de TYCHEY et coll. (1992) sur l'opérationnalisation, au test de RORSCHACH, des concepts d'***imaginaire*** et de ***mentalisation***, ont permis la mise au point d'un certain nombre d'indicateurs bien sûr très précieux pour notre évaluation. Le temps est venu de présenter ceux que nous avons retenus dans cette recherche. Nous adjoindrons quelques repères proposés personnellement.

3.1 - L'étendue de l'espace imaginaire

Précisons tout d'abord ce qui constitue, selon les auteurs de référence précédemment cités, les critères d'un imaginaire pauvre ou riche, émanant, soit des données du psychogramme effectué après la cotation des réponses, soit de l'analyse qualitative de ces réponses.

TIMSIT (1990) relève au RORSCHACH un ensemble de ***signes de carence ou défauts de l'imaginaire***, cités par C. de TYCHEY et coll. (1992) :

- ***"une réduction de la productivité totale au test*** (***R*** en baisse) ;

- ***une chute des réponses appartenant au pôle kinesthésique***, c'est-à-dire intégrant un mouvement (***K*** : humain entier vu en mouvement, ***kp*** : fragment de forme humaine vu en mouvement ou kinesthésie humaine vue dans un petit détail, ***kan*** : kinesthésie animale, ***kob*** : kinesthésie d'objet) ;

- ***une augmentation des réponses banales et formelles bien vues*** (***F+%***) ;

- ***une réaction excessive à la couleur*** attestée par le phénomène du ***choc couleur*** et du ***choc au rouge*** ;

- ***une augmentation des réponses anatomiques"***, mais qui, selon C. de TYCHEY et coll. (1992) "renverrait davantage à une carence de la mentalisation que de l'imaginaire proprement dit" (p. 54).

N. RAUSCH de TRAUBENBERG et coll. (1990, cités par C. de TYCHEY et coll. en 1992), en accord avec TIMSIT, en mentionne d'autres en complément :

- ***"une élévation des réponses animales*** (***A %***) ;

- ***une attitude d'hyperintellectualisation face à la planche*** (références fréquentes à la symétrie, contenus en forme d'abstraction) ;

- ***l'absence de sensibilité à la symbolique des planches"*** (p. 54).

C. de TYCHEY et coll. (1992) proposent, quant à eux, deux indicateurs supplémentaires "d'un défaut, plutôt que d'une carence de l'imaginaire" (p. 55) :

- ***l'écrasement par la réalité*** (mode de verbalisation incluant une connotation de critique de l'objet, références personnelles) ;

- ***le pseudo-imaginaire*** (dérapages perceptivo-projectifs).

Ces auteurs (1992) précisent alors quels pourraient être les principaux ***signes d'un bon potentiel imaginaire*** :

- ***"une productivité globale au test élevée***, à condition que le pourcentage de réponses formelles ne soient pas trop élevées (***F+%*** et ***F%***, selon que la qualité de la forme est prise en compte ou non) ;

- ***un nombre important de réponses kinesthésiques***, en particulier des kinesthésies humaines (***K*** et ***kp***) ;

- ***des indicateurs formels non supérieurs à la norme*** pour le ***F%*** et le ***F+%***, et même légèrement inférieurs à la norme pour le ***F%*** ;

- ***un pourcentage légèrement inférieur à la norme de réponses animales*** (***A %***) sauf si la référence à l'animal irréel est fréquente, associée à une variété des contenus projetés au test" (pp. 55-56).

Ils mentionnent également :

- ***"la présence,*** à partir des données de C. CHABERT (1983) ***de réponses globales secondaires*** (***G z***) résultant de la mise en lien des différentes parties de la planche associées à des déterminants ***K*** ou ***Clob*** (réponses clair-obscur) ;

- ***une sensibilité***, à partir des avancées théoriques de N. RAUSCH de TRAUBENBERG (citée par C. de TYCHEY et coll. en 1992), ***à la symbolique des planches*** (capacité à saisir le contenu latent des planches)" (p. 56).

Parmi cet ensemble de critères, nous n'avons pas conservé ceux présentant une fréquence d'apparition trop faible pour permettre un traitement statistique : ***cinq indicateurs*** ont donc été retenus ici pour évaluer ***l'étendue de l'espace imaginaire*** des adolescents :

- ***R*** : le nombre total de réponses au test. Ainsi, plus R sera élevé, plus l'espace imaginaire sera riche, et inversement, plus R sera bas, plus cet espace sera pauvre... ;

- ***T.R.I.*** (Type de résonance intime) : formule établissant le rapport entre la somme des réponses renvoyant au mouvement humain (***K***) et la somme pondérée des réponses renvoyant à la couleur (***C, CF, FC, C', C'F, FC'***). Ce ***T.R.I.*** peut être ***coarté*** (0/0), ***coartatif*** (0/1, 1/0 ou 1/1), ***introversif*** (quand le mouvement domine) ***pur*** ou ***dilaté*** selon que la somme des réponses couleur est = 0 ou > 0, ***extratensif*** (quand la couleur domine) ***pur*** ou ***dilaté*** selon que la somme des K est = 0 ou > 0.

Ainsi, plus ce ***T.R.I.*** sera ***dilaté***, plus l'espace imaginaire sera riche, et plus ce ***T.R.I.*** sera, soit ***coartatif***, soit ***coarté***, plus cet espace imaginaire sera pauvre, plus il y aura rigidité du fonctionnement mental et des défenses...

Précisons que nous avons retenu ici comme critère d'espace imaginaire riche, un ***T.R.I. introversif ou extratensif nettement dilaté***, c'est-à-dire où l'un des deux pôles (le pôle couleur pour l'introversif et le pôle mouvement pour l'extratensif) est > 1, et inversement, comme

critère d'espace imaginaire pauvre, un ***T.R.I. coarté, coartatif,*** ou ***faiblement dilaté***, c'est-à-dire où l'un des deux pôles (couleur pour l'introversif et mouvement pour l'extratensif) est < 1.

- ***K + k*** : ***la somme des réponses renvoyant au pôle kinesthésique***, c'est-à-dire au mouvement (***K, kp, kan et kob***). Plus le nombre de ces réponses sera élevé, plus l'espace imaginaire sera riche et inversement, plus il sera faible, plus cet espace sera pauvre... ;

- ***F%*** : le pourcentage de réponses renvoyant à la forme, quelle que soit la qualité de cette forme (déterminants des réponses cotées ***F+*** ou ***F-***). Plus ce pourcentage sera élevé, plus l'espace imaginaire sera pauvre ici, puisque cela signifiera qu'en lieu et place de la couleur et du mouvement, reflet d'un imaginaire riche, se trouvera en excès la forme, pouvant de plus ne pas être de bonne qualité, synonyme d'un accrochage à la réalité objective, d'un étouffement de la vie imaginaire... ;

- ***A %*** : le pourcentage de réponses animales. Ici aussi, plus ce pourcentage sera élevé, plus l'espace imaginaire sera pauvre...

3.2 - La qualité de la mentalisation

Référons-nous en premier lieu à C. de TYCHEY et coll. (1992) soulignant la difficulté "de différencier, au niveau des auteurs passés en revue, les indicateurs supposés rendre compte du potentiel imaginaire de ceux invoqués pour rendre compte de l'activité de mentalisation" (p. 56). Cette difficulté est bien sûr à relier à la distinction entre ***imaginaire*** et ***mentalisation***, opérée sur le plan théorique par BERGERET (1990a, cité par C. de TYCHEY en 1992).

C'est donc sans perdre de vue cette intrication entre les deux concepts que nous allons tenter de dégager des indicateurs plus spécifiques de ***la mentalisation.*** Tenant compte également de la définition plurielle de ce concept, nous ayant permis d'en entrevoir les facettes multiples, il nous semble pertinent d'évaluer ces dimensions selon plusieurs axes :

3.2.1 - L'axe de l'utilisation des mécanismes de défense

Selon cet axe nous relèverons, au niveau des réponses fournies par les adolescents au test, la fréquence d'utilisation :

- soit des mécanismes de défense névrotiques, tels que ***les formations réactionnelles***, à partir de données précises du psychogramme :

- ***les F.R.C.A.*** (formations réactionnelles contre l'agressivité), réponses traduisant une élaboration mentale de l'agressivité sur un mode socialement adapté, repérées à travers les déterminants et les contenus des réponses cotées ***FC, FC', KC, KC',kanC, kanC'*** et de certaines réponses cotées ***K***, mettant l'accent sur l'innocence, le jeu et l'amicalité ;

- soit des mécanismes plus archaïques renvoyant à l'externalisation des excitations, tels que ***la projection ou l'identification projective***, à partir d'autres éléments du psychogramme ou d'une analyse qualitative des réponses :

- ***les projections*** : à travers les réponses cotées ***C, kobC, C', kobC',*** à contenu agressif ou sexuel cru,

- ***les projections de la culpabilité*** : à travers les réponses renvoyant aux thèmes de l'enfer et du mal,

- ***les projections de l'agressivité subie*** : à travers les réponses s'intégrant à la dimension "agressivité" de la grille d'analyse de la dynamique affective proposée par N. RAUSCH de TRAUBENBERG et coll. (1990) dans son caractère objectal ou non objectal et dans sa position passive (cf Annexe 8).

3.2.2 - L'axe de l'élaboration mentale de l'affect

Selon cet axe, il conviendra de repérer la fréquence de réactivation ***des affects de déplaisir***, soit de ***dépression***, soit d'***angoisse***, présentant un degré d'élaboration mentale, à partir de données du psychogramme :

- ***les affects de dépression*** : à travers les réponses cotées ***FC', KC', kanC',*** c'est-à-dire reflétant la capacité de lier ces affects à des représentations formellement adéquates ;

- ***les affects d'angoisse*** : à travers les réponses cotées ***FClob, KCClob, kanCClob, kanClob,*** elles aussi à dominante formelle.

Ce repérage sera complété par le relevé, lors de la passation du test, du nombre de recours à ***des manifestations somatiques de l'angoisse***, signant une faillite de la mentalisation :

- ***manifestations de stupeur***, révélées ici par un long temps de latence, un refus, la notation d'un choc ou d'un équivalent choc ;

- ***acting in***, agirs orientés vers le corps propre, repérés à travers les froncements de sourcils, les tremblements du sujet, la sudation ou la pâleur du sujet ;

- ***acting out***, agirs dirigés vers l'extérieur, notés chaque fois que le sujet a fermé les yeux, éloigné la planche de lui, retourné au moins trois fois cette planche avant de donner sa réponse, soupiré ou porté sa main au visage.

Concrètement, la présence à une planche d'un seul de ces signes suffira pour que soit relevée à cette planche une manifestation somatique de l'angoisse.

3.2.3 - L'axe de la représentation mentale de la pulsion

Selon ce troisième axe, seront évaluées ***les capacités d'élaboration mentale des pulsions agressives et sexuelles***, à partir du recueil de plusieurs données émanant, soit directement de la qualité des réponses ou de la symbolisation des contenus à valence agressive ou sexuelle, soit du calcul d'un indice d'élaboration symbolique, en référence aux travaux de CASSIERS (1968) menés auprès d'adultes délinquants psychopathes.

C. de TYCHEY et coll. (1991) rappellent que pour cet auteur, "une réponse est d'autant mieux symbolisée qu'elle comporte une surdétermination pulsionnelle et une distance importante par rapport à la pulsion de départ qui l'a générée" (p. 101).

Les réponses sélectionnées ensuite par ces auteurs (1991), pour rendre compte de ce travail d'élaboration symbolique, sont à garder en mémoire à titre d'exemple :

- "***sur le plan sexuel***, on notera pour le détail supérieur de la planche 6 une élaboration symbolique de qualité croissante pour la succession de projections : ***un sexe*** qui exprime la pulsion sexuelle de manière très crue puis ***un organe*** , le fait de voir à la place ***un bâton*** ou ***un totem*** traduisant un travail d'élaboration symbolique bien supérieur ;

- il en serait de même ***sur le versant agressif*** pour une séquence à la planche 8, allant de ***un corps écrasé*** à ***deux femmes qui se tapent dessus***, puis ***deux chiens qui aboient*** pour terminer par ***un lion***" (p. 101).

Pour le calcul de cet indice, CASSIERS n'a donc retenu, des protocoles recueillis, que les réponses clairement symboliques de désirs sexuels ou agressifs. Le problème le plus délicat a été de fixer empiriquement un rang à chaque réponse. Cet auteur a donc défini quatre niveaux B - C - D - E exprimant un ordre de symbolisation décroissante. Les réponses de niveau A, reliées au réel

concret, neutres sur un plan symbolique, n'ont pas été prises en compte pour le calcul de cet indice (exemple : chauve-souris, papillon, peau de bête...).

Concrètement :

- chaque réponse de catégorie B est cotée +2 (exemple : "un lion") ;
- chaque réponse de catégorie C est cotée +1 (exemple : "deux chiens qui aboient") ;
- chaque réponse de catégorie D est cotée -1 (exemple : "deux femmes qui se tapent dessus") ;
- chaque réponse de catégorie E est cotée -2 (exemple : "un corps écrasé").

Sachant que :

- B = somme des réponses B x 2 ;
- C = somme des réponses C x 1 ;
- D = somme des réponses D x (-1) ;
- E = somme des réponses E x (-2) ;
- T = somme du nombre total des réponses cotées B, C, D ou E dans le protocole.

La formule de calcul de l'indice d'élaboration symbolique mis au point par CASSIERS (1968) se présente ainsi :

$$\text{I.E.S.} = \frac{B + C + D + E}{T}$$

Les résultats obtenus par cet auteur (1968) mettaient nettement en évidence une grande déficience dans les capacités d'élaboration symbolique des réponses agressives et sexuelles chez les psychopathes adultes : ***75% d'entre eux avaient obtenu en effet, un indice d'élaboration symbolique inférieur ou égal à +0,5 point.***

Dans cette recherche, tout en respectant les quatre catégories hiérarchisées par CASSIERS, nous avons fait le choix de modifier le calcul de cet indice pour les réponses B et C. Nous n'avons en effet retenu que les réponses de catégorie B et C reflétant une bonne qualité formelle, témoin d'un compromis réussi entre fantasme et réalité et se trouvant en adéquation avec le contenu latent de la planche interprétée, c'est-à-dire la sollicitation implicite de la planche (réponses B+ et C+).

A titre d'exemple, la réponse "un monstre menaçant" est une bonne symbolisation de la puissance phallique à la planche 4 qui rend compte des positions prises vis-à-vis des images de puissance, mais c'est une réponse qui perd toute sa valeur si elle est donnée à la planche 7, à résonance essentiellement maternelle.

L'élaboration mentale des pulsions agressives sera évaluée à partir :

- ***du relevé de la fréquence des évitements et des interprétations du rouge*** aux planches P2 et (ou) P3, introduisant cette couleur et de ce fait, centrées sur le maniement de l'agressivité, à travers leur contenu ;

- ***du repérage des symbolisations adéquates et défaillantes de l'agressivité*** aux 10 planches ainsi qu'aux trois premières, en référence aux listes de contenus établies par CASSIERS (1968), puis par C. de TYCHEY et coll. (1990, 1991), comprenant les quatre catégories B, C, D et E évoquées précédemment, et aux règles précédemment énoncées (réponses B+, C+ pour les symbolisations adéquates, réponses D et E pour les symbolisations défaillantes) ;

- ***du calcul d'un indice d'élaboration symbolique des pulsions agressives*** aux trois premières planches P1, P2 et P3, s'appuyant sur les travaux cités de CASSIERS (1968) et de C. de TYCHEY et coll. (1990, 1991).

L'élaboration mentale des pulsions sexuelles sera, quant à elle, évaluée à partir :

- ***du calcul d'un indice d'élaboration symbolique des pulsions sexuelles renvoyant au féminin***, établi à partir du relevé des réponses à symbolisme sexuel féminin telles que "fleur", "coquillage", "vase"... toutes références en creux apparaissant aux planches considérées comme maternelles, c'est-à-dire P2, P7 et P9, planches dont le contenu latent renvoie plus particulièrement à cette symbolique ;

- ***du calcul d'un indice d'élaboration symbolique des pulsions sexuelles renvoyant au masculin***, en terme de puissance phallique, établi à partir du relevé des réponses interprétant les détails saillants aux planches 4 et 6, porteuses d'un symbolisme phallique dominant. Il convient de préciser que seuls ***les contenus inoffensifs*** ont été retenus pour ce calcul. Ainsi ***les réponses à symbolisme phallique agressif*** ("couteau", "canon", "pistolet", "sabre", "flèche"...) n'ont été relevées que pour le calcul de l'indice d'élaboration symbolique des pulsions agressives... ;

- ***du repérage des intégrations réussies ou non de la bisexualité psychique***, aux 10 planches, une intégration réussie se manifestant lorsque le double aspect de ***symbolisation adéquate du sexuel féminin <u>et</u> masculin*** (réponses de catégorie B^+ ou C^+) se retrouve au sein d'une réponse ou d'une planche associé à une bonne forme et en adéquation avec le contenu latent de cette planche.

Notons, à titre d'exemple, la réponse de ***"Perrine"*** à la planche 9 :

- ***une fleur... là, on voit que la fleur elle s'ouvre, elle s'épanouit... là, c'est ses feuilles, la tige, l'axe central...***

Tout comme cette succession de réponses à la même planche, donnée par ***"Line"*** :

- ***une tige de fleur... la fleur rose ;***
- ***une petite bête qui monte... comme un lézard ;***
- ***on dirait un éléphant... la trompe.***

Si les données formelles obtenues par N. RAUSCH de TRAUBENBERG et coll. (1993) dans sa recherche utilisant le RORSCHACH auprès de 73 adolescents non consultants, ne peuvent avoir, comme le précise l'auteur, "valeur d'étude normative", ces résultats récents et objectifs qui constituent un premier travail de validation seront très utiles comme éléments de référence par rapport aux nôtres.

Précisons encore que les réponses au RORSCHACH composant les quarante protocoles recueillis ont fait l'objet d'***une double cotation***, effectuée avant que les hypothèses de travail n'aient été posées, cela afin de réduire tout risque de biais d'attente.

C - <u>HYPOTHESES DE TRAVAIL</u>

Centrons-nous tout d'abord sur les hypothèses de travail s'articulant directement aux quatre hypothèses théoriques générales posées.

1 - <u>LES QUATRE PREMIERES HYPOTHESES DE TRAVAIL</u>

<u>H1</u> : Par rapport à ***l'intensité de la surcharge externe*** qui devrait être présente et plus importante chez l'adolescent suicidant, nous nous attendons à relever ***des scores au***

questionnaire d'événements de vie (événements de vie vécus et événements de vie ressentis comme stressants) plus élevés chez les suicidants que chez les témoins.

H2 : Par rapport à ***la fragilité de la mentalisation*** qui devrait être plus importante chez l'adolescent suicidant et serait explorée ici à partir de quatre dimensions, nous nous attendons à relever :

- pour **H2a**, centrée sur ***la fréquence d'utilisation des mécanismes de défense*** :

- ***un nombre moins élevé d'indicateurs RORSCHACH*** renvoyant aux ***formations réactionnelles contre l'agressivité*** (réponses cotées FC, FC', KC, KC', kanC, kanC' et certaines réponses cotées K aux planches 2 et 3 ayant particulièrement à voir avec le maniement pulsionnel agressif), ***chez les suicidants que chez les témoins ;***

- ***un nombre plus élevé d'indicateurs RORSCHACH*** renvoyant aux ***réponses sur un mode projectif : projections*** (réponses cotées C, kobC, C', kobC' aux planches 2 et 3), ***projections de la culpabilité*** (réponses évoquant l'enfer ou le mal aux dix planches) et ***projections de l'agressivité subie*** (réponses intégrant cette dimension aux dix planches également), ***chez les suicidants que chez les témoins ;***

- ***une plus grande proportion de réponses sur un mode projectif, au sein de la production totale au test, chez les suicidants que chez les témoins.***

- pour **H2b**, centrée sur ***le degré d'efficience de l'activité de liaison*** :

- ***un nombre moins élevé d'indicateurs RORSCHACH*** reflétant la réactivation d'***affects de dépression*** présentant un degré d'élaboration mentale, c'est-à-dire associés à une réponse formelle adéquate (réponses cotées FC', KC', kanC' aux dix planches), ***chez les suicidants que chez les témoins*** ;

- ***un nombre équivalent d'indicateurs RORSCHACH*** reflétant la réactivation d'***affects d'angoisse*** élaborés mentalement, c'est-à-dire toujours à dominante formelle (réponses cotées FClob, KCClob, kanCClob et kanClob aux dix planches), ***chez les suicidants et les témoins*** ;

- ***un nombre plus élevé de recours à des manifestations somatiques de l'angoisse chez les suicidants que chez les témoins***, lors de la passation du test (stupeur, choc ou équivalent choc, acting in, acting out).

- pour la première partie de **H2c**, centrée sur *le degré d'élaboration symbolique des pulsions agressives* :

- ***un nombre d'évitements du rouge***, relevé à P2 et (ou) P3, ***plus élevé chez les suicidants que chez les témoins***, reflétant leurs difficultés dans le maniement de l'agressivité ;

- ***un rapport entre le nombre absolu de symbolisations adéquates de l'agressivité*** (réponses cotées B+ et C+, c'est-à-dire correspondant à la fois aux catégories B et C établies par CASSIERS (1968) et à une bonne forme) ***et le nombre absolu de symbolisations défaillantes*** (réponses cotées D et E), ***qui différencie suicidants et témoins dans le sens de la sous-hypothèse H2c posée***, et cela, aux dix planches comme aux trois premières planches, plus particulièrement centrées sur cette dimension de l'agressivité ;

- ***un nombre de symbolisations adéquates de l'agressivité moins élevé chez les suicidants que chez les témoins***, aux dix planches comme aux trois premières planches ;

- ***un nombre de symbolisations défaillantes de l'agressivité plus élevé chez les suicidants que chez les témoins***, aux dix planches comme aux trois premières planches ;

- ***un rapport entre le nombre absolu, soit des symbolisations adéquates de l'agressivité, soit des symbolisations défaillantes, et la production totale au test*** (somme des R + réponses additionnelles), ***qui différencie suicidants et témoins dans le sens de la sous-hypothèse H2c posée***, et cela, aux 10 planches comme aux 3 premières planches ;

- ***un indice d'élaboration symbolique des pulsions agressives plus bas chez les suicidants que chez les témoins***, aux trois premières planches.

- Pour la deuxième partie de ***H2c***, centrée sur *le degré d'élaboration symbolique des pulsions sexuelles* :

- ***un indice d'élaboration symbolique du sexuel féminin plus bas chez les suicidants que chez les témoins***, aux trois planches P2, P7 et P9 ;

- ***un indice d'élaboration symbolique du sexuel masculin plus bas chez les suicidants que chez les témoins***, aux deux planches P4 et P6.

- pour **H2d**, centrée sur *le degré d'intégration de la bisexualité psychique* :

- ***un nombre d'intégrations réussies de la bisexualité psychique***, relevé aux 10 planches, ***moins élevé chez les suicidants que chez les témoins.***

H3 : Par rapport à ***la pauvreté de l'espace imaginaire ou des capacités d'élaboration mentale de cet imaginaire***, qui devrait être plus fréquente et plus grande chez l'adolescent suicidant, nous nous attendons à relever :

- ***soit des valeurs obtenues aux indicateurs RORSCHACH reflétant un espace imaginaire plus pauvre chez les suicidants que chez les témoins*** (R plus bas, T.R.I. faiblement dilatés, coartatifs ou coartés, K ou K+k plus bas, F% plus élevés, A% plus élevés) ;

- ***soit des valeurs obtenues aux indicateurs RORSCHACH de l'espace imaginaire, équivalentes à celles obtenues par les témoins*** (seront alors pris en référence, soit les résultats obtenus dans notre groupe témoin : R > médiane, T.R.I. nettement dilaté, K+k ou K > médiane, F% < médiane, soit les résultats récents obtenus par N. RAUSCH de TRAUBENBERG et coll. (1993) : A% = [35 - 45] pour les filles, [30 - 40] pour les garçons) ***mais accompagnées de scores reflétant une plus grande fragilité de la mentalisation chez les suicidants.***

H4 : Par rapport à ***l'expression somatique*** qui devrait être plus intense chez l'adolescent suicidant, du fait d'une faillite de la mentalisation des excitations, nous nous attendons à relever ***des scores psychosomatiques globaux plus élevés chez les suicidants***, reflétant une souffrance au niveau d'au moins une des trois dimensions somatiques dégagées.

En affinant la mise à l'épreuve de cette dernière hypothèse par une centration sur ***l'âge*** et ***le sexe*** des adolescents, nous nous attendons à relever :

- pour **H4a**, ***des scores psychosomatiques globaux plus élevés chez les adolescents suicidants les plus jeunes***, en référence aux résultats de R. DEBRAY (1985, 1996a) ;

- pour **H4b**, ***des scores psychosomatiques globaux plus élevés chez les adolescents suicidants les plus âgés***, en référence aux données épidémiologiques de M. CHOQUET et coll. (1994b) ;

- pour **H4c**, ***des scores psychosomatiques globaux plus élevés chez les filles que chez les garçons, et cela, chez les suicidants comme chez les non-suicidants.***

En complément de ces hypothèses de travail en relation directe avec chacune des quatre hypothèses théoriques générales envisagées successivement, il nous semble opportun d'en poser cinq autres centrées sur ***les relations pouvant exister entres certaines variables prises deux à deux***, que celles-ci correspondent à des ***scores isolés*** (les résultats obtenus à chacun des questionnaires) ou à des ***scores regroupés*** (sommation des données les plus pertinentes recueillies au RORSCHACH concernant, soit l'étendue de l'espace imaginaire, soit la qualité de la mentalisation).

2 - LES HYPOTHESES DE TRAVAIL CENTREES SUR LES CORRELATIONS

En référence, d'une part, au poids de la réalité externe, évalué ici à partir de la quantité d'événements vécus, éventuellement de manière stressante et de la plainte somatique exprimée, et d'autre part, au retentissement possible de ces événements inhérents à la vie sur l'intensité de cette plainte, nous nous attendons à relever, chez les suicidants comme chez les témoins, ***une corrélation positive entre les scores au questionnaire d'événements de vie et les scores psychosomatiques globaux : H1 est ici mise en relation avec H4 (H5).***

En référence à notre modèle théorique, posant qu'en cas de surcharge externe, puis de faillite de la mentalisation, avec persistance du cumul des excitations, une des voies de recours possible serait ***l'expression somatique***, nous nous attendons à relever chez les suicidants comme chez les témoins, ***une corrélation inverse entre les scores regroupés renvoyant à la mentalisation et les scores psychosomatiques globaux : H2 est ici mise en relation avec H4 (H6).***

Par rapport à l'intensité de la surcharge externe et en appui sur les avancées théoriques de J. BERGERET (1990a), distinguant espace imaginaire et mentalisation, envisageant à la fois ***l'imaginaire*** comme seul moyen de dégagement d'une situation externe intrusive, et le plus ou moins bon fonctionnement de cet imaginaire (***la mentalisation***), selon l'écrasement ou non du

sujet "par une action trop intrusive ou trop impérative des facteurs extérieurs" (p. 148), nous nous attendons à relever, chez les suicidants comme chez les témoins :

- ***une corrélation positive entre les scores au questionnaire d'événements de vie et les scores regroupés renvoyant à l'imaginaire :*** **H1** ***est ici mise en relation avec*** **H3** (H7) ;

- ***une corrélation inverse entre les scores au questionnaire d'événements de vie et les scores regroupés renvoyant à la mentalisation :*** **H1** ***est ici mise en relation avec*** **H2** (H8).

Il nous semble enfin indiqué de poser une dernière hypothèse de travail, toujours en relation avec la distinction opérée par BERGERET entre imaginaire et mentalisation. En complément de l'hypothèse H2, centrée sur l'étendue de l'espace imaginaire ou des capacités d'élaboration mentale de cet imaginaire, nous nous attendons à relever :

- chez les suicidants, ***une absence de corrélation entre les scores regroupés renvoyant à la mentalisation et ceux renvoyant à l'imaginaire***, absence de lien qui refléterait le débordement de leur appareil mental ;

- chez les témoins, ***une corrélation positive entre ces deux scores*** qui témoignerait de la richesse et de la plus grande harmonie de leur fonctionnement psychique : **H2** ***est ici mise en relation avec*** **H3** (H9).

D - MODE DE TRAITEMENT DES DONNEES

Nous nous proposons de traiter les données recueillies auprès de ces quarante adolescents sur le plan d'une double analyse :

- d'une part, ***une analyse statistique des données*** visant à comparer les deux groupes d'adolescents sur le plan des hypothèses mises à l'épreuve ;

- d'autre part, ***une analyse plus qualitative***, centrée sur les données contrastées de deux adolescents, l'un appartenant au groupe des suicidants, l'autre, à celui des témoins. Cette analyse qualitative servira à illustrer les données quantitatives précédemment examinées.

1 - ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES

Au niveau des scores fournis par ***les deux questionnaires***, ***la comparaison des moyennes*** obtenues sera réalisée à l'aide d'un test paramétrique, le ***test t de DUNNETT*** (B. BEAUFILS, 1996 a et b).

Des représentations graphiques établies à partir des scores moyens obtenus dans chacun des groupes facilitera la lecture des résultats.

Au niveau du **RORSCHACH**, ***la comparaison du nombre de sujets ou de réponses*** données pour chacun des indicateurs, soit de ***l'espace imaginaire***, soit de ***la mentalisation***, sera faite par ***le test du Chi 2 avec correction de continuité.***

C'est la prise en compte systématique de ***la médiane***, celle des filles, et celle des garçons, qui permettra, lors de chaque test de Chi 2, de répartir nos sujets dans chaque groupe et de les opposer sur chacune des dimensions explorées.

Ce calcul de ***la médiane*** nous est en effet apparu comme le plus juste étant donné la taille des effectifs des filles et des garçons de la population étudiée (14 filles et 6 garçons).

A partir des données RORSCHACH, ***une comparaison des scores moyens*** obtenus dans chacun des groupes, soit des scores isolés tels que le nombre total de réponses au test (R), soit des scores regroupés renvoyant dans ce cas, à ***l'espace imaginaire*** ou ***la mentalisation***, se fera également à l'aide ***du test t de DUNNETT***.

Une représentation graphique permettra de présenter plus clairement certains de ces résultats.

L'étude des ***corrélations finales*** se fera à l'aide d'un test statistique non paramétrique, par ***le calcul du rho de SPEARMAN*** : les mises en relation des scores obtenus aux deux questionnaires, de chacun de ces scores avec chacun des scores regroupés d'imaginaire et de mentalisation, du score renvoyant à l'imaginaire avec celui renvoyant à la mentalisation, permettront d'affiner nos résultats.

Le tracé des ***droites de régression*** complétera cette analyse statistique en permettant notamment de visualiser nos deux groupes de sujets.

L'ensemble des traitements statistiques, effectués à l'aide du logiciel STATVIEW II, se trouve en Annexes 3, 4, 5, 6, 7 et 10.

Rappelons en complément la nomenclature utilisée pour préciser la significativité statistique dans les graphiques :

*	**$p < 0,05$**
* *	**$p < 0,01$**
* * *	**$p < 0,005$**

2 - ANALYSE QUALITATIVE DES DONNEES

Cette analyse qualitative, centrée sur les données recueillies auprès de deux adolescents, l'un suicidant, l'autre témoin, se fera en articulation avec chacune des quatre premières hypothèses posées, de manière à évaluer, chez l'un et l'autre, ***le poids de la réalité externe***, à travers la quantité d'événements vécus, ***la qualité de la mentalisation*** et ***l'étendue de l'espace imaginaire***, à partir des réponses composant les deux protocoles RORSCHACH, et ***le niveau de plainte somatique*** exprimée.

Nous voici parvenus au terme de cette présentation de la méthodologie mise en place dans cette recherche.

Abordons maintenant l'étape finale de ce parcours à travers ***l'analyse des résultats.***

V - RESULTATS

A - RESULTATS DE L'ANALYSE STATISTIQUE

Centrons-nous dans un premier temps sur ***l'analyse statistique*** des données permettant de réaliser une étude comparée des deux groupes d'adolescents, l'un étant composé de suicidants, l'autre, de témoins, en suivant le cheminement de l'élaboration des hypothèses mises à l'épreuve dans ce modèle.

1 - EXAMEN DES QUATRE PREMIERES HYPOTHESES DE TRAVAIL

1.1 - Hypothèse H1 : surcharge externe

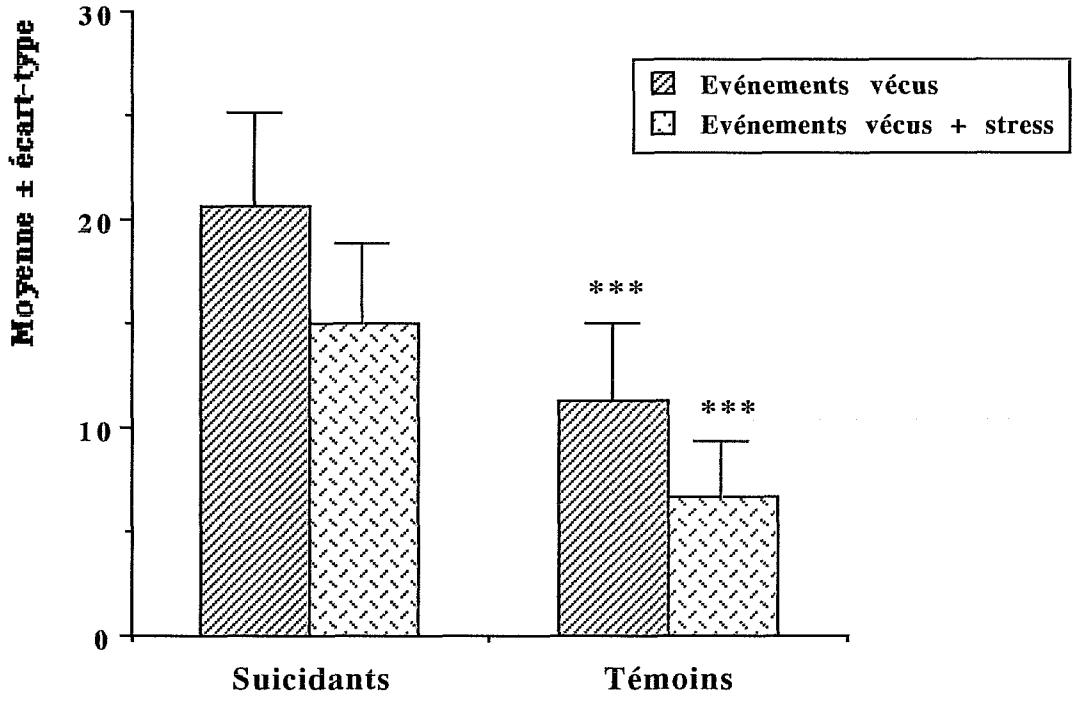
L'hypothèse H1, explorant ***l'intensité de la surcharge externe***, attendue plus importante chez l'adolescent suicidant, reçoit une confirmation empirique indiscutable puisque la quantité d'événements vécus, comme la quantité d'événements vécus de manière stressante, est ***deux fois plus importante*** chez les suicidants que chez les témoins : **20,7** contre **11,3** pour ***les événements vécus***, **15** contre **6,7** pour ***les événements vécus de manière stressante*** (t de DUNNETT respectifs de 7,44 et de 8,12 ; p = 0,0001) (cf Annexe 3).

Notons en complément, la proximité de ces scores moyens d'événements vécus obtenus chez les témoins (**11,3** et **6,7**) et de ceux qu'obtenaient M. CASSIN et F. GAZAGNAIRE (1996) auprès d'une population adolescente tout-venante (**9** et **6,8**).

La représentation graphique, par des histogrammes, de ces scores moyens obtenus dans chacun des groupes, sera plus claire (Fig. 2) :

Figure 2

Scores moyens d'événements de vie chez les suicidants et les témoins



1.2 - Hypothèse H2 : mentalisation

L'hypothèse H2, centrée sur ***la fragilité de la mentalisation***, attendue plus importante chez l'adolescent suicidant, comprend elle-même quatre sous-hypothèses :

1.2.1 - Sous-hypothèse H2a : mécanismes de défense

La sous-hypothèse H2a, concernant ***l'utilisation des mécanismes de défense***, est confirmée sur le plan de l'utilisation des ***formations réactionnelles contre l'agressivité*** (F.R.C.A.) aux planches 2 et 3.

Nos deux groupes tendent en effet nettement à se différencier sur ce critère (Chi2 corrigé = 3,68 ; $p < 0,06$), ***les adolescents suicidants étant moins nombreux que les témoins à utiliser souvent ce type de défenses aux deux planches*** : ainsi, 5 suicidants seulement (contre 12 témoins) ont un nombre de F.R.C.A supérieur à la médiane (cf Annexe 4, H2a.1). Notons que ces résultats sont en accord avec ceux qu'obtenaient

Ph. JEAMMET et coll. en 1994 (p. 96), ce qui traduit une plus grande difficulté d'élaboration mentale de l'agressivité sur un mode socialement adapté.

Cette sous-hypothèse H2a n'est pas confirmée sur le plan de ***l'utilisation du mode projectif dans les réponses***, qu'il s'agisse des projections aux planches 2 et 3, des projections de la culpabilité ou des projections de l'agressivité subie aux dix planches.

Il n'y a en effet ***pas plus de suicidants que de témoins faisant appel ou non à ce type de défenses***. A titre d'exemple, notons que 8 suicidants (contre 9 témoins) donnent une ou plusieurs réponses renvoyant à la projection aux planches 2 et 3 (cf Annexe 4, H2a.2). Ceci suggère qu'un mode d'expression pulsionnelle projective est présent dans les deux groupes, ce qui ne saurait surprendre à l'adolescence. Toutefois, H2a reçoit une confirmation empirique lorsque c'est ***le nombre absolu de certaines de ces réponses sur un mode projectif*** (les projections de la culpabilité et les projections de l'agressivité subie aux dix planches) ***qui est opposé à la production totale au RORSCHACH***.

Ainsi, nos deux groupes se différencient lorsque ***le nombre de projections de la culpabilité aux dix planches est opposé à la somme des R***, c'est-à-dire au nombre total de réponses (Chi2 corrigé = 12,60 ; p = 0,0004), ***les adolescents suicidants utilisant plus fréquemment que les témoins ce type de réponses dans leurs protocoles*** : 17 projections de la culpabilité chez les suicidants, ce qui représente 1/28 de l'ensemble de leur production, contre 5 seulement chez les témoins, c'est-à-dire 1/156 de leur production totale (cf Annexe 4, H2a.5).

Nos deux groupes diffèrent également lorsque ***le nombre de projections de l'agressivité subie aux dix planches est opposé à la somme des R*** (Chi2 corrigé = 6,24 ; p = 0,01), ***les suicidants ayant là aussi une proportion plus importante de ce type de projections dans leurs protocoles que les témoins*** : 1/10 de leur production chez les suicidants contre 1/18 chez les témoins (cf Annexe 4, H2a.6).

Ces données rejoignent également celles recueillies par Ph. JEAMMET et coll. (1994) relevant une plus grande fréquence d'utilisation des mécanismes visant à l'externalisation des conflits tels que la projection (p. 96).

1.2.2 - Sous-hypothèse H2b : activité de liaison

La sous-hypothèse H2b, évaluant ***le degré d'efficience de l'activité de liaison***, est confirmée sur le plan de la réactivation ***des affects de dépression*** aux dix planches.

Nos deux groupes se différencient en effet sur ce critère (Chi2 corrigé = 6,55, p = 0,01), ***les adolescents suicidants étant moins nombreux que les témoins à réactiver des affects de dépression pouvant faire l'objet d'une élaboration mentale au cours du test*** : 4 suicidants seulement (contre 13 témoins) ont un ou plusieurs affects de dépression réactivés alors que 16 suicidants (contre 7 témoins) n'en ont aucun (cf Annexe 4, H2b.1).

Notons à nouveau que ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par Ph. JEAMMET et coll. (1994, p. 97).

Cette sous-hypothèse H2b est aussi confirmée, sur le plan de la réactivation ***des affects d'angoisse élaborés mentalement*** aux dix planches, puisque là, nous n'attendions pas de différence entre les deux groupes...

Nos deux groupes ne se différencient en effet nullement sur ce critère (Chi2 corrigé = 0,11, p = N.S.), ***les adolescents suicidants étant aussi nombreux que les témoins à avoir ou à ne pas avoir ce type d'affect réactivé au cours du test.*** (cf Annexe 4, H2b.2).

H2b reçoit enfin une confirmation empirique sur le plan ***des manifestations somatiques de l'angoisse*** aux dix planches.

Nos deux groupes diffèrent en effet nettement sur ce critère (Chi2 corrigé = 6,42 ; p = 0,01), ***les adolescents suicidants étant plus nombreux que les témoins à avoir souvent ces manifestations somatiques de l'angoisse*** : ainsi, 15 suicidants (contre 6 témoins seulement) ont un nombre de manifestations somatiques de l'angoisse supérieur ou égal à la médiane (cf Annexe 4, H2b.3).

Ces résultats confirment cette fois encore ceux de Ph. JEAMMET et coll. (1994, p. 97).

1.2.3 - Sous-hypothèse H2c (1ère partie) : élaboration symbolique des pulsions agressives

La sous-hypothèse H2c, approchant ***le degré d'élaboration symbolique des pulsions agressives***, reçoit une confirmation empirique indiscutable sur le plan du nombre de sujets ***évitant*** le rouge aux planches 2 et 3.

Nos deux groupes se différencient en effet totalement sur ce critère (Chi2 corrigé = 6,23 ; p = 0,01), puisque ***les suicidants sont les seuls*** (7 suicidants contre 0 témoin) ***à éviter le rouge à P2 ou P3***. (cf Annexe 4, H2c.1.1). Il convient de noter en complément que, parmi les suicidants, aucun sujet n'évite pourtant le rouge aux deux planches à la fois.

Cette différence entre les deux groupes apparaît plus significative encore lorsque c'est ***le nombre absolu d'interprétations du rouge aux deux planches qui est opposé au nombre absolu d'évitements du rouge à l'une des deux planches*** (Chi2 corrigé = 8,58 ; p = 0,003) (cf Annexe 4, H2c.1.2).

Cette sous-hypothèse H2c est confirmée lorsque ***le nombre absolu de symbolisations adéquates de l'agressivité est opposé au nombre absolu de symbolisations défaillantes, aux dix planches comme aux trois premières planches.***

Nos deux groupes se différencient en effet sur ce critère (Chi2 corrigés respectifs de 6,28 et 6,66 ; p = 0,01), ***les adolescents suicidants ayant un nombre de symbolisations adéquates de l'agressivité environ deux fois moins élevé que les témoins***. A titre d'exemple, 22 symbolisations adéquates sont relevées chez les suicidants contre 53 chez les témoins, aux planches 1, 2 et 3 (cf Annexe 4, H2c.1.3. et H2c.1.4).

Notons de plus à travers ce résultat que nos deux groupes se différencient surtout sur ce critère des symbolisations ***adéquates*** de l'agressivité puisque c'est un nombre presqu'équivalent de symbolisations ***défaillantes*** qui est relevé dans chacun des groupes et cela, aux dix planches comme aux trois premières planches. (Ainsi, 27 symbolisations défaillantes sont relevées chez les suicidants contre 23 chez les témoins, aux planches 1, 2 et 3) (cf Annexe 4, H2c.1.4).

Cette sous-hypothèse H2c reçoit donc également une confirmation empirique sur le plan du ***nombre de symbolisations adéquates de l'agressivité***, et cela, aux dix planches comme aux trois premières planches.

Nos deux groupes diffèrent en effet, comme nous venons de l'entrevoir à travers le résultat précédent, sur ce critère du nombre de symbolisations adéquates (Chi2 corrigés respectifs de 10,23 et 6,55, significatifs à 0,001 et 0,01), ***les suicidants étant moins nombreux que les témoins à avoir un nombre élevé de symbolisations adéquates de l'agressivité.*** A titre d'exemple, notons que 7 suicidants seulement (contre 16 témoins) ont un nombre de symbolisations adéquates supérieur ou égal à la médiane, aux trois premières planches (cf Annexe 4, H2c.1.5 et H2c.1.6).

Cette sous-hypothèse H2c n'est pas confirmée sur le plan du ***nombre de symbolisations défaillantes de l'agressivité, et cela, aux dix planches comme aux trois premières planches.***

Il n'y a en effet ***pas plus de suicidants que de témoins ayant un nombre élevé de symbolisations défaillantes de l'agressivité.*** Notons à titre d'exemple que 12 suicidants (contre 13 témoins) ont une ou plusieurs symbolisations défaillantes de l'agressivité aux trois premières planches (cf Annexe 4, H2c.1.7. et H2c.1.8).

H2c reçoit cependant une confirmation empirique lorsque c'est ***le nombre absolu, soit des symbolisations adéquates, soit des symbolisations défaillantes de l'agressivité, qui est opposé à la production totale au RORSCHACH***, cette production incluant ici les réponses additionnelles, c'est-à-dire les réponses supplémentaires données à l'enquête et prises en compte pour le calcul du nombre de symbolisations.

Nos deux groupes tendent en effet nettement à se différencier sur ces deux critères (Chi2 corrigés respectifs de 3,43 et de 3,32, significatifs à 0,06 et 0,07), mais uniquement aux trois premières planches pour les symbolisations adéquates, uniquement aux dix planches pour les symbolisations défaillantes de l'agressivité.

Ainsi, ce sont bien ***les suicidants qui ont la plus petite proportion de symbolisations adéquates dans leur production aux trois premières planches*** (1/8 chez les suicidants contre 1/5 chez les témoins) et ce sont bien ***les suicidants qui ont la plus grande proportion de symbolisations défaillantes dans leurs protocoles***

complets (1/10 chez les suicidants contre 1/14 chez les témoins) (cf Annexe 4, H2c.1.9. et H2c.1.10).

Ceci suggère que chez les suicidants, il y aurait un poids des mécanismes d'inhibition plus important, interdisant l'expression de l'agressivité. Quand cette inhibition serait levée à l'enquête, (les réponses additionnelles en sont la preuve), elle déboucherait plus fréquemment sur une expression pulsionnelle crue, synonyme de probabilité de pathologie de l'agir plus importante. Chez les témoins, il y aurait plus de capacités d'élaborer mentalement l'agressivité sur un mode plus adapté, et moins d'inhibition...

Cette sous-hypothèse H2c, centrée sur le maniement de l'agressivité, reçoit une dernière confirmation empirique à partir du calcul de ***l'indice d'élaboration symbolique des pulsions agressives***, aux trois premières planches (I.E.S).

Nos deux groupes se différencient en effet sur ce critère (Chi2 corrigé = 4,90 ; p = 0,03), les adolescents suicidants étant plus nombreux que les témoins à avoir un I.E.S. bas : ainsi, 14 suicidants (contre 6 témoins) ont un I.E.S. inférieur à la médiane aux planches 1, 2 et 3 (cf Annexe 4, H2c.1.11).

1.2.4 - Sous-hypothèse H2c (2ème partie) : élaboration symbolique des pulsions sexuelles

Cette sous-hypothèse H2c reçoit une confirmation empirique indiscutable sur le plan ***des pulsions sexuelles féminines*** aux trois planches 2, 7 et 9.

Nos deux groupes se différencient également sur ce critère (Chi2 corrigé = 4,95 ; p = 0,03), ***les adolescents suicidants étant plus nombreux que les témoins à avoir un indice d'élaboration symbolique du sexuel féminin bas*** : ainsi 15 suicidants (contre 7 témoins) ont un I.E.S. inférieur ou égal à la médiane aux planches 2, 7 et 9 (cf Annexe 4, H2c.2.1).

Ce résultat pourrait-il être rapproché des avancées théoriques de R. DEBRAY (1996a) concernant "les aléas de l'accès à la position passive" décrits par cet auteur chez certains patients somatiques (p. 145) ?

H2c n'est, par contre, pas confirmée sur le plan ***du sexuel masculin en terme de puissance phallique***, aux deux planches 4 et 6.

Il n'y a en effet sensiblement ***pas plus de suicidants que de témoins ayant un indice d'élaboration bas à ce niveau.*** A titre d'exemple, notons que 11 suicidants (contre 7 témoins) ont un I.E.S. inférieur à la médiane (cf Annexe 4, H2c.2.2).

Ces deux derniers résultats contribueraient-ils à montrer que chez les suicidants, le sexuel féminin serait nettement plus difficile à élaborer sur le plan symbolique que le sexuel masculin en terme de puissance phallique ?

1.2.5 - Sous-hypothèse H2d : intégration de la bisexualité psychique

La sous-hypothèse H2d reçoit, elle aussi, une confirmation empirique indiscutable sur le plan de ***l'intégration de la bisexualité psychique*** aux dix planches du test.

Nos deux groupes diffèrent en effet nettement sur ce critère (Chi2 corrigé = 6,55 ; p = 0,01), ***les adolescents suicidants étant plus nombreux que les témoins à avoir un nombre peu élevé d'intégrations réussies de la bisexualité psychique*** : ainsi, 16 suicidants (contre 7 témoins) ont un nombre d'intégrations réussies inférieur ou égal à la médiane (cf Annexe 4, H2d.1).

Cette sous-hypothèse H2d se trouve également confirmée lorsque c'est ***le nombre absolu d'intégrations réussies de la bisexualité psychique qui est opposé à la production totale au test, incluant, comme précédemment pour les symbolisations, les réponses additionnelles.***

Nos deux groupes se différencient donc aussi sur ce critère (Chi2 corrigé = 5,30 ; p = 0,02), ***les adolescents suicidants réussissant nettement moins que les témoins à intégrer cette dimension dans leurs protocoles*** : 20 intégrations réussies chez les suicidants, ce qui représente 1/27 seulement de l'ensemble de leur production, contre 59 chez les témoins, c'est-à-dire 1/14 de leur production totale (cf Annexe 4, H2d.2).

Avant de conclure sur l'examen de l'hypothèse H2, posant que ***la fragilité de la mentalisation devrait être plus importante chez l'adolescent suicidant***, et opérationnalisée ici à partir de l'approche de quatre facettes de ce concept, rassemblons dans un tableau l'essentiel de l'information recueillie c'est-à-dire, d'une part, ***ce qui était attendu chez l'adolescent suicidant***, d'autre part, ***ce qui est confirmé ou ne l'est pas***, au terme de la mise à l'épreuve de ces quatre sous-hypothèses (Tab. 6) :

Tableau 6

Examen de H2 : Mentalisation

Sous-hypothèses	Nos attentes chez les adolescents suicidants...	Résultats
H2a : Mécanismes de défense	* moins de F.R.C.A. (aux planches 2 et 3)	**confirmé**
	* plus de réponses sur un mode projectif dans l'absolu :	
	- plus de projections (aux 10 planches)	**non confirmé**
	- plus de projections de la culpabilité (aux 10 planches)	**non confirmé**
	- plus de projections de l'agressivité subie (aux 10 planches)	**non confirmé**
	* une plus grande proportion de réponses sur un mode projectif au sein de la production totale au test :	
	- plus de projections / somme des R	**non confirmé**
	- plus de projections de la culpabilité / somme des R	**confirmé**
	- plus de projections de l'agressivité subie / somme des R	**confirmé**
H2b : Activité de liaison	* moins d'affects de dépression réactivés (aux 10 planches)	**confirmé**
	* pas plus d'affects d'angoisse réactivés (aux 10 planches) que chez les témoins	**confirmé**
	* plus de recours à des manifestations somatiques de l'angoisse au cours de la passation	**confirmé**
H2c (1e partie) : Elaboration symbolique des pulsions agressives	* plus d'évitements du rouge (à P2 et (ou) P3)	**confirmé**
	* un rapport entre les symbolisations adéquates de l'agressivité et les symbolisations défaillantes différençiant suicidants et témoins (aux 10 planches et à P1+P2+P3)	**confirmé**
	* moins de symbolisations adéquates de l'agressivité (aux 10 planches et à P1+P2+P3)	**confirmé**
	* plus de symbolisations défaillantes (aux 10 planches et à P1+P2+P3)	**non confirmé**
	* une plus petite proportion de symbolisations adéquates au sein de la production totale au test	**bonne tendance**
	* une plus grande proportion de symbolisations défaillantes au sein de la production totale au test	**bonne tendance**
	* un I.E.S. des pulsions agressives plus bas (aux 10 planches)	**confirmé**
H2c (2e partie) : Elaboration symbolique des pulsions sexuelles	* un I.E.S. du sexuel féminin plus bas, à P2+P7+P9	**confirmé**
	* un I.E.S. du sexuel masculin plus bas, à P4+P6	**non confirmé**
H2d : Intégration de la bisexualité psychique	* moins d'intégrations réussies de la bisexualité psychique	**confirmé**

La lecture de ce tableau, mettant en évidence quatorze résultats attendus confirmés (contre seulement six non confirmés) permet :

- d'une part, de sélectionner ***les sept indicateurs les plus pertinents*** destinés à constituer ***un score regroupé renvoyant à la mentalisation*** (nombre de F.R.C.A., d'affects de dépression présentant un degré d'élaboration mentale, d'évitements du rouge, de symbolisations adéquates de l'agressivité, I.E.S. des pulsions agressives, I.E.S. du sexuel féminin, nombre d'intégrations réussies de la bisexualité psychique) ;

- d'autre part, de conclure aisément que ***l'hypothèse H2 reçoit une confirmation empirique*** : notre groupe d'adolescents suicidants diffère bien de celui des témoins dans le sens d'***une plus grande fragilité de la mentalisation***... Mais qu'en est-il de ***l'espace imaginaire*** de ces quarante adolescents ?

1.3 - Hypothèse H3 : espace imaginaire

L'hypothèse H3, posant que la pauvreté de l'espace imaginaire ou des capacités d'élaboration mentale de cet imaginaire devrait être plus fréquente et plus grande chez l'adolescent suicidant nous confronte, du fait de cette alternative, à une double analyse :

- ***une analyse quantitative***, centrée sur les valeurs obtenues aux indicateurs RORSCHACH de l'espace imaginaire, mettra à l'épreuve la première partie de l'hypothèse ;

- ***une analyse plus qualitative***, centrée sur les résultats obtenus par les suicidants au niveau d'un indicateur très représentatif de cet espace imaginaire (le nombre K de grandes kinesthésies humaines), permettra de repérer parmi les protocoles de suicidants, ceux reflétant un espace imaginaire analogue à celui des témoins. Pour mettre à l'épreuve la deuxième partie de l'hypothèse, nous examinerons alors attentivement les scores de ces quelques jeunes suicidants sur le plan de la mentalisation, nous attendant dans ce cas à faire le constat d'une fragilité...

1.3.1 - Analyse quantitative

Notre attente par rapport à ***l'obtention plus fréquente chez les suicidants que chez les témoins, d'une productivité globale*** (nombre R de réponses au test) ***plus faible, est confirmée.***

Nos deux groupes se différencient en effet nettement sur ce critère (Chi2 corrigé = 4,95 ; p = 0,03), ***les adolescents suicidants étant plus nombreux que les témoins à obtenir un R bas*** : ainsi, 15 suicidants (contre 7 témoins seulement) obtiennent un R inférieur ou égal à la médiane (cf Annexe 5, H3.1).

Ce résultat va dans le même sens que celui obtenu à partir de la comparaison des R moyens dans chaque groupe, **23,8** chez les suicidants contre **39** chez les témoins (t de DUNNETT = 3,004 ; p = 0,005), reflétant une réduction de la productivité totale au test chez les suicidants.

Notre attente par rapport à ***l'obtention plus fréquente chez les suicidants que chez les témoins, d'un T.R.I. coarté, coartatif ou faiblement dilaté, synonyme de rigidité du fonctionnement mental, tend à être confirmée.***

Nos deux groupes tendent en effet à se différencier sur ce critère (Chi2 corrigé = 2,98 ; p = 0,08), ***les adolescents étant plus nombreux que les témoins à obtenir un T.R.I. coartatif ou faiblement dilaté*** : ainsi, 9 suicidants (contre 3 témoins seulement) obtiennent un T.R.I. coartatif ou faiblement dilaté (cf Annexe 5, H3.2).

Notre attente par rapport à ***l'obtention plus fréquente chez les suicidants que chez les témoins, d'un petit nombre de réponses renvoyant au pôle kinesthésique (K+k), reçoit une confirmation empirique certaine.***

Nos deux groupes se différencient en effet à nouveau sur ce critère (Chi2 corrigé = 6,42 ; p = 0,01), ***les adolescents suicidants étant plus nombreux que les témoins à obtenir un nombre peu élevé de K+ k*** : ainsi, 14 suicidants (contre 5 témoins seulement) obtiennent un nombre de K+ k inférieur à la médiane (cf Annexe 5, H3.3).

Ce résultat, affiné par la prise en compte séparée du nombre de K et de k, permet de noter que la significativité relevée pour les K+ k vient en fait des grandes kinesthésies humaines (K).

Nos deux groupes diffèrent en effet surtout sur ce critère des K (Chi2 corrigé = 6,55 ; p = 0,01), ***les adolescents suicidants étant plus nombreux que les témoins à obtenir peu de K*** : ainsi, 13 suicidants (contre 4 témoins seulement) obtiennent un nombre de K inférieur à la médiane (cf Annexe 5, H3.4. et H3.5).

Notre attente par rapport à ***l'obtention plus fréquente chez les suicidants que chez les témoins, d'un F% élevé***, synonyme d'étouffement de la vie imaginaire du fait de l'importance du recours à la réalité objective, ***tend fortement à être confirmée.***

Nos deux groupes tendent ici nettement à se différencier sur ce critère (Chi2 corrigé = 3,68 ; p = 0,06), ***les adolescents suicidants étant plus nombreux que les témoins à obtenir un F% élevé*** : ainsi, 12 adolescents suicidants (contre 5 témoins seulement) obtiennent un F% supérieur à la médiane (cf Annexe 5, H3.6).

Notre attente par rapport à ***l'obtention plus fréquente chez les suicidants que chez les témoins, d'un A% élevé, n'est enfin pas confirmée ici.***

Il n'y a en effet ***pas plus de suicidants que de témoins ayant un A% élevé*** : ainsi, 10 suicidants (contre 11 témoins) obtiennent un A% supérieur ou égal à la médiane (cf Annexe 5, H3.7). Ceci suggère que cet indicateur possède moins de finesse discriminative que ceux qui précèdent et ont donc été privilégiés ici.

La reprise, au sein d'un tableau, de ces six indicateurs RORSCHACH de l'espace imaginaire, de nos attentes chez les adolescents suicidants et des résultats obtenus facilitera la conclusion de cette analyse quantitative concernant la première partie de l'hypothèse H3 (Tab. 7) :

Tableau 7

Examen de H3 (1e partie) : espace imaginaire

Indicateurs RORSCHACH de l'espace imaginaire	**Nos attentes chez les adolescents suicidants**	**Résultats**
R	* plus de R bas que chez les témoins	**confirmé**
T.R.I.	* plus de T.R.I. coartés, coartatifs ou faiblement dilatés	**bonne tendance**
K+ k	* moins de K+ k	**confirmé**
K	* moins de K	**confirmé**
F%	* plus de F% élevés	**forte tendance**
A%	* plus de A% élevés	**non confirmé**

Ce tableau, mettant en évidence la quasi confirmation de cinq résultats attendus sur six, nous permet :

- d'une part, ***de sélectionner les cinq indicateurs les plus représentatifs de l'espace imaginaire*** de manière à constituer ***un score regroupé renvoyant à cette dimension*** (R, T.R.I., K+ k, K, F%) ;

- d'autre part, de conclure que ***la première partie de l'hypothèse H3 est confirmée*** : c'est bien parmi les jeunes suicidants que nous relevons le plus fréquemment ***une pauvreté de l'espace imaginaire.***

1.3.2 - Analyse qualitative

Pour aborder le deuxième temps de cette analyse, centrons-nous sur ***nos données brutes***, de manière à repérer les quelques adolescents suicidants ayant dans leurs protocoles un nombre de grandes kinesthésies humaines (K) supérieur ou égal à la médiane, c'est-à-dire pouvant être considérés comme ayant un espace imaginaire comparable à celui des témoins.

Un groupe de sept adolescents, comprenant ***"Suzy", "Clémence", "Aline", "Nadine", "Léa", "Thomas" et "Julien"*** se dégage de l'ensemble des suicidants. Penchons-nous alors sur l'évaluation de ***la qualité de leur mentalisation***, attendue dans ce cas plutôt fragile...

L'examen des scores obtenus après regroupement des sept indicateurs RORSCHACH de la mentalisation, nous permet de faire les constats suivants :

- ***Pour cinq de ces adolescents (Suzy, Clémence, Aline, Léa et Julien)***, les scores renvoyant à la mentalisation apparaissent en effet nettement inférieurs à ceux du groupe témoin (scores respectifs de 2, 0, 1, 1, 3, alors que 15 témoins sur 20 ont des scores regroupés ≥ 5) : la deuxième partie de l'hypothèse H3 semblerait ici confirmée, ces cinq adolescents suicidants ayant un espace imaginaire riche (nombre de grandes kinesthésies humaines important), mais des capacités faibles d'élaboration mentale de cet imaginaire, touchant pratiquement l'ensemble des dimensions de la mentalisation approchées ici (utilisation moindre des formations réactionnelles, manque total d'efficience de l'activité de liaison, degré faible d'élaboration symbolique du sexuel renvoyant au féminin et échec complet de l'intégration de la bisexualité psychique).

Pour illustrer cet échec de la mentalisation, manifeste chez ces cinq jeunes suicidants, relevons quelques unes de leurs réponses aux planches 2 et 3 :

- celle de ***Clémence*** à la planche 2 : ***"euh... ben je vois rien... j'ai pas d'imagination (?) ... ben rien... je vois rien"***, reflétant la mise en place de mécanismes d'inhibition majeurs ayant conduit à une stupeur associative durable, à un "refus", niveau de faillite le plus total de la mentalisation ;

- celle d'***Aline***, à la planche 3 : ***"on dirait deux femmes qui tiennent un squelette"***, réponse de catégorie D, kinesthésie quasi morbide, à une planche exprimant la sollicitation objectale... ;

- et celle de ***Léa,*** à la planche 2 : ***"deux bonhommes qui se touchent les mains et pis les pieds... et qui saignent aux pieds"***, réponse de catégorie E, révélant à travers le contenu "sang", une projection pulsionnelle tout à fait crue.

- Pour les deux autres adolescents (Nadine et Thomas), les scores renvoyant à la mentalisation s'élèvent respectivement à 6 et 5 et se révèlent donc analogues à ceux du groupe témoin : la deuxième partie de l'hypothèse H3 ne recevrait donc pas, dans ce dernier cas, de confirmation empirique, ces deux jeunes suicidants ayant à la fois un espace imaginaire riche et des capacités indéniables d'élaboration mentale de cet imaginaire.

... Mais alors, comment tenter d'expliquer le passage à l'acte suicidaire de ces deux jeunes ? Allons-nous découvrir chez eux une intense surcharge externe ?

Les scores d'événements de vie de Nadine (24 événements vécus dont 17 de manière stressante) sont plus de deux fois plus élevés que les scores moyens des témoins (respectivement 11,3 et 6,7).

L'histoire de Nadine (15 ans, élève de troisième, la deuxième d'une fratrie de deux), a en effet été marquée par une grande quantité d'événements de vie particulièrement douloureux :

- déménagement ayant entraîné dans sa petite enfance, la perte d'une nourrice fortement investie ;

- comportements à risque de Nadine enfant (fractures, début de noyade...) ;

- décès de son grand-père maternel, de crise cardiaque, alors que Nadine avait huit ans (homme très dépressif ayant été hospitalisé à plusieurs reprises à la suite de tentatives de suicide, et dont la mère de Nadine se serait beaucoup occupée) ;

- décès, deux ans plus tard, d'un ami d'enfance de Nadine, âgé comme elle de 10 ans (accident de voiture) ;

- maladie très grave pour un oncle de l'adolescente (frère de la mère âgé de 34 ans) ;

- mésentente familiale (entre les parents, entre père et fille) ;

- absence fréquente du père, liée à son exercice professionnel ;

- départ récent du frère de Nadine (21 ans), auquel elle est très attachée, pour la poursuite de ses études dans une école d'ingénieur ;

- multiples tentatives de suicide pour une amie de Nadine, chaque fois secourue par l'adolescente ;

- agression subie ;

- ruptures sentimentales vécues dans l'année et auparavant également ;

- difficultés relationnelles avec ses pairs au collège...

Sur le plan de l'expression somatique, Nadine obtient un score psychosomatique global de 651,8, c'est-à-dire presque trois fois plus élevé que le score moyen des témoins (243,8). La sphère cardio-respiratoire est particulièrement touchée (sous-score cardio-respiratoire de 378,6, alors que le sous-score moyen des témoins est de 28,4), Nadine se plaignant en effet surtout de douleurs à l'intérieur de la poitrine et au coeur, de palpitations et de tremblements. Elle souffre du dos chaque semaine et se dit "mal dans sa peau."

... L'intensité de la surcharge externe, se situant autant sur le plan des événements vécus que sur celui du retentissement somatique de cette surcharge, est ici certaine, nous confrontant largement à la notion de ***"trop-plein"*** d'excitations pesant sur le fonctionnement psychique.

Les scores d'événements de vie de Thomas (19 événements vécus, dont 17 de manière stressante) sont un peu moins élevés que les précédents, mais restent nettement supérieurs à ceux des témoins.

L'histoire de Thomas (17 ans, élève de première S, le deuxième d'une fratrie de trois) apparaît, quant à elle, surtout marquée par les problèmes de santé de plusieurs membres de sa famille :

- maladie somatique (recto-colite hémorragique) pour le père de Thomas, se disant toujours angoissé ;

- cancer lié à la consommation d'alcool et de tabac pour un oncle du jeune ;

- problème d'alcoolisme pour un autre oncle ;

- accident grave pour la soeur aînée de Thomas, alors âgée de 14 ans : chute d'un pont en vélo (6m 50) ayant entraîné fractures et coma agité ;

- tensions familiales, notamment entre Thomas et sa mère, Thomas et son jeune frère de 11 ans ;

- déménagement mal vécu (deux ans auparavant) ;

- départ récent de la soeur de Thomas pour la poursuite de ses études (B.T.S.) ;

- rupture sentimentale dans le mois ayant précédé le passage à l'acte de l'adolescent...

Sur le plan de l'expression somatique, le score psychosomatique global de Thomas (416,6) est presque deux fois plus élevé que le score moyen des témoins (243,8), Thomas se plaignant essentiellement de fatigue intense, de maux de dos, de troubles du sommeil, se disant aussi "mal dans sa peau".

Ces éléments tendent donc à révéler chez ***Thomas***, comme chez ***Nadine***, ***l'intensité du poids de la réalité externe ayant pu engendrer une souffrance existentielle majeure.***

Pourrions-nous cependant émettre :

- d'une part, grâce à ce recueil de données à la fois convergentes et positives concernant l'imaginaire et la mentalisation de ces deux jeunes ;

- d'autre part, en appui sur les avancées théoriques de R. DEBRAY (1993, 1996a) concernant le rôle de protection du corps assuré par le travail psychique, ***un pronostic d'évolution favorable*** pour ces deux adolescents à l'espace imaginaire et aux capacités de mentalisation riches ?

... Ce qu'il est possible de noter en tout cas, c'est que ces adolescents ont pu, dans la réalité, s'investir tous deux dans une psychothérapie régulière durant plusieurs mois, retrouvant

probablement dans l'après-coup de leur passage à l'acte "la voie longue" de la régulation mentale des tensions, s'engageant dans ***le travail psychique*** qui les aurait confrontés, comme le précise R. DEBRAY (1990), au "temps incompressible de l'élaboration" (p. 942).

En conclusion de l'examen de ***cette troisième hypothèse H3***, il nous semble possible d'avancer qu'***elle est dans l'ensemble confirmée***, l'espace imaginaire des jeunes suicidants se révélant, soit, plus fréquemment pauvre que celui des témoins, soit aussi riche mais dans ce cas, relié le plus souvent à des capacités de mentalisation faibles. Le repérage de deux protocoles venant infirmer la deuxième partie de cette hypothèse nous apparaît tout à fait important en complément, dans le sens où ces données pourraient venir illustrer ***l'aspect transitoire de surcharge et de débordement de l'appareil psychique envisagé par R. DEBRAY pour certains adolescents*** (1990, p. 932).

1.4 - Hypothèse H4 et ses trois sous-hypothèses : expression somatique

1.4.1- Hypothèse H4 : intensité de l'expression somatique

L'hypothèse H4 posant que ***l'expression somatique*** devrait être plus intense chez l'adolescent suicidant reçoit une confirmation empirique indiscutable au niveau des scores psychosomatiques globaux, puisque ces scores sont ***plus de deux fois plus élevés chez les suicidants que chez les témoins*** : **639,1** contre **243,8** (t de DUNNETT = 2,62 ; p = 0,01) (cf Annexe 6, H4).

Face à ces données, il convient de tenir compte du fait que les écarts-types sont très importants, reflétant les valeurs éloignées obtenues par quelques jeunes seulement (suicidants ou témoins) et venant expliquer, au moins en partie, que le score global moyen de notre groupe témoin soit pratiquement deux fois plus élevé que celui du groupe de référence constitué par F. TENENBAUM, N. BON et coll. (1996) au Centre de Médecine Préventive de Nancy, groupe bien-sûr nettement plus important puisqu'il comprend 830 adolescents. Les valeurs de référence obtenues par ces auteurs, tous âges et sexes confondus sont en effet de :

- ***107,6 pour le score psychosomatique global ;***
- ***20,9 pour le sous-score digestif ;***
- ***19,6 pour le sous-score thermo-régulation ;***
- ***15,6 pour le sous-score cardio-respiratoire.***

Notre attente concernant ***le relevé d'une souffrance chez les adolescents suicidants au niveau d'au moins une des trois dimensions somatiques dégagées est, elle aussi, confirmée.***

Nos deux groupes se différencient en effet nettement au niveau du ***sous-score cardio-respiratoire*** (t de DUNNETT = 2,89 ; p = 0,006), ***les adolescents suicidants obtenant des scores très supérieurs à ceux des témoins au niveau de cette sphère (147,4 contre 28,4).***

Notons que nos deux groupes tendent également à se différencier au niveau des deux autres sous-scores, mais plus nettement au niveau de celui de ***thermo-régulation*** (t de DUNNETT = 1,90 ; p = 0,07), les adolescents suicidants obtenant, là aussi, des scores supérieurs à ceux des témoins ***(187,8 contre 25,8)*** (cf Annexe 6, H4.1).

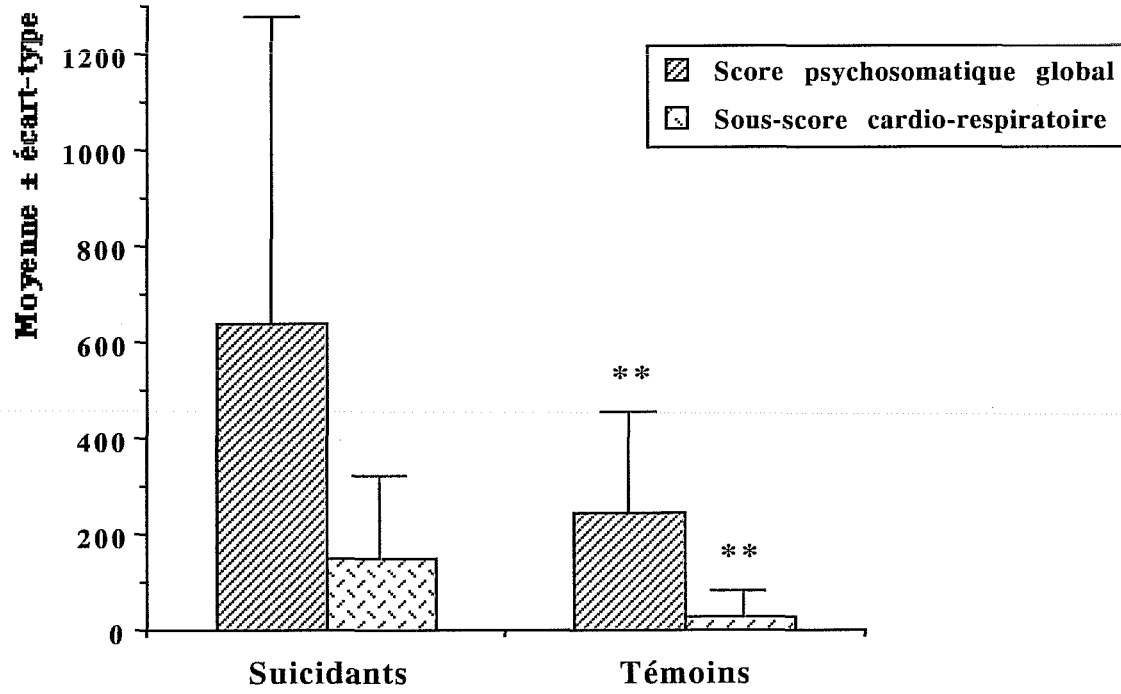
Ces résultats, mettant en évidence ***une prédominance de la plainte somatique des jeunes suicidants au niveau de la sphère cardio-respiratoire*** sont ici à rapprocher de ceux d'EBTINGER et SICHEL (1971), rappelés par Ph. JEAMMET (1995b, p. 1484), et pointant justement, chez les adolescents de sexe masculin, des tableaux cliniques où "les plaintes concernent tous les organes, mais avec une nette prédominance pour le coeur" (1971, p. 86)...

Notons, en complément, que la comparaison des sous-scores moyens cardio-respiratoires des garçons et des filles de notre groupe de suicidants ***(126,5 pour les garçons contre 156,4 pour les filles)*** ne révèle pas de différence significative en fonction du sexe (cf Annexe 6, H4.2).

La reprèsentation graphique, par des histogrammes, des résultats les plus significatifs, les scores psychosomatiques moyens globaux et les sous-scores moyens cardio-respiratoires obtenus dans chacun des groupes, complétera cette présentation (Fig. 3) :

Figure 3

Scores psychosomatiques moyens chez les suicidants et les témoins



1.4.2 - Sous-hypothèse H4a et H4b : expression somatique en fonction de l'âge

Cette double sous-hypothèse contradictoire, centrée sur ***les scores psychosomatiques globaux des suicidants en fonction de l'âge***, n'est pas confirmée.

Il existe pourtant une différence entre le score moyen des adolescents suicidants les plus jeunes ***(466,2)*** et celui des suicidants les plus âgés ***(812)*** mais cette différence n'est pas significative... (cf Annexe 6, H4.3a et H4.3b).

Notons tout de même que cet écart qui s'ébauche révèle ***des scores psychosomatiques globaux plus élevés chez les suicidants les plus âgés***, ce qui irait dans le sens des données épidémiologiques recueillies par M. CHOQUET et coll. (1994b).

Pourrions-nous faire l'hypothèse que ce résultat s'affirmerait en présence d'un effectif plus important ?

1.4.3 - Sous-hypothèse H4c : expression somatique en fonction du sexe

La sous-hypothèse H4c, posant que ***les scores psychosomatiques globaux devraient être plus élevés chez les filles que chez les garçons***, et cela, chez les suicidants comme chez les témoins, n'est, elle non plus, pas confirmée.

Il n'existe en effet pratiquement pas de différence entre le score moyen psychosomatique global des filles ***(417,7)*** et celui des garçons ***(496,7)*** au sein du groupe réunissant les quarante adolescents. Cette absence de différence en fonction du sexe s'expliquerait-elle en partie, non seulement par la taille réduite de notre échantillon (40 jeunes), mais surtout par l'inégalité des effectifs comparés (28 filles et 12 garçons) ?

Si la mise à l'épreuve de ces trois sous-hypothèses n'apparaît donc pas concluante ici, retenons surtout que ***l'hypothèse H4 est, quant à elle, tout à fait confirmée, l'expression somatique apparaissant nettement plus intense chez les adolescents suicidants, et le plus souvent localisée au niveau de la sphère cardio-respiratoire.***

Poursuivons cette analyse statistique des données en nous centrant sur l'étude des corrélations envisagées.

2 - EXAMEN DES CINQ HYPOTHESES DE TRAVAIL CENTREES SUR LES CORRELATIONS

2.1 - Hypothèse H5 : mise en relation de H1 et H4

L'hypothèse de travail H5, posant ***une corrélation positive*** entre les scores au questionnaire d'événements de vie et les scores psychosomatiques globaux ***est confirmée chez les suicidants.***

En effet, qu'il s'agisse de la mise en relation des scores psychosomatiques avec la quantité d'événements vécus ou celle des événements ressentis comme stressants, les corrélations sont positives dans le groupe des suicidants (rho corrigés respectifs de SPEARMAN de 0,72 et de 0,47, significatifs à 0,001 et de 0,04).

Le tracé des droites de régression, donnant l'image la plus approchée de ces corrélations complétera ces données (Fig. 4 et 5) :

Figure 4

Chez les suicidants

[F (1,18) = 5,77 ; p = 0,03]

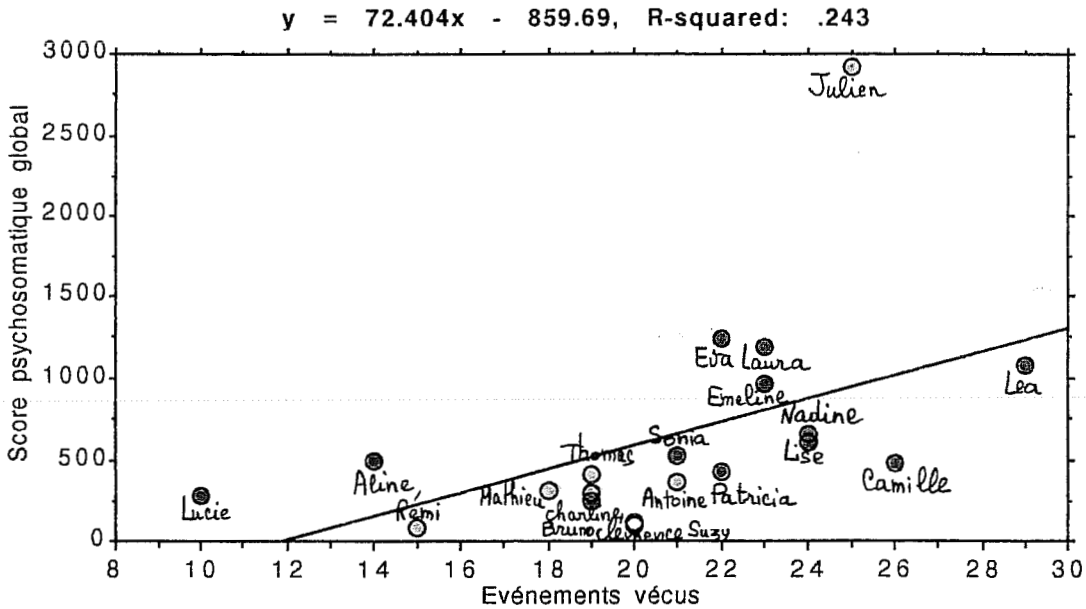
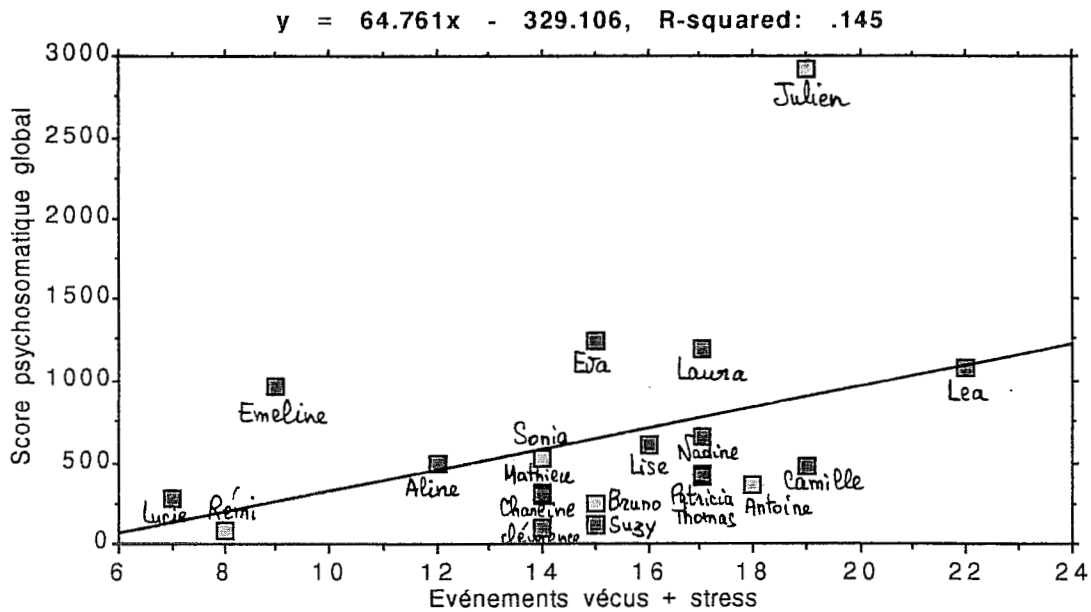


Figure 5

Chez les suicidants

[F (1,18) = 3,05 ; p < 0,1]



Cette hypothèse H5 ***n'est que partiellement confirmée chez les témoins.***

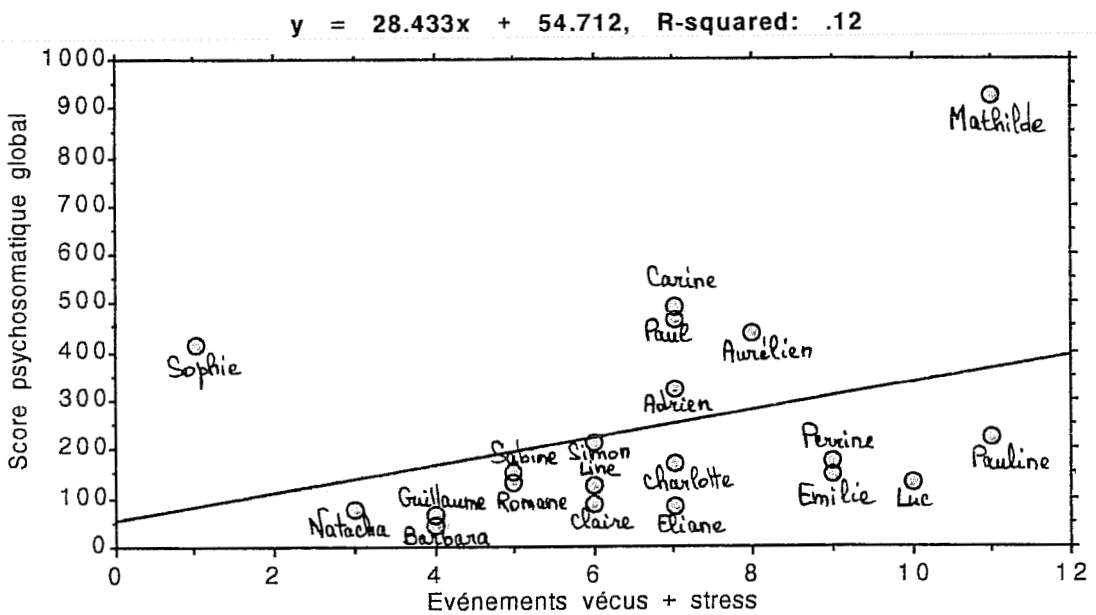
En effet, nous ne relevons une corrélation positive qu'entre les scores renvoyant aux événements de vie vécus de manière stressante et les scores psychosomatiques, dans le groupe témoin (rho corrigé de SPEARMAN = 0,48 ; p = 0,04).

Le tracé de la droite de régression correspondante ne révèle ici qu'une très petite tendance au lien entre ces deux scores (Fig. 6) :

Figure 6

Chez les témoins

[F (1,18) = 2,45 ; p = 0,14]



Ces résultats tendraient à montrer ***l'intensité de la surcharge externe des suicidants***, traduite autant par la quantité d'événements vécus, le ressenti stressant pouvant être lié à ces événements, que par l'intensité de l'expression somatique : nous serions bien là dans ***l'excès de tensions...*** Chez les témoins, c'est comme si la quantité d'événements vécus n'intervenait pas... seul le caractère stressant entraînerait un recours à l'expression somatique qui, ne l'oublions pas, est de tout façon, deux fois moins intense que chez les suicidants.

2.2 - Hypothèse H6 : mise en relation de H2 et H4

L'hypothèse de travail H6, posant ***une corrélation inverse*** entre les scores regroupés renvoyant à la mentalisation (7 indicateurs) et les scores psychosomatiques globaux ***n'est pas confirmée chez les suicidants.***

Il n'est donc pas possible d'établir un lien inverse entre mentalisation et somatisation dans le groupe des suicidants. Ce résultat s'expliquerait-il en partie par le fait que les adolescents suicidants utiliseraient de manière plus systématique le recours à l'agir comme moyen de réguler leurs tensions ? Le passage à l'acte suicidaire en serait une preuve manifeste...

Cette hypothèse H6 ne reçoit ***pas non plus de confirmation empirique chez les témoins***, mais les résultats obtenus dans ce groupe nous semblent ici à analyser de près.

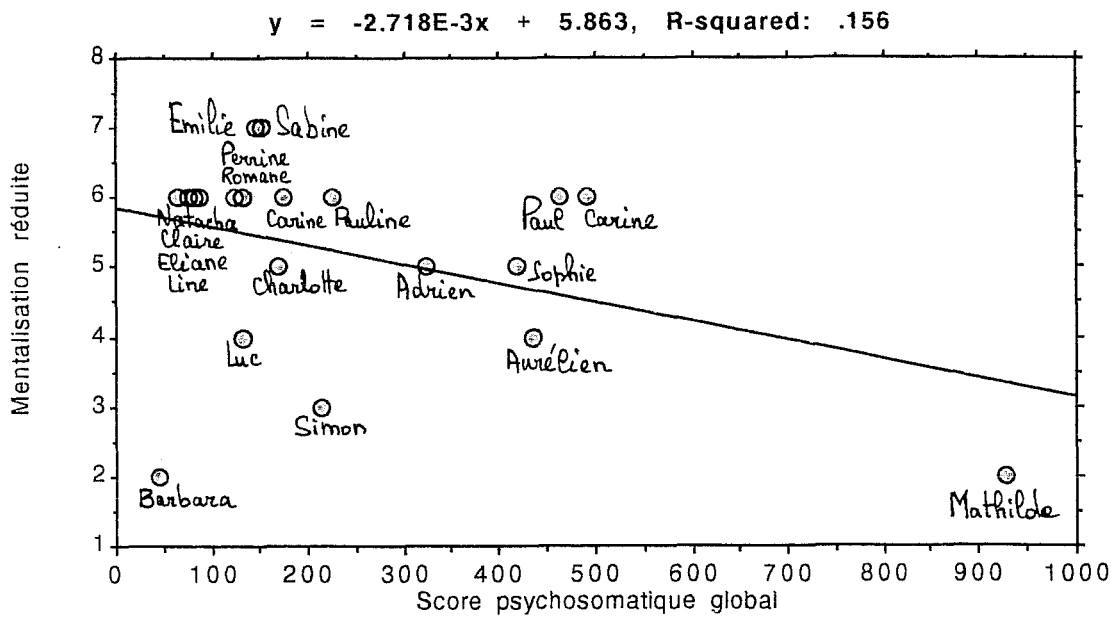
En effet, si la corrélation n'est nullement significative, elle est cependant ***inverse*** (rho corrigé de SPEARMAN = - 0,22 ; p = NS).

Le tracé de la droite de régression correspondante qui révèle dans ce cas une bonne tendance au lien inverse entre ces deux scores, illustre le phénomène qui s'ébauche (Fig. 7) :

Figure 7

Chez les témoins

[F (1,18) = 3,32 ; p = 0,09]



Pourrions-nous faire l'hypothèse que cette amorce de corrélation serait plus affirmée dans le cas d'effectifs plus importants ? Ce résultat tendrait à montrer en tout cas le sens du lien en train de s'établir entre ***mentalisation*** et ***somatisation*** chez les témoins : ***plus il y aurait faillite de la mentalisation, plus il y aurait recours à l'expression somatique...*** Cela irait dans le sens de l'hypothèse H6 posée... Ce résultat partiel renverrait-il à ***"l'expression somatique instantanée"*** ayant pour rôle d'assurer, comme cela est précisé dans notre modèle, une décharge immédiate des excitations en excès : ce serait ***la voie courte***, dans son aspect normatif, ne conduisant chez ces adolescents témoins qu'à des affections somatiques réversibles...

2.3 - Hypothèse H7 : mise en relation de H1 et H3

L'hypothèse de travail H7, posant ***une corrélation positive*** entre les scores d'événements de vie et les scores renvoyant à l'espace imaginaire, ***a tendance à être confirmée chez les suicidants.***

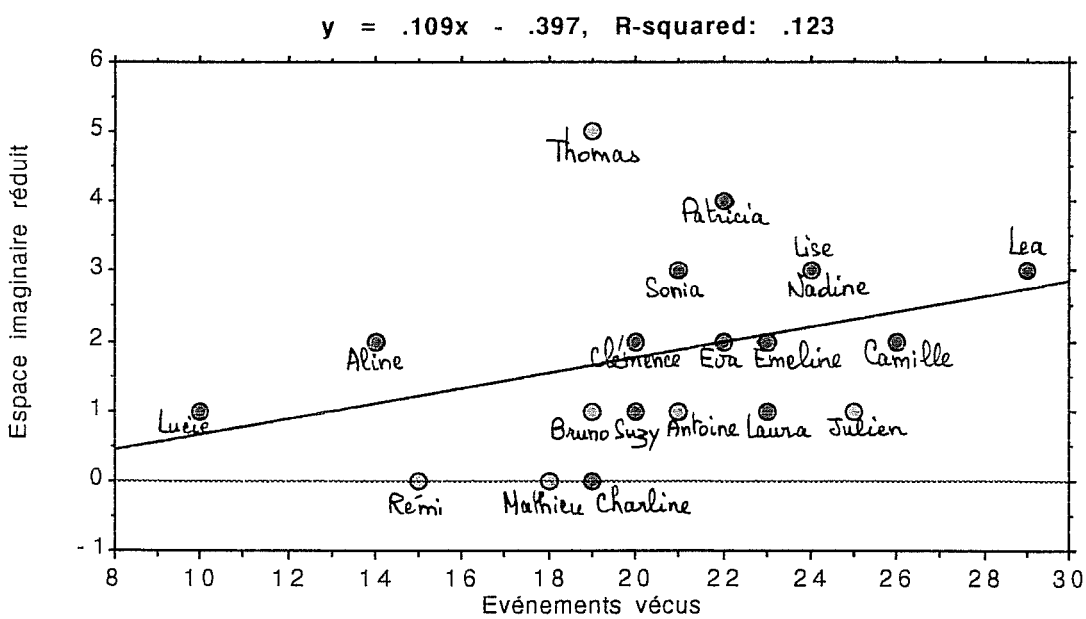
En effet, on note une bonne tendance dans la corrélation positive entre le score d'événements vécus et l'espace imaginaire (rho corrigé de SPEARMAN = 0,44 ; $p < 0,06$).

Le tracé de la droite de régression correspondante met en évidence cette corrélation (Fig. 8) :

Figure 8

Chez les suicidants

[$F_{(1,18)} = 2,52$; $p = 0,13$]



Ce résultat irait dans le sens de l'hypothèse posée : certains adolescents suicidants feraient face au cumul des événements de vie, par une sorte de "stimulation" de leur imaginaire, mais sans qu'une élaboration mentale de cet imaginaire puisse être assurée ensuite...

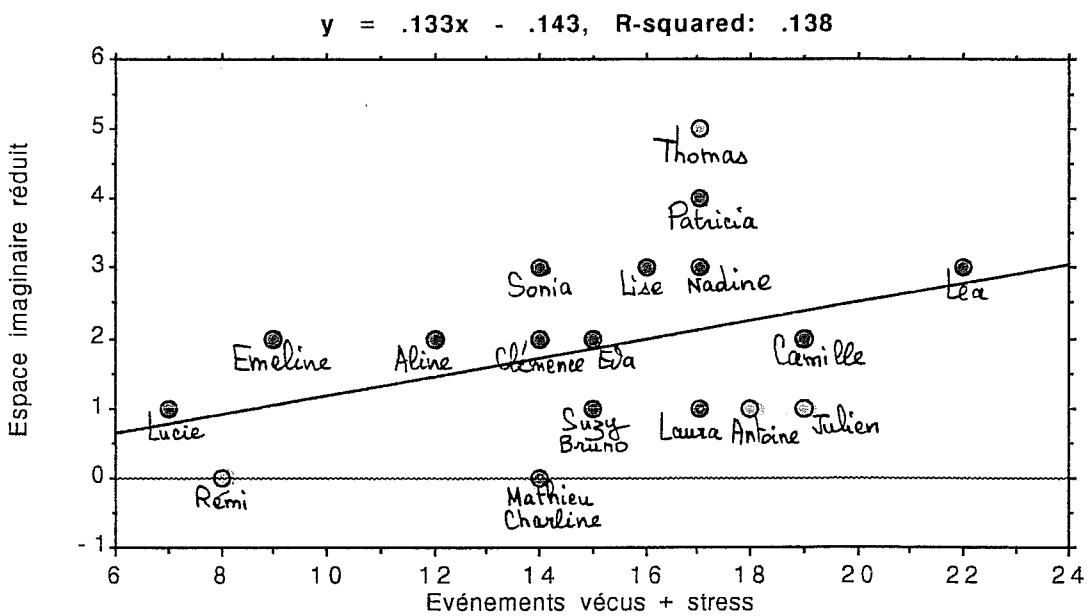
Ce résultat est retrouvé de manière plus nuancée lorsque c'est le score d'événements vécus de manière stressante qui est mis en relation avec l'espace imaginaire (rho corrigé de SPEARMAN = 0,38 ; p = 0,12).

Le tracé de la droite de régression correspondante met en évidence cette petite tendance au lien entre les deux scores (Fig. 9) :

Figure 9

Chez les suicidants

[F (1,18) = 2,89 ; p = 0,11]



Cette hypothèse H7 ne reçoit ***pas de confirmation empirique chez les témoins.***

En effet, nous retrouvons, comme pour H6, une corrélation inverse entre les deux scores, mais qui n'est pas du tout significative. Aucun lien ne pourrait donc être établi chez eux entre quantité d'événements de vie et espace imaginaire.

2.4 - Hypothèse H8 : mise en relation de H1 et H2

L'hypothèse de travail H8, posant ***une corrélation inverse*** entre les scores au questionnaire d'événements de vie et les scores renvoyant à la mentalisation ***n'est confirmée ici, ni chez les suicidants, ni chez les témoins.***

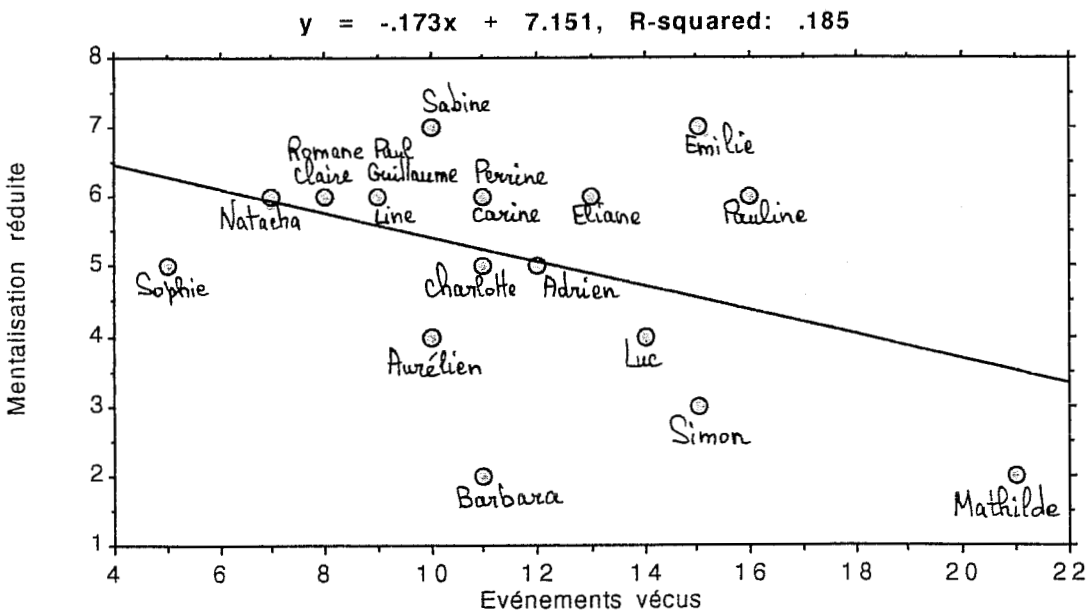
Il convient cependant de relever, comme précédemment, la corrélation non significative, mais ***inverse*** entre le score d'événements de vie vécus et le score de mentalisation ***chez les témoins*** (rho corrigé de SPEARMAN = - 0,27 ; p = NS).

Le tracé de la droite de régression correspondante qui reflète ***une bonne tendance au lien inverse entre ces deux scores***, met en évidence cette ébauche de corrélation (Fig. 10) :

Figure 10

Chez les témoins

[F (1,18) = 4,09 ; p < 0,06]



Pourrions-nous, comme précédemment, faire l'hypothèse que cette amorce de lien serait plus affirmée en présence d'un effectif plus conséquent ?

Il semblerait en tout cas s'établir chez les témoins, ***un lien inverse entre quantité d'événements vécus et mentalisation,*** analogue à celui qui s'ébaucherait entre mentalisation et somatisation : ***plus il y aurait d'événements vécus, plus il y aurait faillite de la mentalisation.*** Tout se passerait comme si ***chez les témoins***, il y avait une sensibilité, une

réponse qui se mettait en place face à la survenue des événements de la vie, se traduisant par un affaiblissement des capacités de mentalisation, mais aussi par un recours à l'expression somatique permettant de réguler les tensions en excès...

Quant à ***l'absence de corrélation entre les deux scores, relevée chez les suicidants***, elle peut finalement aussi être rapprochée de celle qui s'entrevoit entre mentalisation et somatisation, et venir conforter l'hypothèse de ***la fragilité de la mentalisation*** de ces jeunes, les amenant à utiliser l'agir comme moyen de réguler leurs tensions...

2.5 - Hypothèse H9 : mise en relation de H2 et H3

La première partie de l'hypothèse de travail H9 posant, chez les suicidants, ***une absence de corrélation entre les scores regroupés renvoyant à la mentalisation et ceux renvoyant à l'imaginaire, est confirmée.***

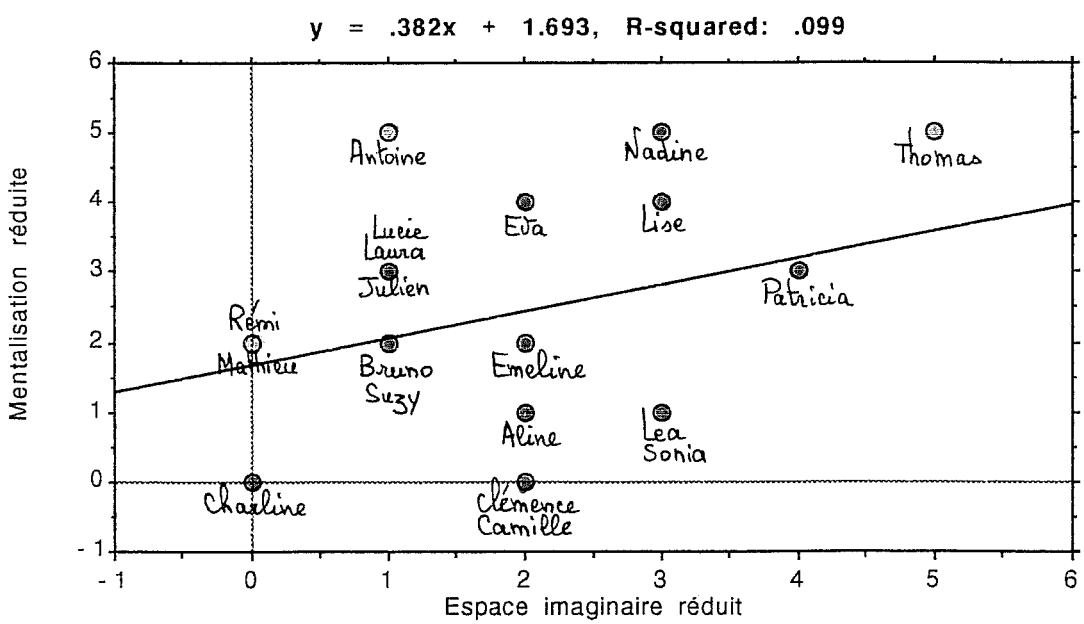
C'est en effet une absence de lien entre mentalisation et imaginaire qui s'entrevoit le plus souvent chez les suicidants (rho corrigé de SPEARMAN = 0,22 ; p = NS).

Le tracé de la droite de régression correspondante révèle cette absence de corrélation entre les deux scores (Fig. 11) :

Figure 11

Chez les suicidants

[F (1,18) = 1,98 ; NS]



Ce résultat traduirait-il l'équivalent d'une certaine "anarchie" au sein de l'appareil psychique débordé des jeunes suicidants ? ... Profitons en tout cas de la lecture de ce graphique pour retrouver les positions privilégiées de *Nadine* et de ***Thomas*** analysées précédemment, reflétant la qualité de leur mentalisation et l'étendue de leur espace imaginaire.

La deuxième partie de cette hypothèse de travail, posant chez les témoins, ***une corrélation positive*** entre ces deux scores, ***reçoit également une confirmation empirique.***

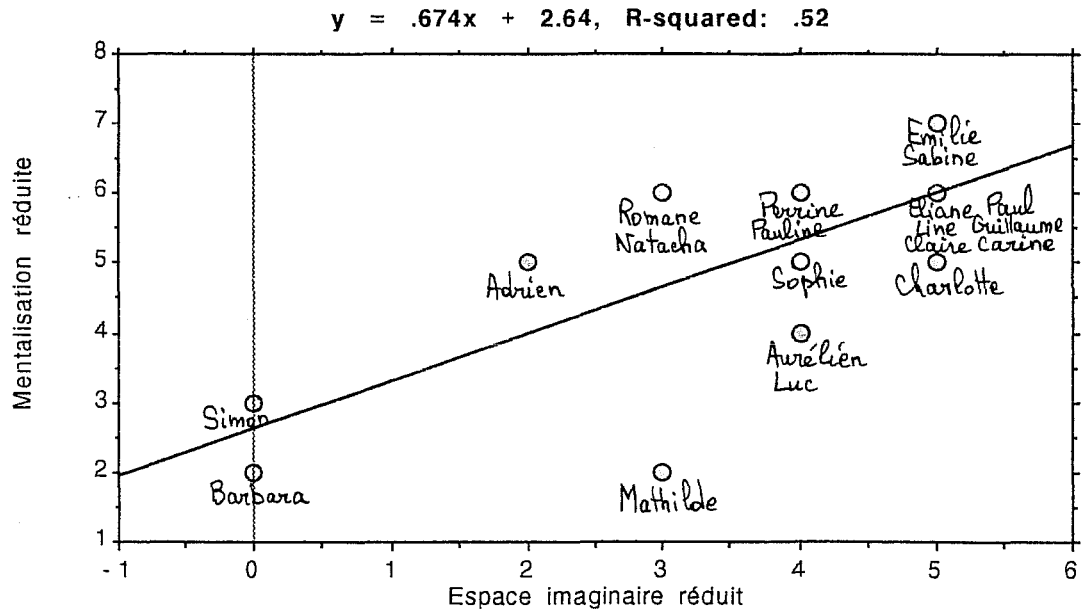
La corrélation est en effet positive (rho corrigé de SPEARMAN = 0,66 ; p = 0,004), révélant que chez les témoins, plus l'espace imaginaire est riche, plus les capacités de mentalisation sont élevées.

Le tracé de la droite de régression correspondante met nettement en évidence cette corrélation (Fig. 12) :

Figure 12

Chez les témoins

[F (1,18) = 19,50 ; p = 0,0003]



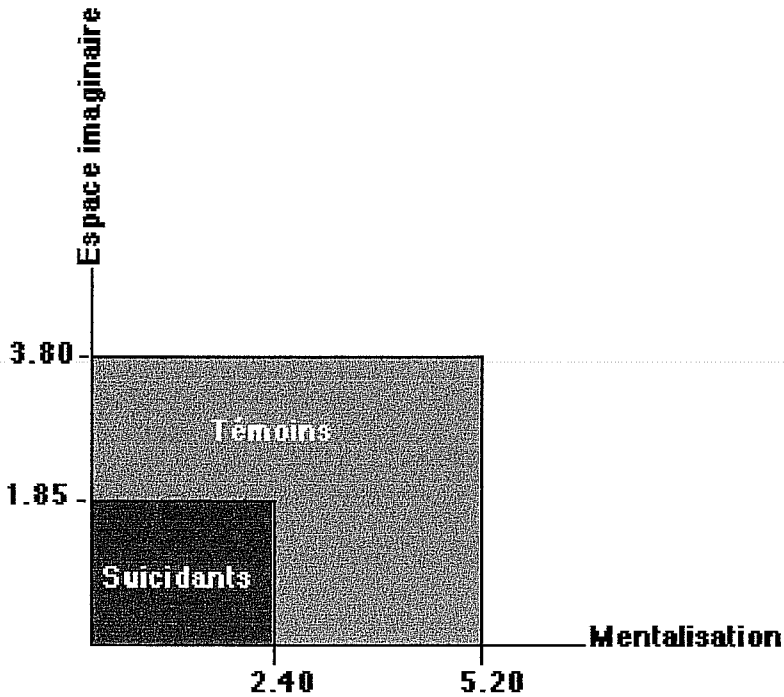
Ce résultat peut être complété par ***la comparaison des scores moyens regroupés*** renvoyant d'une part à ***la mentalisation***, d'autre part à ***l'espace imaginaire***, dans chacun des deux groupes, tout d'abord quel que soit le sexe, puis en fonction du sexe.

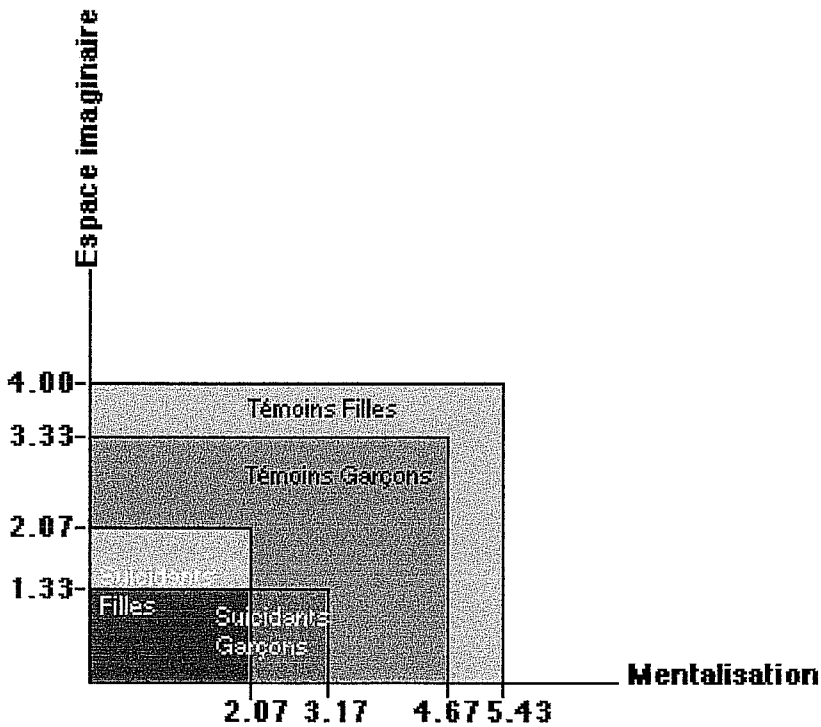
Notons que les résultats des tests t de DUNNETT sont pratiquement tous significatifs (seules deux tendances sont relevées chez les garçons au niveau de chaque score) (cf Annexe 7, 1.2.et 3).

Ces scores moyens vont nous permettre d'établir un graphique opposant ***imaginaire*** et ***mentalisation***, et offrant une représentation claire de la différence existant entre nos deux groupes sur le plan de l'espace imaginaire et de la mentalisation (Fig. 13a). Les différences observées selon le sexe (Fig. 13b), qui ne pourront être analysées dans ce cadre, seront surtout stimulantes pour les nouvelles pistes de recherche, que nous envisagerons en concluant ce travail...

Figures 13a et 13b

Espace imaginaire et mentalisation chez les suicidants et les témoins, tous sexes confondus (a) et en fonction du sexe (b)





3 - *VISUALISATION DE NOS DEUX GROUPES DE SUJETS*

Avant de conclure sur cet examen des neuf hypothèses de travail mises à l'épreuve ici, centrons-nous sur une dernière étude de corrélations, mais, cette fois-ci, ***en réunissant nos quarante adolescents en un seul groupe et dans le seul but d'une représentation graphique.***

La mise en relation des scores sur lesquels nos deux populations se différencient le plus nettement : ***les scores d'événements de vie*** et, soit les scores renvoyant à ***la mentalisation***, soit les scores renvoyant à ***l'imaginaire***, ainsi que le tracé des droites de régression correspondantes,va nous permettre en effet de visualiser clairement nos deux groupes de sujets. Une légende facilitera la lecture de ces graphiques (Fig. 14, 15, 16 et 17):

- **Suicidants Filles**
- **Suicidants Garçons**
- **Témoins Filles**
- **Témoins Garçons**

Figure 14

Suicidants et témoins

[F (1,38) = 21,41 ; p = 0,0001]

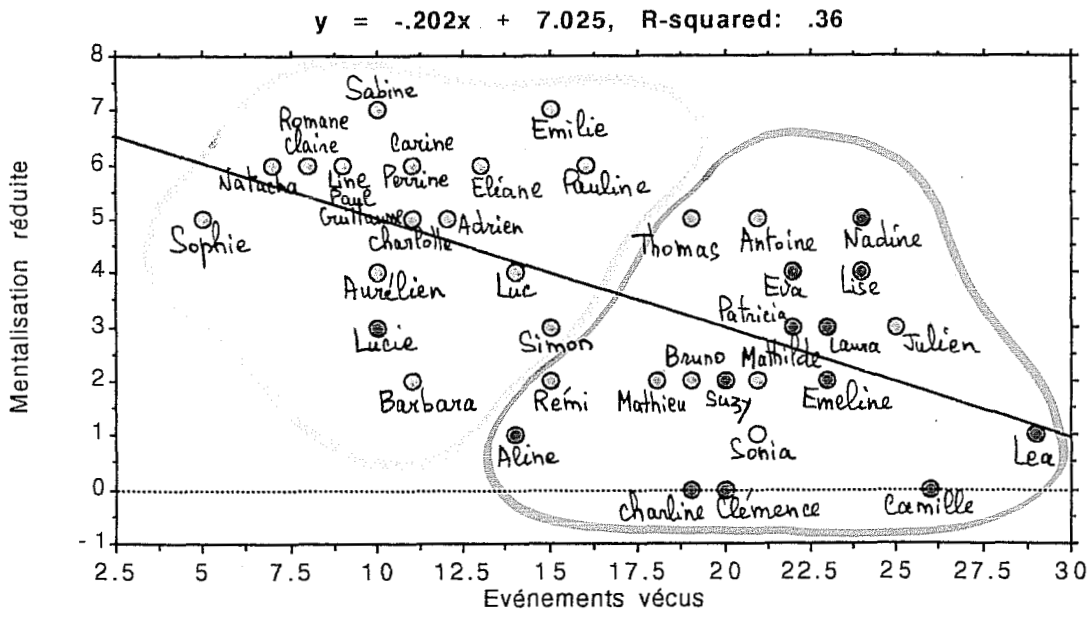


Figure 15

Suicidants et témoins

[F (1,38) =14,23 ; p = 0,0006]

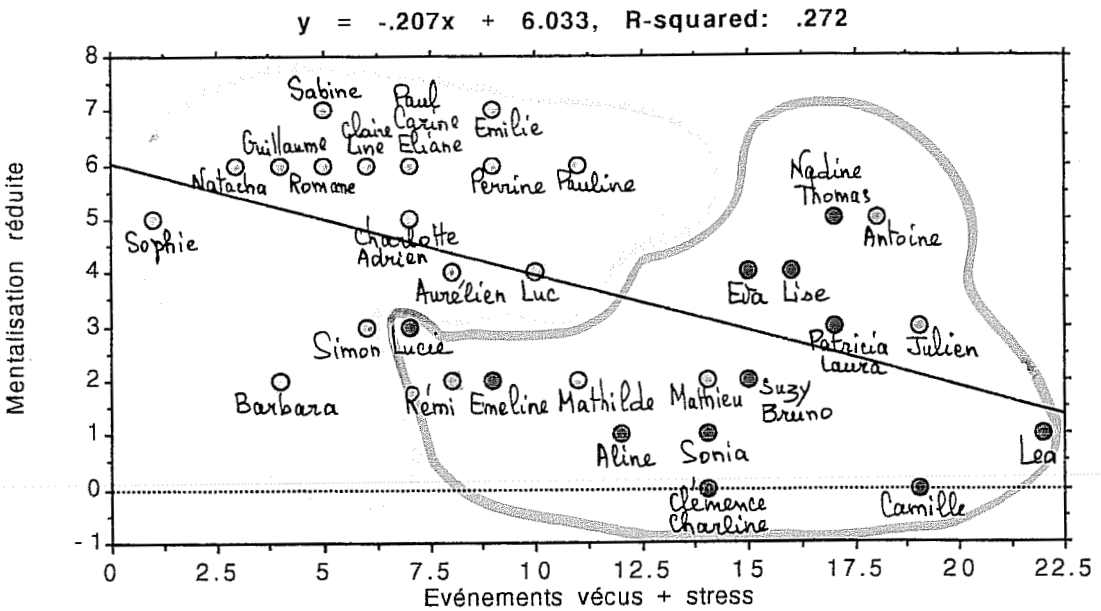


Figure 16

Suicidants et témoins

[F (1,38) = 7,16 ; p = 0,01]

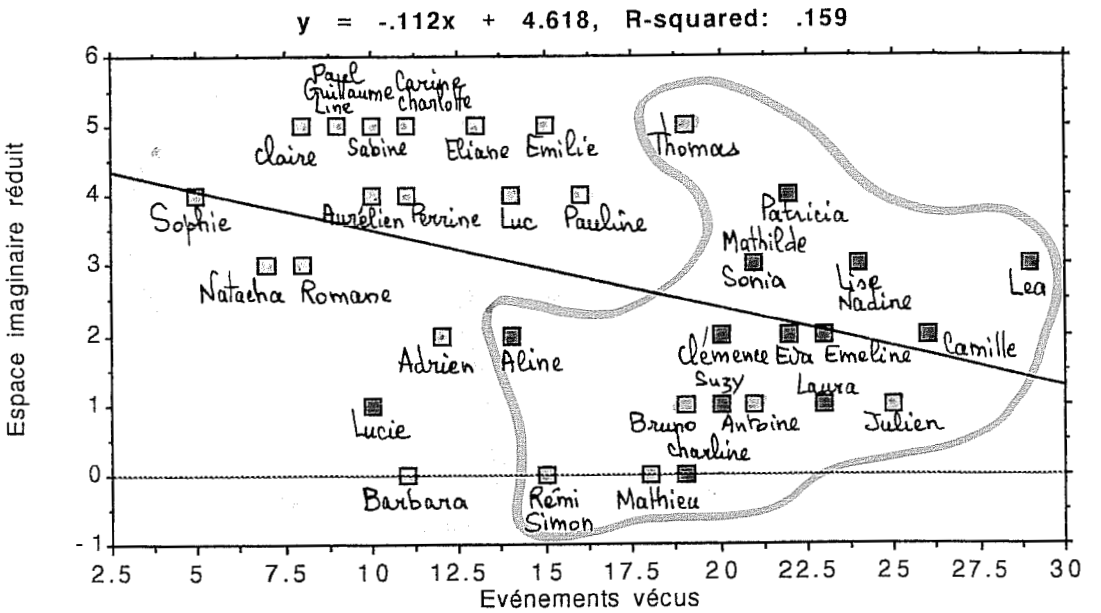
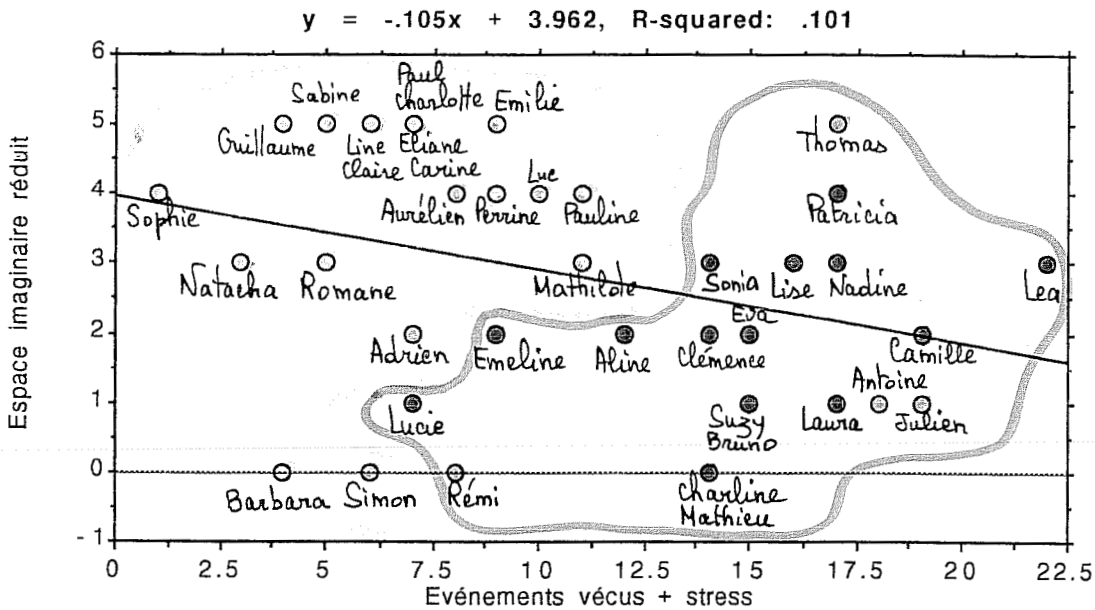


Figure 17

Suicidants et témoins

[F (1,38) = 4,25 ; p = 0,05]

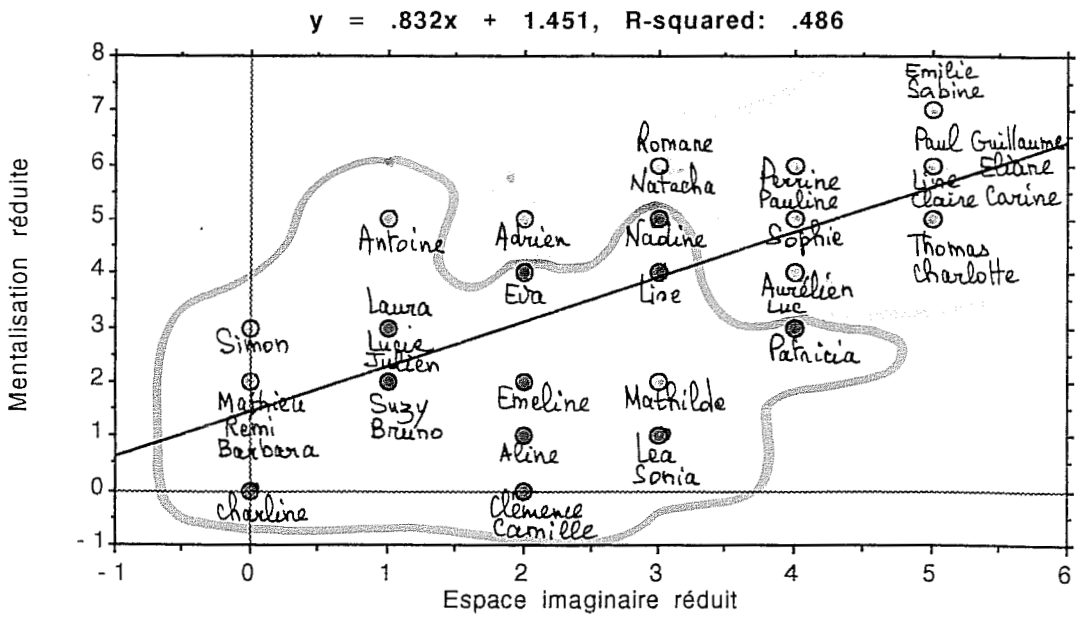


L'étude de la relation entre la mentalisation et l'espace imaginaire laissera apparaître un dernier nuage où se distinguent nos deux groupes (Fig. 18):

Figure 18

Suicidants et témoins

[F (1,38) = 35,94 ; p = 0,0001]



4 - CONCLUSION DE L'ANALYSE STATISTIQUE

Au terme de cette analyse statistique des données, nous ayant conduits à examiner quatre premières hypothèses de travail en lien avec les hypothèses théoriques générales posées, puis cinq autres centrées sur la mise en relation de ces premières hypothèses, rassemblons en deux tableaux les principales confirmations empiriques obtenues lors de la mise à l'épreuve de ce modèle (Tab. 8 et 9) :

Tableau 8

Examen des quatre premières hypothèses de travail

Les 4 premières hypothèses (+ sous-hypothèses)	**Confirmations empiriques obtenues chez les suicidants**	**Opérationnalisations retenues**
H1 : Intensité de la surcharge externe	- plus importante que chez les témoins	**- scores d'événements de vie deux fois plus élevés (événements de vie vécus, avec ou sans stress)**
H2 : Fragilité de la mentalisation	- plus importante :	
*** H2a : mécanismes de défense**	- moins d'utilisation des formations réactionnelles - plus grande proportion des réponses sur un mode projectif	**- moins de F.R.C.A.**
*** H2b : activité de liaison**	- manque d'efficience plus important : - moins d'affects de dépression - nombre équivalent d'affects d'angoisse - plus de manifestations somatiques de l'angoisse	**- moins d'affects de dépression**
*** H2c (1e partie) : Elaboration symbolique des pulsions agressives**	- degré d'élaboration symbolique des pulsions agressives plus faible	**- plus d'évitements du rouge - moins de symbolisations adéquates de l'agressivité - I.E.S. des pulsions agressives plus bas**
*** H2c (2e partie) : Elaboration symbolique des pulsions sexuelles**	- degré d'élaboration symbolique du sexuel féminin plus faible	**- I.E.S. du sexuel féminin plus bas**
*** H2d : Intégration de la bisexualité psychique**	- moins de réussites de cette intégration	**- plus d'intégrations non réussies de la bisexualité psychique**
H3 : Pauvreté de l'espace imaginaire	- plus fréquente et plus importante	**- plus de R plus bas - plus de T.R.I. coartatifs ou faiblement dilatés - moins de K + k - moins de K - plus de F% élevés**
H4 : Intensité de l'expression somatique	- plus grande	**- scores psychosomatiques globaux, plus de deux fois plus élevés**

Tableau 9

Examen des cinq dernières hypothèses centrées sur les corrélations

Les 5 dernières hypothèses centrées sur les corrélations	Mises en relation effectuées	Corrélations obtenues chez les suicidants	Corrélations obtenues chez les témoins
H5 : H1/H4 : Surcharge externe et somatisation	Scores d'événements vécus et scores psychosomatiques globaux	**- positive (résultat attendu confirmé)**	**- absence de corrélation (résultat attendu non confirmé)**
	Scores d'événements vécus + stress et scores pyschosomatiques globaux	**- positive (résultat attendu confirmé)**	**- positive (résultat attendu confirmé)**
H6 : H2/H4 : Mentalisation et somatisation	Scores regroupés de mentalisation et scores psychosomatiques globaux	**- absence de corrélation (résultat attendu non confirmé)**	**- inverse (ébauche de résultat attendu)**
H7 : H1/H3 : Surcharge externe et espace imaginaire	Scores d'événements de vie et scores regroupés d'espace imaginaire	**- positive (bonne tendance au résultat attendu)**	**- inverse (résultat attendu non confirmé)**
H8 : H1/H2 : Surcharge externe et mentalisation	Scores d'événements de vie et scores regroupés de mentalisation	**- absence de corrélation (résultat attendu non confirmé)**	**- inverse (ébauche de résultat attendu)**
H9 : H2/H3 : Mentalisation et espace imaginaire	Scores regroupés de mentalisation et scores regroupés d'espace imaginaire	**- absence de corrélation (résultat attendu confirmé)**	**- positive (résultat attendu confirmé)**

La lecture de ces deux tableaux nous permet de conclure positivement par rapport à la mise à l'épreuve de ce modèle. En effet, les quatre premières hypothèses posées reçoivent, de manière claire, une confirmation empirique. Sur le plan de l'étude des corrélations, nous notons que :

- chez les suicidants, quatre résultats sur six attendus, sont pratiquement confirmés ;
- chez les témoins, deux résultats le sont et deux semblent s'ébaucher.

Les confirmations ne sont donc ici que partielles, nous invitant, par ces résultats positifs encourageants, à poursuivre dans ce sens la recherche, mais auprès d'effectifs plus importants...

Il est temps maintenant de nous centrer sur une analyse plus qualitative de ces données.

B - RESULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE

Pour ce deuxième temps de l'analyse des résultats, nous avons fait le choix de nous centrer sur les données recueillies auprès de deux adolescents représentant au mieux leur groupe d'appartenance : ***"Camille", adolescente suicidante de 17 ans, et "Paul", adolescent témoin du même âge.***

La reprise systématique des quatre hypothèses théoriques générales posées dans cette recherche à la lumière des scores et des réponses données par ces deux jeunes sera le fil conducteur de cette analyse.

1 - EXAMEN DE L'HYPOTHESE H1 : SURCHARGE EXTERNE

Partons pour cela des scores obtenus par les deux adolescents :

- Camille : 26 événements vécus dont 19, de manière stressante (scores moyens respectifs des suicidants : 20,7 et 15) ;

- Paul : 9 événements vécus dont 7, de manière stressante (scores moyens respectifs des témoins : 11,3 et 6,7). cf Annexe 11.

Au-delà du fait que l'hypothèse H1, posant chez l'adolescent suicidant l'intensité de la surcharge externe, apparaît ici d'emblée confirmée, centrons-nous sur une évaluation plus qualitative de la réalité externe de ces deux jeunes en nous interrogeant sur la nature des événements de vie ayant ponctué l'histoire de chacun.

1.1 - Données cliniques concernant Camille (suicidante)

La rencontre de ***Camille*** s'est effectuée à l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques de Nancy, lors de son hospitalisation, à la suite de l'ingestion de 40 comprimés de Xanax (anxiolytique).

L'adolescente est en seconde, interne depuis trois semaines dans un lycée des environs et plutôt bonne élève. Elle a une soeur de 15 ans et un frère de 11 ans.

Ses parents sont divorcés depuis dix ans. Camille aurait un contact avec son père tous les quinze jours. La mère est comptable de formation, le père, plombier. La mère de Camille aurait un

compagnon, lui-même sans enfant, depuis sept ans. Elle retravaillerait depuis un mois, comme attachée commerciale.

Le comportement de Camille serait troublé depuis son retour d'un séjour linguistique à l'étranger, l'an dernier (tensions importantes mère-fille du fait du non respect par Camille des limites : absentéisme scolaire, sorties tardives avec son ami, tensions entre les deux soeurs...).

Le père de Camille ne serait pas au courant de l'attitude opposante et changée de sa fille. La décision de l'internat aurait été prise par la mère seule, comme une mesure plutôt punitive et l'adolescente s'y opposerait...

La mère de Camille serait en désaccord avec son compagnon sur le plan éducatif et se sentirait dépassée par la situation. Elle demanderait de l'aide et dirait "avoir peur de perdre sa fille."

La passation du questionnaire d'événements de vie a favorisé chez l'adolescente le rappel de plusieurs événements vécus, notamment de manière stressante :

- ***sur le plan de la vie familiale :***

  - le départ de son père, il y a dix ans, du fait du divorce ;
  - le décès de son grand-père paternel, il y a trois ans, par suicide (arme à feu), alors qu'il souffrait d'un cancer de l'estomac. (Camille y était très attachée) ;
  - la mésentente passée entre ses parents ;
  - l'accident du frère de Camille (renversé par une voiture), il y a deux ans ;
  - les disputes continuelles de Camille avec sa soeur ;
  - les disputes de Camille avec sa mère ;
  - l'épreuve de la naissance de sa soeur (épisode d'anorexie et fugue à l'âge de deux ans ;
  - les déménagements fréquents de la famille (tous les deux ans).

- ***sur le plan de la vie scolaire :***

  - le redoublement, négatif selon l'adolescente, de la classe de quatrième.

- ***sur le plan de la vie sociale :***

  - le fait très stressant d'avoir une amie ayant des idées suicidaires et ayant même tenté de se suicider (phlébotomie).

- ***sur le plan de la vie affective :***

  - la rupture sentimentale vécue il y a plus d'un an ;

- la perte de deux animaux familiers offerts par le grand-père paternel de Camille, et auxquels elle était très attachée, il y a un an (pleurs intenses en évoquant cet événement).

- sur le plan de la santé :

- le fait d'être mal dans sa peau ;
- le fait d'avoir des idées suicidaires (constamment depuis un an) ;
- le fait d'avoir tenté de se suicider (il s'agit d'une récidive, une première tentative ayant eu lieu, sans hospitalisation) ;
- le fait de se droguer (prise de drogues douces depuis plus d'un an) ;
- l'usage fréquent de médicaments.

Quelques données cliniques recueillies auprès de la mère de Camille compléteront la présentation de l'histoire très chargée de cette adolescente :

- la maladie grave, puis le décès de la propre mère de la mère de Camille, durant la grossesse concernant l'adolescente ;
- l'agression subie par la mère de Camille durant cette grossesse ;
- l'accouchement très difficile à la naissance de Camille ;
- le décès du frère de la mère de Camille, un mois après la naissance de l'enfant.

L'ensemble de ces éléments suggérant d'emblée de poser l'hypothèse de deuils n'ayant pu encore être élaborés, chez la mère comme chez l'adolescente, et pouvant être à l'origine chez toutes deux d'une grande vulnérabilité à la séparation, met également en évidence ***le nombre important de facteurs de risque de récidive en présence, invitant aussitôt à une grande prudence préventive.***

1.2 - <u>Données cliniques concernant Paul (témoin)</u>

La rencontre de ***Paul*** s'est effectuée dans les locaux de l'infirmerie de l'internat d'un lycée nancéien.

Il est élève de première, dans une classe à option "théâtre". Il a un frère, âgé de 20 ans. Ses parents sont tous deux enseignants dans un établissement du secondaire. Motivé pour participer à cette recherche, Paul fait partie du tiers d'adolescents témoins ayant demandé un retour après les tests.

La passation du questionnaire d'événements de vie a permis de relever les événements suivants :

- ***sur le plan de la vie familiale :***

- le départ dans l'année de son frère, pour la poursuite de ses études (Ecole Normale Supérieure), événement ressenti comme un manque mais non stressant ;

- le décès de sa grand-mère paternelle il y a deux ans.

- ***sur le plan de la vie scolaire :***

- l'arrivée dans un nouveau collège en classe de troisième ;

- l'échec dans plusieurs matières ;

- le redoublement, jugé positif par l'adolescent, de la classe de troisième.

- ***sur le plan de la vie sociale :***

- le fait d'avoir eu une amie ayant des idées suicidaires et ayant même tenté de se suicider.

- ***sur le plan de la vie affective***, Paul évoque spontanément ses difficultés par rapport à un ressenti personnel "d'amour trop fort sans retour" et précise que sa mère l'aurait aidé à dédramatiser ce problème, en lui suggérant la lecture de certains ouvrages. Il ne relève aucun événement sur le plan de sa santé.

1.3 - Conclusion concernant l'hypothèse H1

Sur le plan qualitatif, le poids de la réalité externe de ces deux adolescents s'avèrent donc bien différent.

Si ***Paul*** a été, comme Camille, confronté à la perte d'un grand-parent, au départ d'un membre de sa famille, à un redoublement, au comportement suicidaire d'une amie, il n'évoque aucun conflit sur le plan familial. Il semble plutôt bien dans sa peau, passionné par sa découverte du théâtre, exprimant seulement sa difficulté, partagée par bon nombre d'adolescents, à trouver "la bonne distance" dans les relations avec ses pairs.

L'histoire de ***Camille*** semble au contraire, chargée d'un poids remontant aux deux générations précédentes. Les données épidémiologiques ont bien montré à quel point une mort par suicide diffère d'une mort naturelle sur le plan de la culpabilité inconsciente pouvant être réactivée dans la descendance. On note bien ici ***un cumul*** d'événements catastrophiques n'ayant

probablement pas encore pu être élaborés sur le plan mental chez la mère de Camille et venant expliquer ***le contexte majeur de dépendance*** entrevu entre mère et fille.

2 - EXAMEN DE L'HYPOTHESE H2 : MENTALISATION

Tournons-nous maintenant vers les protocoles RORSCHACH de nos deux adolescents afin d'illustrer par certaines de leurs réponses les résultats quantitatifs obtenus au niveau des quatre dimensions de la mentalisation explorées.

2.1 - Sous-hypothèse H2a : mécanismes de défense

Allons-nous retrouver dans le protocole de Camille, moins de ***formations réactionnelles contre l'agressivité*** (réponses cotées FC, FC', KC, KC', kanC, kanC' et certaines réponses K) que dans celui de Paul ?...La réponse est claire :

- ***Camille : pas une seule F.R.C.A. aux planches 2 et 3 ;***
- ***Paul : trois F.R.C.A. relevées à ces deux planches.***

Paul aurait nettement moins de difficultés que Camille à élaborer mentalement l'agressivité sur un mode socialement adapté... A titre d'exemple, voici l'une de ses réponses à la planche 3 :

- ***"alors là, deux personnages encore qui ne danseraient pas mais qui se regarderaient les yeux dans les yeux..."*** (réponse cotée K, de catégorie B^+).

Camille n'est pas capable de mettre en place des formations réactionnelles face aux sollicitations pulsionnelles agressives de la couleur rouge aux planches 2 et 3, mais il est intéressant de considérer celle qu'elle produit face aux sollicitations relationnelles de la planche 8, qui nous invite à un travail comparatif avec celle de Paul :

- ***"on dirait une fleur mais elle est moche... vous savez, les fleurs qui ont un gros coeur et des pétales doux comme la soie"*** (réponse cotée $FC'E^-$, de catégorie B). Cette réponse, qui reflète l'atteinte de la représentation de soi, est à remarquer car elle fait , de plus, appel simultanément à la couleur et à l'estompage, indicateur posé dans les recherches rorschariennes chez l'adulte comme corrélé au passage à l'acte suicidaire (EXNER J.E., 1990, de TYCHEY C., 1991).

Notons aussi que la nature elle-même de chacune de ces réponses, contenant pourtant toutes les deux cette défense, est différente dans chaque cas, la réponse de Paul étant déterminée par le mouvement et celle de Camille, par la couleur et l'estompage.

Cette différence qualitative a pu être retrouvée à un niveau plus général, dans d'autres protocoles. Citons ainsi pour appuyer cela, les réponses de deux jeunes suicidantes, dominées elles aussi par ***la couleur*** :

- ***"Nadine"***, à la planche 2 : ***"un papillon de nuit"*** (réponse cotée FC') ;

- ***"Emeline"***, à la planche 1 : ***"deux notes de musique rouges"*** (réponse cotée F~~C~~) ;

et celle de deux adolescentes témoins, enrichies par ***le mouvement*** :

- ***"Romane"***, à la planche 2 : ***"deux personnages en costumes qui se tapent dans la main, qui dansent avec des chapeaux rouges"*** (réponse cotée KC) ;

- ***"Line"***, à la planche 3 : ***"deux femmes africaines qui pilent le mil"*** (réponse cotée KC').

A travers ces quelques exemples, nous entrevoyons ***l'importance du mouvement*** dans les réponses à ce test chez les adolescents témoins.

Le nombre absolu de réponses sur un mode projectif (réponses cotées C, kobC, C', kobC') qui est équivalent dans nos deux groupes, l'est aussi au niveau de nos deux protocoles : on relève en effet au sein de chacun, une seule réponse sur ce mode.

Pourtant, ces deux réponses diffèrent sur le plan de ***l'intensité de leur valence destructrice***. Voici en effet la réponse de Camille à la planche 2 (catégories D et E) renvoyant à l'image d'une blessure, d'une effraction corporelle :

- ***"une coupure... y a le sang autour comme si on saignait de l'intérieur..."***

et celle de Paul, à la planche 9 (catégorie D) renvoyant davantage à une expression pulsionnelle non objectale franche :

- ***"je vois comme quelque chose qui sortait de la terre... en fait ça fait comme un oeuf... l'idée de fusion, de lave en fusion qui s'entrouvre pour faire sortir l'oeuf..."***

Ces éléments inviteraient donc à introduire une gradation suivant la valence plus ou moins destructrice des projections...

Nos deux protocoles se différencient aussi sur le plan de ***la projection de l'agressivité subie***, nettement plus intense chez l'adolescente :

- ***Camille : cinq réponses renvoyant à l'agressivité objectale passive ;***

- ***Paul : une seule réponse renvoyant à l'agressivité non objectale passive.***

Pour illustrer cela, voici la réponse de Camille à la planche 1 (catégorie D) renvoyant au monde animal :

- ***"un papillon écrasé"*** ;

et celle de Paul à la planche 8 (catégorie C^+) :

- ***"et ici une branche morte..."***, traduisant à travers la projection d'un contenu végétal, un meilleur niveau de symbolisation de l'agressivité subie...

Cette sous-hypothèse H2a se trouve donc confirmée au niveau de nos deux protocoles.

2.2 - Sous-hypothèse H2b : activité de liaison

Allons-nous retrouver chez Camille moins d'***affects de dépression présentant un degré d'élaboration mentale*** (réponses cotées FC', KC', kanC') que chez Paul ?

- ***Camille : aucun affect dépressif n'est réactivé aux dix planches ;***

- ***Paul : deux affects dépressifs sont relevés dans l'ensemble du protocole.***

Prenons en exemple la réponse de Paul à la planche 3 (catégorie C) :

- ***"... un animal menaçant... on sent une haine dans le regard... un regard très noir comme s'il allait attaquer... "*** qui illustre cette capacité de l'adolescent à élaborer, en même temps que l'agressivité, la dépression (capacité d'intégrer le C').

Par l'absence de réactivation d'affects dépressifs (absence de sensibilité au C'), Camille serait plutôt dans la dépressivité, dans l'incapacité à se déprimer, au sens de Ph. JEAMMET (1985b, 1987, 1994, 1995a), conduisant au passage à l'acte, utilisé alors comme moyen de défense contre la dépression.

Qu'en est-il du nombre d'***affects d'angoisse élaborés mentalement*** (réponses cotées FClob, KCClob, kanCClob et kanClob), réactivés aux dix planches ? Les scores de nos deux jeunes diffèrent ici des résultats globaux qui reflétaient une équivalence au sein des deux groupes :

- ***Camille : aucun affect d'angoisse n'est réactivé aux dix planches ;***

- ***Paul : quatre affects liés à des représentations formellement adéquates le sont.***

Ce résultat tendrait-il à révéler chez Camille une incapacité totale à élaborer sur le plan mental, l'angoisse intrapsychique ? Serait-il associé chez elle à un score élevé concernant ***les manifestations somatiques de l'angoisse***, seul moyen pour elle de "tolérer", de "traiter", de "négocier" l'angoisse au sens de R. DEBRAY (1991a) ? ... C'est bien cela... Camille obtient le score le plus élevé du groupe des suicidants sur ce critère ***(10)*** alors que Paul obtient pour cet indicateur un score plus faible ***(4)***...

Lors de la passation, Camille n'a en effet cessé de retourner, d'éloigner les planches avant de donner ses réponses. Elle a froncé plusieurs fois les sourcils à la vue de certaines taches, soupirant à certains moments... Ces manifestations équivalentes de conduites agies (acting out, acting in) signent donc chez Camille ***une faillite totale de la mentalisation.***

Le protocole de Paul, infiltré à plusieurs reprises par le thème de "petits monstres qui s'affrontent" reflète au contraire ***la capacité de cet adolescent à élaborer mentalement les affects d'angoisse*** au sein de représentations qui les spécifient.

Complétons cette évaluation de ***l'activité de liaison***, comme nous l'avions annoncé dans la partie méthodologique, par une centration sur ***les associations au RORSCHACH*** de ces deux adolescents.

2.2.1 - Les associations au RORSCHACH de Camille (cf Annexe 1, p. 71)

En appui sur la définition de MARTY (1990) reliant la qualité de la mentalisation à celle de l'espace préconscient, évaluons tout d'abord ***"l'épaisseur"*** de ce préconscient chez Camille à partir du repérage de ***son nombre d'associations.*** Notons alors que ***sur les 21 réponses données au test, Camille ne peut associer que quinze fois*** : cette inhibition à associer (se manifestant six fois au cours de la procédure), relevée fréquemment par C. de TYCHEY (1994) chez les dépressifs chroniques adultes, est un premier signe de manque "d'épaisseur", de vide de son espace préconscient.

La lecture des associations de Camille révèle d'emblée ***un accrochage constant à la réalité objective.*** En effet, le fait qu'elle utilise de manière répétée la même formulation ***"je l'ai déjà vu"*** (onze fois retrouvée) montre bien ce collage systématique à des repères de concrétude, reflet du vide de son espace imaginaire.

Les seuls éléments renvoyant à ***une conflictualité interne*** sont projetés de manière très parcellaire. Ils concernent l'évocation, à deux reprises, du grand-père paternel décédé :

- à la planche 3, par rapport à "une grenouille" : - ***"j'en ai déjà vu, des grenouilles comme ça.. (?) si... avec mon grand-père..." ;***

- à la planche 8, par rapport à "une fleur" : - ***"déjà vue dans un jardin... (?) dans le jardin de mon grand-père, elles étaient violettes avec un coeur jaune."***

Deux ***affects*** sont réactivés au cours des associations, l'un relié ***au plaisir*** d'être avec ce grand-père :

- à la planche 3 : - ***(?) "c'était bien"*** ;

l'autre, relié à ***la souffrance*** :

- à la planche 7, par rapport à "une inondation" : - ***"oui j'ai dû le voir aux informations un jour, quand y avait des inondations (ressenti ?) ben ça m'a fait mal au coeur."***

Si la procédure associative a donc permis chez Camille cette réactivation de deux affects, à la suite, il est vrai, de deux relances interrogatives du testeur (et non spontanément), elle révèle cependant sa référence continuelle à des objets externes, en lieu et place d'une plongée dans son monde interne ressenti probablement comme vide et angoissant.

Centrons-nous encore sur les choix des planches "paternelle" et "maternelle", de Camille. En se montrant dans l'incapacité totale de choisir deux planches, l'une pouvant lui faire penser à son père, l'autre, à sa mère, Camille nous place à nouveau face à sa double difficulté, celle d'imaginer et celle de représenter ses parents à un niveau symbolique, c'est-à-dire de ***mentaliser.***

Les associations de l'adolescente viennent donc compléter les données qui précèdent, révélant à nouveau ***le manque d'efficience de l'activité de liaison de Camille.***

2.2.2 - Les associations au RORSCHACH de Paul (cf Annexe 2, p. 236)

Le repérage du ***nombre d'associations de Paul (29 pour 29 réponses)*** ne reflète pas chez lui d'inhibition à associer : c'est un premier signe renvoyant à ***"l'épaisseur" de son préconscient.***

Ce qui frappe à cette lecture, c'est d'abord l'importance de ***l'intellectualisation*** utilisée par l'adolescent comme moyen de défense contre le pulsionnel. Nous avons noté au cours du test sa capacité à plonger vers un monde anxiogène à travers son évocation de "monstres"...

Nous pouvons pointer en complément, lors de cette procédure associative, que cette sensibilité aux affects d'angoisse est aussitôt filtrée par le travail d'intellectualisation, ce qui lui permet d'éviter un débordement, mais bien sûr limite la réactivation des affects de déplaisir...

Pour illustrer ce mécanisme, citons les nombreuses références de Paul au théâtre (à la planche 1), aux bandes dessinées (aux planches 2, 7 et 9), au cinéma (documentaires aux planches 3, 5 et 7, films hollywoodiens à la planche 4, films de science fiction aux planches 4 et 8, dessins animés aux planches 2, 7 et 9), à la télévision (à la planche 3), aux peintures de la chapelle Sixtine (à la planche 5) et à ses connaissances scolaires (à la planche 9).

La capacité chez Paul, ***à mettre en scène des projections à valence libidinale*** est un autre élément positif à relever dans ses associations. Nombreuses sont en effet les formulations de Paul traduisant sa capacité à élaborer "le plaisir" :

- à la planche 1 : -***"c'est plutôt une fascination"*** ;
- à la planche 2 : -***"une BD assez fantastique"*** ;
  -***"ce côté un peu merveilleux"*** ;
- aux planches 4 et 8 : - ***"ça, ça m'a marqué"*** ;
- à la planche 5 : - ***"plutôt les peintures de la chapelle Sixtine, avec ce côté très fin de personnages allongés..."*** ;
  - ***"les grands documentaires où j'aurais pu rester une journée"...*** Il y a chez lui capacité d'utiliser ses pulsions de vie pour investir l'environnement...

L'efficience de ***son activité de liaison*** est encore pleinement prouvée par son association à la planche 6, par rapport à "un canon, un tank" :

- ***"c'est beaucoup plus moderne, c'est par rapport aux guerres actuelles... en Yougoslavie, en Tchétchénie, on est mitraillé par ces visions un peu."*** Cette association met bien en évidence sa capacité de liaison entre ce qui est donné à un niveau symbolique, ce qui se situe dans la réalité et ce qui passe par le prisme de l'imaginaire...

Le choix des planches "paternelle" et "maternelle" de Paul sont enfin à analyser. A travers son choix de relier la planche 7 à l'image maternelle, ***"parce que c'est la plus douce"*** et du fait ***"de son côté très fin"***, et la planche 3 à l'image paternelle pour ***"son côté exotique"***, Paul nous montre qu'il est capable d'élaborer, à la fois à un niveau imaginaire et symbolique, des représentations paternelle et maternelle ***différenciées***.

La lecture des associations de ces deux adolescents apparaît donc comme un éclairage nouveau venant compléter ***l'évaluation de l'activité de liaison***. Elle confirme ***le manque d'efficience de cette activité chez Camille et son efficacité chez Paul.***

2.3 - Sous-hypothèse H2c (1ère partie) : élaboration symbolique des pulsions agressives

Allons-nous relever chez Camille un évitement du rouge à l'une des deux planches, P2 ou P3, ce qui tendrait à révéler chez elle des difficultés sur le plan du maniement de l'agressivité ?

- ***Camille : évite en effet le rouge à la planche 3 ;***

- ***Paul : interprète le rouge aux deux planches (une fois à la planche 2, deux fois à la planche 3).***

A titre d'exemple, voici la réponse de Paul à la planche 2, interprétant le rouge bas :

- ***"l'image d'un crustacé avec au-dessus, les antennes, et la partie de la tête un peu rosée..."*** (réponse de catégorie C^+) et l'une de ses réponses à la planche 3, interprétant le rouge haut extérieur :

- ***"sinon, les taches rouges, je vois pas exactement ce que ça pourrait apporter... ça y est... je vois... on pourrait dire que c'est deux petits monstres de chaque côté, un peu comme le diable... on voit leur bouche ouverte, comme si ils essayaient de donner de mauvais conseils"*** (réponses de catégorie C^+).

Paul apparaît nettement plus à l'aise que Camille sur le plan du maniement de l'agressivité...

Qu'en est-il du ***nombre de symbolisations adéquates de l'agressivité*** au sein de chaque protocole ?

- ***Camille : une seule symbolisation adéquate de l'agressivité est relevée aux dix planches (aucune aux trois premières planches) ;***

- ***Paul : seize le sont aux dix planches (sept aux trois premières planches)...*** Là aussi, le contraste est à son maximum...

Citons en exemple quelques réponses de Paul, témoignant d'un haut degré d'élaboration symbolique de l'agressivité :

- à la planche 1 : - ***"un visage de loup ou de renard... les oreilles rabaissées ici, le nez assez pointu..."*** (réponse de catégorie B^+) ;

- ***"un insecte... les pinces... y a comme un dard à l'arrière*** (réponse de catégorie C^+) ;

- à la planche 4 : - ***"je vois aussi comme les trophées qu'on pouvait voir dans le temps chez les chasseurs d'Afrique, qui ramenaient des tigres"*** (réponses B^+) ;

- à la planche 6 : - ***"je vois comme un canon... je pourrais dire un tank... comme si un tank était en train de rouler sur l'eau et que son image se reflétait... ici on voit l'avancée du canon avec une idée de tir qui vient de se produire..."*** (réponse de catégorie B^+ à symbolisme phallique agressif, mais aussi à forte charge pulsionnelle...).

En ne pouvant assurer qu'une seule fois dans tout le protocole ce travail de symbolisation, Camille se révèle en grande difficulté pour élaborer l'agressivité sur le plan symbolique.

Voyons en complément ce qu'il en est du nombre de ***symbolisations défaillantes de l'agressivité***, sachant qu'au niveau des résultats globaux, ce nombre était pratiquement le même dans les deux groupes :

- ***Camille : sept symbolisations défaillantes de l'agressivité sont relevées aux dix planches (trois aux trois premières planches) ;***

- ***Paul : quatre le sont aux dix planches (une seule aux trois premières planches)...*** Une différence s'entrevoit ici...

A titre d'exemple, notons la réponse de Camille à la planche 8, témoignant d'un degré faible d'élaboration symbolique de l'agressivité :

- ***"on dirait un visage déformé... ou arraché comme ça parce que je vois du rouge... y saigne quoi... en fait on pourrait pas voir le bas de son visage, ça serait arraché... on ne peut plus distinguer... ça prendrait tout.. le sang.. on peut pas voir si c'est un humain..."*** (réponse de catégorie E).

Sur le plan qualitatif, les résultats obtenus ici iraient donc dans le sens de la sous-hypothèse posée précédemment, d'un plus grand nombre de symbolisations défaillantes de l'agressivité chez l'adolescent suicidant...

Considérons enfin ***la valeur des indices d'élaboration symbolique de l'agressivité*** des deux adolescents aux dix planches :

- ***Camille : I.E.S. des pulsions agressives : - 0,9 (huit cotations dans le test) ;***

- ***Paul : I.E.S. des pulsions agressives : 1 (vingt cotations dans le test).***

La différence entre ces deux valeurs tendrait à prouver une fois encore le degré faible d'élaboration symbolique des pulsions agressives chez Camille...

2.4 - <u>Sous-hypothèse H2c (2ème partie) : élaboration symbolique des pulsions sexuelles</u>

Camille va-t-elle pouvoir élaborer sur le plan symbolique le sexuel féminin aux planches 2, 7 et 9 ?

- ***Camille : I.E.S. du sexuel féminin = 0 (aucune cotation aux trois planches) ;***

- ***Paul : I.E.S. du sexuel féminin = 0,7 (trois réponses à symbolisme sexuel féminin sont relevées aux trois planches).***

Citons en exemple la réponse de Paul à la planche 2 (catégorie B^+) :

- ***"ça pourrait être une image, une sortie, <u>l'ouverture d'une grotte</u> sur l'inconnu, sur nulle part..."***

Qu'en est-il de ***l'élaboration du sexuel masculin en terme de puisssance phallique*** aux planches 4 et 6, sachant que nos deux groupes ne se sont nullement différenciés sur ce critère ?

- ***Camille : I.E.S. du sexuel masculin = 0 (aucune cotation aux deux planches) ;***

- ***Paul : I.E.S. du sexuel masculin = 2 (six réponses à symbolisme phallique sont relevées aux deux planches).***

Nous notons ici encore un résultat très contrasté, allant dans le sens de la sous-hypothèse posée, d'un indice d'élaboration symbolique du sexuel masculin en terme de puissance phallique plus faible chez l'adolescent suicidant.

Pour illustrer ce travail de symbolisation du sexuel renvoyant au masculin, notons cette réponse de Paul à la planche 5 (catégorie B^+) :

- ***"sinon, y a aussi la vision d'une chauve-souris.. les chauve-souris d'Australie avec <u>des oreilles très pointues et très hautes</u>."***

Finalement, Camille se révèle donc à travers ces données, dans l'incapacité d'élaborer sur le plan symbolique, aussi bien les pulsions agressives que les pulsions sexuelles.

2.5 - <u>Sous-hypothèse H2d : intégration de la bisexualité psychique</u>

Pour clore l'examen de cette hypothèse H2, il nous reste à explorer cette dimension au niveau de nos deux protocoles, en nous attendant bien sûr à constater la grande difficulté de Camille à réaliser cette intégration...

- ***Camille : aucune intégration réussie de la bisexualité psychique n'est relevée aux dix planches ;***

- ***Paul : quatre intégrations réussies sont relevées au cours du test.***

A titre d'exemple, voici deux belles intégrations de la bisexualité psychique réalisées par Paul :

- l'une, qui est en fait une succession de réponses à la planche 2 (catégorie B) :

  - ***"<u>une sortie, l'ouverture d'une grotte</u> ;***

  - ***l'image d'un crustacé avec au-dessus <u>les antennes</u>...***

- l'autre, donnée à la planche 5 (catégorie B^+) :

  - ***"là, je vois <u>une fleur qui est ouverte</u>... deux pétales de chaque côté, un peu comme un iris très fleuri.. on voit <u>les pistils au milieu</u>."***

Un tableau permettant de situer Camille et Paul dans leur groupe d'appartenance, c'est-à-dire soit en dessous, soit au-dessus de la médiane référée à leur sexe générique pour chacun des sept indicateurs de mentalisation retenus, nous aidera à conclure sur l'examen de cette deuxième hypothèse (Tab. 10) :

Tableau 10

Situation de Camille et Paul dans leur groupe d'appartenance sur le plan de la mentalisation

Mentalisation	Mécanismes de défense	Activité de liaison	Elaboration symbolique des pulsions agressives			Elaborat. symbol. des puls. sexuelles	Intégrat. de la bisexual. psychiq.	Score regroupé (7 ind.) : somme des (+)
	FRCA ≥ méd. (+) < méd. (-)	Affects de dépression > 0 (+) = 0 (-)	Evitement du rouge non (+) oui (-)	Symbolisation + de l'agressivité	IES pulsions agressives ≥ méd. (+) < méd. (-)	IES sexuel féminin > méd. (+) ≤ méd. (-)	> méd. (+) ≤ méd. (-)	
Camille	-	-	-	-	-	-	-	0
Paul	+	+	+	+	+	-	+	6

A partir de la lecture de ce tableau mettant clairement en évidence le contraste pouvant exister entre les réponses de ces deux jeunes au niveau des sept indicateurs de la mentalisation retenus, et de l'analyse plus qualitative de ces deux protocoles qui nous a permis d'illustrer ces données chiffrées, nous ne pouvons que faire le constat de ***la fragilité de la mentalisation chez Camille***, et de ***la richesse des capacités de mentalisation de Paul.***

3 - EXAMEN DE L'HYPOTHESE H3 : ESPACE IMAGINAIRE

C'est à nouveau un tableau rassemblant les scores des deux adolescents au niveau de chacun des cinq indicateurs de l'imaginaire retenus qui va nous permettre de porter un regard synthétique sur cette dimension (Tab. 11) :

Tableau 11

Espace imaginaire chez Camille et Paul

Scores	R	T.R.I.	K + k	K	F%
médiane filles : médiane garçons :	27,5 24		6 4,5	3 2,1	53 56
Camille	21	1/3,5 extratensif faiblement dilaté	6,75	1	43%
Paul	29	5/3,5 introversif nettement dilaté	18,25	5	14%

3.1 - Premier indicateur : R (la productivité totale au test)

Sachant que plus le nombre de réponses est élevé, plus l'espace imaginaire est riche, un premier constat s'impose :

- ***Camille a une productivité plutôt faible (21 réponses) puisqu'elle est inférieure à la médiane des filles (27,5) : c'est un premier signe de carence de l'imaginaire ;***

- ***Paul a 29 réponses dans son protocole : ce score, supérieur à la médiane des garçons (24) reflète au contraire un signe de bon potentiel imaginaire.***

3.2 - Deuxième indicateur : T.R.I. (le type de résonance intime)

Nous avons défini précédemment cette formule exprimant le rapport entre les kinesthésies humaines et les réponses couleur. Sachant que plus le T.R.I. est dilaté, plus l'espace imaginaire est riche, nous relevons là aussi des résultats plutôt contrastés :

- ***Camille obtient un T.R.I. extratensif faiblement dilaté (1/3,5)***, le terme extratensif signifiant que la couleur domine sur le mouvement. Analysons en complément la composition de ses réponses couleur : la présence d'une réponse C pure à la planche 2 :

- ***"le sang... comme si on saignait de l'intérieur"***, témoignerait en fait chez Camille de l'absence de contention des mouvements pulsionnels et d'un fantasme de désintégration corporelle...

- ***Paul obtient un T.R.I. introversif nettement dilaté (5/3,5)***, le terme introversif signifiant que le mouvement domine sur la couleur. Nous référant à D. ANZIEU et C. CHABERT (1987) présentant ***l'introversif*** comme "un individu capable d'imaginer et de créer, d'avoir une vie intérieure intense..." et ***la kinesthésie*** comme reflétant "la vie émotionnelle intériorisée" (p. 54), nous ne pouvons que pointer ici, à travers les cinq grandes kinesthésies humaines de Paul, la grande richesse de son espace imaginaire permettant, comme le précise cet auteur, "que la décharge n'entraîne pas l'agir, mais s'élabore par le biais d'une image motrice grâce à un jeu intériorisé" (p. 79).

3.3 - <u>Troisième et quatrième indicateurs : K + k</u> (la somme des grandes kinesthésies humaines : K, et la somme des réponses renvoyant au pôle kinesthésique, comprenant les kinesthésies humaines partielles, animales et d'objet : kp, kan et kob) et K.

Sachant que plus le nombre de ces réponses est élevé, plus l'espace imaginaire est riche, que constatons-nous ?

- ***Camille obtient un nombre de K + k (6,75) supérieur à la médiane des filles (6) : c'est là le premier signe positif relevé chez l'adolescente concernant son imaginaire.*** Ce signe est cependant à nuancer par la nature des kinesthésies composant cette formule : une seule grande kinesthésie humaine et trois kinesthésies d'objet renvoyant plutôt à "l'explosivité pulsionnelle" au sens de N. RAUSCH de TRAUBENBERG (1983, p. 105).

Citons, en exemple de kinesthésie d'objet, la réponse de Camille à la planche 5 :

- ***"on croirait qu'y a un coup de vent pis que c'est ramassé... les branches là... il ramasse les branches, le vent... y a un mouvement"*** (réponse cotée kob⁻).

- ***Paul obtient un nombre de K+ k (18,25) presque trois fois supérieur à celui de Camille. Son score est, de plus, quatre fois supérieur à la médiane des garçons (4,5)...*** La proportion tout à fait importante de grandes kinesthésies humaines (5) au sein de cette formule augmente encore la valeur de ce résultat.

Choisissons deux de ces cinq réponses de Paul pour illustrer cet indicateur essentiel dans l'appréciation de l'étendue de l'espace imaginaire :

- à la planche 1 : - ***"ça pourrait me faire penser aussi à deux danseurs qui danseraient autour d'un axe... on voit la partie des jambes... on devine des bras... on sent comme un mouvement de rotation... je vois aussi la rapidité du mouvement parce qu'y a comme une cape qui se soulève" ;***

- à la planche 7 : - ***"Alors là, je vois deux indiennes qui seraient assis en tailleur face à face, les genoux collés les uns contre les autres.. c'est comme si elles faisaient une danse..."***

3.4 - <u>Cinquième indicateur : F%</u> (le pourcentage de réponses renvoyant à la forme, quelle que soit la qualité de cette forme)

Sachant que cette fois-ci, c'est un F% peu élevé qui renvoie à un imaginaire riche, qu'allons-nous découvrir chez nos deux adolescents ?

- Camille obtient un score de 43%, inférieur à la médiane des filles (53%): c'est là un deuxième signe positif relevé chez l'adolescente.

Ce signe va cependant, lui aussi, devoir être nuancé car il est associé à une chute du F^+% (pourcentage des bonnes formes par rapport au total des réponses formes). Ce score est en effet chez Camille de 44%, nettement inférieur aux valeurs de référence [60-65] proposées par N. RAUSCH de TRAUBENBERG et coll. (1993)... Il y aurait chez elle échec, en partie, de la tentative de recours à la forme (quatre réponses cotées F^+ et cinq F^-).

- Paul obtient un score de 14%, très inférieur à la médiane des garçons (56%), s'expliquant par la grande sensibilité de l'adolescent à la couleur et à la kinesthésie, mais cependant de valeur si basse qu'il invite au calcul complémentaire de deux pourcentages intégrant ces déterminants à composante formelle adéquate, ***le F% élargi et le F^+% élargi :***

- F% élargi de Paul : 87% ;

- F^+% élargi : 87,1%.

Les valeurs adaptatives de ces deux indicateurs viendraient ainsi en compensation de ce F% tout à fait atypique, et traduiraient chez Paul la possibilité de secondarisation, la capacité de reconnaître globalement la réalité objective, lorsque l'imaginaire et le pulsionnel seraient sollicités. Le recours à la forme serait donc chez Paul, nettement plus opérant que chez Camille...

Avant de conclure sur l'examen de cette troisième hypothèse, situons à nouveau Camille et Paul dans leur groupe d'appartenance, c'est-à-dire soit en dessous, soit au-dessus de la médiane référée à leur sexe générique, ***pour chacun des cinq indicateurs de l'espace imaginaire retenus*** (Tab. 12) :

Tableau 12

Situation de Camille et Paul dans leur groupe d'appartenance sur le plan de l'espace imaginaire

Espace imaginaire	R > méd. (+) ≤ méd. (-)	T.R.I. . nettement dilaté (+) . faiblement dilaté, coartatif ou coarté (-)	K+ k ≥ méd. (+) < méd. (-)	K ≥ méd. (+) < méd. (-)	F% ≤ méd. (+) > méd. (-)	Score regroupé (5 ind.) : somme des (+)
Camille	-	-	+	-	+	2
Paul	+	+	+	+	+	5

La lecture de ce tableau nous invite au constat d'***une nette différence entre l'espace imaginaire de Camille*** (score regroupé de 2) ***et celui de Paul*** (score regroupé de 5).

L'analyse qualitative qui précède, en venant nuancer les deux résultats repérés comme positifs chez ***Camille***, sur le plan des chiffres, apparaît plus pessimiste encore concernant ***la pauvreté de son espace imaginaire...***

C'est donc ici la première partie de l'hypothèse H3 qui est confirmée... Les scores de ***Paul***, tous supérieurs à la médiane, illustrent de manière indéniable ***la grande richesse de son espace imaginaire.***

4 - EXAMEN DE L'HYPOTHESE H4 : EXPRESSION SOMATIQUE

Nous avons déjà noté l'intensité des manifestations somatiques de l'angoisse survenues chez Camille lors de la passation du RORSCHACH. Qu'en est-il de sa plainte somatique exprimée lors de la passation du questionnaire centré sur cette dimension ? Qu'en est-il de celle de Paul ? (Tab. 13) :

Tableau 13

Scores et sous-scores psychosomatiques de Camille et Paul

Scores psychosomatiques	Score psychosomatique global	Sous-score digestif	Sous-score thermo-régulation	Sous-score cardio-respiratoire
Camille	469,6	21,3	74,7	3,8
Paul	463,8	5,4	4,7	3,6

Ces résultats ont de quoi surprendre... Nous ne nous attendions pas à recueillir ici des données quasi équivalentes... Mais l'important est de prendre le repère des scores moyens dans chaque groupe (Tab. 14) :

Tableau 14

Scores et sous-scores psychosomatiques moyens des suicidants et des témoins

Scores psychosomatiques	Score psychosomatique global	Sous-score digestif	Sous-score thermo-régulation	Sous-score cardio-respiratoire
Suicidants	639,1	88,4	187,8	147,4
Témoins	243,8	34,3	25,8	28,4

La mise en parallèle de ces deux tableaux nous permet de faire les constats suivants :

- ***Camille obtient un score psychosomatique global inférieur à la moyenne des suicidants (469,6 contre 639,1) mais ce score est cependant deux fois plus élevé que le score moyen des témoins*** : il signe donc chez Camille l'intensité du retentissement somatique de la surcharge externe mise en évidence antérieurement. cf Annexe 11.

De quoi se plaint-elle essentiellement ?

- plus d'une fois par semaine :
  - ***de démangeaisons intenses ("l'eau me brûle") ;***
  - ***de fatigue intense ;***
  - ***de tremblements ;***
- environ une fois par semaine :
  - ***de maux de tête ;***
  - ***d'engourdissements, de picotements ou de contractions de certaines parties du corps.***

Camille se plaint d'avoir ces symptômes lorsqu'elle est énervée, ce qui lui arrive souvent, dit-elle. Son sous-score thermo-régulation, plus élevé que les deux autres du fait des tremblements dont elle se plaint, nous semble à rapprocher des ***manifestations somatiques de l'angoisse*** déjà notées chez elle.

- ***Paul obtient un score psychosomatique global presque deux fois plus élevé que la moyenne des témoins (463,8 contre 243,8)*** : ce score signe donc chez Paul la présence d'une expression somatique assez intense. cf Annexe 11.

A quels maux correspond-elle ?

- plus d'une fois par semaine :

  - ***des problèmes de peau*** (Paul se plaignant d'une peau sèche) ;

- environ une fois par semaine :

  - ***de maux de tête ;***

  - ***de mal de dos ;***

  - ***de problèmes de cheville et de genou reliés par l'adolescent à des moments de fatigue.***

Si Camille et Paul se plaignent tous deux de maux de tête pouvant être entrevus comme une expression somatique instantanée assurant une décharge immédiate des excitations en excès, la nature profonde de leur plainte apparaît différente, dans le sens où l'on entrevoit chez Camille une tension intérieure beaucoup plus importante, plus envahissante au quotidien que chez Paul, puisqu'elle va jusqu'à entraîner des troubles de la perception.

Le corps de Camille traduirait constamment toute l'angoisse qu'elle ne pourrait élaborer sur le plan mental. Chez Paul, le corps parlerait aussi, mais le relais serait vite pris par la voie longue, celle de la régulation mentale des tensions.

L'hypothèse H4 posant une expression somatique plus intense chez l'adolescent suicidant n'apparaît donc confirmée ici que chez Camille.

5 - <u>CONCLUSION DE L'ANALYSE QUALITATIVE</u>

Cette analyse qualitative concernant les données contrastées de deux adolescents, l'un appartenant au groupe des suicidants, l'autre, à celui des témoins, nous a permis de mettre à nouveau à l'épreuve nos quatre hypothèses théoriques générales et de les confirmer.

Chez Camille, l'intensité de la surcharge externe est très importante, les capacités de mentalisation sont pratiquement inexistantes, l'espace imaginaire est pauvre et l'expression somatique, très présente.

Chez Paul, le poids de la réalité externe apparaît bien moindre, les capacités de mentalisation sont fortes, l'espace imaginaire est très riche. Seule, l'expression somatique apparaît plus intense que chez les adolescents de son groupe d'appartenance...

Cette analyse nous a permis également, à travers les réponses données par ces jeunes, d'être le plus possible à l'écoute d'une parole qui se voulait authentique. Elle a permis enfin, à travers l'étude de ces deux cas extrêmes et en respect de l'option méthodologique prise dans ce travail, référée à C. de TYCHEY, d'éprouver la pertinence de ces nouveaux outils ou indicateurs.

... ***Mais n'oublions pas les trente huit autres protocoles, riches de toutes leurs "petites différences", qui font la vie et l'originalité de chacun de ces adolescents*** (Ces protocoles se trouvent reproduits dans leur intégralité en Annexe 1).

Avant de nous engager dans la conclusion de ce travail, prenons encore le temps de confronter nos résultats aux travaux antérieurs cités.

C - DISCUSSION DES RESULTATS PAR RAPPORT AUX TRAVAUX ANTERIEURS

1 - SUR LE PLAN DES EVENEMENTS DE VIE

Si nos résultats, pointant ***l'intensité de la surcharge externe*** présente chez l'adolescent suicidant, ne concernent qu'un groupe réduit de vingt adolescents, ils révèlent cependant des tendances mises en évidence nettement par ailleurs.

Que nous nous référions, en effet, aux travaux menés depuis 25 ans en France par M. CHOQUET et son équipe de l'INSERM, sur les facteurs de risque psychosociaux, ou aux travaux anglo-saxons récents plus directement centrés sur les événements vécus par les adolescents, nous relevons pratiquement chez tous les auteurs le constat ***du poids de la réalité externe chez le jeune suicidant.***

Si la revue des travaux anglo-saxons nous a amenés à distinguer des études centrées uniquement sur les événements de vie récents (MORANO et al., 1993 ; ADAMS et al., 1994 ; WILSON et al., 1995) et d'autres, s'intéressant au vécu de l'adolescent dès le début de sa vie (DE WILDE et al., 1992 ; REINHERZ et al., 1995), elle nous a également permis de faire le choix

d'une ***approche événementielle***, tournée à la fois vers le vécu de l'enfance et celui de l'adolescence. Cet apport spécifique pourrait être complété par l'aspect positif qu'a représenté ***la rencontre d'un groupe restreint d'adolescents*** : c'est ici le ***recueil individuel des données***, sous la forme d'entretiens semi-structurés, permettant d'établir avec l'adolescent une relation de confiance et d'entrer en résonance, s'il le souhaitait, avec son vécu éventuel de souffrance, qu'il est important de valoriser car il nous a semblé largement enrichir les données cliniques et ainsi permettre une analyse qualitative plus approfondie.

2 - SUR LE PLAN DE LA VULNERABILITE DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE

Nos résultats concernant ***la fragilité de la mentalisation,*** repérée chez la plupart des adolescents suicidants, semblent pouvoir être rapprochés de ceux qu'ont obtenu Ph. JEAMMET et coll. (1994, 1995a) au niveau de cette dimension, à l'aide de la grille "psychopathologie".

L'utilisation moindre des formations réactionnelles contre l'agressivité, mais plus fréquente des mécanismes visant à l'externalisation des conflits, relevée par ces auteurs (1994) est en effet retrouvée au sein des protocoles RORSCHACH de nos vingt jeunes suicidants.

Le manque d'efficience de l'activité de liaison et du travail de symbolisation, signalé autant dans le champ de la psychanalyse que dans celui de la psychosomatique, est également relevé à travers la moindre fréquence de réactivation des affects de dépression élaborés mentalement, l'ampleur des manifestations somatiques de l'angoisse et le degré plus faible d'élaboration symbolique des pulsions agressives et sexuelles chez l'adolescent suicidant.

Notre apport spécifique semble pouvoir se définir ici selon trois axes :

- ***celui d'une approche fine du travail d'élaboration symbolique des pulsions agressives et sexuelles***, rendue possible grâce à l'utilisation des indicateurs de la mentalisation nouvellement proposés par C. de TYCHEY et coll. (1992) : repérage du nombre d'évitements du rouge aux planches 2 et 3, de symbolisations adéquates de l'agressivité, de symbolisations défaillantes, calcul d'un indice d'élaboration symbolique des pulsions agressives et sexuelles féminines ;

- ***celui d'une approche de la nature et de la régulation des conflits*** à l'aide d'un indicateur RORCHACH mettant en évidence la fréquence de l'échec de l'intégration de la

bisexualité psychique chez les jeunes suicidants, résultats en accord avec ceux obtenus par Ph. JEAMMET et coll. (1994), R. DEBRAY (1991a, 1996a) et M. MARTIN et coll. (1995) ;

- ***celui de proposer en complément de l'analyse qualitative, un traitement statistique des données*** offrant une valeur de généralisation forcément plus grande que le seul traitement qualitatif.

Nos résultats concernant ***la pauvreté de l'espace imaginaire ou des capacités d'élaboration mentale de cet imaginaire***, plus fréquente et plus grande chez l'adolescent suicidant, rejoignent ceux de J. BERGERET, cités par C. de TYCHEY et coll. en 1992.

Parmi nos vingt jeunes suicidants, treize d'entre eux (65%) se révèlent avec un espace imaginaire pauvre. Cinq adolescents (25%) ont par contre un espace imaginaire riche mais relié à des capacités faibles de mentalisation, résultat à rapprocher de celui de Ph. JEAMMET et coll. 1994). Seuls deux suicidants aux histoires chargées se différencient nettement du groupe, manifestant à la fois des capacités de mentalisation et de plongée dans leur espace imaginaire, illustrant ainsi l'aspect transitoire de surcharge et de débordement de l'appareil psychique envisagé par R. DEBRAY (1990) pour certains adolescents.

3 - SUR LE PLAN DE L'EXPRESSION SOMATIQUE

Nos résultats concernant ***l'intensité de l'expression somatique*** chez l'adolescent suicidant, confirment les données épidémiologiques recueillies par M. CHOQUET et coll. (1981, 1989a, 1991, 1993b, 1994b, 1995). A travers ***l'atteinte plus spécifique de la sphère cardio-respiratoire*** chez les jeunes suicidants, se trouvent confortés les résultats obtenus dès 1971 par EBTINGER et SICHEL cités par Ph. JEAMMET en 1995. Relevons enfin ***l'ébauche d'augmentation de la plainte somatique en fonction de l'âge***, résultats allant dans le sens de ceux qu'obtenaient M. CHOQUET et coll. dans leur enquête nationale sur les adolescents (1994b).

Notre apport spécifique serait ici ***d'avoir complété l'évaluation de la surcharge externe par l'étude de son retentissement sur le plan somatique***, rendue possible grâce à l'utilisation de l'outil mis au point par l'équipe de recherche du Centre de Médecine Préventive de Nancy (TENENBAUM-CASARI F., BON N. et coll., 1996).

VI - CONCLUSION

Au terme de cette double analyse des résultats, quantitative et qualitative, il nous semble possible de conclure sur ***la fiabilité*** du modèle théorique mis à l'épreuve ici.

L'analyse statistique des données a montré en effet que les quatre hypothèses théoriques générales posées recevaient une nette confirmation empirique à partir de cette approche comparée de deux groupes d'adolescents : vingt suicidants et vingt témoins. Les cinq hypothèses centrées sur l'étude des corrélations ne sont, quant à elles, que partiellement confirmées, résultats pourtant positifs puisqu'ils invitent à poursuivre ce travail comparatif auprès d'effectifs plus importants, dans le but de renforcer la cohérence de ce modèle...

L'analyse qualitative des données contrastées recueillies auprès de deux adolescents, chacun ayant été choisi pour représenter au mieux son groupe d'appartenance, soit de suicidants, soit de témoins, a permis, non seulement, de confirmer à nouveau les hypothèses posées, mais aussi d'illustrer ces données chiffrées par une approche davantage centrée sur la parole des adolescents.

Face à ce modèle théorique des liens entre ***réalité externe, mentalisation et voies comportementales et (ou) somatiques***, interrogeons-nous alors sur la part de chacun des trois champs théoriques à l'origine de son élaboration : nous pouvons faire le constat que ***l'épidémiologie*** est à l'origine des deux hypothèses H1 et H4, centrées respectivement sur la surcharge externe et la somatisation, que ***la théorie psychanalytique*** est en résonance avec les trois hypothèses H2, H3 et H4, les deux premières renvoyant respectivement à la mentalisation et à l'imaginaire, et que ***le champ de la psychosomatique*** est en lien avec les deux hypothèses H2 et H4, opposant mentalisation et somatisation.

Nous pouvons noter en complément que mise à part la première hypothèse, novatrice dans le sens où elle propose cette prise en compte de ***la réalité externe***, les trois autres hypothèses théoriques générales étaient en place ***dès l'abord du champ de la psychanalyse***... Nous devons cela à notre appui théorique central sur Ph. JEAMMET (1994, 1995a) et J. BERGERET (1990a), ce dernier envisageant ***la somatisation*** comme un des modes de fonctionnement de l'imaginaire. Le champ de la psychosomatique a bien sûr trouvé également ici une large place, puisqu'il est venu conforter la pose de trois de ces hypothèses aux facettes multiples.

Au vu de ces résultats, il nous semble donc important de souligner ***l'importance de la réalité externe à côté de la réalité interne***, classiquement privilégiée par les psychanalystes (Ph. JEAMMET, 1994, P. MARTY, 1990).

Notre proposition est celle d'***un modèle plus large s'intéressant au cumul des excitations externes déterminant une surcharge pouvant peser sur l'adolescent, en avançant qu'au-delà d'un certain seuil de ces excitations, quelles que soient les capacités d'élaboration mentale de l'adolescent, il y aurait faillite transitoire de l'appareil mental et aiguillage, bascule vers d'autres voies, c'est-à-dire celles du recours à l'agir et (ou) de l'expression somatique.***

Au-delà du regard très clair de R. DEBRAY (1996a) sur "la trahison du corps qui est de fait ce qui nous attend tous, in fine" (p. 21), soulignons en complément l'aspect positif que peut avoir, selon cet auteur, en cas de surcharge, la réponse instantanée par ***la somatisation***, "grosse de menaces de désorganisations éventuellement graves, oui, mais pouvant aussi favoriser l'arrêt du processus contre-évolutif (...), pouvant constituer dans un deuxième temps un palier de réorganisation et contribuer alors au maintien de la vie" (p. 54).

Rappelons aussi l'hypothèse originale posée par C. DEJOURS (1989, 1995) concernant les deux voies de recours en cas d'échec, selon lui, de "l'agir expressif" : ***le passage à l'acte compulsif ou la somatisation...*** Comment explique-t-il le recours à l'une des solutions plutôt qu'à l'autre ?... En posant cette hypothèse d'un vécu d'impuissance, de douleur au niveau du corps dans le premier cas, de ressenti de honte ou de peur tout aussi précoce dans le deuxième, cet auteur nous invite à faire le lien avec ce que relève D. SIBERTIN-BLANC (1994) centré sur "l'intentionnalité suicidaire avant l'adolescence" : le constat, dans l'environnement familial des enfants suicidaires ou suicidants, proche de celui des adolescents dans la même situation, "de la maltraitance, soit sous la forme de ***sévices***, soit sous la forme d'***exigences éducatives excessives, humiliantes***" (p. 1145).

En insistant ainsi sur ***le poids de la réalité externe***, venant faire quasiment effraction dans le monde interne, nous sommes conscients de nous écarter du modèle original de MARTY par exemple, pour lequel la réalité externe n'a pas de valeur en soi et la mentalisation ne porte que sur les excitations internes. Face à ce cumul d'événements de vie générateurs de surcharge d'excitations en eux-mêmes, et non pas simplement par l'effet qu'ils exercent à un niveau interne,

nous serions finalement tentés d'avancer prudemment, à propos des jeunes suicidants, la notion de ***réalité traumatique externe***... Cette position, qui s'éloignerait des positions psychanalytiques classiques centrées sur le poids de la pulsion et des excitations internes qu'elle génère (FREUD, 1905, 1915, LACAN, 1966, 1973, KLEIN, 1932, 1952...), privilégierait davantage celles insistant sur les avatars de l'objet et de la réalité externe dont l'importance est par ailleurs reconnue (WINNICOTT, 1969).

Si nous portons maintenant ***un regard critique*** sur ce travail, nous pointons bien sûr d'emblée la taille réduite de notre échantillon. Mais sachant que quarante protocoles RORSCHACH, c'est peu pour la recherche clinique, nous ne pouvons oublier pour autant les longues heures consacrées à la tâche ardue de recueil des données et de cotation...!

La validation, toujours en cours, des outils d'évaluation de la surcharge externe, implique des repères encore flous dans ce domaine.

Le caractère peut-être insuffisamment formalisé de certains de nos indicateurs, présent dans l'emploi du terme d'événement de vie ***stressant*** par exemple, pourrait nous être reproché, mais ce terme, dans la clinique de la rencontre avec les adolescents, est manifestement synonyme de générateur d'excitations perturbantes... Peut-être serait-il légitime de considérer la quantité d'événements vécus comme une mesure du ***stress objectif*** et la quantité d'événements vécus comme stressants comme un indicateur du ***stress subjectif***...

Si le questionnaire de recensement des troubles psychosomatiques apparaît unique dans son adaptation à la population française, et présente l'avantage d'avoir reçu un premier travail de validation statistique, il nous semble nécessaire de dire que cette validation pourrait être encore affinée du fait de l'importance des écarts-types obtenus, surtout chez les jeunes suicidants. Précisons toutefois que son utilité s'est avérée indéniable puisque cet outil a permis de mettre en évidence des différences significatives entre suicidants et témoins sur le plan de l'expression somatique.

Notons aussi que dans cette étude, notre centration sur les indicateurs reliés à nos seules hypothèses a impliqué une sélection importante des données recueillies et n'a donc pas permis une approche descriptive exhaustive telle que pourrait offrir, par exemple, l'utilisation, dans son intégralité, de la grille d'analyse de la dynamique affective mise au point par N. RAUSCH de TRAUBENBERG et coll. (1990) et du test de RORSCHACH.

Dans une perspective de recherche, quelles pourraient être ***les pistes à explorer*** ?

La poursuite de la validation des deux outils d'évaluation de la surcharge externe et du repérage d'indicateurs RORSCHACH pertinents, renvoyant à l'imaginaire et à la mentalisation, serait indiquée.

Un travail plus qualitatif sur la nature des événements de vie ressentis comme les plus stressants par l'ensemble des adolescents rencontrés enrichirait cette recherche.

L'extension de la mise à l'épreuve de notre modèle auprès d'effectifs plus importants permettrait d'augmenter sa cohérence.

Un travail sur le rôle différenciateur du sexe et de l'âge au sein de ce modèle, comme cela est suggéré par les travaux de M. CHOQUET (1979, 1993a, 1995a) ou ceux de I. SEIFFGE-KRENKE (1995) à l'Université de Bonn, sur la manière dont les adolescents font face aux problèmes et aux événements, serait intéressant pour affiner cette étude.

La mise à l'épreuve de la partie intermédiaire de notre modèle, centrée sur la persistance du cumul des excitations, pourrait se poursuivre à partir d'une approche comparée de suicidants "primaires" et de suicidants "multirécidivistes", ou d'une étude longitudinale de jeunes suicidants, sur le plan de la gravité de la somatisation.

La mise à l'épreuve de la partie finale de notre modèle, centrée sur le choix préférentiel éventuel du recours à l'agir ou de celui de la somatisation pourrait être complétée par une approche comparée de jeunes suicidants et de jeunes patients somatiques, sur le plan de la nature des événements traumatiques ayant pu survenir très tôt dans leur vie (perte d'un parent pour la mère enceinte, naissance d'un puîné, détresse majeure liée à un vécu de catastrophe, pathologie mentale d'un parent...).

Comme le suggère R. DEBRAY (1996a), "des travaux portant sur les variations de l'expression somatique en rapport avec les différences fille/garçon, dans la perspective psychosomatique qui est la sienne", pourraient être programmés car ils seraient, selon cet auteur, plutôt rares (p. 136)...

D'autres composantes de la dynamique affective de ces adolescents pourraient enfin être analysées à partir de ces protocoles entièrement cotés, telles que l'expression pulsionnelle, l'agressivité dans sa dimension active ou potentielle, l'image du corps...

Au-delà de ces perspectives stimulantes pour la recherche, il convient maintenant d'examiner ***en quoi ce travail peut s'inscrire dans le cadre de la prévention.***

Les travaux de M. CHOQUET et de son équipe de l'INSERM, qui ont trouvé une large place dans le chapitre consacré à l'épidémiologie, sont apparus exemplaires dans ce domaine, dans le sens où dès 1976, ces auteurs concluaient que "la connaissance des facteurs de risque de suicide chez l'adolescent était indispensable à la promotion des actions de prévention ou de postcure dans ce domaine." Ils pointaient aussi la nécessité "de délimiter les groupes les plus exposés, à la fois devant le suicide ou devant tout autre déviance" (pp. 297-298), et mettaient en place des actions préventives (dépistages, actions d'éducation sanitaire, informations de ceux qui avaient à connaître les adolescents)... Les auteurs avaient dès ce moment la certitude que "de nombreuses recherches restaient à faire pour mieux comprendre le suicide juvénile" (p. 298).

La recherche constante, au fil des années, de mise en lumière par ces auteurs des facteurs de risque suicidaire, et notamment de ceux de risque de récidive, à travers la validation d'***une échelle de risque***, l'étude du rôle différenciateur du sexe, l'attention portée aux plaintes somatiques du fait du manque de mentalisation de ces jeunes, tous ces éléments ont permis, comme le précise M. CHOQUET (1991), "d'aider les professionnels éducatifs et de santé dans la meilleure compréhension des adolescents en risque face au suicide" et " d'envisager une prise en charge des suicidants plus efficace" (p. 65).

En 1995, la prévention à l'adolescence, toujours amplement d'actualité, "cherche à aller plus loin", notamment en s'orientant vers une autre approche des jeunes, en leur parlant de "plaisir de vie", de ce qui les touche, et surtout ***en les écoutant***... Réjouissons-nous enfin de noter que pour M. CHOQUET et C. MARECHAL (1995b), les outils d'analyse de la situation sanitaire se situent bien "à l'articulation épidémiologie - clinique - sciences humaines - pratique sociale particulièrement féconde" (p. 222).

Les travaux français et anglo-saxons récents, passés en revue ici, ont également montré à quel point ils étaient centrés sur ***la prévention.***

Ainsi LADAME (1992), tout en insistant sur la capacité positive des jeunes "à changer" sur le plan psychique, nous a invités à prendre conscience de la sous-estimation des événements de vie reliés à ***l'inceste*** et ***aux abus sexuels***, et a posé un pronostic plus favorable, sept ans après un passage à l'acte, chez les jeunes ayant été suivis régulièrement plus de trois mois.

Les travaux de BRENT (1994a) centrés sur les facteurs de risque familiaux dans le suicide de l'adolescent, nous ont particulièrement sensibilisés, dans un but de prévention, à l'indication du ***traitement des parents***, eux-mêmes déprimés ou troublés par un abus de substances, ou d'***interventions familiales*** pour atténuer l'impact des tensions familiales ou des troubles mentaux des parents sur cette jeunesse à haut-risque de suicide.

Mais quittons ces repères internationaux pour rejoindre quelques instants les nôtres, au plan local... ***Plusieurs travaux centrés sur les jeunes suicidants ont en effet été réalisés dans le cadre du Service de Pédopsychiatrie du C.H.U. de Nancy-Brabois, sous la direction de C. VIDAILHET*** (1988, 1991, 1992, 1993, 1994, 1997).

Citons principalement ***la thèse de Doctorat en Médecine de Ph. RAUTUREAU*** (1992) rapportant les résultats d'une recherche-action menée au sein du C.H.R.U. de Nancy et portant sur l'accueil et la prise en charge de 129 jeunes suicidants de 13 à 24 ans. Ce travail avait pour objectif la mise en place, dans un but de prévention, d'un réseau de prise en charge psychothérapique.

Un protocole d'accueil a été mis au point, comprenant un premier entretien psychiatrique avec le jeune lors de son admission aux Urgences, un autre à la sortie, puis la prise de trois rendez-vous pour le mois suivant cette hospitalisation, permettant de suivre l'évolution du jeune et de l'orienter si possible vers un Centre de Santé appartenant aux différents secteurs de psychiatrie, un C.M.P.P., ou un psychiatre installé dans le privé, en vue d'une psychothérapie.

Ce protocole comprenait également la rencontre systématique de la famille de l'adolescent suicidant par l'assistante sociale du Service de Consultation et l'annonce de trois appels téléphoniques, six semaines, trois mois et un an après la sortie du jeune de l'hôpital, de manière à faire le point de la situation.

Si ce travail a pu aboutir concrètement, comme le précise l'auteur, "à la constitution d'une ***stratégie psychiatrique de prévention nouvelle à Nancy***" (création d'astreintes, travail de sensibilisation réalisé auprès de tous les S.A.S. d'Urgence, du personnel de réanimation et de pédiatrie, organisation d'une réunion mensuelle, traitement statistique des données recueillies), si les résultats obtenus ont confirmé les données de la littérature concernant les facteurs de risque, "ce protocole d'accueil n'a pas pu en fait augmenter de façon sensible l'alliance thérapeutique des patients" (p. 83).

... Mais cinq années sont passées... Et nous pouvons dire aujourd'hui que ce travail est en grande partie à l'origine de la création du ***Centre Médico-Psychologique intersectoriel pour adolescents*** inauguré à Nancy le 12 mars dernier...

Notons que dès 1988, C. VIDAILHET et coll. pointaient l'insuffisance de la durée moyenne de séjour des jeunes suicidants (4,5 jours) "si l'on veut aider l'enfant ou l'adolescent à comprendre la signification et le sens d'un tel geste, et si l'on veut lui permettre de renouer un dialogue avec ses parents" (p. 474). Pour cet auteur en effet, "l'hospitalisation est toujours apparue comme un moment propice pour permettre à l'enfant et à l'adolescent de trouver le temps nécessaire à une réflexion personnelle et à un échange non seulement avec ses parents mais aussi avec d'autres adultes" (p. 477).

La création, en 1991, d'une Unité de Pédopsychiatrie pour enfants et adolescents, de six lits, au sein de l'Hôpital d'Enfants de Nancy, peut être considérée comme l'aboutissement réussi de ces réflexions... Cette perspective semble assez proche de celle développée à Bordeaux par X. POMMEREAU (1996, 1997).

Les travaux de B. KABUTH et coll. (1991, 1993, 1994), deux études rétrospectives de jeunes adolescents hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants de Nancy, centrées sur la dépressivité et le contexte familial de ces jeunes, ainsi que des réflexions à propos de psychothérapies d'adolescents suicidants, ont contribué à enrichir les recherches menées dans ce domaine en Lorraine.

Citons encore ***la thèse récente de Doctorat en Médecine de M. RIFF DE OLIVEIRA*** (1997) qui complétera cette présentation de quelques travaux nancéiens. Il s'agit de l'analyse statistique de 347 tentatives de suicide, réalisée à partir de l'étude des dossiers médicaux des enfants et adolescents hospitalisés, de 1991 à 1996, mais aussi des données précieuses, notamment intergénérationnelles, recueillies régulièrement par M. KOCH, assistante sociale du Service rencontrant systématiquement les familles des jeunes suicidants hospitalisés et leur annonçant son appel téléphonique, au bout d'un an, de manière à prendre des nouvelles du jeune, notamment sur le plan de ses relations intrafamiliales et de sa scolarité...

Cette analyse permet de relever une augmentation constante du nombre de tentatives de suicide de 1991 à 1995 (de 27 à 94), une tendance à la baisse en 1996 (64 tentatives relevées) et des données concernant les facteurs de risque, proches des données épidémiologiques nationales.

Quant aux récidives, 30% d'entre elles ont lieu dans le mois suivant l'hospitalisation, 52%, dans les trois mois et 92%, avant un an. L'auteur note en complément que "dans 26% des cas, une hospitalisation est suivie d'une ou plusieurs récidives" (p. 132) et "qu'un adolescent sur trois ayant été hospitalisé pour un geste suicidaire bénéficie d'un suivi psychiatrique à un an", ce qui est important.

Comment définir alors ***l'apport de cette recherche dans le domaine de la prévention*** ?

Au-delà du fait que ce travail apparaît original par son approche simultanée des trois dimensions de la réalité externe, de l'expression somatique et du fonctionnement mental de l'adolescent, il nous semble que le double repérage de la quantité d'événements vécus et de la plainte somatique de chaque adolescent rencontré, effectué à partir des deux questionnaires utilisés, supports utiles d'entretiens, a permis d'entrer en résonance avec "le bagage de vie et de souffrance" présent chez chaque adolescent au moment de son passage à l'acte. En évaluant le degré de surcharge pesant sur chacun d'entre eux, il a été possible de pointer, lors des réunions d'équipe, ***la gravité des situations*** où pratiquement l'ensemble des facteurs de risque se trouvaient réunis et ainsi de prévenir dans certains cas un haut risque de récidive en maintenant par exemple l'adolescent à l'hôpital.

Mais pour être plus précis encore dans cette optique de ***prévention***, procédons à une dernière lecture qualitative de nos données brutes, de manière à déterminer ***des seuils critiques de surcharge*** au-delà desquels les risques de récidive de passage à l'acte suicidaire seraient majeurs.

Concernant ***les événements vécus***, il nous semble indiqué de retenir le nombre de ***17 événements de vie*** comme seuil critique. En effet, 85% des jeunes suicidants (16 sur 20) se situent au-dessus de cette limite alors que 5% seulement des témoins (1 sur 20) la dépasse.

Concernant ***les événements vécus de manière stressante***, c'est le nombre de ***12 événements de vie*** qui peut être relevé comme seuil critique à valeur de signal d'alarme. En effet, là aussi, 85% des jeunes suicidants (16 sur 20) dépassent cette limite alors qu'aucun témoin ne l'atteint.

Par rapport ***aux scores psychosomatiques***, l'établissement de seuils apparaît plus délicat du fait de la dispersion importante des résultats chez les suicidants. Il nous semble cependant possible de fixer prudemment ***la limite du score psychosomatique global à 500***, score dépassé par seulement 5% des témoins (1 sur 20) et par 40% des suicidants (8 sur 20), et ***celle du sous-score cardio-respiratoire à 250***, sous-score que n'atteint aucun témoin et que dépassent 25% des suicidants (5 sur 20).

Le dépassement de ces seuils critiques serait plus alarmant encore, en terme de risque d'acting suicidaire ou de récidive, lorsqu'il surviendrait chez des adolescents ***"éminemment vulnérables"*** au sens de Ph. JEAMMET et coll. (1995a), dont le fonctionnement mental mettrait en évidence à la fois ***un espace imaginaire inexistant***, révélé notamment au RORSCHACH par une pauvreté du nombre absolu de réponses au test, du nombre de grandes kinesthésies humaines, par la faible dilatation du T.R.I., et ***une mentalisation faible*** : le risque serait à son maximum en présence de ce cumul de signes...

Cette lecture qualitative nous suggère encore une dernière remarque : ce jeune témoin dont le score d'événements de vie dépasse le seuil critique proposé ***(21)*** est en fait aussi celui dont le score psychosomatique est le plus élevé ***(925,9)***... Il s'agit de ***"Mathilde"***, adolescente de 14 ans, dont la surcharge externe apparaît donc analogue à celle des suicidants. Un rapide examen de ses scores regroupés d'espace imaginaire ***(3)*** et de mentalisation ***(2)***, plutôt faibles, révèlent en complément un appareil psychique ***vulnérable***... La présence chez elle de l'ensemble des signaux d'alarme pris en considération dans cette recherche nous invite à la considérer comme l'adolescente témoin la plus à risque de passage à l'acte ou de somatisation...

Il nous semble alors que cette adolescente carencée sur le plan de la mentalisation est à rapprocher ***des adolescents suicidants mentalisant faiblement***, à l'espace imaginaire plus ou moins riche, et qui tous, frappent par ***l'intensité de leur surcharge externe***... Un questionnement s'impose ici... Comment expliquer chez eux cette faiblesse des capacités de mentalisation ? Serait-elle due à ***des insuffisances du préconscient difficilement réversibles***, au sens de MARTY (1990, 1991) ? Ou s'agirait-il plutôt ***d'une sidération, d'une rigidité défensive trop intense, barrant de manière transitoire l'accès à l'espace imaginaire*** et laissant l'espoir d'une "réanimation" au sens de R. DEBRAY (1990) ? ... Question de fond ne pouvant que rester ici sans réponse... En effet, seul ***un suivi longitudinal*** de ces adolescents, sur au moins deux ans, comprenant un test-retest et, entre ces

deux passations, l'apport d'une aide au travail de deuil et d'élaboration des vécus traumatiques, permettrait de capter chez eux des processus de changement, une éventuelle reprise de la régulation des tensions par ***la voie longue de la mentalisation***... Cette nouvelle piste de recherche nous semblerait particulièrement pertinente à suivre...

Toujours dans cette perspective de ***prévention***, notons également que le recueil de ces données de la réalité externe a permis d'avoir une vue d'ensemble sur ***les événements de vie ressentis comme les plus stressants*** par les adolescents. Cette approche, qui demanderait à être approfondie, permet déjà de relever ***les événements semblant particulièrement signifiants par rapport au passage à l'acte des adolescents rencontrés*** :

- ***le décès d'un parent*** (celui d'une mère alors que son enfant avait cinq mois) ;
- ***les antécédents de tentative de suicide ou de suicide dans la famille*** (pour 6 suicidants sur 20 contre seulement 3 témoins) ;
- ***la mésentente familiale*** (pour 16 suicidants sur 20 contre 6 témoins) ;
- ***le décès d'un grand-parent*** : ici, le nombre de décès est le même dans chaque groupe, mais ce qui diffère, c'est à la fois l'âge de sa survenue et parfois le contexte dramatique qui l'a entouré, maladie grave ou suicide... (quatre décès durant la petite enfance des suicidants, deux seulement durant celle des témoins).

Ces deux derniers événements, tout comme ***les décès survenant pendant une grossesse***, nous paraissent essentiels à prendre en compte car ils laissent entrevoir ***la souffrance et la détresse, passées ou actuelles, des parents de l'adolescent***, et comme le précise C. VIDAILHET (1994) "du fait de leurs conflits, de leur difficultés sociales, les parents sont alors ***indisponibles à la souffrance de leur enfant***, et cette indisponibilité est vécue comme perte et abandon, et réactualise des abandons antérieurs" (p. 1148)... Le constat fréquent de la souffrance des propres parents de ces jeunes nous amène à penser qu'il faudrait songer à ***créer des lieux pour accompagner ces deuils n'ayant pu se faire, chez ces jeunes parents...*** Ce serait une prévention efficace...

- ***le problème de rupture de liens dans la fratrie*** (départ de cinq frères et soeurs chez les suicidants, d'une soeur seulement chez les témoins) ;
- ***le problème d'alcoolisme à la maison*** (pour 8 suicidants sur 20, contre 2 témoins) ;

- ***le problème de violence subie*** (pour 6 suicidants sur 20, contre 1 témoin) ;

- ***le vécu de rupture sentimentale*** (pour 12 suicidants sur 20, contre 6 témoins) ;

- ***le fait d'être mal dans sa peau*** est enfin relevé par pratiquement l'ensemble des suicidants (contre 4 témoins seulement).

L'examen psychologique intégrant la passation d'une épreuve projective, ici le RORSCHACH et faisant partie, dans la mesure du possible, du protocole d'accueil d'un jeune suicidant dans le Service, nous semble utile pour plusieurs raisons :

- en permettant d'évaluer les capacités de mentalisation et l'étendue de l'espace imaginaire, il renseigne sur les ressources en présence chez ce jeune, sur le risque de récidive, de décompensation sur un mode psychotique, sur son aptitude au changement, à s'engager dans une psychothérapie ;

- en favorisant cette rencontre de quelques heures, qui peut paraître "longue", mais qui est en fait une intervention "brève" en regard de ce qu'exige "le temps incompressible de l'élaboration", il permet un travail en profondeur, qui nous semble bien convenir à l'adolescent se montrant toujours plutôt "pressé", et ne s'investissant pas facilement dans un travail de thérapie dans la durée... Le retour donné après les tests, à l'adolescent qui le demande, est dans ce cas parfois fructueux lorsque du sens peut advenir...

Ph. JEAMMET (1986c) insiste, lui aussi, sur cette notion de ***prévention,*** essentielle à ses yeux, liée à la "compréhension dynamique" du fonctionnement psychique : "elle donne accès aux lieux d'achoppement et de conflits sous-jacents, elle apprécie le degré d'ouverture relationnelle ou d'enfermement répétitif du trouble, son inscription dans un fonctionnement d'ensemble (...), elle s'intéresse aussi aux modalités relationnelles mises en jeu par l'adolescent dans la rencontre" (p. 669).

"La rencontre", ce terme employé par Ph. JEAMMET au sens psychanalytique, invite à faire le lien avec C. DAVID (1984) défendant "qu'on ne progresse que grâce à la rencontre, physique ou purement psychique d'autrui, du moins de certains de nos semblables, susceptibles de nous faire découvrir des voies ignorées ou une nouvelle raison de vivre", puis précisant sa pensée : "ce qui est sûr, c'est que toute rencontre à commencer par la rencontre analytique, dérange.(...) Mais parallèlement, toute rencontre féconde suscite des réactions de déliaison et de liaison dans le système des représentations et des affects, base d'une impression fréquente

d'accroissement d'énergie ou d'une modification économique quelle qu'elle soit. En fait, plus que d'un gain énergétique, il s'agit d'un gain de sens" (p. 211).

... Oserions-nous envisager ce qui se passe quelquefois lors d'un examen psychologique comme une ébauche d'avènement de sens, aidant l'adolescent à ***choisir le changement, la vie et la liberté*** ?

... Serions-nous là proches de D. SIBERTIN-BLANC (1994) s'interrogeant sur les intentions des jeunes suicidants et envisageant le gain possible lié à "une rencontre" thérapeutique : "ces enfants ont en effet quelques chances de se sentir compris si, malgré leur extravagance, leurs comportements déclenchent ***des réactions inédites***, qui cherchent à les délivrer de leur aveuglante et redoutable opacité" (p. 1141).

Retrouvons alors, pour clore cette étude, WINNICOTT (1969) se penchant sur ***"ce qui menace la liberté"...***

Selon lui, en effet, ***"personne n'est indépendant de l'environnement et il y a des conditions d'environnement qui détruisent le sentiment de liberté même chez ceux qui auraient pu en jouir."*** Ainsi, pour cet auteur "le propre de la cruauté est de détruire chez un être cette part d'espoir qui donne un sens à l'impulsion créatrice, à la pensée et à la vie créatrices" (p. 72).

Il relève "***le terrible contraste*** qui existe entre ceux qui sont libres de jouir de la vie et qui vivent d'une manière créatrice, et ceux qui ne sont pas libres parce qu'ils sont sans cesse aux prises avec l'angoisse, ou avec la dépression ou un trouble comportemental qui n'a de sens que si l'on connaît l'ensemble" (p. 7)... Comment ne pas songer ici ***au manque de liberté de "Camille" et à celle, éclatante, de "Paul"*** ?

... Ce qui est sûr, nous dit WINNICOTT, citant la formule du journaliste New-Yorkais J.M. KEYNES, c'est que ***"le prix de la liberté, c'est une incessante vigilance."***

... Mais ce qui l'est tout autant, c'est qu'en juin 1997, ***l'état de santé des jeunes de 10 à 24 ans***, estimé par le Haut Comité de santé publique, ***"est toujours alarmant"...*** Information justifiant pleinement la mise en place de recherches du type de celle que nous avons menée...

VII - BIBLIOGRAPHIE

ADAMS D.M., OVERHOLSER J.C., SPIRITO A. (1994). Stressful life events associated with adolescent suicide attempts, *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 1, 43-48.

AMIEL-LEBIGRE F., PICHOT P. (1981). Variation concomitante entre événements stressants de la vie et évolution de la morbidité psychique dans un groupe de jeunes, *Annales Médico-Psychologiques*, 139, 1, 1-10.

AMIEL-LEBIGRE F., PELC I., LAGORCE A. (1984). Evénements existentiels et dépression : Une étude comparative de plusieurs types de déprimés, *Annales Médico-Psychologiques*, 142, 7, 937-949.

ANDREASEN N.C., ENDICOTT J., SPITZER R.L., WINOKUR G. (1977). The family history method using research diagnostic criteria : Reliability and validity, *Archives of General Psychiatry*, 34, 1229-1235.

ANDREWS J.A., LEWINSOHN P.M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents : Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 655-622.

ANZIEU D., CHABERT C. (1987). *Les méthodes projectives*, Paris, Puf, 8e édition, 342 p.

APTER A., BLEICH A., KING R.A., KRON S., FLUCH A., KOTLER M., COHEN D.J. (1993). Death without warning : A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males, *Archives of General Psychiatry*, 50, 138-142.

BACQUE M.F. (1989). *Perte d'objet et lutte antidépressive : Inscription dans le corps de la faillite du travail de deuil*, Thèse de Doctorat en Psychologie, Université Paris 5.

BEAUFILS B. (1996a). *Statistiques Appliquées à la Psychologie. Tome 1 : Statistiques descriptives*, Bréal, Collection Lexifac, 238 p.

BEAUFILS B. (1996b). *Statistiques Appliquées à la Psychologie. Tome 2 : Statistiques inférentielles*, Bréal, Collection Lexifac, 221 p.

BECK A.T., WARD C., MENDELSON M., MECK J., ERBAUGH J. (1961). An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

BECK A.T. (1967). *Depression : Clinical, experimental and theoretical aspects*, New York, Harper and Row.

BECK A.T., WEISSMAN A., LESTER D., TREXLER L. (1974a). The measurement of pessimism : The hopelessness scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.

BECK A.T., SCHUYLER D., HERMAN I. (1974b). Development of suicidal intent scales, in Beck A.T., Resnik H., Lettieri D.J., *The prediction of suicide*, Bowie, MD, Charles Press.

BERGERET J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod, Collection "Psychismes", 1985, 333 p.

BERGERET J. (1990a). *Les toxicomanes parmi les autres*, Paris, Odile Jacob, 250 p.

BERGERET J. (1990b). Les conduites addictives : Approche clinique et thérapeutique, in *Les nouvelles addictions*, sous la direction de Venisse J.L., Paris, Masson, 3-9.

BERGERET J. (1992). Les dépressions et leurs bases dans une optique thérapeutique, *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française*, 36, 5-23.

BERGERET J. (1996). L'incertaine subtilité des limites nosologiques, *Revue Française de Psychanalyse*, Psychiatrie/Psychanalyse, 60, 2, 299-316.

BILLE-BRAHE U., SCHMIDTKE A. (1995). Conduites suicidaires des adolescents : La situation en Europe, in *Adolescence et Suicide*, sous la direction de Ladame F., Ottino J., Pawlak C., Paris, Masson, 18-38.

BION W.R. (1962). *Learning from Experience*, Londres, P. Heineman.

BIRLSEN P. (1981). The validity of depressive disorders in childhood and the development of a self-rating scale : A research report, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 73-88.

BONNER R.L., RICH R.R. (1987). Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior : Some preliminary data in college students, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17, 1, 50-63.

BRENT D.A., PERPER J.A., GOLDSTEIN C.E., KOLKO D.J., ALLAN M.J., ALLMAN C.J., ZELENAK J.P. (1988). Risk factors for adolescent suicide : A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients, *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.

BRENT D.A., PERPER J.A., MORITZ G. et al. (1992). Psychiatric effects of exposure to suicide among the friends and acquaintances of adolescent suicide victims, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 629-640.

BRENT D.A., PERPER J.A., MORITZ G., ALLMAN C., ROTH C., SCHWEERS J. BALACH L., BAUGHER M. (1993). Psychiatric risk for adolescent suicide : A case control study, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 521-529.

BRENT D.A., PERPER J.A., MORITZ G., LIOTUS L., SCHWEERS J., BALACH L., ROTH C. (1994a). Familial risk factors for adolescent suicide : A case-control study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 1, 52-58.

BRENT D.A., PERPER J.A., MORITZ G., BAUGHER M., SCHWEERS J., ROTH C. (1994b). Gender, conduct disorder, and suicide : An exploration of the gender differences for adolescent suicide, *Manuscript under review*.

BRENT D.A. (1995). Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior : Mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress, *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 25, (suppl.), 52-63.

BULLETIN OFFICIEL (1991). *Note n° 55 du 31 juillet 1991 d'information sur les problèmes de suicides et tentatives de suicide*, Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, 37, 143-158.

CASSIERS L. (1968). *Le psychopathe délinquant*, Bruxelles, Dessart.

CASSIN M., GAZAGNAIRE F. (1996). *Etude de l'influence des événements de vie stressants sur la personnalité des adolescents*, Mémoire de Maîtrise en Psychologie, Nancy 2.

CAUSES MEDICALES DE DECES. *Année 1993, résultats définitifs*, France, INSERM, SC8, 16 p.

CHABERT C. (1983). Modalités du fonctionnement psychique des adolescents à travers le RORSCHACH et le T.A.T., *Psychologie Française*, 28, 2, 187-194.

CHABERT C. (1986). Y-a-t-il une spécificité des RORSCHACH d'adolescents ?, *Bulletin de Psychologie*, numéro spécial "Psychologie Projective III", 39, 376, 655-658.

CHABERT C. (1988). Les méthodes projectives en psychosomatique, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 400 D^{10}, 6, 1-4.

CHABERT C. (1990a). Entre dedans et dehors : La contrainte au RORSCHACH, *Adolescence*, 8, 1, 185-198.

CHABERT C. (1990b). Les potentialités de changement chez les adolescents psychotiques : Contribution du RORSCHACH et du TAT à une étude longitudinale, *Revue de Psychologie Appliquée*, 40, 2, 113-137.

CHABERT C. (1991). Interprétation des épreuves projectives à l'adolescence, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 213 B^{10}, 1-4.

CHABROL H. (1984). *Les comportements suicidaires de l'adolescent,* série Nodules, Paris, Puf, 91 p.

CHOQUET M., ANGEL P., DAVIDSON F. (1983a). Validation d'une échelle de risque de récidive, *Crisis,* 4, 80-86.

CHOQUET M., FACY F., DAVIDSON F. (1983b). Suicide et tentative de suicide de l'adolescent, *Soins Psychiatrie,* 32-33,17-22.

CHOQUET M., DAVIDSON F. (1984a). Tentatives de suicide en milieu scolaire, *Synapse*, 2, 31-38.

CHOQUET M., DAVIDSON F. (1984b). Famille et suicide : Quelle famille pour les suicidants ? *Pychologie Médicale,* 16, 2035-2037.

CHOQUET M., LEDOUX S., MENKE H. (1988). *La santé des adolescents*, INSERM-DF, Paris, 130 p.

CHOQUET M. (1989a). Le vécu du corps par les adolescents suicidaires : Approche épidémiologique, *Psychologie Médicale*, 21, 449-452.

CHOQUET M. (1989b). Le phénomène "suicide" parmi les adolescents en France : Approche épidémiologique, in *Tentatives de suicide à l'adolescence,* Colloque du Centre International de l'Enfance, 12-14 décembre 1988, Paris, CIE, 51-65.

CHOQUET M. (1991). Le suicide des adolescents : Approche psychosociale du phénomène suicide, *Bulletin du CLCJ,* 24, 62-66.

CHOQUET M., KOVESS V., POUTIGNAT N. (1993). Suicidal thoughts among adolescents : An intercultural approach, *Adolescence,* 28, 111, 649-659.

CHOQUET M. LEDOUX S. (1994a). Epidémiologie et adolescence, *Confrontations Psychiatriques,* 35, 287-309.

CHOQUET M., LEDOUX S. (1994b). *Adolescents : Enquête nationale.* La Documentation Française, Paris, INSERM, 346 p.

CHOQUET M., LEDOUX S. (1994c). Réalités des conduites de dépendance à l'adolescence en France, in *Dépendance et conduites de dépendance*, sous la direction de Bailly D., Venisse J.L., Paris, Masson, 3-17.

CHOQUET M. (1994d). Le désespoir en chiffres, *Science et Vie,* 188, 73-75.

CHOQUET M., BOYER R. (1995a). Les différences entre les garçons et les filles à travers des enquêtes sociologiques et épidémiologiques, in *Adolescentes, adolescents : Psychopathologie différentielle*, sous la direction de Braconnier A., Chiland C., Choquet M., Pomarède R., Paris, Bayard/Fondation de France, Collection Païdos/Adolescence, 43-57.

CHOQUET M., MARECHAL C. (1995b). Tentatives de suicide : la prévention primaire, in Duval G., Choquet M., Catteau C., Thomas L.V., Reversy J.F., *Suicides et tentatives de suicide à La Réunion : Epidémiologie, anthropologie, abord socio-culturel, essai de prévention*, INSERM, Paris, L'Harmattan, 221-227.

CHRISTENSEN P.R., GUILFORD J.P., MERRIFIELD P.R., WILSON R.C. (1960). *Alternate uses : Form B.*, Beverly Hills, CA, Sheridan Supply.

CODDINGTON R.D. (1972a). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children : I. A survey of professional workers, *Journal of Psychosomatic Research,* 16, 7-18.

CODDINGTON R.D. (1972b). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children : II. A study of a normal population, *Journal of Psychosomatic Research,* 16, 205-213.

DAVID C. (1984). Un rien qui bouge et tout est changé, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, Le Destin, 30, 199-213.

DAVIDSON F., CHOQUET M., ETIENNE M., TALEGHANI M. (1972). Contribution à l'étude du suicide des adolescents : Etude médico-sociale de 139 tentatives de suicide, *Encéphale,* 4, 1-32.

DAVIDSON F., CHOQUET M. (1976a). Etude épidémiologique du suicide de l'adolescent : Comparaison entre suicidants primaires et suicidants récidivistes, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique,* 24, 11-26.

DAVIDSON F., CHOQUET M., FACY F. (1976b). La notion de risque dans le domaine du suicide de l'adolescent, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 24, 283-300.

DAVIDSON F., TALEGHANI M., COURTECUISSE N., CHOQUET M. (1977). Etude des durées d'hospitalisation et des orientations thérapeutiques dans 143 cas de tentatives de suicides d'adolescents, *Psychologie Médicale,* 9, 57-65.

DAVIDSON F., CHOQUET M. (1978). Apport de l'épidémiologie à la compréhension et la prévention du suicide de l'adolescent, *Revue de Neuropsychiatrie Infantile,* 26, 683-691.

DAVIDSON F., CHOQUET M. (1981). *Le suicide de l'adolescent : Etude épidémiologique*, Paris, ESF, 135 p.

DAVIDSON F. (1985). Le suicide chez l'enfant et l'adolescent. I. Approche épidémiologique, in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. : *Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, Paris, Puf, III, 177-198.

DAVIDSON F., PHILIPPE F. (1986). *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui : Etude épidémiologique,* Paris, Doin, 173 p.

DE WILDE E.J., KIENHORST C.W.M., DIEKSTRA R.F.W., WOLTERS W.H.G. (1992). The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence, *American Journal of Psychiatry*, 149, 1, 45-51.

DE WILDE E.J., KIENHORST C.W.M., DIEKSTRA R.F.W., WOLTERS W.H.G. (1994). Social support, life events, and behavioral characteristics of psychologically distressed adolescents at high risk for attempting suicide, *Adolescence*, 29, 113, 49-60.

DEBRAY R. (1983a). *L'équilibre psychosomatique. Organisation mentale des diabétiques*, Paris, Dunod, Collection "Psychismes", 258 p.

DEBRAY R. (1983b). Préconscient et maladie somatique : Quelques interrogations actuelles, *Revue Française de Psychanalyse*, 157, 2, 527-537.

DEBRAY R. (1985). Adolescence et maladie somatique : Quelques réflexions actuelles, *Adolescence*, 3, 2, 309-319.

DEBRAY R. (1990). Quand trop de réalité fige la remémoration, *Revue Française de Psychanalyse*, Remémoration et prises de conscience, 54, 4, 931-945.

DEBRAY R. (1991a). Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique, *Revue Française de Psychosomatique*, 1, 41-57.

DEBRAY R. (1991b). Consultations et traitements conjoints de la triade père-mère-bébé, *Revue Française de Psychanalyse*, Psychothérapie et idéal psychanalytique, 55, 3, 685-702.

DEBRAY R. (1991c). A propos de l'organisation psychique des sujets séro-positifs : Un état de névrose traumatique, *Bulletin de Psychologie*, XLIV, 398, 69-71.

DEBRAY R. (1992a). Aléas de l'accès à la position passive ou vicissitudes de la pulsion d'emprise ? , *Revue Française de Psychanalyse*, n° spécial congrès "De l'emprise à la perversion", 56, 5, 1441-1444.

DEBRAY R. (1992b). Questions théoriques en psychosomatique chez le bébé et le jeune enfant, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 200 E[10], 1-4.

DEBRAY R., BENSAÏD-MREJEN D., BOEKHOLT M., CHABERT C., EMMANUELLI M. (1993). Modalités de fonctionnement psychique et expression gynécologique chez trente jeunes femmes, *Revue Française de Psychosomatique*, 4, 165-183.

DEBRAY R. (1996a). *Clinique de l'expression somatique*, Paris, Delachaux et Niestlé, 316 p.

DEBRAY R. (1996b). Développement psychique et évolution des conduites de jeu, *Revue Française de Psychosomatique*, 9, 183-195.

DEBRAY R. (1997). TAT et économie psychosomatique : un bilan actuel, *Psychologie clinique et projective*, Psychosomatique, 3, 19-37

DEJOURS C. (1986). *Le corps entre biologie et psychanalyse. Essai d'interprétation comparée*, Paris, Payot, 270 p.

DEJOURS C. (1989). *Recherches psychanalytiques sur le corps. Répression et subversion en psychosomatique*, Paris, Payot, 182 p.

DEJOURS C. (1993). Le corps dans l'interprétation, *Revue Française de Psychosomatique*, 3, 109-119.

DEJOURS C. (1995). Doctrine et théorie en psychosomatique, *Revue Française de Psychosomatique*, 7, 59-80.

DEJOURS C. (1996). Sens et destructivité dans la névrose de comportement, *Revue Française de Psychosomatique*, 10, 17-27.

DIEKSTRA R.F.W., GULBINAT W. (1993). The epidemiology of suicidal behaviour : A review of three continents, *World Health Statistics Quarterly*, 46, 1, 52-68.

DIEKSTRA R.F.W., GARNEFSKI N. (1995). On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors : An international perspective, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 1, 36-57.

DIEKSTRA R.F.W., KIENHORST C., DE WILDE E. (in press). Suicide and parasuicide, in Rutter M., *Psychosocial problems of youth in a changing Europe*, Cambridge, Cambridge University Press (prepared for the Academia Europea Study Group on Youth Problems).

DUBOR P. (1981). Aspects du réel dans l'outsight et le procès de mentalisation : En quoi la continuité du cadre favorise-t-elle le développement de l'objectalité, *Bulletin de Psychologie*, XXXIV, 350, 564-569.

DURKHEIM E. (1960). *Le suicide*, Paris, Puf.

EBTINGER R., SICHEL J.P. (1971). L'hypocondrie et le suicide chez l'adolescent, *Confrontations Psychiatriques,* 7, 81-101.

EXNER J.E. (1990). *The Rorschach : A comprehensive system*, New York, Wiley.

FABRE A.P., DESCLAUX P., LARENG L., MILLET L., MORON P., SCHMITT L. (1989). Suicide et cancer, *Psychologie Médicale*, 21, 4, 525-527.

FACY F., CHOQUET M. (1979). Rôle différenciateur du sexe chez les adolescents ayant fait une tentative de suicide, *Psychologie Médicale,* 11, 123-130.

FACY F., MICHEL E., PHILIPPE A., HATTON F. (1990). Mortalité par suicide, in *Psychiatrie et Santé Mentale,* Cahiers Solidarité- Santé, La documentation française, 17, 143-57.

FACY F., RAMIREZ M.A. (1994). Aspects épidémiologiques des tentatives de suicide, in *Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*, sous la direction de Jeammet Ph., Birot E., Paris, Puf, 63-88.

FACY F. (1995). Le suicide chez l'enfant et l'adolescent : Approche épidémiologique, in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. : *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, Paris, Puf, II, 1501-1515.

FERGUSON W.E. (1981). Gifted adolescents, stress, and life changes, *Adolescence*, 16, 64, 973-985.

FERRERI M., VACHER J., ALBY J.M. (1987). Evénements de vie et dépression, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 879 A^{10}, 2, 1-10.

FOMBONNE E. (in press). Secular trends in depressive disorders, in Rutter M. : *Psychosocial problems of youth in a changing Europe*, Cambridge, Cambridge University Press (prepared for the Academia Study Group on Youth Problems).

FREMOUW W., CALLAHAN T., KASHDEN J. (1993). Adolescent suicidal risk : Psychological, problem solving, and environmental factors, *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 23, 1, 46-54.

FREUD S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, (1962 pour la traduction française), Paris, Gallimard, 189 p.

FREUD S. (1915). Pulsions et destins de pulsions, in Freud S. : *Oeuvres complètes, Psychanalyse*, XIII, 1988, Paris, Puf, 161-185.

FURTOS J. (1980). Propositions pour une conduite à tenir devant les sujets pré-suicidaires, in Guyotat J. et coll., *Psychothérapies Médicales*, Paris, Masson, 2, 91-102.

GAREL P. (1995). Comportements suicidaires et pertinence de l'intervention de crise, in *Adolescence et suicide*, sous la direction de Ladame F., Ottino J., Pawlak C., Paris, Masson, 165-172.

GARRISON C.Z., JACKSON K.L., ADDY C.L., McKEOWN R.E., WALLER J.L. (1991a). Suicidal behaviors in young adolescents, *American Journal of Epidemiology*, 133, 1005-1014.

GARRISON C.Z., ADDY C.L., KIRBY L.J., McKEOWN R.E., WALLER J.L. (1991b). A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 597-603.

GASQUET I., CHOQUET M. (1993a). Gender role in adolescent suicidal behavior : Observations and therapeutic implications, *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 87, 59-65.

GASQUET I., CHOQUET M. (1993b). Accueil des adolescents suicidants à l'hôpital général : Rôle des diagnostics associés dans la décision thérapeutique, perspectives épidémiologiques, *Psychologie Médicale,* 25, 400-404.

GASQUET I., CHOQUET M. (1995). Spécificité du comportement suicidaire des garçons à l'adolescence, implications thérapeutiques, in *Adolescentes, Adolescents, Psychopathologie différentielle,* sous la direction de BRACONNIER A., CHILAND C., CHOQUET M., POMAREDE R., Paris, Bayard/Fondation de France, Collection Païdos/Adolescence, 81-91.

GREEN A. (1973). *Le discours vivant : La conception psychanalytique de l'affect*, Paris, Puf.

GUETTE P. (1986). *Les processus de mentalisation chez le toxicomane*, Thèse de Doctorat en Psychologie, Université Lumière Lyon 2.

GUILFORD J.P., CHRISTENSEN P.R., MERRIFIELD P.R. et al. (1978). *Alternate uses : Manual of instructions and interpretations*, Orange, CA, Sheridan Psychological Services.

GUTTON Ph. (1986). Dépressivité et stratégies dépressives, *Adolescence*, 4, 2, 171-178.

HAIM A. (1969). *Les suicides d'adolescents*, Paris, Payot, 303 p.

HATTON F., FACY F., LETOULLEC A. (1996). Evolution récente de la mortalité par suicide en France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire,* 30, 132-133.

HOLMES T.H., RAHE R.H. (1967). The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

HOROWITZ M.J., MILNER N., ALVAREZ W. (1979). Impact of Event Scale : A measure of subjective stress, *Psychological Medicine*, 41, 209-218.

HOUDIARD C. (1989). A propos des tentatives de suicide chez les jeunes adolescents, *Revue Française de Psychiatrie*, 7, 5, 19-21.

ISRAEL L. (1972). L'hystérie aujourd'hui comme hier, in *A propos de l'hystérie : Conférences du Professeur Lucien ISRAEL*, Paris, Laboratoires Cassenne, 1-16.

JASMIN C., LÊ M.G., MARTY M., HERZBERG R., the Psycho-Oncologic Group (1990). Evidence for a link between certain paychological factors and the risk of breast cancer in a case-control study, *Annals of Oncology*, 1, 22-29.

JEAMMET Ph. (1985a). La dépression chez l'adolescent, in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. : *Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, Paris, Puf, II, 305-325.

JEAMMET Ph. (1985b). Actualité de l'agir : A propos de l'adolescence, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, Les Actes, 31, 201-222.

JEAMMET Ph. (1986a). Les tentatives de suicide des adolescents : Réflexions sur les caractéristiques de leur fonctionnement mental, *Adolescence*, 4, 2, 225-232.

JEAMMET Ph. (1986b). Manifestations névrotiques de l'adolescent : Leurs significations, *Revue de l'Etudiant en Médecine*, 2, 1, 171-177.

JEAMMET Ph., RENARD L. (1986c). Spécificité et diversité de la psychopathologie de l'adolescent : A propos des symptômes et conduites impliquant le corps, *Annales de Pédiatrie*, 33, 8, 663-669.

JEAMMET Ph. (1987). Conduites suicidaires chez les adolescents, *La revue du Praticien*, 37, 13, 725-730.

JEAMMET Ph. (1989a). Les assises narcissiques de la symbolisation, *Revue Francaise de Psychanalyse*, 53, 6, 1763-1773.

JEAMMET Ph. (1989b). Etude psychopathologique des conditions du présuicide et du suicide chez l'adolescent, in *Tentatives de suicide à l'adolescence*, Colloque du Centre International de l'Enfance, 12-14 décembre 1988, Paris, CIE, 95-109.

JEAMMET Ph. (1990a). Les destins de la dépendance à l'adolescence, *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 38, 4-5, 190-199.

JEAMMET Ph. (1990b). Fonctionnement psychique à l'adolescence et travail de représentation, Conférence inaugurale in *Rorchachiana XVIII*, Paris, Editions du Centre de Psychologie Appliquée, 21-30.

JEAMMET Ph. (1991). Vers une clinique de la post-adolescence, *Nervure*, 4, 5, 9-15.

JEAMMET Ph. (1993). Les tests projectifs à l'adolescence. Point de vue du clinicien, *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française*, Adolescence, 37, 3-6.

JEAMMET Ph., BIROT E. (Sous la direction de), (1994). Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte, Paris, Puf, 265 p.

JEAMMET Ph., BIROT E. (1995a). Psychopathologie des tentatives de suicide : étude statistico-clinique, in *Adolescence et suicide*, sous la direction de Ladame F., Ottino J., Pawlak C., Paris, Masson, 92-109.

JEAMMET Ph. (1995b). La dépression chez l'adolescent, in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. : *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, Paris, Puf, II, 1477-1499.

JEAMMET Ph. (1996). Les agirs à l'adolescence, *Revue Pratique de Psychologie de la Vie Sociale et d' Hygiène Mentale*, 1, 17-24.

JUON H.S. (1992). *The effect of school failure on delinquency and psychological distress : A longitudinal study of Korean adolescents*, Unpublished doctoral dissertation, The Johns Hopkins University, Baltimore, MD.

JUON H.S., NAM J.J., ENSMINGER M.E. (1994). Epidemiology of suicidal behavior among Korean adolescents, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 4, 663-676.

KABUTH B., FERRAND M., VIDAILHET C., TRIDON P. (1991). *Dépressivité et suicide : étude rétrospective de jeunes adolescents hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants du CHU de Nancy*, Communication aux XIe Journées de l'Information Psychiatrique, Dépression et Dépressivité, Angers, octobre 1991.

KABUTH B., FERRAND M., SIBIRIL V., VIDAILHET C. (1993). *Tentative de suicide et parents séparés : étude rétrospective d'une population d'adolescents hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy-Brabois,* Communication aux Journées Montpellieraines de Psychiatrie, L'Intérêt de l'enfant lors de la séparation des parents, Montpellier, septembre 1993.

KABUTH B., VIDAILHET C. (1994). Quelques réflexions à propos de psychothérapies d'adolescents suicidants , *Psychologie Médicale*, 26, numéro spécial 11, 1156-1158.

KAES R. (1981). Eléments pour une psychanalyse des mentalités, *Bulletin de Psychologie*, XXXIV, 350, 451-463.

KAMINSKY M., BOUVIER-COLLE M.H., BLONDEL B. (1985). *Mortalité des jeunes dans la Communauté Européenne*, Paris, Inserm, Doin, 310 p.

KANDEL D.B. (1989). Epidémiologie et facteurs de risque des idées suicidaires chez l'adolescent : Etat dépressif, consommation de drogues et problèmes de comportement, in *Tentatives de suicide à l'adolescence*, Colloque du Centre International de l'Enfance, 12-14 décembre 1988, Paris, CIE, 137-165.

KANDEL D.B., RAVEIS V.H., DAVIES M. (1991). Suicidal ideation in adolescence : Depression, substance use, and other risk factors, *Journal of Youth and Adolescence,* 20, 289-309.

KASHANI J.H., GODDARD C.P., REID J.C. (1989). Correlates of suicidal ideation in a community sample of children and adolescents, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 912-917.

KAZDIN A.E., RODGAS A., COLBUS D. (1986). The Hopelessness Scale for Children : Psychometric characteristics and concurrent validity, *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 54, 241-245.

KIENHORST C.W.M., DE WILDE E.J., DIEKSTRA R.F.W., WOLTERS W.H.G. (1991). Construction of an index for predicting suicide attempts in depressed adolescents, *British Journal of Psychiatry*, 159, 676-682.

KLEIN M. (1932). *La Psychanalyse des enfants*, (1969 pour la traduction française), Paris, Puf.

KLEIN M. (1952). *Développements de la psychanalyse*, (1976 pour la traduction française), Paris, Puf.

KOVESS V., CHOQUET M. (1989). Suicide et idées suicidaires chez les adolescents : Comparaison Franco-Québecoise, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence,* 37, 243-250.

LACAN J. (1966). *Ecrits*, Paris, Seuil.

LACAN J. (1973). *Le Séminaire. Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil.

LADAME F. (1981). *Les tentatives de suicide des adolescents,* Paris, Masson, 98 p.

LADAME F. (1989). Les tentatives de suicide des adolescents : Pourquoi ? Comment ?, in *Adolescence et suicide*, sous la direction de Caglar H., Paris, ESF, 17-35.

LADAME F. (1992). Suicide prevention in adolescence : An overview of current trends, 5th Congress of the International Association for Adolescent Health, Montreux, *Journal of Adolescent Health,* 13, 5, 406-408.

LADAME F. (1995). Le suicide chez l'enfant et l'adolescent : Approche clinique, in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. : *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, II, 1517-1525.

LEWINSOHN P.M., ROHDE P., SEELEY J.R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts, *Journal of consulting and clinical psychology*, 62, 2, 297-305.

LINEHAN M., GOODSTEIN J., NIELSEN S., CHILES J., (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself : The Reasons for Living Inventory, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286.

LINEHAN M., CAMPER P., CHILES J., STROSAHL K., SHEARIN E. (1987). Interpersonal problem solving, *Cognitive Therapy and Research*, 11, 1-12.

M'UZAN M. de (1984). Les esclaves de la quantité, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, Le Destin, 30, 129-138.

MARCELLI D., BRACONNIER A. (1988). *Psychopathologie de l'adolescent* , Paris, Masson.

MARCELLI D. (1990). *Adolescences et dépressions*, Paris, Masson, 165 p.

MARCELLI D., BRACONNIER A. (1995). *Adolescence et Psychopathologie*, Paris, Masson, 569 p.

MARCELLI D. (1996). Une psyché vide d'émotion exige un corps plein de sensations : Du lien précoce au lien d'addiction,*Cahiers de psychologie clinique*, 6, Les adolescents, De Boeck Université, 111-127.

MARTIN M., BLOCH-LAINE F., DUPLANT N., LEMOIGNE A., DES LIGNERIS J., POGGIONOVO M.P. (1995). La féminité à l'adolescence : renoncement ou conquête, *Psychologie Clinique et Projective*, Féminin, maternel, 1, 1, 87-96.

MARTTUNEN M., ARO H., HENRIKSSON M., LONNQVIST J. (1991). Mental disorders in adolescent suicide DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13-to 19-year-olds in Finland, *Archives of General Psychiatry*, 48, 834-839.

MARTUNNEN M., ARO H., HENRIKSSON M., LONNQVIST J. (1995). Le suicide des adolescents en Finlande, in *Adolescence et suicide*, sous la direction de Ladame F., Ottino J., Pawlak C., Paris, Masson, 39-46.

MARTY P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*, Paris, Puf, Collection "Que sais-je ?", n° 1850.

MARTY P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*, Paris, Laboratoires Delagrange, Collection "Les Empêcheurs de penser en rond", 53 p.

MARTY P., NICOLAÏDIS N. (1996). *Psychosomatique*, L'Esprit du Temps, Collection "Perspectives Psychanalytiques", 181 p.

McCUBBIN H., PATTERSON J., BAUMAN E., HARRIS L. (1982). Adolescent-family inventory of life events and changes, in Olson D., McCubbin H., Barnes H., Larsen A., Muken M., Wilson M. : *Family inventories*, St. Paul, Family Social Science.

MORANO C.D., CISLER R.A., LEMEROND J. (1993). Risk factors for adolescent suicidal behavior : Loss, insufficient familial support, and hopelessness, *Adolescence*, 28, 112, 851-865.

MORON P. (1985). Le suicide chez l'enfant et l'adolescent : Etude clinique et thérapeutique. in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. :*Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, III, 199-208.

NASIO J.D. (Sous la direction de), (1994). *Introduction aux oeuvres de FREUD, FERENCZI, GRODDECK, KLEIN, WINNICOTT, DOLTO, LACAN*, Paris, Rivages Psychanalyse, 457 p.

OTTO U. (1972). Suicidal acts by children and adolescents, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl. 233, 5-123.

PATRIS M. (1995). Facteurs de gravité dans un syndrome dépressif, in *Dépression : Risque suicidaire et indices de gravité*, sous la direction de Caillard V., Cialdella P., Bourgeois M., Colonna L., Médecine-Sciences, Flammarion, 52-55.

PETERSEN A.C., COMPAS B., BROOKS-GUNN J. (1993). *Depression in adolescence : Current knowledge, research directions and implications for programs and policy*, Washington, DC, Carnegie Council on Adolescent Development.

PFEFFER C.R., ZUCKERMAN S., PLUTCHIK R., MIZRUCHI M.S. (1984). Suicidal behavior in normal school children : A comparison with child psychiatric inpatients, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 416-423.

PFEFFER C.R., NEWCORN J., KAPLAN G., MIZRUCHI M.S., PLUTCHIK R. (1988). Suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 357-361.

PHILIPPE A., FACY F. (1984). Pathologie familiale et risque suicidaire, *Psychologie Médicale,* 16, 12, 2039-2043.

PLANCHEREL B., NUNEZ R., BOLOGNINI M., LEIDI C., BETTSCHART W. (1992). L'évaluation des événements existentiels comme prédicteurs de la santé psychique à la pré-adolescence, *Revue européenne de Psychologie Appliquée*, 42, 3, 229-239.

PLANCHEREL B., BETTSCHART W., BOLOGNINI M., DUMONT M., HALFON O. (1997). Influence comparée des événements existentiels et des tracas quotidiens sur la santé psychique à la préadolescence, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 3, 126-136.

PLATT J.J., SPIVACK G., BLOOM W. (1975). *Manual for the Means-End Problem-Solving procedure (MEPS) : A measure of interpersonal problem-solving skill*, Philadelphia, Hahnemann Medical College and Hospital, Department of Mental Health Sciences.

POMMEREAU X. (1996). *L'adolescent suicidaire,* Paris, Dunod, 233 p.

POMMEREAU X. (1997). *Quand l'adolescent va mal*, J.C. Lattès, 238 p.

RAUSCH de TRAUBENBERG N., SHENTOUB V. (1982). Tests de projection de la personnalité, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 190 A^{10}, 9, 1-14.

RAUSCH de TRAUBENBERG N. (1983). *La pratique du RORSCHACH*, Paris, Puf, 5e édition, 230 p.

RAUSCH de TRAUBENBERG N., SANGLADE A. (1984). Représentation de soi et relation d'objet au RORSCHACH : Grille de représentation de soi, *Revue de Psychologie Appliquée*, 34, 1, 41-57.

RAUSCH de TRAUBENBERG N., BLOCH-LAINE F., BOIZOU M.F., DUPLANT N., MARTIN M., POGGIONOVO M.P. (1990). Modalités d'analyse de la dynamique affective au RORSCHACH : Grille d'analyse de la dynamique affective, *Revue de Psychologie Appliquée*, 40, 2, 245-258.

RAUSCH de TRAUBENBERG N., BLOCH-LAINE F., DUPLANT N., MARTIN M., POGGIONOVO M.P. (1993). Le RORSCHACH à l'adolescence : La clinique du normal, *Bulletin de la Société du RORSCHACH et des Méthodes Projectives de Langue Française*, 37, 7-39.

RAUTUREAU Ph. (1992). *Protocole d'accueil et de prise en charge initiale des jeunes suicidants au C.H.U. de Nancy*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université Nancy 1.

REALISATION ORSAS (1994). *Les Suicides en Lorraine*, La santé observée en Lorraine, Fiche 8.5.

REINHERZ H.Z., GIACONIA R.M., SILVERMAN A.B., FRIEDMAN A., PAKIZ B., FROST A.K., COHEN E. (1995). Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 5, 599-611.

REYNOLDS W.M. (1987a). *Reynold's Adolescent Depression Scale*, Odessa FL, Psychological Assessment Resources.

REYNOLDS W.M. (1987b). *Suicide Ideation Questionnaire*, Odessa FL, Psychological Assessment Resources.

RICH C.L., YOUNG D., FOWLER R.C. (1986). San Diego suicide study, I, young vs old subjects, *Archives of General Psychiatry*, 43, 577-582.

RICH C., RICKETTS J., FOWLER R.C., YOUNG D. (1988). Some differences between men and women who commit suicide, *American Journal of Psychiatry*, 145, 718-722.

RIFF de OLIVEIRA M. (1997). *Analyse statistique de 347 tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents, à partir des enfants et adolescents hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy de 1991 à 1996*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université Nancy 1.

RUBENSTEIN J.L., HEEREN T., HOUSMAN D., RUBIN C., STECHLER G. (1989). Suicide behavior in normal adolescents: Risk and protective factors, *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 59-71.

SAMY M.H. (1989). Le syndrome de l'adolescent suicidaire : Considérations cliniques, in *Adolescence et suicide*, sous la direction de Caglar H., Paris, ESF, 37-57.

SARASON I.G., JOHNSON J., SIEGEL J. (1978). Assessing the impact of life changes : Development of the Life Experience Survey, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.

SARASON I.G., LEVINE H., BASHAM R., SARASON B. (1983). Assessing social support : The social support questionnaire, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1, 127-139.

SARASON B., SHEARIN E., PIERCE G., SARASON I.G. (1987). Interrelations of social support measures : Theoretical and practical implications, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 4, 813-832.

SCHOTTE D., CLUM G. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 49-54.

SEIFFGE-KRENKE I. (1995). *Stress, Coping, and Relationships in Adolescence*, Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 289 p.

SHAFFER D., GOULD M., FISHER P., TRAUTMAN P., MOREAU D., KLEINMAN M., FLORY M. (1994). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide, *Manuscript under review*.

SHAFII M., STELTZ-LENARSKY J., DERRICK A.M., BECKNER C., WHITTINGHILL J.R. (1988). Comorbidity of mental disorder in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents, *Journal of Affective Disorders*, 15, 227-233.

SIBERTIN-BLANC D. (1994). L'intentionnalité suicidaire avant l'adolescence, *Psychologie Médicale*, 26, numéro spécial 11, 1141-1146.

SLATER J., DEPUE R. (1981). The contribution of environmental events and social support to serious suicide attempts in primary depressive disorder, *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 4, 275-285.

SNAKKERS J., LADAME F.G., NARDINI D. (1980). La famille peut-elle empêcher l'adolescent de se suicider ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 28, 9, 393-398.

STROUGO Z., COULAUD H. (1986). Interrogations autour de la notion de stress : L'exemple de l'infarctus, *Psychologie Médicale*, 18, 14, 2233-2237.

SWEARINGEN E.M., COHEN L.H. (1985). Measurement of adolescents' life events : The Junior High Life Experiences Survey, *American Journal of Community Psychology*, 13, 69-85.

TENENBAUM-CASARI F., BON N., FOURNIER B., SPYCKERELLE Y. (1996). *Troubles psychosomatiques à l'adolescence : Une étude descriptive*, Rapport de recherche, Centre de Médecine Préventive, Nancy-Vandoeuvre, 1-11.

TIMSIT M., LEDUC A. (1981). Identification d'un profil RORSCHACH limite dans les protocoles de 50 usagers de drogues dures incarcérés, *Bulletin de la Société du RORSCHACH et des Méthodes Projectives de Langue Française*, 32, 33-58.

TIMSIT M. (1990). Distorsions des réponses kinesthésiques au RORSCHACH et somatisation, *Revue de Psychologie Appliquée*, 40, 2, 261-285.

TOOLAN J.M. (1975). Suicide in children and adolescents, *American Journal of Psychotherapy*, 29, 339-344.

TYCHEY C. de, LIGHEZZOLO J. (1983). A propos de la dépression "limite" : Contribution du test de RORSCHACH en passation "classique" et "psychanalytique", *Psychologie Française*, numéro spécial "Techniques Projectives II", 28, 2, 141-155.

TYCHEY C. de, CAHEN T., SAGNES L. (1990). Capacités d'élaboration symbolique des pulsions et passage à l'acte suicidaire : Approche comparée à l'aide du test de RORSCHACH, *Psychologie Médicale*, 22, 8, 744-749.

TYCHEY C. de, BURNEL Fr., HELLERINGER M., HEYDEL A., KAHN M. (1991). Capacités d'élaboration symbolique et agressivité manifeste : Approche comparée par le test de RORSCHACH chez des enfants de 8 à 12 ans, *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 39, 2-3, 99-104.

TYCHEY C. de, REBOURG C., VIVOT M. (1992). Etude comparée des conceptions de l'imaginaire et de la mentalisation : réflexions sur leur opérationnalisation au test de RORSCHACH, *Bulletin de la Société du RORSCHACH et des Méthodes Projectives de Langue Française*, 35, 45-66.

TYCHEY C. de (1994). *L'approche des dépressions à travers le test de RORSCHACH. Point de vue théorique, diagnostique et thérapeutique*, Issy-Les-Moulineaux, EAP, 299 p.

VENISSE J.L. (Sous la direction de), (1990). *Les nouvelles addictions*, Paris, Masson.

VIDAILHET C., ANDRE J.L., LENA M., BENSLIMANE-HJIEJ S., PIERSON M. (1988). Tentatives de suicide des enfants et adolescents entre 10 et 15 ans, *Médecine et Hygiène*, 46, 473-477.

VIDAILHET C. (1994). La tentative de suicide de l'enfant et de l'adolescent : expression du désir de vivre autrement, *Psychologie Médicale*, 26, numéro spécial 11, 1147-1149.

WECHSLER D. (1974). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised*, New York, Psychological Corporation.

WEISMAN A.D., WORDEN J.W. (1972). Riskrescue rating in suicide assessment, *Archives of General Psychiatry,* 26, 553-559.

WILSON R., CHRISTENSEN P., MERRIFIELD P., GUILFORD J. (1975). *Alternate Uses Test*, Beverly Hills, CA, Sheridan Psychological Company.

WILSON K.G., STELZER J., BERGMAN J.N., KRAL M.J., INAYATULLAH M., ELLIOTT C.A. (1995). Problem solving, stress, and coping in adolescent suicide attempts, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 2, 241-252.

WINNICOTT D.W. (1958). La capacité d'être seul, in Winnicott D.W. : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, (1969 pour la traduction française), n° 253, 205-213.

WINNICOTT D.W. (1969). Liberté, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, Le Destin, 1984, 30, 69-76.

WINNICOTT D.W. (1971 pour la traduction française). *La consultation thérapeutique et l'enfant*, Gallimard, 1991, 411p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1982). *Changing patterns in suicide behaviour*, Report of a WHO working group (Athens, September 29, October 2, 1981), EURO Reports and Studies 74, Copenhagen, Regional Office for Europe, WHO.

YEAWORTH R., YORK J., HUSSEY M., INGLE M. GOODWIN T. (1980). The Development of an Adolescent Life Change Event Scale, *Adolescence*, 15, 57, 91-97.

ZIMMERMAN M. (1984). *The Positive and Negative Impact (PANI) life events interview,* Iowa City, University of Iowa, Department of Psychiatry.