

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2014

THÈSE N° 3100

**Adolescents suicidants, stratégies de coping et
locus de contrôle**
Préalable à la mise en place d'un groupe thérapeutique

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 24 octobre 2014

par

Aurela MOULIERAS

née le 20 janvier 1987, à Pau

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Jean-Pierre CLEMENT.....Président
Mme le Professeur Anne LIENHARDT-ROUSSIE Juge
M. le Professeur Laurent MAGY Juge
M. le Professeur Jean-Yves SALLE Juge
M. le Docteur Bertrand OLLIAC Directeur de la Thèse et Membre invité
M. le Docteur Jean-François ROCHE Membre invité
Mme le Docteur Anne PONSONNARD Membre invité



Université
de Limoges

FACULTÉ
DE MÉDECINE

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur Marc LASKAR

Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU

Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor (CS)

ACHARD Jean-Michel

ADENIS Jean-Paul

ALAIN Sophie

ALDIGIER Jean-Claude

ARCHAMBEAUD Françoise (CS)

ARNAUD Jean-Paul

AUBARD Yves (CS)

AUBRY Karine

BEDANE Christophe (CS)

BERTIN Philippe (CS)

BESSEDE Jean-Pierre (CS)

BONNAUD François

BORDESSOULE Dominique (CS)

CAIRE François

CHARISSOUX Jean-Louis

CLAVERE Pierre (CS)

CLEMENT Jean-Pierre (CS)

COGNE Michel (CS)

CORNU Elisabeth

COURATIER Philippe (CS)

DANTOINE Thierry (CS)

CARDIOLOGIE

PHYSIOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

NEPHROLOGIE

MEDECINE INTERNE

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

ET TRAUMATOLOGIQUE

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

O.R.L.

DERMATOLOGIE-

VENERELOGIE

THERAPEUTIQUE

O.R.L.

PNEUMOLOGIE

HEMATOLOGIE

NEUROCHIRURGIE

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

ET TRAUMATOLOGIQUE

RADIODTHERAPIE

PSYCHIATRIE D'ADULTES

IMMUNOLOGIE

CHIRURGIE THORACIQUE ET

CARDIO-VASCULAIRE

NEUROLOGIE

GERIATRIE ET BIOLOGIE DU

VIEILLISSEMENT

DARDE Marie-Laure (CS)
MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe

DESCAZEAUD Aurélien
DESSPORT Jean-Claude
DRUET-CABANAC Michel (CS)

DUMAS Jean-Philippe (CS)
ESSIG Marie (CS)
FAUCHAIS Anne-Laure (CS)
FEUILLARD Jean (CS)
FOURCADE Laurent (CS)
GAINANT Alain
GUIGONIS Vincent
JACCARD Arnaud
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile
LABROUSSE François (CS)

LACROIX Philippe
LAROCHE Marie-Laure
LASKAR Marc (CS)

LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)
LOUSTAUD-RATTI Véronique
MABIT Christian
MAGY Laurent
MARQUET Pierre (CS)

MATHONNET Muriel
MELLONI Boris (CS)
MERLE Louis
MOHTY Dania
MONTEIL Jacques (CS)

MOREAU Jean-Jacques (CS)
MOUNAYER Charbel

NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS)

PARAF François (CS)

PLOY Marie-Cécile (CS)
PREUX Pierre-Marie

PARASITOLOGIE et
MEDECINE PHYSIQUE et de
READAPTATION
UROLOGIE
NUTRITION
MEDECINE ET SANTE AU
TRAVAIL
UROLOGIE
NEPHROLOGIE
MEDECINE INTERNE
HEMATOLOGIE
CHIRURGIE INFANTILE
CHIRURGIE DIGESTIVE
PEDIATRIE
HEMATOLOGIE
IMMUNOLOGIE
ANATOMIE et CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES
MEDECINE VASCULAIRE
PHARMACOLOGIE CLINIQUE
CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIO-VASCULAIRE
PEDIATRIE
HEPATOLOGIE
ANATOMIE
NEUROLOGIE
PHARMACOLOGIE
FONDAMENTALE
CHIRURGIE DIGESTIVE
PNEUMOLOGIE
PHARMACOLOGIE CLINIQUE
CARDIOLOGIE
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE
NUCLEAIRE
NEUROCHIRURGIE
RADIOLOGIE et IMAGERIE
MEDICALE
ANESTHESIOLOGIE-
REANIMATION
MEDECINE LEGALE et DROIT de
la SANTE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE

ROBERT Pierre-Yves (CS)
SALLE Jean-Yves (CS)

SAUTEREAU Denis (CS)

STURTZ Franck (CS)

TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre

TREVES Richard

TUBIANA-MATHIEU Nicole (CS)

VALLEIX Denis (CS)

VERGNENEGRE Alain (CS)

VERGNE-SALLE Pascale

VIGNON Philippe

VINCENT François (CS)

VIROT Patrice

WEINBRECK Pierre (CS)

YARDIN Catherine (CS)

DE LA SANTE ET PREVENTION
OPHTALMOLOGIE
MEDECINE PHYSIQUE ET DE
READAPTATION
GASTRO-ENTEROLOGIE ;
HEPATOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
ENDOCRINOLOGIE, DIABETE
ET MALADIES METABOLIQUES
RHUMATOLOGIE
CANCEROLOGIE
ANATOMIE CHIRURGIE
GENERALE
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE
DE LA SANTE et PREVENTION
THERAPEUTIQUE
REANIMATION
PHYSIOLOGIE
CARDIOLOGIE
MALADIES INFECTIEUSES
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

BARRAUD Olivier

BOURTHOUMIEU Sylvie

BOUTEILLE Bernard

CHABLE Hélène

DURAND Karine

DURAND-FONTANIER Sylvaine

ESCLAIRE Françoise

HANTZ Sébastien

LE GUYADER Alexandre

LIA Anne-Sophie

PARASITOLOGIE ET
MYCOLOGIE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
PARASITOLOGIE ET
MYCOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
BIOLOGIE CELLULAIRE
ANATOMIE (CHIRURGIE
DIGESTIVE)
BIOLOGIE CELLULAIRE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIO-VASCULAIRE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE

MARIN Benoît

QUELVEN-BERTIN Isabelle

TCHALLA Achille

TERRO Faraj

WOILLARD Jean-Baptiste

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de
la SANTE et PREVENTION
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE
NUCLEAIRE
GERIATRIE et BIOLOGIE du
VIEILLISSEMENT
BIOLOGIE CELLULAIRE
PHARMACOLOGIE
FONDAMENTALE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie

PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE
MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

MENARD Dominique

MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS EMERITES

BONNETBLANC Jean-Marie

VALLAT Jean-Michel

PROFESSEUR des
UNIVERSITES EMERITE
PROFESSEUR des
UNIVERSITES EMERITE

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLÉMENT

Professeur des Universités de Psychiatrie d'adultes

Psychiatre des Hôpitaux

Chef de service

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de Thèse.

Je vous remercie pour la richesse de votre enseignement, pour votre soutien et votre disponibilité tout au long de mon internat.

Les stages réalisés dans vos services m'ont beaucoup appris sur la qualité des soins à apporter en psychiatrie.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de votre attente et vous témoignera toute mon estime.

Madame le Professeur Anne LIENHARDT-ROUSSIE

*Professeur des Universités de Pédiatrie et Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques.*

Praticien Hospitalier

Chef de Pôle de Pédiatrie à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

J'ai pu travailler et bénéficier d'un apprentissage de grande qualité en collaboration avec le service de pédiatrie générale que vous dirigez dans le cadre de mon stage en équipe de liaison de pédopsychiatrie à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant.

J'espère que ce travail saura témoigner de l'importance du travail que nous réalisons de concert avec les adolescents hospitalisés dans votre service.

Monsieur le Professeur Jean-Yves SALLE

Professeur des Universités de Médecine Physique et Réadaptation

Praticien Hospitalier

Chef de service

Vous me faites l'honneur d'être membre de ce jury de Thèse.

Je vous remercie pour la richesse et la pertinence du cours que vous nous avez donné dans le cadre du DU de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Votre spécialité et la Psychiatrie sont très semblables par le travail de rééducation à la vie que nous réalisons avec nos patients.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Laurent MAGY

Professeur des Universités de Neurologie

Praticien Hospitalier

Chef de Service

Vous m'honorez en acceptant d'être membre de ce jury de Thèse.

La neurologie et la psychiatrie s'apparentent par bien des aspects et l'expertise de l'une éclaire souvent le travail de l'autre.

Nous nous connaissons dans un autre contexte que celui de mes études. J'espère que vous trouverez ici la consécration de votre travail et du mien.

Veillez accepter l'expression de ma plus sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Jean-François ROCHE

Psychiatre des Hôpitaux

Chef de Service

Vous m'honorez en acceptant de bien vouloir juger ce travail.

La richesse de votre enseignement, du travail à vos côtés et votre humanité m'ont été précieuses.

J'ai et continue d'apprécier étudier le métier de Psychiatre d'enfant et adolescents à vos côtés.

Que ce travail soit une marque forte de tout le respect que je vous porte.

Monsieur le Docteur Bertrand OLLIAC

Psychiatre des Hôpitaux

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse.

J'ai travaillé à vos côtés avec plaisir et intérêt. Merci pour la pertinence de votre guidance, votre rigueur scientifique et votre soutien y compris dans nos désaccords.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos espérances.

Madame le Docteur Anne PONSONNARD

Psychiatre des Hôpitaux

Tu me fais l'honneur d'accepter de siéger parmi les membres invités du jury.

Je te remercie d'avoir été à mon écoute notamment dans les moments de doute. Ton soutien tout au long de cet accouchement difficile m'a été particulièrement précieux.

Je suis touchée par l'intérêt que tu as porté à mon travail, au temps et à l'énergie que tu m'as accordés.

Je n'ai pu que constater à nouveau lors de ce dernier semestre tes qualités humaines et de praticienne auprès des patients et j'espère continuer à travailler encore longtemps à tes côtés.

J'espère que ce travail témoignera de ma gratitude à ton égard.

Je remercie :

- Les psychiatres qui m'ont accueillie en stage et formée dans leurs unités :
Monsieur le Docteur Jean-François Saint-Bauzel, Madame le Docteur Mathilde Drouffe, M. le Docteur Maurice Pareaud, Monsieur le Docteur Philippe Thomas, Monsieur le Docteur Hervé Merveille, Madame le Docteur Muriel Arthus, Madame le Docteur Delphine Walocha, Monsieur le Docteur Philippe Nubukpo, M. le Docteur Pierre Villéger, Mme le Docteur Catherine Chevalier, Madame le Docteur Véronique Rouyer, Monsieur le Docteur David Fontanier, Madame le Docteur Anne-Catherine Dumont, Monsieur le Docteur Jean-François Roche, Madame le Docteur Florence Juppe, Madame le Docteur Nadine Mercier, Madame le Docteur Chantal Plougeaut, Madame le Docteur Frédérique Dantoine, Monsieur le Docteur Aurélien Varnoux, Madame le Docteur Coralie Lauliac-Monbureau, Monsieur le Docteur Eric Charles, Monsieur le Docteur Guillaume Chandon, Monsieur le Docteur Fabien Lescure, Madame le Docteur Isabelle Alamome, Monsieur le Docteur Bertrand Olliac, Madame le Docteur Anne Ponsonnard, Madame le Docteur Géraldine Buisson, Mme le Docteur Céline Dumont et Mme le Docteur Aline Meynard.

- Madame le Docteur Anne Ponsonnard, Madame le Docteur Géraldine Buisson, Madame le Docteur Aline Meynard et Monsieur le Docteur Roche pour leurs précieux conseils, soutien et aide dans la réalisation de cette thèse.

- Les internes que j'ai eu la chance de rencontrer au cours de ces 4 ans :
Adrien, Grégory, Camille, Elodie, Matthieu, Etienne, Marion, Jonathan, Claire, Emilie L., Emilie F., Jean-Jacques, Géraldine, Jean-Marie, Christian, Elizabeth, Marie-Julie, Benjamin, Lucia, Mirvat, François-Alexis, Julie, Meriem, Perrine, Emilie R-L, Thomas, Mathilde, Hélène, Odile, Marine,

Charline, Anne, Natacha, Aurélie, Bertrand, Fabien, Tristan, Marie, Antoine, Alexandra.

- Les équipes du SACD au Site Spécialisé Henri Laborit de Brive, Sütter, Henri Ey, Ballet Bas, Centre de la Mère et de l'Enfant et filière Troubles du Développement, Liaison de Pédopsychiatrie et Pédiatrie de l'Hôpital Mère-Enfant, Widlöcher, Deniker. Ce fut un plaisir de travailler au quotidien et d'apprendre avec vous tous.
- Les patientes qui ont accepté de participer à cette étude.

Je remercie maintenant ma famille : mes parents Olga et Jean-François, Maddi, Andoni, Joan, Mikeldi mon mi-jumeau, Oihan et bien sûr la Grande Manono, Abuelo y Abuela.

Esto va para vosotros todos con todo mi cariño.

Un merci tout particulier à :

- Mes camarades de promo Professeur-Benjamin, ma petite Lucia, Princesse-Mirvat et Fax (tout est dit dans le nom) : vous êtes tous les quatre des co-internes fantastiques. Limoges a beau être la porte du Grand Nord, traverser avec vous cette étape de l'internat a été source de bien des satisfactions. Je vous en souhaite tout autant sinon plus.
- Brice, les chats et Ricky : merci de m'avoir prêté Lucia quand j'ai eu besoin d'elle. Vous savez comme moi à quel point elle est spéciale ; je lui dois plus que je ne saurais le dire.
- Céline pour ton amitié, ta gentillesse toute en douceur, ton soutien et ton aide dans ce travail. Tu forces le respect.

- Evidemment Aurélien le plus grand de tous les coloc', sa tarte aux brocolis et Pioca pour leur amitié et leur accueil dans la maison-du-bord-de-Vienne.
- Toute l'équipe de pédopsy de l'HME, ma Sandrine et tout particulièrement Julie : pour votre gentillesse, votre patience et votre compréhension pendant ce dernier semestre. Quel plaisir de partager ce semestre avec vous toutes ! Heureusement que je vous ai eues et que toi, Julie, tu étais là. Ça a été une belle rencontre qui ne se cantonnera sûrement pas au cadre strictement professionnel
- Kushmee, Amandine, Frédéric-Pololito, Anaïs, Janie, Chérif... nos chemins ont fini par s'éloigner mais vous restez toujours dans mes pensées.
- Toutes les personnes que j'ai pu croiser jusqu'à maintenant et qui ont fait de moi ce que je suis.
- Et pour finir vraiment, un énorme merci à Inko, pour ses ronrons, ses souris-cadeaux, son soutien, si si... de toute façon, il fallait bien ça pour pouvoir continuer à se régaler de croquettes.

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Paternité-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification** » disponible en ligne <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Table des matières

INTRODUCTION.....	20
1. PREMIERE PARTIE : DONNEES DE LA LITTERATURE	22
1.1. LE SUICIDE A L'ADOLESCENCE.....	23
1.1.1. L'adolescence en question.....	23
1.1.1.1. Emergence du concept d'adolescence.....	23
1.1.1.2. Modèles de compréhension	24
1.1.2. Le passage à l'acte à l'adolescence.....	28
1.1.2.1. Une expression de la conflictualité adolescente	28
1.1.2.2. Le sens des conduites à risque	29
1.1.2.3. Le modèle de l'ordalie	31
1.1.3. Quelques généralités et définitions autour du suicide	33
1.1.4. Approche psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent	35
1.1.5. Données épidémiologiques sur les tentatives de suicide chez l'adolescent	36
1.1.5.1. Prévalence.....	37
1.1.5.2. Facteurs de risque identifiés : troubles psychiatriques associés.....	38
1.1.5.3. Facteurs précipitants.....	40
1.1.5.4. Les moyens utilisés.....	41
1.1.5.5. La récurrence suicidaire.....	41
1.1.5.6. Conclusion et recommandations officielles.....	42
1.1.6. Réalité de la prise en charge des adolescents suicidants	43
1.1.6.1. L'entrée dans les soins	44
1.1.6.2. L'évaluation initiale.....	46
1.1.6.3. L'enjeu de l'alliance thérapeutique	46
1.1.6.4. La place des groupes thérapeutiques dans la prise en soins des adolescents suicidants.....	48
1.2. STRATEGIES DE <i>COPING</i> ET LOCUS DE CONTROLE A L'ADOLESCENCE	51
1.2.1. Quelques généralités sur la notion de <i>coping</i>	51
1.2.2. L'évaluation du <i>coping</i>	53
1.2.3. Spécificités du <i>coping</i> à l'adolescence	55
1.2.3.1. Réponses générales	55
1.2.3.2. Différences liées au sexe	56
1.2.3.3. Différences liées à l'âge	56
1.2.3.4. L'impact de l'environnement familial.....	58
1.2.4. Le <i>coping</i> dans les troubles psychiatriques.....	59
1.2.5. <i>Coping</i> et suicidalité à l'adolescence	63
1.2.6. Liens entre locus de contrôle sur le <i>coping</i>	64
1.2.6.1. Présentation du concept.....	64
1.2.6.2. Champs d'application	66
1.2.6.3. Modalités d'évaluation.....	67
1.2.6.4. Le locus de contrôle à l'adolescence.....	68
1.2.6.5. Liens entre locus de contrôle, coping et suicidalité.....	69
2. DEUXIEME PARTIE : COMMENT AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS SUICIDANTS GRACE AU <i>COPING</i>	71
2.1. ETAT DES LIEUX A L'HÔPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT DE LIMOGES	72
2.1.1. Historique de la prise en charge des adolescents suicidants à Limoges	72
2.1.1.1. Premières interventions	72
2.1.1.2. L'Equipe Mobile de Pédopsychiatrie de Liaison	74
2.1.2. Incidence des idées suicidaires et tentatives de suicide entre avril 2013 et mars 2014	77
2.1.3. Proposition de prise en charge.....	79
2.1.4. Propositions d'accompagnement post-hospitalier	80

2.2. PREMIER PROJET DE GROUPE A PARTIR DE CET ETAT DES LIEUX.....	83
2.3. PRESENTATION DU PROJET DE GROUPE THERAPEUTIQUE.....	85
2.3.1. Présentation du groupe et objectifs.....	85
2.3.2. Déroulement du groupe	87
2.3.3. Méthodes d'évaluation	89
2.3.3.1. L'Echelle de Coping pour Adolescents (annexe 2)	89
2.3.3.2. L'échelle de locus de contrôle de Nowicki et Strickland (annexes 3 et 4)	91
2.3.3.3. L'échelle de suicidalité de Pöldinger (annexe 5).....	92
2.4. PRESENTATION CLINIQUE DES PREMIERS PATIENTS	94
2.4.1. Patient 1 (A., 15 ans et 10 mois)	94
2.4.2. Patient 2 (B., 15 ans et 11 mois)	99
2.4.3. Patient 3 (C., 15 ans)	103
2.4.4. Patient 4 (D., 13 ans et 9 mois).....	106
2.4.5. Synthèse autour des cas cliniques	110
3. TROISIEME PARTIE : DISCUSSION ET PERSPECTIVES	116
3.1. DISCUSSION AUTOUR DE L'ETAT DES LIEUX DES JEUNES SUICIDANTS A LIMOGES	118
3.2. DISCUSSION AUTOUR DES LIENS ENTRE ADOLESCENCE ET TROUBLE DE PERSONNALITE LIMITE	121
3.3. DISCUSSION AUTOUR DES CAS ET DE LEUR EVOLUTION CLINIQUE DANS LE GROUPE.....	123
3.4. DISCUSSION AUTOUR DE L'ARDUITE A LA MISE EN PLACE DU GROUPE THERAPEUTIQUE ET LIMITES DE L'EXPERIENCE.....	130
3.5. PROJETS ACTUELS POUR LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS SUICIDANTS A LIMOGES ET PERSPECTIVES D'AVENIR	132
CONCLUSION	136
Références bibliographiques	137

A mi Abuelito

*Gracias a la vida
Que me ha dado tanto.
Me ha dado la risa
Y me ha dado el llanto.*

Violeta Parra, "Gracias a la vida" (1966)

INTRODUCTION

« L'idée de la mort fait partie de l'adolescence. », Marcelli (1).

Mais, si presque tous les adolescents pensent à la mort, à son caractère inévitable et par conséquent à l'intérêt de la vie, tous ne pensent pas à mourir, encore moins à se tuer, encore moins au moyen de le faire,... et bien entendu ne mettent pas en pratique ces fantasmes (2). Le travail que nous vous présentons ici s'intéresse à ces adolescents suicidants qui, eux, passent à l'acte.

Ces jeunes, que nous rencontrons le plus souvent pour la première fois aux urgences pédiatriques dans les suites immédiates d'une tentative de suicide, geste auto-agressif s'il en est, témoignent là d'une impasse dans le processus de maturation qu'est leur adolescence (3). En tant qu'étape de la construction et de l'évolution de chaque individu, l'adolescence inclut de fait la notion de crise dans sa définition. Les formes que prendra cette crise sont influencées par le contexte socio-culturel d'une part mais également par les outils psychiques que l'adolescent aura pu mettre en place pour y faire face auparavant. Pendant cette phase, vont se rejouer certains enjeux du processus de maturation-individuation débuté dans la petite enfance, l'adolescent va osciller entre des mouvements psychiques régressifs et progressifs, l'important étant de conserver une orientation globale vers une progression.

Dans ce contexte, les passages à l'acte, ou agirs, constituent ainsi un mode d'expression privilégié. Ils peuvent être envisagés comme un mécanisme de défense, ne revêtant pas nécessairement une connotation régressive négative. Ces mises en actes peuvent être étayées par un support représentatif, lui-même plus ou moins conscient, ou encore sans aucune représentation, et constituent alors de véritables courts-circuits de la pensée. La tentative de suicide, qui intervient sur un appareil psychique où fait défaut cette capacité fantasmatique et de représentation qui devrait jouer un rôle protecteur dans le travail de deuil de son état antérieur, signe la faillite de ce processus d'adolescence (4).

Lorsque ces adolescents arrivent aux urgences, modalité d'entrée dans les soins privilégiée par cette tranche d'âge, la prise en charge proposée sera de commencer à mettre

du sens, des représentations, sur ces gestes qui ne sont pas pensés (3) afin de réinstaurer cette capacité fantasmatique absente. Or, en tant que symptôme, le passage à l'acte suicidaire est tant une preuve de dysfonctionnement, et éventuellement une demande d'aide, qu'une solution trouvée pour répondre à ce même dysfonctionnement empêchant donc de le remettre en cause. Nous constatons des difficultés à inclure les adolescents suicidants de façon active dans une prise en charge pédopsychiatrique (5) ; ceci d'autant plus que le geste critique aura pu entraîner une réduction voire une disparition transitoire de la tension intrapsychique dans ses suites immédiates, renforçant le déni des processus psychopathologiques en cours.

Dans ce contexte, et devant la prévalence dramatique du nombre de tentatives de suicide chez les adolescents (8.2% en 2008 en France selon l'étude ESCAPAD) (6) qui en fait un problème majeur de santé publique, il a été réfléchi au sein du Pôle Universitaire de Pédopsychiatrie de Limoges une proposition de soins alternative sous la forme d'un groupe d'adolescents. Nous nous sommes alors intéressés au lien rapporté par la littérature entre des stratégies de *coping* inadaptées et l'apparition d'une dépression, d'idéations suicidaires ou de passages à l'acte auto-agressifs (7). Bien que les articles soient plus rares, nous avons aussi souhaité nous intéresser aux liens entre ce concept de *coping* et celui d'un éventuel niveau de contrôle interne-externe commun chez ces jeunes dans le cadre de la problématique des adolescents suicidants.

Le travail que nous proposons ici s'intéresse d'une part aux mécanismes intrapsychiques qui sous-tendent le passage à l'acte suicidaire dans le cadre de cette étape décisive qu'est l'adolescence. Il s'attachera en particulier aux capacités d'adaptation en situation de stress, que l'on peut rapprocher du sentiment de contrôle de sa vie. D'autre part, nous nous servirons de ces références théoriques et de l'observation d'un début de travail du groupe thérapeutique pour réfléchir aux modalités de prise en charge à la suite d'un passage à l'acte auto-agressif afin de favoriser l'instauration d'une alliance thérapeutique efficiente qui permettra de limiter le risque de récurrence.

1. PREMIERE PARTIE : DONNEES DE LA LITTERATURE

Nous nous attacherons ici à définir les différents concepts abordés dans ce travail en nous appuyant sur les écrits de la littérature spécialisée.

Nous évoquerons dans un premier temps la notion de l'adolescence et des enjeux des passages à l'acte à cette étape du développement avant de nous attarder sur les spécificités de la suicidalité et des passages à l'acte auto-agressifs à l'adolescence.

Dans un second temps, nous rendrons compte de la notion de coping et ses liens avec le locus de contrôle et de leur articulation avec la problématique suicidaire à l'adolescence.

1.1. LE SUICIDE A L'ADOLESCENCE

Nous allons d'abord décrire l'émergence du concept d'adolescence, tenter de l'explicitier au travers des différents courants de pensée avant de nous attacher à décrypter les données de littérature en ce qui concerne les *agirs* à l'adolescence.

Nous étudierons ensuite la suicidalité des adolescents grâce à des notions générales et sur un plan psychopathologique et épidémiologique, puis nous évoquerons la prise en charge des adolescents suicidants.

1.1.1. L'adolescence en question

Etymologiquement, le mot « adolescence » vient du latin « adolescere » qui signifie grandir. Il fait ainsi référence à la notion de changement qui la caractérise, **transition entre le monde de l'enfance et le statut d'adulte.**

1.1.1.1. Emergence du concept d'adolescence

La notion d'adolescence, si elle semble familière à tout un chacun dans le langage courant, ne fait pourtant pas toujours l'unanimité quant à l'intérêt de l'individualiser en tant qu'étape singulière du développement d'un individu (8). En ce sens, certains sociologues mettent en lien l'émergence de l'adolescence avec l'apparition de l'école obligatoire et donc le recul de l'âge d'entrée dans la vie professionnelle. L'obligation de scolarité a ainsi initialement été instaurée en France à 13 ans par Jules Ferry, soit environ l'âge à partir duquel on peut parler d'adolescence. L'obligation est ensuite reportée à 14 ans en 1936 puis 16 ans depuis 1959. Avec les politiques publiques ayant pour objectif d'atteindre un taux de réussite au baccalauréat de 80%, l'entrée sur le marché du travail a à nouveau été retardée et donc la durée de l'adolescence ainsi prolongée (9).

Historiquement, le concept d'adolescence est né en France avec la Révolution puis émerge au XIX^{ème} siècle, perdant sa connotation railleuse dans les dictionnaires en 1850. Il prend ensuite un essor médical et psychologique avec le début du XX^{ème} siècle grâce, en

1905, à l'apparition de la notion d'hormones et donc de puberté créée par Starling, et aux travaux de Freud sur la théorie de la sexualité (10). Il semble cependant qu'il ait toujours existé un « problème de la jeunesse » même avant cette période.

Dans les sociétés dites primitives, il est classique de dire que l'adolescence n'existe pas (10) (11), remplacée par les rites initiatiques de passage de l'enfance à l'âge adulte. Sur un plan psychanalytique, comme cela est écrit par Delaroche ou Gérardin au début des années 2010 (10) (11), il est plutôt considéré que ces rites d'initiation permettent une résolution des problèmes psychologiques liés à l'adolescence tels que l'abandon de l'enfance ou la séparation d'avec les parents que connaissent tous les adolescents. D'autres exemples, parmi certaines sociétés matriarcales du Pacifique, montrent que ces rites peuvent aussi bien être substitués par des organisations adolescentes comme le faisaient les Grecs et les Romains pendant l'Antiquité. L'embrigadement militaire pour les garçons ou le mariage pour les filles permettaient alors de limiter ce problème du passage pubertaire. Dans les sociétés occidentales, ces organisations d'adolescents ont continué d'exister jusqu'au XVIIème siècle environ, leur déclin ou leur interdiction légale semblant alors être à l'origine du phénomène de l'adolescence (10).

En ce sens, l'adolescence correspond à un processus universel, inéluctable, de maturation organique, du psychisme et de la personnalité (12) (13). Delaroche y adjoint la dimension sociétale en parlant de « prise de conscience collective de l'existence d'une crise psychique déclenchée par l'apparition du pouvoir sexuel chez l'enfant et cherchant une issue hors du cadre familial » (10).

1.1.1.2. Modèles de compréhension

La complexité de ce processus, dont la compréhension paraît « une entreprise ardue et périlleuse » à Marcelli (14), entraîne des modèles de compréhension différents et donc un recours à divers cadres conceptuels.

Nous pouvons ainsi définir :

➤ **Un modèle physiologique** qui met en avant les remaniements organiques pubertaires sous l'influence de la poussée hormonale caractéristique de cette étape et aboutissant à la différenciation sexuelle définitive (14) (15). L'image du corps, elle aussi, est bouleversée dans plusieurs domaines : dans ses repères spatiaux, dans sa représentation symbolique, dans son narcissisme et dans son identité (16). Ce corps va devoir désormais s'inscrire dans une dimension sociale et sexuée et peut faire l'objet d'inquiétudes de la part de l'adolescent, notamment en lien avec la perte du sentiment de continuité d'existence. L'adolescent est donc confronté à une série de **transformations corporelles** auxquelles il n'est pas préparé et qui surviennent de manière rapide. La redéfinition des limites corporelles passe par l'acquisition du contrôle de son corps. Ce corps est dorénavant vécu différemment, comme appartenant à soi et non plus comme la propriété des parents qui étaient jusque-là les garants de son intégrité. L'adolescent constitue désormais une entité somato-psychique à part entière (15).

➤ **Un modèle sociologique** pour lequel **l'adolescence n'est pas un phénomène universel et homogène**. Ce modèle s'appuie sur une approche historique que nous avons traitée plus haut, une approche culturelle (17) et une approche sociale. Les adolescents représenteraient un groupe social à part entière dont la bande d'adolescents est la caricature.

➤ **Un modèle cognitif et éducatif** inspiré des théories du développement cognitif de Piaget : à partir de 12 ans, l'accès au stade opératoire formel permettrait à l'adolescent de raisonner par hypothèses, sur un **modèle hypothético-déductif**. Ce modèle ouvrirait le champ des opérations intellectuelles et cognitives possibles, sans nécessité de support concret du fait de la maturation de la symbolisation, autrement dit la capacité à discourir des choses indépendamment des choses elles-mêmes. Ce développement de la pensée permettrait alors les apprentissages sociaux et culturels à travers la prise de conscience de soi et l'affirmation de son identité (18).

➤ **Un modèle psychanalytique**, que nous allons développer, où l'adolescence serait caractérisée par une **excitation sexuelle et des modifications pulsionnelles**. En proie à ses pulsions, l'adolescent doit découvrir sa propre identité d'adulte, s'individualiser de ses imagos parentales, tout en restant inséré au sein de la lignée familiale (10) (19) (20).

Morhain considère que **l'adolescence, par un travail de déconstruction et de reconstruction**, implique un réaménagement psychique devant les modifications corporelles liées à la puberté et la nécessité de s'adapter à un nouveau statut (12) (21).

Ce travail psychique de déconstruction passerait ainsi par plusieurs processus de deuil (des objets infantiles, du statut d'enfant et d'une certaine répartition des rôles au sein de la famille, de l'investissement de soi et de l'objet sur un mode infantile, de la mère-refuge,...) qui sont susceptibles d'engendrer des mouvements d'angoisse et de dépression « physiologiques ». Pour Ladame, **il n'existerait pas d'adolescence sans moments dépressifs liés à des deuils** (4), ce que nous expliciterons davantage par la suite. Les auteurs évoquent souvent l'image de la trame psychique comme un palimpseste à l'image de ces manuscrits écrits par les moines copistes du Moyen-Âge sur des parchemins déjà utilisés et dont on avait fait disparaître les premières inscriptions pour y écrire de nouveau. Cette métaphore évoque le travail de réécriture et de réappropriation de l'histoire personnelle de l'enfance, véritable « travail de mémoire et de mise en histoire » qui se fait à l'adolescence (21) (22).

Cette réécriture se ferait à travers la réactivation du processus de séparation-individuation et d'une problématique œdipienne mis entre parenthèses pendant l'enfance, déterminant ainsi la fin de la phase de latence (14) (23) (24). L'expérience de séparation des personnes influentes de l'enfance qui sous-tend ces deux processus serait assimilée à un mouvement psychique de perte d'objet. Les auteurs associent souvent l'adolescence à un travail de deuil (12) (14).

Lors de sa deuxième phase du processus de séparation-individuation, l'individu serait confronté à la perte de l'objet primitif, c'est-à-dire l'objet maternel (24). Ladame explique que l'adolescent devrait se dégager du cocon familial, réactivant la première phase du processus de séparation-individuation où, entre un an et demi et trois ans, l'enfant ferait éclater la membrane symbiotique avec sa mère afin de former son individualité (4). L'enfant se créerait un monde psychique intérieur et un monde représentationnel à partir de ce que lui offrirait la réalité de son environnement. L'adolescent, lui, réaliserait une réorganisation structurale en remaniant son monde intérieur et en désengageant ses objets infantiles afin d'en modifier les représentations. L'aboutissement de ce processus de séparation-individuation serait l'internalisation de la source de sécurité constituée jusque-là par les parents (4).

De même, avec la réactivation œdipienne, l'adolescent affronterait aussi la perte de l'objet œdipien. Il remettrait ainsi en cause l'imago parental idéalisé. L'accès à une sexualité adulte rendrait l'acte incestueux possible. Cet état de fait pousserait l'adolescent à s'éloigner de ses parents dont la présence attiserait cette conflictualité. Ainsi, il les rejeterait et partirait à la rencontre d'autres idéaux (15). Winnicott précise d'ailleurs que « grandir est par nature un acte agressif », en ajoutant que « si dans le fantasme de la première croissance il y a la mort, dans celui de l'adolescence il y a le meurtre » (25) (26).

La résolution de ces étapes serait en partie conditionnée par l'aptitude montrée dans l'enfance à assumer une première résolution efficace de ces conflits. La réactivation des conflits à l'adolescence serait l'occasion de les résoudre, comme une « seconde chance ». Notons également que c'est par l'intermédiaire de cette deuxième étape d'individuation que se jouerait une partie de la conflictualité à l'adolescence, avec la nécessité d'établir ses propres limites, aussi bien au niveau de la surface corporelle, qu'au niveau de l'espace psychique, qui sont tous deux en pleine maturation (4) (10).

De ce fait, **il n'y a pas d'adolescence normale sans moments dépressifs**, liés aux sentiments de perte inhérents au processus de développement dans lequel il est engagé. Cependant, **ces moments dépressifs sont à différencier de la dépression-maladie**. En effet, pour Haim, la dynamique de l'adolescence se caractériserait par l'absence de fixation de ces mouvements (27). Ce qui importe est la capacité à faire face et à s'adapter sans tomber dans la maladie dépressive, et sans recourir à des mécanismes d'évitement massifs et rigides. Ceci ferait appel à l'internalisation, à la capacité d'élaboration psychique, au fait de ne pas avoir recours aux « agirs » tels que les entend Jeammet, qui assurent un fonctionnement dans l'évitement de la pensée (15). Delage évoque ainsi la nécessité pour l'adolescent de « mourir à l'enfance pour renaître à l'âge adulte » (12). Cette progression dans l'accès à la dimension symbolique expliquerait les nombreux questionnements existentiels autour de cette notion de mort et les comportements à risque, où la réalité de la mort est testée.

L'attaque de la relation aux parents serait consécutive à la réactualisation de conflits internes, avec notamment la menace de l'inceste, dorénavant possible (20) (26). L'adolescent partirait alors à la recherche de nouveaux supports d'identification qu'il va

trouver parmi ses pairs, et dans l'identification à la bande en particulier. Face à la société et ses dangers potentiels, les adolescents deviennent dépendants de la bande. Mais lorsque cette nécessité de cohésion est moins importante, cette bande redevient ce que Winicott appelle un « agrégat d'isolés » (28).

Cette incertitude identificatoire sous-jacente entraînerait une dépressivité contre laquelle l'adolescent se défendrait. Seul le temps pourrait être efficace dans cette situation car il y aurait nécessité de laisser se faire les processus maturatifs propres à cette période (28).

L'un de ses mécanismes de défense contre la dépressivité latente à l'adolescence est constitué par les passages à l'acte, ce que nous allons traiter dans le chapitre suivant.

1.1.2. Le passage à l'acte à l'adolescence

Le passage à l'acte constitue l'une des modalités d'expression privilégiées de l'adolescent, que ce soit au cours d'un développement psychique normal ou à l'occasion de divers processus psychopathologiques.

1.1.2.1. Une expression de la conflictualité adolescente

Certains mécanismes de défense seraient spécifiques, tout au moins plus fréquents à cet âge. Les plus représentatifs en seraient selon les théories psychanalytiques (29) :

- **l'intellectualisation ;**
- **l'ascétisme ;**
- **le clivage ;**
- **la mise en actes.**

Nous nous intéressons plus particulièrement dans ce travail au recours à l'agir. La manifestation « pathologique » de l'agir, ou troubles du comportement dans leur dimension destructrice qu'elle soit auto- ou hétéro-agressive, est devenue un véritable problème de santé publique depuis quarante ans. Pour Marcelli et Jeammet, **c'est à l'adolescence que**

l'opposition entre conduite agie et conduite mentalisée prend tout son sens (14) (30).

Les adolescents, de par les modifications importantes de leur corps et de leur psychisme n'auraient pas les moyens de contenir les affects envahissants. Ils les véhiculeraient alors par des mises en acte (4). La mise en acte prend son caractère dysfonctionnel lorsqu'elle occupe tout le champ comportemental. Elle freine alors la maturation progressive et a tendance à s'auto-entretenir. Dans ce recours à l'agir, les conduites à risque de l'adolescent attaquent de façon quasi-systématique le corps, de façon détournée ou parfois plus directement. Il peut s'agir d'un moyen d'en ressentir la limite et de se le réapproprier, notamment en ayant recours à la douleur (ex : tatouages, piercings, scarifications, etc...).

Pour résumer ce paragraphe, nous pouvons nous rapprocher de Jeammet (31) (32) qui identifie **quatre modalités de l'agir** :

- l'*agir* qui bénéficie d'un **support représentatif conscient** ;
- l'*agir* avec un **support représentatif plus ou moins conscient**, qui se rapproche de la notion d'*acting out* ;
- l'*agir sans support représentatif* ;
- l'*agir* en tant que **mécanisme de défense**, qui correspond à un véritable court-circuit de la pensée.

Le rôle du thérapeute serait alors, pour lui, de tenter d'apporter des supports représentatifs à ces agirs.

1.1.2.2. Le sens des conduites à risque

Certains auteurs suggèrent une **équivalence entre certaines conduites à risque** (usage de drogues, conduite à grande vitesse,...) **et les conduites suicidaires** du fait d'une même structure psychopathologique et de similitudes de l'environnement familial et social avec ce qui est observé chez les adolescents suicidants (1) (12) (33).

Dans une perspective développementale, la prise de risque ferait partie intégrante des processus d'acquisition, d'indépendance et d'individualisation ; chaque être vivant étant confronté dès sa naissance à la nécessité de satisfaire deux besoins contradictoires : la recherche de sécurité et l'exploration de son environnement, source de risque et de danger. De ce point de vue, l'adolescent essaierait de nouvelles positions, de

réaliser des expérimentations, sous peine d'être renvoyé à la position de passivité de l'enfance. Les prises de risque pourraient ainsi être assimilées à un aménagement de la problématique de deuxième phase de séparation-individuation. L'engagement dans ces conduites à risque serait utilisé par certains adolescents afin de réduire l'affect négatif lié à ce processus de séparation-individuation. Il constituerait donc une défense contre les tendances dépressives liées à ce contexte. L'apport des éprouvés ressentis lors de ces conduites à risque viendrait occulter les émotions internes liées au processus de séparation-individuation, remplissant une double fonction : **remplir le vidé lié à la perte et « court-circuiter » les affects négatifs afin d'éviter de sombrer dans la dépression** (33). Jeammet et Corcos évoquent ainsi une **dimension d'auto-entretien** dans les conduites à risque, qui peut aller jusqu'à « pervertir » la relation aux autres. Le sujet rechercherait, par la maîtrise de la situation, une emprise, un contrôle tout-puissant de l'Objet (33) (34).

Sur le plan social, les auteurs attribuent une double fonction aux conduites à risque : **l'accès à une identité et la figuration d'un rite de passage** qui n'existe plus dans la société occidentale actuelle. Le passage de l'enfance à l'adolescence s'accompagne de transformations somatiques et d'une poussée instinctuelle qui vont rapprocher son aspect physique de celui d'un homme ou femme adulte alors que les conventions sociales le maintiennent dans le statut de dépendance et passivité de l'enfance. L'adolescent doit alors trouver un mode d'adaptation aux changements dont il est l'objet dans une nouvelle façon d'être au monde. L'imgo parental, structurant pendant l'enfance, ne serait plus suffisant au développement de l'adolescent qui amorcerait une rupture par des transgressions de l'ordre établi, ces comportements étant des symptômes du déséquilibre au centre duquel se trouverait le sujet. **Dans le groupe de pairs** parmi lesquels vont se faire ces nouveaux attachements, **les conduites à risque auraient valeur de curseur pour attribuer une place, un rôle au sein du groupe, et créer une nouvelle identité à chaque adolescent** (29). Les conduites à risque puiseraient leur signification dans la souffrance de l'adolescent qui chercherait ainsi à donner un sens à son existence. Les conduites à risque n'entraînent aucune modification du statut social. Elles ont comme conséquence la douleur des parents par opposition au bonheur des parents des sociétés traditionnelles qui voient leur enfant accéder à la maturité de l'âge adulte. Marcelli associe lui aussi **les conduites à risque à des substituts de rites initiatiques par leur dimension de recherche d'expérience et de ses limites propres** (14).

En tant que recherche des éprouvés, la conduite à risque aurait une fonction de régulation émotionnelle. Pedinielli estime que la recherche d'expériences nouvelles, l'attrait pour les stimulations fortes, la recherche de changements, de nouveautés, la susceptibilité à l'ennui peuvent donner à certaines situations le pouvoir d'accroître les sensations. Dans cette optique, la prise de risque correspondrait à la fois :

- **A l'émoussement des sensations procurées ;**
- **A la nécessité de rétablir un équilibre interne** que les conséquences des conduites à risque mettent en péril ;
- **Et à une extinction de sensations insupportables.**

« *La recherche de sensations se lie à la tentative de maintenir un équilibre interne en résolvant les difficultés ou le déplaisir par la confrontation au danger et les émois qu'elle procure* » (33). Par ailleurs, Pedinielli, en se référant à Jeammet, évoque un effet de protection contre les émotions que remplissent les conduites à risque avec leur recherche de sensations. Les émotions opéreraient une faille dans le Moi qui pourrait introduire le sentiment de mise en péril de l'identité et l'autonomie psychique des sujets. Les conduites à risque auraient alors une fonction protectrice contre ces émotions de par l'hyperstimulation qu'elles provoquent.

Enfin, **sur un plan neurobiologique**, il apparaît que les concepts psychanalytiques de la prise de risque des adolescents seraient étayés par les résultats des études sur le développement du cerveau. **La prise de risque contribuerait à la mise en forme efficace des parties les plus évoluées du cerveau, caractéristiques de l'espèce humaine.** Les études de neuroimagerie montrent que le système nerveux central subirait une réorganisation majeure au cours de l'adolescence, en particulier dans les régions du cerveau liées aux fonctions exécutives, à la cognition sociale et du self, et que le « cerveau émotionnel » jouerait un rôle dans cette réorganisation (35).

1.1.2.3. Le modèle de l'ordalie

Bien que s'opposant à la dynamique suicidaire que nous étudions dans ce travail, nous nous attardons un moment sur la notion d'ordalie. En effet, **le modèle de l'ordalie permet de comprendre la place que peut occuper l'agir dans le rapport du sujet à son identité** (33).

Le terme d'ordalie vient du droit médiéval. Il s'agissait d'une épreuve judiciaire par les éléments naturels, équivalent du jugement de Dieu par l'eau ou le feu dont l'issue, réputée dépendre d'une puissance surnaturelle, permettait d'établir l'innocence ou la culpabilité du suspect. L'accusé pouvait être soumis à une épreuve telle que l'ordalie du fer rouge, de l'immersion, de l'eau bouillante... L'instance divine rendait son verdict à travers cette épreuve, dangereuse et douloureuse, où le sort du suspect – sa mort ou sa survie – devenait la preuve irréfutable de sa culpabilité ou de son innocence (36).

Charles Nicolas définit l'ordalie en trois points (37) :

- **L'épreuve désigne celui qui doit triompher.** Le triomphe, la survie, sont prononcés par une puissance surnaturelle, omnipotente ;
- **Le jugement vise toujours un individu** (à travers son corps : noyade, fer rouge, breuvage) et le place dans une situation de solitude face à son destin ;
- L'ordalie s'interprète comme une **mise en risque** (par exemple : mise en jeu) de la personne, dont la mort est l'issue.

L'ordalie diffère cependant des conduites ordaliques car ces dernières impliquent le recours délibéré pour le sujet à une épreuve à risque léthal. Il se place ainsi en maître de son destin au travers d'un enjeu de vie ou de mort (36). Soulignons que ces conduites ne correspondent pas à un équivalent suicidaire. Il s'agit d'une interrogation sur son être et sa nécessité : si le sujet s'engage dans une conduite à risque avec un risque mortel, sa survie permet de prouver sa valeur intrinsèque, « *reconnue par les puissances transcendantes du destin* » (37).

Selon Freud, l'ordalie s'inscrirait dans une logique de filiation, et permettrait de rassurer l'individu sur sa place en tant que sujet. Ainsi, dans ces conduites à risque, se profilerait une quête identitaire en toile de fond. D'autant plus que l'individu, en touchant le terme de sa résistance physique, accéderait symboliquement à un repère et se rassurerait sur les limites dont il a besoin pour exister (12). Cette recherche d'épreuve confère à l'ordalie une fonction initiatique, surtout à l'adolescence. Charles-Nicolas parle d'une « *mort-résurrection* », soit « *le paradoxe de vivre pour mourir* » qui serait parfois nécessaire, surtout à cette période de la vie (37). Pour Michel, dans une perspective développementale, la

conduite ordalique pourrait être reliée au meurtre de l'enfant imaginaire : l'adolescent tuerait symboliquement l'enfant qu'il a été pour exister (38). Mais, selon Pardinielli, cette conduite ordalique serait insuffisante à fonder le sujet et son effet subjectif se dissoudrait rapidement. Il deviendrait donc nécessaire de répéter la conduite (33) (36). Cette répétition trouverait sa source dans trois phénomènes : « *la compulsion de répétition inhérente à la déliaison produite par le jeu et la pulsion de mort, la jouissance mégalomaniacale de triomphe sur l'objet, et l'échec de la durabilité de l'effet identifiant de la conduite* » (33) (39).

Sur un plan plus sociologique, selon Le Breton, dans les conduites ordaliques, le jeune « *court le risque de son corps pour retrouver sa place dans le tissu du monde* ». Ce serait une manière de jouer son existence contre la mort pour donner valeur et sens à la vie. Le but étant que si l'individu ressort vivant de l'épreuve, il en retire une sensation d'exaltation et de toute puissance qui lui manquent dans son existence et que certains auteurs associent à une attitude mégalomaniacale (40).

En conclusion, les conduites ordaliques seraient donc sous-tendues par une quête identitaire et une recherche de légitimité. Elles s'accompagneraient, d'après les auteurs, par une jouissance mégalomaniacale du fait du triomphe sur la mort. Mais, l'effet identifiant de ces conduites n'étant pas durable, elles seraient appelées à être répétées, **le risque étant alors l'entrée dans une dépendance** (33) (37).

Parmi l'ensemble des manifestations comportementales, ou *agirs*, les tentatives de suicide sont les plus caractéristiques d'une dynamique autodestructrice.

1.1.3. Quelques généralités et définitions autour du suicide

L'adolescence impose une double contrainte à l'individu qui la traverse : « *mourir à l'enfance et survivre pour devenir adulte* », ce qui pose donc bien la question de la rencontre avec l'idée de la mort et de son issue. Et il s'agit bien en intervention clinique d'avoir à l'esprit que c'est de cette issue, de la capacité qu'aura eue l'adolescent « à *survivre* » à cette confrontation avec la mort, que va dépendre le devenir psychique du futur adulte (12). La littérature reprend cette idée depuis l'Antiquité, où Homère, dans l'Odyssée, faisait regretter à l'âme d'Achille sa vie perdue, « *j'aimerais mieux, serf attaché à la glèbe,*

être aux gages d'autrui, d'un homme sans patrimoine, n'ayant guère de moyens, que de régner sur des morts, qui ne sont plus rien ! » (41).

L'adolescent, quant à lui, en pleine prise de conscience de la fragilité de sa vie et du caractère inéluctable de sa mort à venir, en proie aux multiples bouleversements de cette étape de son développement et aux pulsions qu'il maîtrise de façon plus ou moins efficiente, userait donc du passage à l'acte suicidaire quand ses moyens de défense seraient dépassés. Ces auto-agressions peuvent apparaître comme un moyen de ressentir les limites de son corps, de se le réapproprier, de le sentir vivre et/ou d'expérimenter sa toute-puissance sur ce corps et cette vie en décidant d'y mettre un terme. Pour Marcelli, tous les adolescents pensent à la mort un jour ou l'autre, de façon plus ou moins directe : par des réflexions existentielles sur le sens de la vie en général, la finitude de l'être humain, ou plus personnellement sur le sens de sa propre vie, la mort possible de ses proches, ou encore enfin sa propre mort,... **La mort serait donc pour lui une figure incontournable sinon emblématique de l'adolescence.** Pour certains auteurs même, la mort serait la seule manière de « vivre », transformée en idéal figé et intemporel dans un monde où tout changement est source de menace, le fantasme d'une mort possible rendant alors tolérable le fait de continuer à vivre (1).

Le suicide (du latin *sui cædere*, se tuer soi-même) définit **l'acte volontaire de se donner la mort** tandis que **le suicidant** est celui qui fait ou vient de faire une tentative de suicide. **Le para-suicide** désigne l'acte **auto-agressif** lui-même, sans préjuger de l'intentionnalité qui a conduit à ce geste (autodestructrice, hétéro-agressive, cathartique, d'appel, de chantage, de fuite,...). **La notion de suicidaire** fait référence à une personne présentant un comportement ou des pensées évoquant l'autodestruction, faisant ainsi craindre un passage à l'acte suicidaire, tentative de suicide ou suicide. **Les suicidés** sont ceux qui sont **morts par suicide**, suicide qui sera alors qualifié d'abouti. Le terme de **suicidalité** renvoie aux idéations suicidaires actives (penser à vouloir mettre fin à sa vie) et passives (désir d'être mort) et aux conduites suicidaires (42).

Les conduites suicidaires correspondent à un ensemble de comportement qui inclue :

- Les tentatives de suicide **avortées** (quand le sujet arrête de lui-même son geste) ;
- Les tentatives de suicide **interrompues** (quand une source extérieure met fin à la tentative) ;

- Les tentatives de suicide **non complétées** (quand la tentative ne cause pas la mort du sujet) ;
- Les suicides **aboutis** ou **complétés** ;
- **Et tout acte préparatoire en vue d'une tentative de suicide.**

Le terme de **récidive suicidaire** est employé pour les « **multisuicidants** » quand la tentative de suicide se répète, par opposition aux « **primo-suicidants** » qui ont réalisé un seul passage à l'acte suicidaire. Ces multiplications de gestes suicidaires découleraient du fait que les sujets ne trouvent aucun autre aménagement de la crise qui a amené à la première tentative de suicide et recherchent de façon répétée l'apaisement de leurs pulsions suicidaires par leur mise en acte (43).

Après ce bref exposé général, nous allons nous attacher à décrire les données de la littérature concernant la psychopathologie des tentatives de suicide à l'adolescence.

1.1.4. Approche psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent

D'après la littérature, **il n'y a pas à l'adolescence de psychopathologie spécifique de la tentative de suicide** (14) (44) (45), même si un geste suicidaire isolé de toute psychopathologie est loin d'être la règle (46). La tentative de suicide s'organise autour de **deux dimensions, dépressive et impulsive**, qui nécessitent d'être élaborées et surmontées lors de ce processus de maturation psychique qu'est l'adolescence (1).

L'intentionnalité suicidaire à l'adolescence a souvent été remise en cause devant la dimension d'impulsivité et d'absence de réflexion apparente qui entoure souvent le geste (1). Appliqué à la clinique des adolescents, nous retrouvons une plus grande fréquence parmi leurs gestes suicidaires des valeurs de fuite, d'appel, de chantage ou encore de jeu (47) que certains ont appelé le suicide-pari (14). Selon Marcelli et Berthaut (1), le critère de désir de mort n'est pas aussi facile à déterminer qu'il paraît. Nous constatons souvent que le discours de l'adolescent suicidant concernant la valeur de sa tentative de suicide évolue. Interrogé dans les premières heures suivants son geste, l'adolescent suicidant affirme le désir de mourir. Revu quelques jours plus tard, il critique son geste, tend à le banaliser et affirme avoir seulement voulu alerter son entourage et exprimer son malaise

(48). Jeammet et Birot (48) parlent d'une « *constellation de modalités de fonctionnement mental, qui sont évocatrices d'une vulnérabilité à la réponse suicidaire* ». Une précarité du fonctionnement mental avec une moindre efficacité des mécanismes de contention psychique sont observées chez les adolescents suicidants, du fait du caractère désorganisant du fonctionnement psychique.

Le geste suicidaire d'un adolescent s'effectue souvent sans avoir été préparé, les conditions de l'environnement seules servant de déclencheur. Il est ainsi communément accepté que l'impulsivité associée à la propension au passage à l'acte propre à l'adolescence explique, au moins en partie, le passage à l'acte suicidaire. Il peut également survenir dans un contexte de frustration et de déception, traduisant alors un défaut de tolérance de la frustration, le corollaire classique étant le passage à l'acte. Cette impulsivité s'observe plus particulièrement dans le cadre de personnalités de type antisocial. Haim considère le geste suicidaire comme un déni de la réalité concernant principalement le passage à l'âge adulte que l'adolescent redouterait et fuirait donc (27) (49). Ladame, quant à lui, considère le moment de la tentative de suicide comme un moment « *toujours profondément psychotique* », faisant appel à une réactivation des mécanismes de défense les plus archaïques, et en particulier le clivage, ainsi qu'à une perte temporaire du *reality-testing* (4). Certains auteurs expliquent la tentative de suicide par ces seuls facteurs de vulnérabilité. Pour d'autres, ils ne seraient qu'une facilitation à la mise en œuvre du geste suicidaire. Des facteurs plus spécifiques seraient nécessaires, situés à la fois au sein de l'organisation psychodynamique des adolescents suicidants et dans le système de leurs interactions familiales.

Ce bref exposé des processus psychopathologiques qui sous-tendent un geste suicidaire se traduit sur le plan épidémiologique par les éléments et les chiffres que nous vous présentons dans le chapitre suivant.

1.1.5. Données épidémiologiques sur les tentatives de suicide chez l'adolescent

Le passage par les urgences pédopsychiatriques est aujourd'hui devenu une modalité d'entrée dans les soins privilégiée pour les adolescents en France comme dans l'ensemble du monde occidental. Si cette augmentation semble s'expliquer davantage par l'apparition de

nouveaux motifs de consultations comme des troubles des conduites, l'abus de substances ou des troubles anxieux, **les « tentatives de suicide » et « idées suicidaires » constituent chez les adolescents le deuxième motif d'admission aux urgences**, entre 12% et 39% selon les études d'après une revue de la littérature publiée en 2013 (50).

1.1.5.1. Prévalence

L'OMS détache la **tranche d'âge des 15-30 ans** comme étant l'une des deux classes d'âge les **plus à risque de geste suicidaire** (51). Malgré la difficulté à appréhender de façon précise et fiable la prévalence des tentatives de suicide, les études statistiques récentes retrouvent des résultats concordant avec la présence d'au moins un **antécédent suicidaire chez 7 à 8% de cette population** (6) (52). La **prédominance féminine** est marquée, comme ce qui est constaté dans les populations d'adultes suicidants.

Parmi les pays européens, la mortalité par suicide des 15-24 ans en France se situe dans la moyenne selon une étude publiée par l'INSERM en 1997 et reprise en 2000 lors d'une conférence de consensus sur la crise suicidaire (44). Néanmoins, une sous-estimation de l'identification du suicide comme cause d'un décès existeraient car seuls sont enregistrés pour les enquêtes statistiques les cas où le suicide est mentionné sur le certificat de décès. Ne sont ainsi pas retenus les décès dont la cause apparaît comme inconnue ou accidentelle mais qui pourraient correspondre à une réelle dynamique suicidaire (53). De façon relativement stable, les études montrent que le suicide est la **deuxième cause de mortalité en France pour les jeunes entre 15 et 24 ans**, avec environ 16% de l'ensemble des décès, après les accidents de la voie publique (6) (44) (54) (55) (53). En valeur absolue, il s'agit de **522 décès par suicide par an en France** pour la tranche d'âge 15-24 ans selon les chiffres de 2006 (53), soit 13% de la mortalité des jeunes garçons et 10% de celle des jeunes filles à cet âge (56).

Comme pour les suicides, **l'épidémiologie des tentatives de suicide est loin d'être consensuelle**, du fait des difficultés majeures du recueil épidémiologique qui découlent de l'absence de définition précise et consensuelle de ce qu'est une tentative de suicide. **Les tentatives de suicide seraient trente fois plus nombreuses que les suicides complétés**, soit environ 40 000 par an selon une estimation de l'INSERM en 2005 (46). Cependant, certaines tentatives de suicide ne sont pas révélées à l'entourage, d'autres ne sont pas

considérées comme telles par le jeune ou son entourage, et toutes les tentatives de suicide ne sont pas systématiquement portées à l'attention d'un médecin. Ainsi de nombreuses tentatives de suicide restent ignorées et échappent donc au recueil épidémiologique. De façon générale, nous avons retrouvé peu d'études d'évaluation en population adolescente. Ce résultat reflète l'état général de la littérature en suicidologie qui est fortement orientée vers l'épidémiologie plutôt que l'intervention. La **fréquence des récives** est **importante** (jusqu'à 50% la première année) et la **gravité du geste suicidaire augmente** au fur et à mesure des récives (57).

En Limousin, l'Observatoire Régional de la Santé dénombrait en 2005, 25% des filles et 13% des garçons entre 13 et 19 ans ayant eu au moins une fois des idées suicidaires au cours des douze derniers mois. 8% déclaraient avoir déjà réalisé une tentative de suicide (12% des filles et 5% des garçons) (58).

1.1.5.2. Facteurs de risque identifiés : troubles psychiatriques associés

Notons d'abord que, comme chez l'adulte, les études retrouvent un **plus haut degré de psychopathologie chez les multisuicidants** que chez les primosuicidants (57) (59). De plus, un antécédent de tentative de suicide est souvent le facteur de risque considéré comme le plus significatif de récive et de suicide complété (60). Ainsi, **50% des personnes décédés à la suite d'un geste suicidaire avaient réalisé au moins une tentative de suicide auparavant** (61).

Les troubles dépressifs : dans la littérature, les auteurs avancent des taux allant de 10 à 40% de dépression chez les adolescents suicidants. Selon l'Inserm, **le risque suicidaire, en cas de dépression associée, est trente fois plus élevé qu'en population générale** (62) (63) (64).

Les troubles de l'adaptation : Marttunen et al. (65) ont retrouvé, chez les adolescents suicidants, l'existence d'un trouble de l'adaptation dans **21%** des cas. Dans la période pré-suicidaire, l'adolescent doit faire face à une série d'événements dont la sommation aboutit à un **effondrement de ses capacités de réponse**. Ainsi, une dégradation progressive de l'environnement familial et social de l'adolescent suicidant et/ou des événements de vie négatifs sont généralement retrouvés. Le mécanisme par lequel un événement de vie récent

affecte un adolescent fait intervenir **plusieurs facteurs intrinsèques** tels que l'**âge**, le **sexe**, la **fréquence des récurrences des événements de vie**, l'**état psychologique de l'adolescent**, son **tempérament**, ses **stratégies de coping**, les **capacités des parents à soutenir leur adolescent**.

Les troubles de la personnalité : d'après Pommereau (48), à la différence des adultes, les adolescents auraient une personnalité en devenir. D'après son expérience, beaucoup de ceux pour lesquels ces diagnostics ont été posés lorsqu'ils étaient en situation de crise n'évolueraient pas vers les structures pathologiques correspondantes. Il est à noter cependant que le trouble de personnalité limite s'individualise. En effet, il représenterait 11% des patients suivis en ambulatoire, 53% des patients hospitalisés et 3% des adolescents en population générale. De plus, il apparaîtrait comme un **facteur de risque indépendant d'une récurrence suicidaire à 6 mois** chez les adolescents suicidants (66).

Les troubles anxieux : dans l'étude de Chérif et al. (48), un trouble anxieux a été noté dans **6.7%** des cas. Selon Ladame et Catipovic, le **moment suicidaire surviendrait souvent dans un contexte anxieux** et semblerait parfois s'accompagner d'une sidération ou d'une destruction temporaire de la conscience.

La schizophrénie : cette même étude évaluait la fréquence de la schizophrénie à **6.7%** des cas de suicide de l'adolescent. Le diagnostic formel ne peut malgré cela pas être posé d'emblée et nombre de psychoses aiguës de l'adolescence n'évoluent pas vers une schizophrénie. Les auteurs insistent cependant sur la **nécessité d'une évaluation psychiatrique approfondie** en cas de survenue d'un geste suicidaire au décours d'un épisode délirant ou d'une dépression atypique (48) (67). En effet, les études montrent une proportion plus importante d'antécédents suicidaires chez les patients schizophrènes décédés par suicide (73%) par rapport aux suicidés provenant de la population générale (44%).

Le trouble bipolaire : dans l'étude menée par Chérif et al. en 2012 (48), un trouble bipolaire a été noté dans **3.3%** des cas. Une tentative de suicide peut constituer un mode de début d'un trouble bipolaire. L'importance de poser un diagnostic précis de tels troubles à l'adolescence et de débiter un traitement adéquat est primordiale afin de prévenir les complications dominées par le suicide (64) (68).

Les addictions : l'incidence du suicide serait particulièrement élevée, jusqu'à **15%**, chez les patients présentant une addiction, qu'il s'agisse d'une toxicomanie, d'un alcoolisme ou d'une addiction comportementale (69) (70). La dimension impulsive serait plus importante chez ces patients, de même que le risque de récurrence (71).

Pour Coslin (36), **un trouble psychiatrique ne serait retenu que chez un adolescent suicidant sur quatre**. Ce taux atteindrait 35% en cas de récurrence suicidaire. De même, l'auteur précise que les troubles de l'humeur et les syndromes dépressifs n'augmenteraient véritablement le risque de suicide qu'en cas d'antécédent de tentative de suicide.

La **plupart des facteurs de risque** : caractéristiques sociodémographiques, antécédents personnels et familiaux de passage à l'acte, antécédents d'événements de vie traumatiques, facteurs environnementaux... (72) **sont immuables** et donc **inaccessibles à toute action de prévention**. L'**identification précoce d'un trouble psychiatrique processuel** paraît donc **indispensable** afin de **mettre en place un dispositif de prise en charge adapté** (73) et tenter de **limiter l'impact vulnérant des divers facteurs précipitants** (74).

1.1.5.3. Facteurs précipitants

D'après l'étude menée par Chérif et al. en 2012 (48), les facteurs déclenchants dans les tentatives de suicide seraient :

- Un **conflit parental** dans 53.6% des cas (75) ;
- Et un **conflit avec les amis** dans 3.6% des cas.

La plupart des jeunes interrogés au sujet du **motif de leur passage à l'acte** évoqueraient ainsi « **un fait précis** comme un conflit avec les parents, des problèmes à l'école ou une dispute ou rupture avec le compagnon/la compagne » et « **moins de 10%** [évoqueraient] **un malaise plus global** » (76). L'étude ESCAPAD menée en France en 2008 observe cependant que si la qualité des relations familiales peut apparaître comme un facteur de vulnérabilité important dans l'évaluation du risque suicidaire, elle peut aussi

constituer un facteur de protection quand ces relations sont ressenties comme satisfaisantes (6).

Plusieurs auteurs ont montré que le rapport idées de suicide/tentative de suicide se situe autour de quatre pour une. **La chronicité des idées suicidaires est un facteur de précipitation** d'un passage à l'acte. Si seulement 8% des garçons et 13% des filles pensent souvent au suicide, 41% d'entre eux ont fait une tentative de suicide, alors qu'ils ne sont que 1% parmi ceux qui n'ont jamais eu de telles idées. La présence d'idées suicidaires ne doit pas être banalisée car elles restent, surtout lorsqu'elles sont associées à d'autres manifestations, un facteur de risque sérieux (48).

1.1.5.4. Les moyens utilisés

Les moyens les plus souvent utilisés dans les tentatives de suicide sont **l'ingestion médicamenteuse volontaire** dans la grande majorité des cas, **en particulier par les filles** (jusqu'à 89% des cas), le *paracétamol* étant nettement surreprésenté, probablement du fait de la facilité d'accès, mais aussi la prise de traitements antidépresseurs, qui ont souvent pu être prescrits peu de temps avant le passage à l'acte (77). Parmi les autres méthodes, sont retrouvées les phlébotomies. Les moyens plus violents (défenestration, pendaison, arme à feu,...) sont davantage l'apanage des garçons, sont plus rares et logiquement plus souvent retrouvés dans les suicides complétés (13) (77).

Si le potentiel léthal de la méthode utilisée n'est pas négligeable dans l'évaluation du degré de gravité de la tentative de suicide, il ne faut pas minimiser l'impact d'autres facteurs comme le **degré de préméditation de l'acte** qui doit alerter le clinicien sur une morbidité psychiatrique plus grande (78).

1.1.5.5. La récurrence suicidaire

La récurrence suicidaire a été notée chez 30% des adolescents suicidants. Un adolescent suicidant sur trois récidive dans l'année. Les adolescents ayant des antécédents de tentative de suicide pensent plus souvent à la mort en général, à leur propre mort et préparent plus souvent un nouveau passage à l'acte. Le taux de récurrence est particulièrement

élevé chez les 15-24 ans (entre 10 et 45% en fonction des auteurs), et dans un cas sur deux, celle-ci survient dans les six mois (54) (79).

Comme nous l'avons évoqué plus haut, les sujets multisuicidants présentent un plus haut niveau de psychopathologie active et chaque tentative de suicide s'accompagne d'un potentiel léthal plus important (59) (61) (80).

1.1.5.6. Conclusion et recommandations officielles

La commission d'expert de l'ANAES en 2000 conclut que **c'est le passage à l'acte suicidaire qui constitue la priorité nationale**, et non le suicide lui-même (76) (79). En tant que priorité de santé publique, des préconisations générales ont été réalisées pour la prise en charge immédiate des adolescents suicidants, relayées très récemment par le rapport de l'OMS de septembre 2014 (81).

Ce rapport, édité en 1998 par l'AFSSAPS, devenue aujourd'hui la Haute Autorité de Santé, recommande ainsi (79):

➤ Une **prise en charge des adolescents suicidants dès le service d'accueil en urgence** avec :

- Un **examen somatique** qui évalue la **gravité immédiate** et **différée du geste suicidaire** et permet de définir le **traitement** et la **surveillance adaptés** ;
- Une **évaluation psychologique** qui requiert l'intervention du **psychiatre**, idéalement formé à l'approche des adolescents, qui doit débiter le plus précocement possible, dans les 24 premières heures, afin de **rechercher les éléments faisant craindre une récurrence à court terme** et de **poser les bases d'un projet thérapeutique**. Il est également nécessaire de **rencontrer l'entourage proche** afin d'appréhender son **vécu de la situation**, les **éventuelles difficultés** et la **qualité de l'étayage** dont dispose l'adolescent ;
- Une **évaluation sociale** grâce à l'intervention d'un/une assistant/e de service social qui doit préciser le **contexte social** et peut éventuellement conduire à **alerter les services sociaux** ou le système judiciaire.

➤ **L'hospitalisation complète est ensuite recommandée systématiquement** (76) (82) tout particulièrement en cas de :

- **Risque de récurrence immédiate** du geste suicidaire, en particulier s'il existe une **forte intentionnalité suicidaire** ;
 - **Pathologie psychiatrique non stabilisée** ;
 - **Environnement extérieur jugé défavorable** voire délétère dont il faudrait protéger le patient ;
 - **Souhait du patient** d'être hospitalisé ;
 - **Impossibilité de mettre en place rapidement un suivi suffisamment structuré** par un réseau ambulatoire.
- S'il n'y a **pas d'indication à une hospitalisation**, un **relai ambulatoire intensif** peut être envisagé afin de **poursuivre l'évaluation et les soins** ;
- Le **suivi ultérieur** :
- **La sortie du jeune suicidant doit être préparée et adaptée** à chaque cas particulier, qu'elle se fasse depuis les urgences ou après une hospitalisation ;
 - Les **modalités du suivi** sont spécifiques à chaque cas et doivent permettre **d'augmenter l'adhésion aux soins** et **diminuer le nombre de récurrences**.

Les types d'action souhaités sont ainsi bien dirigés vers une recherche de prévention du risque de récurrence suicidaire. Depuis quelques années, un certain nombre d'auteurs se penchent sur **l'association de certaines caractéristiques de coping inefficaces** telles que l'évitement, ou la rupture, **avec les conduites suicidaires**, ce qui semble constituer une **cible thérapeutique prometteuse** (59).

1.1.6. Réalité de la prise en charge des adolescents suicidants

Nous allons ici nous intéresser aux différentes modalités de soins sollicitées en pratique par la suicidalité adolescente aux différents temps de la prise en charge : mode de prise de contact avec le système de soins, première évaluation et prises en charge à moyen et long termes.

1.1.6.1. L'entrée dans les soins

Le mode d'entrée dans les soins **via les services d'accueil d'urgence** ou les **consultations d'urgence** est de plus en plus fréquent (3) (83) (84). Cependant, pour les adolescents qui se présentent en consultation d'urgence, l'accueil par des professionnels et une orientation vers un suivi ne sont pas suffisants pour les inscrire dans un parcours de soins cohérent et régulier dans la durée (50) (83). L'étude de Healy et al. met bien en évidence ce phénomène : au décours de la consultation aux urgences, 80% des adolescents entreront en contact avec un service de psychiatrie mais, trois mois plus tard, le suivi ne se poursuivra que pour 50% des adolescents venus initialement pour une tentative de suicide et seulement pour 27% de ceux venus initialement pour un autre motif (85).

La proportion d'adolescents revenant consulter aux urgences est importante. Pour Newton et al., plus d'un tiers des adolescents feront plusieurs visites. Healy et al. montrent qu'un quart reviendront dans l'année. Stewart et al., mettent en évidence que 17.7% répètent leur visite dans l'année et que 32.6% des adolescents suicidants se rendant aux urgences y retournent dans les six mois (85). Chez ces adolescents qui viennent à plusieurs reprises aux urgences, les études de De Vries et de Goldstein et al. (85) mettent en évidence une surreprésentation des adolescents cumulant :

- Une **prise en charge par les services sociaux** ;
- Un **diagnostic de troubles des conduites ou des conduites suicidaires** ;
- Et enfin des **antécédents d'hospitalisation en psychiatrie**.

De Vries note également une **difficulté pour ces jeunes à rester dans les dispositifs de soin** (85). Il existe ainsi de nombreuses ruptures dans leur parcours de soin et les urgences paraissent constituer pour eux une continuité des prises en charge thérapeutiques déjà existantes mais dans la discontinuité. Christodulu et al. (85) décrivent de façon assez comparable ces adolescents qui consultent aux urgences de façon répétée : ils ont plus tendance à présenter des troubles des conduites ou oppositionnels et des troubles de l'adaptation, à être hétéro-agressifs et à être suivi par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ; ils ont comme caractéristique supplémentaire d'être plus souvent hospitalisés et moins compliants au suivi.

Face à cet accroissement, Sicot (85) évoque, **avec une approche sociologique**, « **un phénomène social normal** », rappelant l'augmentation des visites dans les services d'urgences hospitaliers, qui sont passées en France de sept à quatorze millions entre 1990 et 2004, et le nombre d'enfants suivis en pédopsychiatrie de secteur qui a doublé entre 1986 et 2000. Ainsi, l'accueil en urgence en pédopsychiatrie semble évoluer en parallèle à ces données, mais avec une croissance peut-être encore plus importante, comme l'indiquent Christodulu et al. dans une étude décrivant une **augmentation trois fois plus importante de la fréquentation dans les urgences psychiatriques que celle des urgences somatiques générales** (85). Nous observons en parallèle la **diminution des lits d'hospitalisation temps plein de psychiatrie infanto-juvénile**, passant de 5380 à 1604 entre 1986 et 2000, avec une durée moyenne de séjour qui est passée de 159 jours à 42 jours. **Quant à l'ambulatoire**, comme nous l'avons vu, **sa file active a doublé** durant cette période, amenant 81% des secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à voir s'instaurer une liste d'attente pour le premier rendez-vous, et un délai d'attente dépassant un mois pour un rendez-vous avec le médecin dans 55% des secteurs (85). Le modèle social bouleversé aurait également un impact dans la modification d'une clinique et l'apparition d'une nouvelle « personnalité narcissico-hédoniste », comme le suggèrent Lazartigues et al. (85). Les jeunes présentant ces caractéristiques de personnalité seraient peut-être plus enclins à consulter dans des dispositifs privilégiant l'immédiateté et un moindre engagement. **La question d'un soin adapté et opérant apparaît comme problématique**. Les urgences ont certes une vocation de soin à part entière mais elles sont aussi l'opportunité d'une accroche pour l'organisation d'un suivi dans la durée, souvent seul à même d'apporter les soins nécessaires. Or, des auteurs comme Healy et al. mettent bien en évidence la difficulté de ce suivi dans la durée à partir des urgences. Les adolescents qui y sont rencontrés s'inscrivent difficilement dans le parcours de soin de manière régulière et les ruptures sont fréquentes. Certains d'entre eux utilisent même la consultation d'urgence de façon itérative (50) (85). Nous sommes face à une problématique importante, autant due à la fréquence de ces consultations qui continuent de progresser, qu'à l'insuffisance des réponses de soins apportées à ces adolescents. Il ne peut s'agir seulement de répondre à l'immédiateté sans concevoir une réflexion sur les modalités d'instauration d'une prise en charge thérapeutique.

Ces adolescents doivent être réinscrits dans des soins cohérents, dans la continuité, grâce notamment à un travail partenarial réalisé en amont et dès la première évaluation.

1.1.6.2. L'évaluation initiale

Une évaluation psychiatrique systématique et rigoureuse de tout adolescent suicidant semble nécessaire (85).

La connaissance des facteurs de risque psychopathologiques (48) devrait permettre la mise en place d'une prévention primaire dans le dépistage des états dépressifs. Prévenir la survenue d'une dépression est illusoire mais il est en revanche souhaitable, en matière de prévention secondaire, d'en faire un diagnostic précoce pour permettre de le traiter et d'éviter la tentative de suicide. Une autre forme de prévention, tertiaire, permet de prévenir le nombre de rechutes et de récurrences. Le caractère apparemment bénin de certains gestes suicidaires, en l'absence de trouble psychiatrique, ne doit pas faire négliger la nécessité d'un entretien psychiatrique. L'évaluation clinique de la tentative de suicide comprend aussi l'évaluation des performances scolaires et surtout du milieu familial de l'adolescent suicidant, qui interviennent dans les critères d'indication de prise en charge.

La meilleure forme de prévention possible mais aussi de prise en charge est le travail permanent de liaison et de coordination, le travail en réseau entre :

- **L'adolescent et sa famille ;**
- **Les médecins somaticiens et pédopsychiatres ;**
- **Les enseignants ;**
- **Les travailleurs sociaux ;**
- **Et les autres intervenants médicaux.**

Seule cette continuité peut être thérapeutique face à la rupture constituée par la tentative de suicide (48) en permettant de construire une alliance thérapeutique entre le patient et le, ou les, intervenants de soins.

1.1.6.3. L'enjeu de l'alliance thérapeutique

La notion d'alliance thérapeutique trouve ses origines dans une approche psychodynamique. A partir des années 1970, le développement des recherches sur les facteurs communs à l'ensemble des orientations thérapeutiques permet d'élaborer la construction théorique de cette notion. Bordin postule que **l'alliance thérapeutique constituerait le facteur principal du changement, toute thérapie confondue**. Elle ne

serait pas, en elle-même, curative mais constituerait un levier sur lequel le patient s'appuierait pour adhérer à la thérapie et poursuivre son traitement.

Cet auteur propose une construction théorique de l'alliance thérapeutique, rendant compte de deux dimensions (86) :

- **La thérapie ;**
- **Et l'interaction de trois composantes** : le **but** qui est la cible de la thérapie, la **tâche** qui constitue la substance-même de la thérapie et le **lien** qui définit la relation entre le patient et son thérapeute.

Bordin distingue en parallèle différents types de non-compliance (86) :

- **Le phénomène des perdus de vue** : les patients qui interrompent la thérapie sans en informer le thérapeute ni en avoir discuté au préalable avec lui ;
- **L'assiduité irrégulière dans le traitement thérapeutique.**

Chez l'adolescent, on peut distinguer un autre élément rentrant en compte dans l'établissement du lien thérapeutique : **en tant que mineur, il reste dépendant de son entourage et de la compliance de ses parents au soin**. Il est bien entendu que si les parents n'emmènent pas leur enfant en consultation, il n'y aura pas d'alliance thérapeutique possible avec celui-ci. Ainsi, l'enjeu de l'alliance thérapeutique en pédopsychiatrie est bien d'engager les parents au même titre que l'adolescent dans la relation de soin.

La construction de l'alliance thérapeutique avec l'adolescent représente un défi eu égard à l'instabilité des états cognitifs et émotionnels de ces sujets qui s'avèrent ainsi être des patients à la fois exigeants et particulièrement enclins aux passages à l'acte impulsifs. Ces facteurs propices aux comportements de non-compliance mettent par ailleurs en lumière l'importance d'établir **l'alliance collaborative dès le début du traitement**, avec ces patients : à cet égard, Bender considère que l'alliance précoce ouvre en effet « *une série de fenêtres d'opportunité thérapeutique, susceptibles de se refermer au fil des séances* » (86).

La mise en place d'une alliance thérapeutique efficiente pour la prise en charge des adolescents suicidants n'est pas l'apanage des relations thérapeutiques duelles. Les auteurs proposent également d'y parvenir dans le cadre de dispositifs groupaux.

1.1.6.4. La place des groupes thérapeutiques dans la prise en soins des adolescents suicidants

Pour la plupart des adolescents, une orientation vers une prise en charge individuelle en ambulatoire est efficiente. Le problème se pose pour les adolescents qui ne reviennent pas, les perdus de vue ou ceux qui passent sans arrêt par les urgences sans pour autant honorer les rendez-vous programmés. L'idée du groupe nous est alors apparue comme une alternative intéressante (86).

En 2007, Pedulla et al. publient des réflexions auprès de leur expérience de travail de groupe auprès de patients adolescents (87). Pour eux, à l'origine, le groupe paraissait contraire au fondement de la prise en compte de l'individualité psychique du sujet. Le groupe propose un lieu transitionnel entre le dedans (psychisme de l'individu) et le dehors de la réalité socioculturelle et institutionnelle.

Le groupe est à la fois :

- **Lieu d'échange, de communication ;**
- Et **lieu d'articulation** entre le « *groupe du dedans* » et le « *groupe du dehors* ».

D'un côté, il est scène d'externalisation ou de figuration des formations intrapsychiques individuelles. De l'autre côté, il est émanation de l'institution, véhiculant, à travers des messages explicites et implicites, ses règles, ses valeurs et ses projets tout en représentant son creuset de vie et de mutation.

Selon Anzieu, pour l'adolescent, le plaisir d'être ensemble permet la suppression ou la suspension de l'exigence de s'adapter à un univers adulte ou social et à ses règles de pensée et de conduite. On peut aussi imaginer, comme le soutient Bloch, que la bande rassure, qu'elle offre à ses membres un sentiment de sécurité, en quelque sorte un substitut de l'amour (87). La prise en charge par la constitution de groupes thérapeutiques formés par des individus d'une même classe d'âge permettait donc une **forme de repérage vertical**

(par rapport aux adultes) **et horizontal** (par rapport aux pairs) tout **en instaurant un dialogue entre eux** (adultes versus adolescents) **en référence tierce** (l'institutionnel, le soin, etc...). D'après Chapelier, le groupe fonctionne dans l'**illusion de communauté** avec ce que celle-ci comporte de **recherche d'indifférenciation, d'immortalité** et de **déni de la différence des sexes**. Le groupe tend vers le respect de soi et de la parole de l'autre. Il favorise l'échange et développe le sentiment d'appartenance et d'identité. Il permet d'intégrer les règles et les limites inhérentes à chacun. On peut y élaborer des stratégies. L'alternance des groupes autorise le défoulement et la réappropriation de sensations corporelles (88).

En fonction des modalités d'intégration, **deux types de groupes thérapeutiques** sont distingués :

- **Les groupes ouverts** : où les participants sont admis au fur et à mesure de leur arrivée. Il n'y a pas de durée de prise en charge prédéterminée. La participation à chaque séance est libre.
- **Les groupes fermés** : tous les participants sont admis à une même date. La durée d'inclusion est prédéterminée ou rediscutée après un délai déjà défini. La participation à chaque séance est « obligatoire ».

Sur un **plan plus historique et sociologique**, on peut observer que les propositions de prise en charge des maladies mentales sont très dépendantes du contexte socio-culturel de compréhension de la maladie mentale et de ses mécanismes psychopathologiques à une époque donnée. La société occidentale actuelle évolue vers un rapport à la réalité qui se fait de plus en plus dans une attente de réponses immédiates et concrètes aux problématiques rencontrées (ex : téléphone portable). Or, culturellement, l'abord thérapeutique consistait jusqu'à présent en France à proposer principalement des thérapies longues d'orientation psychanalytiques. Aujourd'hui le psychiatre doit aussi s'adapter à l'évolution de la société **en proposant des prises en charge plus courtes avec des objectifs plus facilement identifiables**. Les thérapies cognitivo-comportementales se sont développées dans ce contexte-là. Elles sont beaucoup plus répandues au Canada et dans les pays anglo-saxons où ce format de prise en charge répond aussi à une politique sociale de soins consistant à ne rembourser qu'un nombre limité de séances. Le ***coping*** est un **outil communément utilisé dans les thérapies cognitivo-comportementales**.

Nous allons à présent tenter de comprendre les notions de coping et locus de contrôle, toutes deux issues du courant de pensée des thérapies cognitivo-comportementales et dont l'indication auprès des adolescents, en particulier suicidants, se précise de plus en plus.

1.2. STRATEGIES DE *COPING* ET LOCUS DE CONTROLE A L'ADOLESCENCE

Nous allons explorer en premier lieu la notion de *coping* du fait de son identification récente par de nombreux auteurs en tant que **cible privilégiée de la prise en charge de nombreux troubles psychiatriques**. Ce terme est issu du verbe anglais *to cope* qui signifie **affronter, faire face**. Il s'agit d'un processus actif et conscient, initialement conçu comme le **corrélat observable de la mise en œuvre de mécanismes de défenses inconscients**.

Enfin, nous nous attacherons à décrire les liens entre locus de contrôle et *coping* afin d'en étudier la pertinence d'un point de vue thérapeutique.

1.2.1. Quelques généralités sur la notion de *coping*

Décrit pour la première fois par Lazarus et Folkmann en 1966, les **stratégies de *coping*** correspondant selon leur définition à l'ensemble des **efforts cognitifs et comportementaux utilisés pour maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes** qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu (89). Ces auteurs le définissent comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* » (90). Historiquement, le *coping* a d'abord été **conçu en référence au modèle animal** comme une **réponse comportementale acquise face à une menace vitale**, comme la **fuite** ou l'**évitement**, **induits par la peur**, ou bien la **confrontation** ou l'**attaque, induites par la colère**. Le critère essentiel du *coping* réussi chez l'animal est la survie. Dans un second temps, ce concept a été apparenté aux **défenses du Moi**, c'est-à-dire à un **ensemble d'opérations cognitives inconscientes** dont la **finalité serait de diminuer ou supprimer tout ce qui pourrait susciter le développement de l'angoisse**. On peut retrouver ici divers processus cognitifs destinés à diminuer l'anxiété induite par un événement donné : le déni, l'intellectualisation, ... Le **critère du *coping* réussi** deviendrait la **qualité du devenir psychologique** et la **qualité de la stratégie d'ajustement en termes de souplesse** et de **degré d'adhérence à la réalité**. Cependant, ce modèle resterait incomplet car n'envisagerait le *coping* que sous l'angle d'un système défensif ayant pour objectif de rétablir un équilibre émotionnel ; la résolution du problème créé par l'événement perturbateur ne serait donc pas abordée.

Une autre conceptualisation a envisagé le ***coping* comme un trait de personnalité**. Certaines **caractéristiques stables de la personnalité**, telles que la **répression-sensibilité**, le **fatalisme** ou l'**endurance** prédisposeraient l'individu à faire face au stress d'une certaine façon. Toutefois, des recherches approfondies invalident cette théorie en montrant que les mesures de traits sont de faibles prédicteurs des stratégies de *coping* (89).

Ces discordances peuvent être éclairées par :

- La **nature multidimensionnelle du processus de *coping* actuel** qui ne pourrait être prédit par la mesure unidimensionnelle d'un trait de personnalité ;
- Le **caractère mouvant et changeant du processus de *coping*** qui est fortement influencé par le contexte situationnel chez un même individu.

Pour Lazarus et Folkman (91), les traits de personnalité seraient donc insuffisants pour prédire la manière dont un individu fait face au stress. La notion de *coping* aurait donc été introduite afin de rendre compte à la fois des **dispositions personnelles stables**, ou **ressources**, et des **modalités comportementales effectivement mises en œuvre**, ou **réponses**, dans différentes situations de stress.

Le *coping* est aujourd'hui reconnu comme un **concept multidimensionnel**. Il comprend :

- Des **cognitions** (évaluation de la situation stressante, évaluation de ses ressources, recherche d'informations...);
- Des **affects** (expression ou répression de la peur, de la colère...);
- Et des **comportements** (résolution du problème, recherche d'aide...).

Lazarus et Folkman soulignent le **caractère dynamique** de ce processus, constamment changeant, attendu que les stratégies de *coping* produites par un individu varient constamment en fonction des situations mais surtout de l'évaluation que fait le sujet de son environnement. **Cette transaction incessante entre l'individu et l'environnement est elle-même influencée par les ressources personnelles antérieures du sujet et les caractéristiques environnementales à chaque instant** (90). Frydenberg et Lewis, décrivent ainsi le *coping* comme la résultante de l'interaction entre trois éléments : l'individu, la situation à laquelle il est confronté et la perception qu'a l'individu de cette situation (92). Cette approche est défendue par les tenants de la théorie cognitive du stress et du *coping*.

Dès l'élaboration du concept de *coping*, des échelles d'évaluation ont été créées afin d'appréhender de façon objective le mode de fonctionnement des individus face aux situations de stress.

1.2.2. L'évaluation du *coping*

Nous ne pouvons pas parler a priori de stratégies de coping adaptées ou inadaptées, efficaces ou inefficaces, indépendamment des **caractéristiques de la situation et du sujet**. En effet, une **stratégie** sera considérée comme **efficace**, ou **fonctionnelle**, si elle permet à l'individu de **maîtriser la situation stressante** et/ou de **diminuer l'impact sur son bien-être physique et psychique**. Ainsi, l'efficacité du *coping* tel qu'il est envisagé aujourd'hui réside dans la **réduction de la détresse immédiate** aussi bien que dans le **renforcement du bien-être futur** (93). Les stratégies de *coping* sont à distinguer en fonction de leurs caractéristiques, et non de leurs effets. Le regroupement des stratégies de coping préférentiellement investies par un sujet permet alors de dessiner des **styles de coping dominants**. Le **style** fait référence à la **tendance d'une personne à agir d'une façon constante dans un ensemble de circonstances**, alors que ses stratégies, elles, varient selon le contexte et la nature du facteur de stress.

De nombreuses classifications des stratégies de *coping* existent. Lazarus et Folkman ont établi la première dans les années 1980 selon un modèle dichotomique, qui reste, malgré les controverses, le **modèle de référence** encore aujourd'hui. Ils décrivent ainsi un **style de coping centré sur le problème** et un **style de coping « centré sur l'émotion »** à partir d'une échelle de 67 items, la *Ways of Coping Checklist* ou *WCC*, qui individualise 8 stratégies de coping différentes (89). Le **style de coping centré sur le problème** cherche à **réduire les exigences de la situation et/ou augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face**, alors que le **coping centré sur l'émotion** vise à **gérer les réponses émotionnelles induites par la situation**.

Le **coping centré sur le problème** comprend deux stratégies :

- La **résolution du problème** ;
- Et l'**affrontement de la situation**.

Le **coping centré sur l'émotion** regroupe six stratégies :

- La **prise de distance** ou **minimisation de la menace** ;
- La **réévaluation positive** ;
- L'**auto-accusation** ;
- La **fuite-évitement** ;
- La **recherche de soutien social** ;
- Et la **maîtrise de soi**.

Ces auteurs insistent sur le fait que, **face à un événement apparaissant incontrôlable** (objectivement ou subjectivement), le sujet **tend à utiliser des stratégies centrées sur l'émotion** alors qu'il utilise des **stratégies centrées sur le problème** lorsque la situation lui paraît contrôlable. Il n'y a donc pas lieu d'attribuer une valeur positive ou négative à l'un ou l'autre de ces styles de *coping*.

D'autres auteurs (90) ont remis en cause cette catégorisation des stratégies de *coping*. Suls et Fletcher ont, eux, choisi de classer le *coping* en :

- **Coping évitant** qui correspondrait à des **stratégies passives** (évitement, fuite, déni et acceptation stoïque) ;
- Et **coping vigilant** qui représenterait plutôt des **stratégies actives** (recherche d'informations, de soutien social et plans de résolution de problème).

Le *coping*, tel qu'il est envisagé par ces auteurs, n'est pas conçu comme une réponse au stress mais serait une « **stratégie multidimensionnelle de contrôle** » dont l'objectif serait :

- Soit le **changement de la situation menaçante** elle-même ;
- Soit le **changement de la perception subjective** qu'en a le sujet.

Paulhan (90), met l'accent sur le fait que ces controverses restent secondaires, la priorité sur le plan clinique restant l'efficacité fonctionnelle des stratégies mises en œuvre par le sujet, c'est-à-dire leur aptitude à « *réduire la tension ou l'anxiété engendrée par une situation* ».

En ce qui concerne l'évaluation du *coping* chez les adolescents, **plusieurs échelles spécifiques de cette tranche d'âge ont été élaborées**. Historiquement, les premières ont été établies à partir de la *Ways of Coping Checklist* de Lazarus et Folkman, et étudient le profil de *coping* en fonction d'un événement stressant identifié intervenu dans les semaines précédant l'évaluation. D'autres mettent l'accent sur les réponses de *coping* destinées à faire

face aux tâches développementales impliquées dans des problèmes du quotidien auxquels sont confrontés les adolescents (94). La dernière à avoir été mise en place est celle de Frydenberg et Lewis en 1993, *l'Adolescent Coping Scale*, dont la validation française (Echelle de Coping pour Adolescents, ECA) date de 2009 (93).

1.2.3. Spécificités du *coping* à l'adolescence

En population générale, de nombreuses études ont été menées afin d'identifier les particularités du fonctionnement de coping des adolescents.

1.2.3.1. Réponses générales

Frydenberg et Lewis (95) ont étudié plusieurs échantillons d'étudiants du secondaire en Australie en utilisant *l'Adolescent Coping Scale*. **L'adolescence serait, en population générale, traversée sans difficulté majeure**, mettant ainsi en œuvre **prioritairement des stratégies du style productif** au travers des stratégies de « recherche de résolution du problème », « pensée positive » et « activité sportive ». La stratégie productive « se relaxer » et la stratégie non productive « recours à la pensée magique » ressortent également dans les échantillons évalués. Les étudiants évalués privilégient donc un échantillon de stratégies d'adaptation plutôt que l'utilisation d'une seule. Ces résultats concordent avec ceux réalisés par d'autres auteurs, y compris en utilisant des outils d'évaluation différents et dans des contextes culturels différents (94).

Dans le cadre scolaire (95), l'utilisation de stratégies productives telles que « travailler fort pour réussir », « résolution du problème » ou « recherche d'un soutien social » est corrélée avec de meilleurs résultats scolaires que ne l'aurait laissé supposer le test intellectuel, contrairement à des stratégies non productives comme « ne rien faire », « ignorer le problème » ou « réduction de la tension ».

Néanmoins, Frydenberg et Lewis (96) soulignent que **le coping ne donne qu'un aperçu du style dominant de chaque individu**. Il doit être compris en fonction de l'éventail de problèmes auxquels est confronté chaque adolescent au cours de sa vie, et est variable en fonction de la nature de chaque problème rencontré

1.2.3.2. Différences liées au sexe

Contrairement aux études menées chez les adultes, nous retrouvons une **différence de genre chez les adolescents** en matière de profil de *coping*, mais aussi d'utilisation des stratégies au sein d'un même style de *coping*. La plupart des études montre que **les filles utiliseraient davantage que les garçons le « soutien social »**. Ceux-ci identifieraient la « pratique physique » comme une stratégie de coping contrairement aux filles. Les filles adopteraient « *un mode de réponse ambivalent face au stress, dans le cadre duquel les styles actifs et de retrait se côtoient dans de fortes proportions. Elles s'inquiètent beaucoup à propos de leurs difficultés, pensent aux solutions possibles et envisagent les conséquences négatives plus souvent que les garçons* ». A l'opposé, **les garçons évalueraient les situations de façon plus optimiste, ne se préoccuperaient du problème que lorsqu'il serait imminent et n'exprimeraient pas d'émotions aussi intenses** (94). Cette notion de l'évaluation ou non d'un comportement comme étant une stratégie de *coping* rejoint l'idée défendue par Kim et al. qui suggèrent une différence de genre dans l'impact reconnu par les individus de l'utilisation d'une même stratégie de *coping* (97). Ainsi malgré des différences dans le choix des stratégies de *coping*, elles resteraient fonctionnelles en population générale en tant que capacités adaptatives.

L'**utilisation secondaire de stratégies « dysfonctionnelles »** est aussi **partagée par les deux sexes**. Les **filles** montreraient là une approche ambivalente devant une situation problématique, les **styles de *coping* centré sur l'émotion et centré sur le problème** étant utilisés tant dans l'anticipation que dans l'affrontement du problème. Les auteurs sont relativement unanimes sur le fait que les **filles utiliseraient davantage que les garçons les stratégies de *coping* associées au style centré sur l'émotion** (92). Les garçons ne passeraient pas par la phase d'anticipation et utiliseraient préférentiellement des stratégies de ***coping* passant par l'action et centrées sur le problème**, avant de passer dans un style « dysfonctionnel » en cas de persistance du problème (94).

1.2.3.3. Différences liées à l'âge

Les résultats concernant l'évolution du *coping* avec l'âge sont très controversés dans la littérature. Une étude menée en Allemagne sur un échantillon de 728 adolescents allemands de onze à dix-neuf ans a trouvé une évolution de l'utilisation des stratégies de

coping en fonction de l'âge dans le sens d'une plus grande utilisation de style de *coping* cognitif, interne (98). Ainsi, la **tranche d'âge 11-16 ans** utiliserait principalement des **styles de coping « approche » et « évitement »**, avec une seule stratégie d'approche et un large éventail de stratégies d'évitement.

La **tranche d'âge 17-19 ans**, elle, utiliserait un **moins grand nombre de stratégies du style « évitement »** et distinguerait **deux composantes du style « approche »** :

➤ Une **composante comportementale** correspondant à un « *coping* actif ». ex : tenter de résoudre le problème avec l'aide d'amis ;

➤ Et une **composante cognitive** correspondant à un « *coping* interne ». ex : penser au problème pour trouver une solution.

De plus, les adolescents de la **tranche d'âge la plus âgée auraient moins recours aux stratégies comportementales plus explosives** utilisées par les plus jeunes (pleurer, claquer les portes, écouter la musique fort...). Les auteurs **associent cette évolution au développement cognitif à l'adolescence** qui donnerait progressivement accès au jeune aux **capacités de réflexion** nécessaires au développement d'un style de *coping* interne. A contrario, Frydenberg et Lewis (95) trouvent une évolution inverse avec **davantage d'utilisation de stratégies de coping productives par les jeunes adolescents, en première année de secondaire** (« travailler fort pour réussir » principalement), alors que les plus âgés, en quatrième année, utiliseraient davantage des stratégies non productives telles que « consommation de toxiques » et « se blâmer ». Les auteurs expliquent ces résultats par le fait que les plus jeunes seraient plus enclins à travailler car intégrant tout juste l'enseignement secondaire mais reconnaissent une évolution en faveur d'une plus grande utilisation de stratégies non productives. Enfin, **d'autres études ne retrouvent aucune différence dans les profils de coping des adolescents en fonction de l'âge** (94).

L'analyse de ces résultats démontre que les **stratégies de coping de type non productif, « dysfonctionnel » peuvent être utilisées par les adolescents indifféremment quel que soit leur âge**. En revanche, les stratégies d'approche de type *coping* interne seraient, elles, privilégiées par les adolescents les plus âgés.

Comme nous l'avons dit concernant l'établissement de l'alliance thérapeutique, les enfants et adolescents sont indissociables de leur entourage familial.

1.2.3.4. L'impact de l'environnement familial

Les auteurs s'accordent pour dire que **l'environnement familial de l'enfant**, et **l'implication affective familiale** en particulier, aurait une **influence non négligeable sur la réponse au stress** et donc l'observation de difficultés psychiques et comportementales à l'adolescence (99) (100) (101) (102). Ainsi, un **fonctionnement familial appauvri** (davantage de conflits, moins de communication et de soutien entre les membres) serait **associé à des troubles émotionnels** tels que **l'anxiété** (100) et/ou la **dépression** (101), et des **troubles du comportement** (102). Plus spécifiquement, la **pauvreté de l'implication affective familiale** pourrait affecter la santé mentale des jeunes, le manque d'implication pouvant être assimilé à du **détachement**, voire de la **négligence**, et serait **liée à des troubles des émotions**. D'autre part, une **implication excessive** serait comparable à de **l'intrusion** et serait également associée à **des troubles psychiques à l'adolescence**.

L'approche développementale du coping va aussi dans le sens d'une **influence des caractéristiques familiales sur le profil de coping** des enfants et adolescents (103). Le **développement** d'un **coping favorable** de l'enfant pourrait se mettre en place uniquement **de façon indirecte**, via les **modèles parentaux** et leur **accompagnement vers des stratégies de coping adaptatives** mais il résulterait également **directement d'un environnement familial favorable dans l'enfance** (103) (104). Kliwer et al. émettent l'hypothèse qu'une **implication affective familiale modérée**, ni trop importante ni trop faible, permettrait de **promouvoir le développement d'un profil de coping « vigilant »** pour les jeunes qui seraient **assurés de bénéficier du soutien de leur famille en cas de besoin** mais seraient **encouragés à tendre vers l'indépendance et l'auto-efficacité**. A l'inverse, les **familles** qui seraient **sous-impliquées** n'auraient **pas créé d'environnement suffisamment sûr pour préparer leurs enfants** à la confrontation à des situations de stress, tandis que des **familles sur-impliquées** ne leur auraient pas laissé suffisamment d'opportunités de développer des stratégies efficaces (104) en ne leur **permettant pas de se tourner vers de nouvelles expériences**. Ces théories développementales du **coping** par l'environnement familial seraient compatibles avec les modèles d'autorégulation des enfants. Celles-ci suggèrent également qu'un **environnement familial caractérisé par les conflits et la dureté** pourrait conduire à des **réactions de stress inadaptées** dans leur **intensité** comme dans leurs **modalités** (évitement par exemple) (105).

Les données récentes de la littérature confirment ces hypothèses mais les études étudient **en priorité les comportements des parents** plutôt que l'impact de la famille au sens plus large, se font **préférentiellement sur de jeunes enfants et parmi la population générale** (99). Une seule étude a concerné spécifiquement les adolescents et a montré une **plus grande influence parentale** sur le *coping* **que des professeurs** et ce, **indépendamment du contexte** où se trouvait l'adolescent lorsqu'il était confronté à un facteur de stress (maison ou école) (106). Les auteurs regrettent, là aussi, que l'étude n'ait porté que sur des adolescents issus de la population générale et pas sur des jeunes présentant des difficultés psychologiques connues (99).

Comme le disent Rodriguez et al., l'ensemble de ces perspectives théoriques va donc dans le sens **d'un impact direct de l'environnement familial sur le développement du profil de *coping* des enfants et l'existence éventuelle de difficultés psychiques et/ou de troubles du comportement à l'adolescence** (99).

1.2.4. Le *coping* dans les troubles psychiatriques

Nous avons relevé une multiplication des publications recherchant une association entre divers troubles psychiatriques et le profil de coping.

Dans leur revue de littérature en 2001, Compas et al. évoquent **un pronostic plus sombre pour les adolescents utilisant un profil de *coping* de type « désengagement » ou non productif par rapport aux adolescents présentant un profil de *coping* à type d'« engagement » ou productif**. En effet, ils développeraient plus fréquemment des troubles des émotions que ceux utilisant un profil « productif » (107). En 2004, Votta et al. (108) ont étudié le profil de *coping* d'adolescents garçons sans domicile fixe au regard des troubles des conduites et psychiatriques qu'ils pouvaient présenter. Il est apparu qu'en comparaison avec des adolescents ayant un toit, les adolescents sans domicile fixe présenteraient une plus grande prévalence d'idées suicidaires et d'antécédents de tentatives de suicide, davantage de symptomatologie dépressive, de troubles du comportement, de consommation de toxiques de problèmes judiciaires et de difficultés scolaires. Sur le plan de **leur profil de *coping*, ces adolescents privilégieraient les stratégies à type de désengagement**.

De nombreuses études ont récemment tenté de mettre en évidence des profils de *coping* particuliers aux troubles psychiatriques tant chez les adultes que chez les adolescents.

- **Coping et troubles anxieux** : pour certains auteurs, les **troubles psychiatriques seraient dus à des « schémas précoces inadaptés »**. Ce concept a été élaboré par Young qui les a définis comme « *un thème ou un modèle important et envahissant concernant l'individu ainsi que ses relations avec les autres. Ils se développent dans l'enfance ou l'adolescence, s'enrichissent et se complexifient tout au long de la vie* » (109). Ces schémas précoces inadaptés seraient présents chez tous les individus mais plus intenses et envahissants chez les patients présentant des troubles anxieux (110). Des études ont montré une **association entre certaines caractéristiques du coping et des schémas inadaptés précoces** retrouvés dans un trouble anxieux. Par exemple, les patients anxieux présentant une surexpression des schémas « imperfection » et « sur-contrôle émotionnel » utiliseraient moins les stratégies de coping de recherche de soutien social (111).
- **Coping et trouble de la personnalité** : Knafo et al. ont fait paraître en 2014 une étude recherchant un lien entre *coping*, trouble de la personnalité de type état limite et passage à l'acte suicidaire grâce à un échantillon de patients de 109 adolescents entre onze et dix-sept ans (66). D'après leur étude, les adolescents présentant un trouble de personnalité limite développeraient de façon significative le style de *coping* non productif comparativement aux adolescents témoins. Ces éléments viennent étayer la théorie de Young sur les schémas précoces inadaptés qui seraient également à l'origine des troubles de la personnalité (109). Plus spécifiquement, les stratégies privilégiées par les patients limites seraient, par ordre de fréquence décroissante : **s'accuser, utiliser des moyens violents pour faire baisser la tension, garder pour soi, ne rien faire, s'inquiéter et ignorer le problème**. Notons qu'aucune différence significative en fonction du sexe n'est notée dans ce travail entre les groupes d'adolescents présentant un trouble de personnalité limite et ceux qui n'en présentent pas. En ce qui concerne le risque suicidaire, **les adolescents présentant un trouble de personnalité limite ont un risque suicidaire plus**

élevé que les adolescents exempts de ce trouble de personnalité et **diffèrent des autres adolescents suicidants** en particulier **par leur utilisation du style de coping non productif**. Ces éléments sont en faveur de l'importance de développer des facteurs de protection du risque suicidaire tels que les stratégies de *coping* du style productif (66).

- **Coping et trouble bipolaire** : les résultats sont semblables concernant des sujets adultes atteints de cette pathologie (112) et des adolescents et jeunes adultes (14 à 27 ans) qui ont des antécédents familiaux de trouble bipolaire (113), les deux études ayant été menées de façon indépendante par des équipes différentes et publiées toutes les deux en 2014. Les sujets atteints de trouble bipolaire auraient un **profil de coping « dysfonctionnel » par rapport à un échantillon contrôle**. Ils utiliseraient **moins le coping centré sur la résolution de problème**. De plus, ils se détacheraient significativement des témoins par : un **défaut d'utilisation du support social** et une **plus grande recherche de plaisir dans leurs stratégies de coping** (112). Les individus avec des antécédents familiaux de trouble bipolaire utiliseraient moins le profil de *coping* centré sur le problème et présenteraient davantage de recours à des stratégies de *coping* de désengagement. Ils auraient également présenté de façon significative davantage de troubles du comportement sur la vie entière (113) : **consommation de drogues, trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et troubles du comportement / trouble oppositionnel avec provocation**. Une plus grande fréquence de troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur, trouble bipolaire de type I et II) existerait mais la différence n'apparaît pas significative dans ce travail. Les auteurs ont aussi identifié davantage de conduites sexuelles à risque dans l'échantillon avec antécédents familiaux de trouble bipolaire.
- **Coping et addictions** : une étude parue en 2014 (114) met en évidence un **niveau d'estime de soi faible associé à des scores de coping centré sur le problème inférieurs** et des **scores de coping centré sur les émotions supérieurs** chez les patients présentant une addiction par rapport à la population générale. Les données de la littérature évoquent la fréquence importante des motifs à caractère social avancés par les adolescents consommateurs de toxiques et la notion de stress psychosocial

particulièrement élevé à cette période. Les auteurs ont ainsi proposé de comprendre la **consommation de cannabis comme l'équivalent d'une stratégie de *coping* face au stress social** qui viendrait **supplanter le *coping* centré sur le problème défaillant chez ces patients**. Le travail de prévention des consommations de cannabis leur paraît donc devoir se faire principalement en favorisant le développement de stratégies de *coping* centré sur le problème.

Si nous ne retrouvons pas de style de *coping* spécifique associé à chaque pathologie psychiatrique, et bien que toutes les études n'utilisent pas les mêmes outils d'évaluation du *coping*, les résultats mis en avant dans ces études orientent vers une fragilité globale de ces patients qui semblent privilégier des stratégies du type « dysfonctionnel ». Le ***coping* « fonctionnel »** (centré sur le problème, productif, positif,...) est, de ce fait, **de plus en plus considéré comme un facteur de protection majeur et une voie de soins à exploiter dans tous les domaines de la santé mentale** (99).

Toutes ces études prônent ainsi la mise en place de stratégies thérapeutiques axées sur le renforcement des **stratégies de *coping* productives, centrées sur le problème**, en termes de :

- **Prévention primaire**, par exemple pour réduire le nombre de premiers passages à l'acte suicidaires en population générale (115) ;
- **Prévention secondaire** chez des sujets présentant déjà une fragilité telle qu'un trouble de la personnalité (66), un antécédent de traumatisme subi (116) ;
- **Prévention tertiaire** par l'accompagnement du suivi déjà mis en place afin d'éviter d'éventuelles rechutes de troubles psychiatriques ou nouveaux passages à l'acte et maintenir les compétences acquises (108) (112) (117).

Dans le cadre de notre travail et au vu de l'intérêt des auteurs pour le *coping* en tant que possible facteur protecteur et donc outil de prévention d'une décompensation psychiatrique, nous allons à présent étudier les liens retrouvés dans la littérature avec la problématique suicidaire à l'adolescence.

1.2.5. *Coping* et suicidalité à l'adolescence

L'utilisation préférentielle d'un profil de *coping* centré sur l'émotion par les personnes ayant réalisé au moins une tentative de suicide a largement été constatée dans les études. De même, nous avons vu que ce style de *coping* est privilégié par les adolescentes qui, elles-mêmes, réalisent davantage de gestes suicidaires que leurs homologues masculins. Malgré ces éléments, **la significativité statistique de l'association entre *coping* et suicidalité reste contestée.**

Si certains auteurs réfutent la significativité du rôle de la variable *coping* dans la relation entre genre et suicidalité (93) (66) (118), de nombreux autres suggèrent que le développement de stratégies adaptatives de *coping* pourrait permettre de réduire la suicidalité (97). Une étude réalisée par Votta en 2004 (108), étend la significativité de l'association entre profil de *coping* et suicidalité en établissant un lien entre les deux y compris chez les suicidants de sexe masculin. Pour Horwitz et al. (7), les stratégies de *coping* entrant dans le cadre du vaste style de *coping* centré sur l'émotion et le *coping* évitant sont associées à de hauts niveaux de dépression et des idéations suicidaires. Les stratégies de *coping* centré sur le problème ne sont pas indépendamment prédictives d'un faible risque de dépression ou idéations suicidaires. Mathew et al. (119) identifient les stratégies de *coping* à type de « conflit, évitement et prise de distance-fuite » qui, associées à des facteurs de stress récents, seraient des facteurs de risque significatifs de passage à l'acte suicidaire. A l'inverse, des stratégies de *coping* telles que « la maîtrise de soi, la recherche de soutien social, l'acceptation des responsabilités, la résolution de problèmes et l'évaluation positive » constitueraient des facteurs protecteurs.

Le *coping* est ainsi aujourd'hui de plus en plus considéré comme un facteur protecteur, voire un facteur de prévention, du risque suicidaire (120). Le terme « facteur de protection » regroupe les **attributs des personnes, des environnements, des situations et des événements qui paraissent tempérer des prédictions de psychopathologie basées sur un statut individuel à risque.** Ils offrent ainsi une **résistance au risque.** Ces facteurs de protection ne sont pas l'inverse des facteurs de risque, c'est leur intensité et leur rôle à l'intérieur d'une dynamique particulière qui les caractérisent. Au Québec, Breton et al. (121) ont bâti un modèle théorique intégratif selon lequel le risque de dépression et d'idéations suicidaires chez l'adolescent est la résultante de **l'interaction entre facteurs de risque** (prédisposants et précipitants) et **facteurs de**

protection. Les facteurs de protection ont alors un **rôle de modérateur en minimisant l'impact des facteurs de risque** (66). Les auteurs suggèrent en conséquence des **programmes de prévention primaire ou secondaire** d'un geste suicidaire qui **enseigneraient les modalités de coping dites protectrices en association avec une réduction de l'utilisation des stratégies de coping considérées à risque** (7) (108) (119).

1.2.6. Liens entre locus de contrôle sur le *coping*

Nous avons décidé de nous intéresser, dans ce travail, à la notion de locus de contrôle du fait de divers points communs mis en évidence dans la littérature et qui nous semblent pertinents du point de vue de la problématique des adolescents suicidants.

1.2.6.1. Présentation du concept

Le concept de locus de contrôle est, comme celui de *coping*, relativement récent. Décrit pour la première fois en 1966 par JB. Rotter, il cherche à rendre compte du « *degré de relation causale que les individus établissent entre leurs conduites et/ou leurs caractéristiques personnelles (traits, attitudes et aptitudes) et les renforcements positifs et négatifs qu'ils perçoivent, c'est-à-dire ce qui leur arrive ou doit leur arriver dans la vie* » (122). Ainsi, **les sujets internes ont le sentiment d'être à l'origine de ce qui leur arrive** alors que **les sujets externes se sentent esclaves des événements, sur lesquels ils ne pensent avoir aucun poids** (123). Ce concept est apparu historiquement dans le cadre de la théorie de l'apprentissage social élaborée par Rotter (123). Ces deux éléments s'inscrivent au sein du **courant behavioriste** américain dont l'une des principales lois est que tout comportement entraînant une récompense tendrait à se pérenniser alors que tout comportement entraînant une punition tendrait à disparaître (124). Selon les théories behavioristes, l'apprentissage interviendrait lorsque le comportement est suivi d'un renforcement. Rotter fait ici intervenir en association une nouvelle notion : l'**attente**. Elle correspond au **degré de perception de la relation causale entre un comportement et un renforcement donné**. Ainsi, la probabilité d'apparition d'un comportement dans une situation psychologique donnée serait fonction de la valeur attribuée par le sujet à ce renforcement et de l'attente de ce dernier (124). Cette attente référerait à la perception de l'individu qui pourrait percevoir le renforcement comme indépendant de l'action ou comme ayant un lien causal avec le comportement. La probabilité de répétition serait alors fonction du caractère désirable du renforcement associé au comportement (124). Le locus de

contrôle correspond à une **approche globale du fonctionnement du sujet par rapport à ce qui lui arrive en général, constituant un véritable trait de personnalité** du fait de cette notion d'attente, liée au fonctionnement de personnalité de l'individu (122) (124). Rotter le définit comme un **continuum** allant de **l'internalisme où le sujet conçoit les conséquences de ses actions comme contrôlables**, à **l'externalisme où le sujet les perçoit comme hors de son contrôle** (122).

Le niveau de locus de contrôle aurait une traduction sur le positionnement interne de l'individu et donc sur ses comportements et attitudes visibles de l'extérieur. Par rapport aux personnes dites externalistes, les sujets internalistes (124) :

- Auraient un **plus grand besoin de réalisation** que les externalistes ;
- Fourniraient **davantage d'efforts** et pour des **objectifs plus lointains** ;
- **Croiraient plus à leurs propres capacités** d'obtenir des résultats grâce à leurs efforts ce qui les rendrait **plus efficaces devant une situation de stress** ;
- Auraient **plus d'habiletés à planifier et fournir des efforts prolongés** ;
- Auraient une **plus grande capacité d'attente**, le renforcement n'étant pas attendu obligatoirement de façon immédiate.

Parallèlement, des études ont recherché la traduction de ces positionnements internes dans les relations interpersonnelles :

- **Face aux tentatives d'influence et de manipulation**, les individus externes seraient plus vulnérables, résistant moins que les internalistes qui seraient plus attentifs et perspicaces aux stimuli de l'environnement quel que soit le degré de subtilité de la tentative de manipulation ;
- **Face au blâme et à l'échec**, la personne externaliste adopterait une position passive et ruminerait plutôt que de s'engager activement face à la difficulté comme le ferait une personne internaliste. Elle en arriverait à accuser les autres, les rendant responsables de ses propres échecs.

Pour certains auteurs cependant, le locus de contrôle ne devrait pas être étudié de façon isolée mais **en interaction avec le contexte environnemental**, en particulier social, dans lequel évoluerait le sujet. ainsi, une étude a identifié le locus de contrôle interne comme

pouvant constituer un mécanisme d'adaptation défaillant dans un environnement de quartier défavorisé aux Etats-Unis (125).

1.2.6.2. Champs d'application

Le concept de locus de contrôle, dans le contexte du courant de pensée qui a été à l'origine de sa création, est principalement rattaché aux notions d'**anxiété**, de **performance** et d'**adaptation**.

Plusieurs auteurs parlent d'une **anxiété inhibitrice des personnalités externes** par opposition à une **anxiété par frustration des internes**. Cette dernière, liée à une situation en particulier, et à la frustration du sujet du fait de sa propre erreur, serait le point de départ pour d'autres actions. Un niveau de locus de contrôle du registre externaliste serait donc un facteur de risque de l'apparition d'un trouble anxieux. Cependant, d'autres auteurs (126) insistent sur le fait qu'un haut niveau de locus de contrôle du versant internaliste pourrait aussi être considéré comme potentiellement néfaste. **Une étude parue en 2006 individualise la dimension interne du locus de contrôle et la notion de désir de contrôle comme étant les seules pouvant être opposées à l'anxiété.**

Dans le milieu sportif, **l'anxiété compétitive a également été considérée comme pouvant être prédite par le niveau de locus de contrôle**. Une étude menée en 2012 auprès de joueurs de tennis de haut niveau a montré que plus les joueurs présentaient un haut niveau de croyance en leur propre capacité de contrôle, moins ils manifestaient d'anxiété avant une compétition (127). Ce résultat vient corroborer ce qui a pu être trouvé en matière de performances scolaires (128) (129) ou encore d'adaptation aux problèmes de santé mentale (130) comme physique (131) (132) (133). Les auteurs reviennent cependant sur l'affirmation quant au sens de la relation entre locus de contrôle et anxiété qui n'est pas prouvée par leurs résultats. En effet, « *la croyance dans le contrôle interne constitue-t-elle un facteur protecteur de l'anxiété compétitive, et à l'inverse, la croyance dans un contrôle dû à la chance constitue-t-elle un facteur de risque d'anxiété compétitive ? Ou bien ces croyances sont-elles des conséquences cognitives de l'anxiété cognitive compétitive face à laquelle sont soumis les sportifs de haut niveau en situation de performance ?* ».

1.2.6.3. Modalités d'évaluation

La première méthode d'évaluation du locus de contrôle a été établie par Rotter sous la forme d'une **échelle générale unidimensionnelle à choix forcé** de trente items : le **Test de Contrôle Interne-Externe** (122) (123). Chaque item est coté sur un point, celui-ci étant attribué lorsque l'individu choisit la proposition de réponse qui témoigne d'un contrôle externe. Par la suite, certains auteurs ont jugé plus pertinent d'explorer le locus de contrôle grâce à un **instrument multidimensionnel** (134) (135). Levenson a ainsi mis au point un instrument général multidimensionnel en 1974 (134). De nombreux autres auteurs ont établi plus récemment des échelles spécifiques, comme l'échelle de contrôle spécifique à la santé ou MHLCS et son adaptation aux blessures sportives (136), l'échelle du lieu de contrôle du poids de Saltzer (131),.... Nous nous attarderons ici sur le questionnaire de Levenson puisque, du fait de son caractère général, il est plus à même d'évaluer un fonctionnement global de personnalité.

Le questionnaire IPC de Levenson, considéré comme **l'un des plus fiables**, est l'un des plus utilisés à l'heure actuelle (123). Il a été validé en français en 2002 et, contrairement à la première échelle mise au point par Rotter, distingue **trois dimensions**, ou **lieux de contrôle** : l'**Internalité**, les **Autres tout-puissants** et la **Chance**. Il s'agit donc d'un questionnaire composé de trois sous-échelles : une sous-échelle interne (I) et deux sous-échelles externes (P et C). Deux modifications en particulier ont été apportées par Levenson et considérées comme des améliorations dans l'évaluation du niveau de locus de contrôle :

- D'une part, la **perception des « autres »** et de **« la chance »** comme des **déterminants des conduites** serait à l'origine de **différences dans les cognitions** et les **comportements des individus**. L'échelle proposée par Levenson permettrait ainsi d'appréhender ces différences grâce aux dimensions P et C du questionnaire ;
- D'autre part, le questionnaire IPC de Levenson présente les **items sous un format de type Likert**, ce qui permettrait d'inclure des **nuances** dans les réponses et donc de concevoir le locus de contrôle d'une façon **plus précise et fiable**.

Dans le cadre de notre travail, nous devons cependant constater que les diverses échelles de locus de contrôle n'ont été que très peu adaptées et validées spécifiquement chez les enfants et les adolescents. **Une seule échelle de locus de contrôle à l'attention**

des enfants et adolescents a été validée en français : l'échelle de locus de contrôle interne-externe de Nowicki et Strickland en 1973. Elle est aussi communément utilisée par les auteurs au niveau international, car considérée comme **fiable et reproductible**.

1.2.6.4. Le locus de contrôle à l'adolescence

Les études et publications explorant les variations et spécificités du locus de contrôle chez l'enfant et l'adolescent sont malheureusement peu nombreuses. Les données que nous avons pu trouver dans la littérature internationale **concordent avec les observations et hypothèses qui ont pu être formulées chez l'adulte** et que nous avons rapportées dans le paragraphe précédent.

L'échelle de Nowicki et Strickland ou **Children's Nowicki and Strickland Internal-External control scale (CSIE)** retrouve une **corrélation positive entre le niveau d'internalisme, l'âge et la réussite scolaire**. Le score obtenu ne serait interprétable qu'en fonction de l'âge et devrait être comparé à la moyenne des résultats obtenus dans la population générale, comme cela se fait pour l'interprétation du quotient intellectuel. A partir de 16 ans, le niveau de contrôle se stabiliserait pour atteindre le niveau attendu à l'âge adulte (124).

En ce qui concerne l'estime de soi, plusieurs auteurs montrent que plus le **niveau de contrôle externaliste** des adolescents serait **élevé**, plus l'**estime de soi** serait **basse** (124) (129). Plus récemment, une étude publiée en Chine en 2009 et menée auprès d'adolescents scolarisés a montré que le niveau de contrôle externe serait corrélé positivement avec le niveau d'**anxiété**. Cette association serait effective indépendamment du niveau anxiogène de la situation, et se vérifierait plus particulièrement dans les jours précédant une évaluation scolaire (129).

Les résultats que ces études exposent ne sont pas sans rappeler ceux que nous avons détaillés à propos des spécificités de profil de *coping* à l'adolescence. Quelques études menées auprès d'adolescents vont dans le sens d'un niveau de locus de contrôle significativement plus externe chez les suicidants que chez les jeunes ne présentant pas de comportements autodestructeurs (137).

1.2.6.5. Liens entre locus de contrôle, coping et suicidalité

Plusieurs études ont évoqué le lien entre le lieu de contrôle et les stratégies de *coping* permettant d'affronter une situation ou une difficulté (123) (133). Certains auteurs suggèrent même que l'évaluation du niveau de locus de contrôle serait un préalable nécessaire à la mise en place d'interventions thérapeutiques cherchant à obtenir une modification du profil de *coping* (129).

Dans le cadre des épilepsies résistantes, une étude menée en 1999 a identifié une association entre des profils de *coping* jugés « dysfonctionnels », l'existence d'un trouble dépressif, un faible niveau de locus de contrôle et de faibles capacités d'adaptation psychosociale (133).

Pour Gomez, il existerait un **lien entre locus de contrôle et coping d'un côté et une dimension anxieuse et dépressive de l'autre** (138). Ses résultats mettent en évidence à la fois une médiation partielle par le locus de contrôle de la relation entre *coping* et la dimension anxiété/dépression, et aussi une médiation partielle par le *coping* de la relation entre locus de contrôle et la dimension anxiété/dépression. L'auteur constate également une différence de genre dans les relations entre ces éléments. Chez les hommes, un haut niveau de contrôle externe serait associé à une augmentation de l'anxiété et la dépression chez les hommes présentant un faible niveau de *coping* évitant alors qu'il n'y aurait pas d'augmentation de la fréquence de ses troubles lorsque le profil évitant serait privilégié. Chez les femmes, en revanche, l'interaction entre locus de contrôle et type de *coping* serait indépendante du développement de difficultés du registre anxio-dépressif. Pearce et Martin, de leur côté, suggèrent que le niveau de locus de contrôle pourrait devenir un critère de dépistage du risque suicidaire chez les adolescents (137).

Cependant, cette concordance n'est pas consensuelle. Pour De Leonardis al. par exemple, « *la dynamique cognitive de l'évaluation de soi présente une nature différente de celle qui intervient dans les styles cognitifs* » (139).

L'approche bibliographique du concept de suicidalité à l'adolescence nous permet de percevoir la complexité de la problématique de la prise en charge des adolescents primo- ou multisuicidants dans un objectif de prévention des récives. L'apport récent des notions de *coping* et locus de contrôle paraît une voie d'intérêt prometteuse, tant du point de vue de la compréhension de la problématique de ce public que sur un plan clinique et thérapeutique. En effet, la compréhension du risque suicidaire tend à se faire de plus en plus comme un **rapport entre facteurs de risque et facteurs protecteurs d'un passage à l'acte** (140). Nous ne disposons cependant que de très peu de recul sur les rares programmes qui se sont mis en place dans cette mouvance et qui se sont, à ce jour, préférentiellement adressés à des adolescents de la population générale.

La difficulté de l'accompagnement et de l'établissement d'une alliance thérapeutique efficace auprès des jeunes suicidants nous renvoie à la **pratique du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Centre Hospitalier Esquirol à Limoges**. Nous aborderons dans le chapitre suivant un état des lieux des tentatives de suicide à Limoges avant de nous attarder sur la réflexion clinique qui s'est mise en place au sein du pôle afin de proposer une prise en charge innovante et plus attractive à ces jeunes.

2. DEUXIEME PARTIE : COMMENT AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS SUICIDANTS GRACE AU *COPING*

Un certain nombre des jeunes suivis au décours d'un passage à l'acte suicidaire investissent peu ou pas la prise en charge individuelle proposée et, dans de nombreux cas, une résolution en apparence rapide de la crise suicidaire leur fait interrompre la prise en charge alors qu'un accompagnement dans la durée après un passage à l'acte serait indispensable (4) (141). Or, le risque de récurrence suicidaire et la mise en jeu du pronostic vital qu'implique cette mise en acte constituent des éléments clés à prendre en compte en ce qui concerne les enjeux de la démarche de prévention du risque suicidaire (142) (143). Dans le contexte actuel où il peut être difficile de maintenir une hospitalisation au-delà du temps nécessaire au bilan minimum préconisé par l'HAS (79), et devant l'accroissement considérable des files actives de pédopsychiatrie, compliquant les possibilités de prises en charges individualisées, il nous paraît important de proposer un outil de prise en charge complémentaire (141).

Nous proposons de réaliser un état des lieux des tentatives de suicide des adolescents et leur prise en charge à Limoges avant de nous attarder sur la réflexion menée au sein du pôle et les projets de groupe thérapeutique élaborés. Enfin, nous décrirons la première session d'un groupe thérapeutique centré sur le *coping* et qui s'inscrit dans la lignée de notre objectif de prévention d'un nouveau passage à l'acte.

2.1. ETAT DES LIEUX A L'HÔPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT DE LIMOGES

Les auteurs qui ont écrit au sujet de l'accompagnement des adolescents rapportent très fréquemment la difficulté à les inclure dans une démarche de soins au long cours après un passage à l'acte auto-agressif, principalement sous forme de prise en charge psychothérapeutique individuelle.

Afin de mieux appréhender le contexte dans lequel a lieu notre réflexion clinique, nous nous proposons de décrire à présent l'activité réalisée par le Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de Limoges auprès des jeunes suicidants.

2.1.1. Historique de la prise en charge des adolescents suicidants à Limoges

En Haute-Vienne, une véritable tradition de la prise en charge des tentatives de suicide est présente, impulsée par le Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Centre Hospitalier Esquirol à Limoges.

2.1.1.1. Premières interventions

L'implantation d'une équipe de pédopsychiatrie au sein d'un service de pédiatrie du CHRU de Limoges existe depuis près de trente ans. Dès sa mise en place en 1985, l'intérêt pour la prise en charge des adolescents ayant réalisé un geste suicidaire a été identifié et individualisé parmi les axes d'activité de cette équipe. La prise en charge des enfants et adolescents par le pôle de pédopsychiatrie existait donc au sein des services de pédiatrie du CHRU bien avant la création du pavillon Bellevue, pavillon fermé d'hospitalisation complète dédié aux adolescents présentant des troubles psychiatriques et qui dépend du Centre Hospitalier Esquirol. Le choix de l'installation d'une équipe de pédopsychiatrie dans l'hôpital général correspondait en partie à la particularité limougeaude de « *la quasi-concentration des urgences de ce type [crises suicidaires] autour du CHU et de la démarche particulière*

pour cet établissement d'accueillir les adolescents suicidaires de moins de 20 ans dans le service de pédiatrie où sont effectués les soins d'urgence » (141).

Cette activité se composait alors de :

- **Psychiatrie de l'adolescent hospitalisé**, en particulier devant des troubles des conduites alimentaires ou dans les suites d'une tentative d'autolyse ;
- **Consultation ambulatoire standard d'enfants et d'adolescents** ;
- **Collaboration avec les pédiatres somaticiens** autour de pathologies somatiques.

Les **enfants et adolescents suicidants** étaient rencontrés dans les **24 à 48h** suivant leur admission en hospitalisation complète. Le bilan qui était réalisé consistait en :

- Une **évaluation pédopsychiatrique du jeune patient** ;
- Une **rencontre avec les parents** ;
- La **proposition de consultations post-hospitalières**.

En 1990, l'activité pédopsychiatrique autour des jeunes suicidants correspondait à 20% de l'activité totale au sein de la pédiatrie du CHRU de Limoges, soit 83 patients des 372 rencontrés. Malgré le principe de proposition systématique de nouvelle consultation à la suite de l'hospitalisation, seuls 32 jeunes ont été revus au moins une fois, soit un peu moins de la moitié (141) (144).

Roche et col., en 1992, se sont interrogés sur le sens de ces hospitalisations et de ces premiers contacts avec la pédopsychiatrie dans le post-suicide immédiat, ainsi que sur ce que cette particularité impliquait dans le suivi ultérieur de ces jeunes suicidants. Les auteurs ont conclu de leur expérience que ce choix du temps de la rencontre induisait « *un travail essentiellement centré sur la rencontre, [...] sur la trace que cette expérience vécue va laisser* ». Pour ces auteurs, le travail doit consister à **restituer une signification et une fonction de message aux actes posés par les patients** afin de « *lutter contre les effets organisateurs et identificatoires de ce passage à l'acte* » (141).

Deux constatations en découlent :

- Un **risque plus élevé de récurrence suicidaire pour les patients présentant un trouble de personnalité** par rapport à ceux présentant une pathologie

névrotique du fait d'un temps d'élaboration de la possibilité d'une prise en charge très long. L'hospitalisation représenterait aussi, selon ces auteurs, un contenant pouvant accueillir leur souffrance et reconnaissant l'impossibilité d'une autre forme d'expression (144) ;

- Et l'**association fréquente de mesures sociales** (AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert, placement familial) aux mesures de soins elles-mêmes (141).

2.1.1.2. L'Equipe Mobile de Pédopsychiatrie de Liaison

Dans la continuité de cette démarche de soins autour des enfants et adolescents suicidants, en 2008, l'Equipe Mobile de Pédopsychiatrie de Liaison a été créée à l'initiative du Dr OLLIAC. Sa mission reprend celle de l'équipe mise en place depuis 1990 de répondre aux demandes d'évaluation, de prise en charge et d'orientation des bébés, enfants et adolescents souffrant de difficultés psychologiques. L'amélioration apportée réside dans l'articulation avec les services de soins somatiques aussi bien qu'avec les services sociaux, établissements scolaires, lieux de vie,... Elle s'adresse à la fois aux patients et/ou à leur famille, et aux équipes ou professionnels qui en ont la charge. Elle peut permettre une plus grande accessibilité aux soins pour des patients faiblement demandeurs ou en incapacité de formuler une demande.

L'Equipe Mobile de Pédopsychiatrie de Liaison reprend le double objectif, de lien et de soin, de la première équipe de la fin du XXème siècle :

➤ **Le travail de lien consiste à favoriser, aider, clarifier et améliorer la qualité et l'efficacité des relations** entre :

- D'une part le patient et d'autre part les soignants, ses proches, son milieu (social, culturel, scolaire,...) ;
- L'univers intra et extrahospitalier du patient ;
- Le secteur hospitalier et les autres secteurs de soin ;
- Les professions médicales et les autres professions impliquées dans les soins.

➤ **Le travail de soin est une activité thérapeutique** qui s'adresse à plusieurs sortes de souffrances et de souffrants :

- Les enfants et adolescents souffrant d'atteintes somatiques éprouvantes et qui ont des difficultés à faire face à la tension psychologique qui en découle ;
- Les malades en fin de vie et leurs proches ;
- Les enfants et adolescents ayant subi des traumatismes psychologiquement éprouvants dans une prévention d'états de stress post-traumatiques ou une prise en charge si l'état de stress est déjà installé ;
- Les enfants et adolescents souffrant de troubles psychiatriques qui sont hospitalisés en milieu somatique : psychoses et états délirants, troubles de l'humeur, de l'adaptation, du comportement et comportement hétéro et/ou auto-agressifs.

Ces objectifs sont basés sur l'engagement réciproque et l'établissement d'accords mutuels préalables et incontournables.

Plus concrètement, l'activité de cette Equipe Mobile de Pédopsychiatrie de Liaison au sein de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME) consiste en :

- Une **activité de liaison** auprès des enfants et adolescents hospitalisés dans les service de pédiatrie ou chirurgie pédiatrique du CHU à la suite d'une tentative de suicide, de traumatismes psychiques ou dans le cadre du retentissement psychique de maladies somatiques ;
- Des **consultations externes à la demande de médecins de l'HME** ou pour le suivi ambulatoire des patients après une hospitalisation et des consultations d'urgence à la demande des médecins traitants ;
- L'**apport d'un avis spécialisé pédopsychiatrique en urgence** au niveau du service d'accueil en urgence pour les enfants et adolescents venus spécifiquement pour ce motif ou si le pédiatre est alerté par l'existence d'une probable souffrance psychologique. Ce dernier élément ne faisait pas partie des missions lors de la première implantation de la pédopsychiatrie au sein de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant.

L'activité de l'Equipe Mobile de Pédopsychiatrie de Liaison au sein de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant a été multipliée par quatre entre 2008 et 2011 en ce qui concerne les hospitalisations et consultations. La mise en place d'avis donnés aux urgences

a permis de répondre à une véritable demande. On observe cependant une **stagnation voire une discrète diminution d'activité entre 2011 et 2013**.

Tableau I : Activité médicale à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant

	2008	2009	2010	2011	2013
Urgences	0	201	237	307	261
Hospitalisations	182	301	645	923	902
Consultations	374	620	1433	1330	1217
Total	556	1122	2315	2560	2380

Enfin, le **projet REPARES, Repérage et Evaluation des Préoccupations des Adolescents à Risque d'Evolution Suicidaire**, a vu le jour en 2010, impulsé par le pôle universitaire de pédopsychiatrie du CH Esquirol. Ce projet a obtenu le soutien de la Fondation de France. Cette action était destinée à déterminer les **facteurs intervenant dans la survenue des tentatives de suicide des adolescents**, à mieux appréhender leurs préoccupations. Elle visait également à **diminuer le risque de récurrence**. Le projet a remporté le premier prix de santé publique, dans la catégorie Recherche, décerné par la CPAM de la Haute Vienne en 2011 et a permis d'évaluer 136 adolescents suicidants rencontrés aux urgences de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant entre janvier 2008 et janvier 2013 et qui ont accepté de participer à l'étude. L'étude a montré une **association nette entre le nombre d'événements de vie et l'existence d'un risque suicidaire** ainsi qu'une modification des préoccupations des adolescents par la survenue de ces événements. Cependant, si les événements de vie ne sont que des facteurs précipitants d'un éventuel passage à l'acte, pouvoir intégrer le geste d'un patient dans son histoire de vie est une étape importante de sa prise en charge.

Au-delà de cet aspect de recherche et de prévention d'un passage à l'acte suicidaire, le pôle de pédopsychiatrie, et plus particulièrement l'Equipe Mobile de Pédopsychiatrie de Liaison à l'HME, est présent pour intervenir le plus précocement possible après une tentative de suicide. A Limoges, les enfants et adolescents qui réalisent un passage à l'acte suicidaire médicalisé sont ainsi orientés de façon quasi-systématique sur l'équipe de liaison qui les rencontre pour la première fois la plupart du temps par le biais des urgences.

2.1.2. Incidence des idées suicidaires et tentatives de suicide entre avril 2013 et mars 2014

Du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014, le service d'accueil en urgence de l'Hôpital Mère et Enfant de Limoges a accueilli 40 tentatives de suicide et 24 demandes de consultation pédopsychiatrique pour des idées suicidaires. Ces éléments sont issus de la base de données de l'équipe de liaison pédopsychiatrique à l'hôpital Mère et Enfant.

Pour notre travail, nous avons attribué la dénomination « tentatives de suicide » à tous les avis pour lesquels le motif d'admission retenu était « tentative de suicide » ou la description de tout comportement auto-agressif mettant en jeu directement le pronostic vital.

En pratique, les **40 passages à l'acte suicidaires** étaient répartis en :

- **29 ingestions médicamenteuses volontaires ;**
- **2 ingestions de produits toxiques** (produits ménagers) ;
- **3 tentatives de strangulation ;**
- **3 tentatives de suicide par défenestration ;**
- **3 phlébotomies.**

Ne sont pas comprises dans ces chiffres les scarifications, alcoolisations ou autres conduites à risque bien que ces comportements puissent être sous-tendus par une dynamique suicidaire dans un certain nombre de cas.

Les motifs de consultation que nous avons regroupés sous le terme « **idées suicidaires** » sont :

- **Idées suicidaires ;**
- **Crise suicidaire ;**
- **Et menaces de passage à l'acte suicidaire.**

Nous n'avons pas retenu les dénominations de « syndrome dépressif » ni « idées noires ».

Les **filles** sont apparues **surreprésentées** parmi les patients rencontrés aux urgences : elles correspondent à 31 des 40 patients qui ont été accueillis à la suite d'un passage à l'acte suicidaire et 15 des 24 patients qui avaient des idées suicidaires. L'âge des patients était compris **entre onze ans et trois mois et dix-sept ans et onze mois pour les tentatives de suicide avec une moyenne de treize ans et dix mois**. Les patients présentant des **idées suicidaires** sans passage à l'acte avaient **en moyenne quatorze ans et trois mois, avec un minimum de huit ans et un maximum de dix-sept ans et onze mois**. En ce qui concerne les modalités de passage à l'acte, ceux qui étaient marqués par la plus grande dangerosité (tentatives de défenestration, de strangulation et ingestion de produits toxiques) étaient, en nombre de passages aux urgences, aussi bien pratiqués par les filles que par les garçons : cinq filles et trois garçons ont eu recours à ces méthodes. Cependant, **rapporté à la fréquentation par genre des urgences pour un geste suicidaire, les garçons ont été 3 sur 8 à réaliser un geste dangereux alors que les filles n'étaient que 5 sur 32**.

Enfin, il est à noter que **huit (sept filles et un garçon) des patients suicidants, sont venus à plusieurs reprises aux urgences** (jusqu'à quatre fois dans l'année) pour **différents motifs** tels que :

- **Somatisations ;**
- **Anxiété, attaque de panique ;**
- **Troubles du comportement, agitation ;**
- **Syndrome anxio-dépressif ;**
- **Scarifications ;**
- **Récidive d'idées suicidaires ou de geste suicidaire.**

Notons que ces huit patients ont été hospitalisés lors d'un passage aux urgences dans un contexte de crise suicidaire.

Chaque jeune a été rencontré à son arrivée aux urgences par un pédopsychiatre du Pôle afin de réaliser une première évaluation et envisager la suite à donner dans cette situation de crise.

2.1.3. Proposition de prise en charge

Une hospitalisation en pédiatrie ou dans le service d'hospitalisation complète pour adolescents de l'hôpital psychiatrique, Bellevue, a été proposée à chaque fois lorsqu'il s'agissait d'un passage à l'acte suicidaire. Dans le cas des idées suicidaires, bien que le passage par le service d'accueil en urgence soit tout à fait légitime, l'indication d'hospitalisation complète au décours reste plus souple et la proposition d'hospitalisation était laissée à l'appréciation du pédopsychiatre venu évaluer le patient aux urgences.

En pratique, le passage aux urgences a été prolongé par une **hospitalisation pour 36 des 40 jeunes ayant réalisé une tentative de suicide**. Pour les autres, il s'agissait d'un refus des parents d'hospitaliser leur enfant. **16 des 24 jeunes venus pour des idéations suicidaires** ont également été pris en charge à l'hôpital. Sur l'ensemble des hospitalisations, 15 séjours (9 tentatives de suicide et 6 idéations suicidaires) se sont faits au pavillon Bellevue, soit directement, soit après une première évaluation de quelques jours en pédiatrie. Pour tous les patients qui n'ont pas été hospitalisés, une consultation rapprochée a été programmée afin de réévaluer la situation et l'état clinique du patient, 48h à dix jours après le passage aux urgences en concertation entre le pédopsychiatre et les parents.

La **durée moyenne d'hospitalisation en pédiatrie** est de **7.19 jours**, avec un minimum de **3 jours** et un maximum de **19 jours**. Pour les **hospitalisations en service de pédopsychiatrie**, la durée varie de **4 jours à 33 jours**, soit en moyenne **13.27 jours**. Chaque hospitalisation avait pour but la réalisation d'un bilan pédopsychiatrique individuel, un bilan familial grâce à un entretien où les parents étaient conviés et une évaluation sociale par l'intermédiaire de l'assistante de service social rattachée à l'équipe mobile. En pratique, les **entretiens familiaux** ont été retrouvés **notés dans 44 dossiers d'hospitalisation** et **l'évaluation sociale** pour **30 des 53 hospitalisations**. Notons que, lorsque l'enfant était déjà connu et avait déjà bénéficié d'un bilan social dans le cadre d'une précédente hospitalisation ou d'un suivi ambulatoire, il n'était pas réalisé de nouveau bilan social.

L'évaluation intra-hospitalière est réalisée dans le but de pouvoir proposer par la suite un accompagnement ambulatoire adapté.

2.1.4. Propositions d'accompagnement post-hospitalier

En cours d'hospitalisation, **nous proposons systématiquement une prise en charge ambulatoire**, ce qui s'est effectivement mis en place pour **61 patients**, dont **29 ont repris le suivi ambulatoire préalable** au geste suicidaire et à l'hospitalisation. En pratique, l'orientation des prises en charge s'est répartie en :

- **6 patients adressés à des pédopsychiatres libéraux ;**
- **9 adressés au CMPP le plus proche de leur domicile ;**
- **44 pris en charge au sein du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent ;**

Enfin, 2 des enfants accueillis étaient originaires d'une autre région qui a assuré la continuité des soins à la fin de l'hospitalisation complète.

L'orientation se fait en fonction de l'évaluation somatique, psychiatrique, sociale et de l'entretien familial réalisés en cours d'hospitalisation. Le secteur hospitalier est privilégié lorsque des difficultés sociales sont au premier plan ou lorsque la probabilité de récurrence et/ou d'hospitalisation semble importante. L'orientation en CMPP est choisie en cas d'éloignement géographique pouvant entraver l'alliance thérapeutique.

Nous avons pu retrouver des éléments de dossier pour 42 patients bénéficiant d'une prise en charge ambulatoire hospitalière.

- **38** ont été accueillis en **consultations pédopsychiatriques individuelles** associées à des **entretiens en présence des parents ;**
- **20** ont bénéficié d'un **traitement médicamenteux ;**
- **7** ont été pris en charge sous forme de **groupe de paroles, groupe de relaxation psychothérapeutique** ou **accueil hebdomadaire en hôpital de jour ;**
- **7** ont été adressés avec leur famille en **thérapie familiale ;**
- **8** ont nécessité des **hospitalisations complètes** en parallèle de leur prise en charge ambulatoire.

La **durée moyenne de suivi ambulatoire hospitalier** de ces patients à la suite de leur passage aux urgences est de **5.8 mois**. **18** de ces patients sont **encore pris en charge à ce jour**.

Pour les autres, la fin du suivi s'est faite selon différentes modalités :

- **15** ont été **perdus de vue**, n'honorant pas, ou plus, leurs rendez-vous, dont **8 avant le délai des 90 jours** préconisé par la HAS (79) ;
- Pour **9** patients, il s'agissait d'une **fin de suivi d'un commun accord** entre le patient, ses parents et le pédopsychiatre ;
- Enfin **5** ne sont **jamais venus** au premier rendez-vous de suivi.

Nous pouvons ainsi considérer que les 20 patients qui ne sont jamais venus en consultations de suivi ou ont été perdus de vue ont signifié sans équivoque leur difficulté à adhérer à la prise en charge proposée. De même, mais sous une autre forme, nous pouvons considérer que les 8 patients à avoir nécessité de nouveaux passages par les urgences, comme les 8 ayant été hospitalisés à temps complet, en parallèle de leur suivi ambulatoire, montrent que la proposition de prise en charge n'est pas suffisamment sécurisante pour pallier à leurs failles.

Voici donc résumées les principales données recueillies :

Tableau II Etat des lieux de l'activité de l'Equipe Mobile à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges en lien avec la suicidalité

Variabiles étudiées	Effectif (sur 64 patients)	Pourcentage (%)
Genre féminin	46	71.875
Age < 13 ans	12	18.75
13 ans ≤ âge < 17 ans	40	62.5
17 ans ≤ âge	12	18.75
Mode de passage à l'acte :		
- Ingestion médicamenteuse volontaire	29	45.3125
- Phlébotomie	3	4.6875
- Strangulation	3	4.6875
- Défenestration	3	4.6875
- Ingestion de produits toxiques	2	3.125
Hospitalisation :	52	81.25
- Pas d'hospitalisation	12	18.75
- HME	37	57.8125
- Bellevue	15	23.4375
Prise en charge intra-hospitalière :		
- Consultation familiale	44	68.75
- Evaluation sociale	30	46.875
Type de suivi post-hospitalier :		
- Hospitalier	44	68.75
- Libéral	6	9.375
- CMPP	9	14.0625
Patients perdus de vue	20	31.25

Dans ce contexte, le Pôle de Pédopsychiatrie s'est attaché à rechercher une nouvelle modalité de soins à proposer à ces adolescents en s'appuyant sur l'évolution des idées en psychiatrie. En effet, comme le disent Knafo et al (66), le risque suicidaire tend à se penser à présent en termes d'interaction de facteurs de risque et de protection. Cet angle de vue est venu renforcer **l'intérêt pour l'étude et le développement des stratégies de coping en tant que facteurs protecteurs pour contrebalancer les facteurs de risque précipitants.**

2.2. PREMIER PROJET DE GROUPE A PARTIR DE CET ETAT DES LIEUX

L'outil de groupe thérapeutique auquel nous avons réfléchi dans un premier temps devait s'adresser à des **adolescents qui ont recours aux passages à l'acte et ne peuvent adhérer qu'avec certaines réticences aux propositions d'aides formulées**, d'où la nécessité de pouvoir leur offrir différentes alternatives de soutien et de prise en charge. Au regard des difficultés de verbalisation et de mentalisation souvent rencontrées chez ces jeunes, un travail de groupe paraît être une modalité complémentaire de prise en charge intéressante.

L'outil proposé doit donc être :

- **Ambulatoire ;**
- **Souple dans ses capacités d'accueil ;**
- **Facilement repérable et utilisable pour le jeune et ses parents.**

Nous avons d'abord adopté la forme d'un **groupe ouvert dans les lieux de l'HME**. Ce groupe s'adressait aux **adolescents hospitalisés à la suite d'un passage à l'acte, essentiellement suicidaire**. L'idée était que les adolescents puissent venir au sein de ce dispositif libre y développer les outils et compétences dont ils auraient besoin, rendant les modalités et la durée d'accueil nécessairement très souples. Par ailleurs, nous pensions pertinent d'utiliser à la fois le lieu de leur hospitalisation, les soignants qui les ont accueillis et la dynamique du groupe d'adolescents hospitalisés pour améliorer la compliance aux soins. Bien que ce groupe ait semblé répondre à une attente des jeunes qui l'ont accueilli avec enthousiasme, nous avons rapidement constaté que le cadre n'était pas suffisamment contenant et étayant pour leur permettre l'utilisation de ce dispositif tel que cela avait été pensé. Les patients ont eux-mêmes pointé le manque de cadre :

- Avec l'**absence d'obligation de présence ;**
- Et l'**absence de cadre vis-à-vis du contenu des séances puisque les sujets étaient toujours libres.**

La réflexion s'est ensuite orientée vers une autre proposition de groupe thérapeutique, sur une modalité de groupe fermé et posant un cadre aussi plus rigide. Ce dispositif a été proposé aux jeunes dès leur hospitalisation pour au moins dix séances. Ces **dix séances correspondent**, avec les interruptions pendant les vacances scolaires, **aux 90 jours de suivi post-hospitalier recommandés par l'HAD**.

Nous allons à présent évoquer, sous la forme d'une étude de cas, le travail réalisé lors de la première session prototypique du groupe thérapeutique monté à Limoges.

Cet exposé permettra par la suite une réflexion autour de la, ou des, problématiques mises en avant par les jeunes suicidants auxquelles le système de soins psychiatriques cherche toujours à répondre. Nous nous interrogerons également sur ce qu'une approche autour de la notion de *coping* sous forme de groupe thérapeutique peut apporter à ces adolescents en termes d'alliance thérapeutique.

2.3. PRESENTATION DU PROJET DE GROUPE THERAPEUTIQUE

Nous avons donc opté pour la **mise en place d'un groupe thérapeutique d'adolescents médiatisé par un support concret**. En effet, cette proposition paraît plus adaptée grâce à :

- A la forme de groupe d'adolescents, plus tolérable que des rendez-vous de consultation pédopsychiatrique individuelle ;
- Au support qui permet de pallier à une élaboration spontanée parfois difficile.

Ce groupe s'adresse aux **adolescents présentant des passages à l'acte auto-agressifs et ayant des difficultés à s'inscrire dans une dynamique de soins à moyen terme**, ce qui correspondrait aux recommandations de l'HAS de maintenir un suivi pendant les trois mois suivant un geste auto-agressif. Nous avons **débuté à l'automne 2013 la première session d'un groupe thérapeutique centré sur les stratégies de coping**.

Notre **objectif clinique et thérapeutique** auprès de ces jeunes est double :

- Les faire venir une fois par semaine et donc **éviter les passages aux urgences intempestifs**, dans l'immédiateté du passage à l'acte grâce à la fonction contenante et sécurisante de ce cadre thérapeutique.
- Leur **offrir un espace de parole pour travailler leurs stratégies d'adaptation**, c'est-à-dire de **coping**.

2.3.1. Présentation du groupe et objectifs

Nous avons retrouvé **deux expériences originales** qui ont alimenté notre réflexion sur la prévention du risque suicidaire en se basant sur le travail du *coping* en groupe. Il s'agissait d'une **expérience pilote québécoise** (117), elle-même fortement inspirée d'un **programme d'origine australienne *The best of coping***, de type cognitif-comportemental, bâti en 2002 et adapté en français en 2005. Les travaux australiens et québécois étaient focalisés sur la **substitution des stratégies de coping non productives par des stratégies productives**. En effet, la motivation première à la mise en place de ces programmes était la **prévention**

de la dépression à l'adolescence, celle-ci ayant été fortement corrélée dans nombre d'études à un éventail de stratégies de *coping* inadapté. A l'origine, le travail australien s'adressait à des adolescents issus de la population générale, donc qui n'étaient pas forcément en situation de souffrance. L'encadrement du groupe était adapté à des enseignants en milieu scolaire. (115)

Lorsque nous avons envisagé d'utiliser ce programme pour notre projet thérapeutique et ces adolescents en particulier, il est vite apparu que ce programme était trop « scolaire ». Nous nous sommes alors adaptés en réalisant des modifications dans le déroulement du programme tel qu'il était rédigé par les équipes australienne et nord-américaine avec :

- La **réalisation des exercices qui nous paraissent les plus pertinents** parmi ceux proposés **au vu des problématiques** des adolescents accueillis ;
- La **réalisation des exercices en séance**, sous forme collective et non individuelle, comme des devoirs à faire à la maison ;
- Des **exemples amenés directement par les jeunes** ou les thérapeutes plutôt que ceux fournis par le livre de référence ;
- Les cinq premières minutes de chaque séance étaient dévolues à un rappel du sujet de la séance précédente et au récit des expériences vécues par les adolescents en lien avec les stratégies de *coping* déjà travaillées.

Face à la problématique des adolescents suicidants, **notre objectif thérapeutique est double**, au-delà de l'objectif principal de leur assiduité :

- D'une part, une **réduction de l'intensité, la durée et la fréquence des épisodes de mise en danger** ;
- D'autre part, **le développement de la prise de conscience de l'émotion pour pouvoir ressentir, penser l'émotion et donc mettre en place des stratégies de protection de soi.**

Ces deux aspects peuvent être atteints grâce à :

- La **favorisation de l'utilisation des stratégies de *coping* de type productif** et la **modification du niveau de locus de contrôle** ;
- **L'instauration d'une alliance thérapeutique fiable et durable** indispensable à une prise en charge psychothérapeutique.

Ces éléments de réflexion théorique ont été mis en œuvre sur le plan pratique dans le cadre d'une première session de groupe thérapeutique.

2.3.2. Déroulement du groupe

Ce projet de groupe thérapeutique s'adresse à un groupe de **3 à 7 adolescents âgés de 13 à 16 ans** qui ont tous présenté :

- Des **conduites à risque** ayant entraîné des hospitalisations itératives via le service des urgences du CHU ;
- Et des **difficultés d'adhésion** à une prise en charge de fond et un suivi régulier.

Les contre-indications retenues sont :

- La **coexistence d'une pathologie psychiatrique processuelle** telle que la schizophrénie pouvant altérer la perception de la réalité et donc empêcher de travailler de façon adaptée les stratégies de *coping* ;
- Une **déficience intellectuelle moyenne à sévère** qui ne permettrait pas la compréhension des concepts travaillés.

La **prise en charge au sein du groupe thérapeutique est précédée d'un entretien en présence des parents afin d'en expliquer le principe et les modalités de travail**. A l'issue de cet entretien de présentation, un autre rendez-vous est prévu afin de faire remplir à l'adolescent le **questionnaire de l'Echelle de Coping pour Adolescents**. Les résultats obtenus sont ensuite fournis à l'occasion de la première séance de groupe à chaque participant sous la forme d'un graphique. Cette étape a pour but de permettre aux jeunes de **visualiser et de prendre conscience de leur profil de coping** à travers les dix-neuf stratégies conceptuelles présentées par cette échelle. Cette visualisation a pour objectif de les aider à réfléchir à leur style de fonctionnement. Elle est aussi l'occasion de faire connaître le vocabulaire lié au *coping* qui sera utilisé pendant le travail de groupe. Tous ces éléments serviront de base lors des séances ultérieures.

Chaque session de groupe thérapeutique se déroule en dix séances hebdomadaires, ou modules, hors vacances scolaires.

Chaque séance se déroule sur une durée de **soixante minutes** et aborde un thème général annoncé en début de rencontre :

- Séance 1 : **Qu'est-ce que le *coping* ?** ;
- Séance 2 : **Pensée positive** ;
- Séance 3 : **Stratégie non productive** ;
- Séance 4 : **Bien s'entendre avec les autres** ;
- Séance 5 : **Demander de l'aide** ;
- Séance 6 : **Résoudre les problèmes** ;
- Séance 7 : **Prendre des décisions** ;
- Séance 8 : **Se fixer des buts** ;
- Séance 9 : **Atteindre ses buts** ;
- Séance 10 : **Gérer son temps**.

Quel que soit le thème abordé, les modules conservent une **certaine unité dans leur déroulement**. Dans un premier temps, nous proposons aux patients de revenir sur le module précédent. Puis, le nouveau module est présenté, avec l'explication de son thème et ses objectifs. Vient ensuite le temps des échanges, discussions, exercices autour de ce thème. La fin de la séance peut être dédiée à des précisions complémentaires sur des exercices d'application qu'il leur est proposé de réaliser avant la prochaine séance.

Le groupe est encadré par **deux intervenants**, professionnels de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, **toujours les mêmes**, afin de maintenir une continuité d'un module à l'autre et une unité dans le programme, dimension fondamentale si l'on prend en compte le chaos psychique dans lequel se trouvent ces adolescents en grande souffrance. **Un temps de supervision par un psychologue extérieur au groupe est prévu tous les mois**.

A la fin du programme, nous proposons à l'adolescent et ses parents une rencontre formelle avec les thérapeutes afin de réaliser une **synthèse de cette expérience et suggérer une suite à donner à la prise en charge**. De plus, une deuxième passation des

questionnaires à la fin du groupe donne lieu à une évaluation plus objective de l'évolution qu'aura rendue possible le programme.

2.3.3. Méthodes d'évaluation

Nous avons montré, dans notre revue de littérature qu'une **association** était admise **entre les notions de coping et de locus de contrôle en tant que facteur de protection du risque suicidaire**. Il nous a donc semblé intéressant de nous poser la question d'une **possible utilisation de ce lien comme outil de prise en charge**.

Nous avons donc prévu d'évaluer le **profil de coping**, le **niveau de locus de contrôle** et le **risque suicidaire** des adolescents pris en charge dans le groupe. Nous avons au préalable fait parvenir au mineur et ses parents une **notice d'information** expliquant la motivation de ce travail. Nous avons aussi récolté le **consentement écrit du mineur et de ses parents** (annexe 1). Les passations de questionnaires se sont faites lors d'un **rendez-vous spécifique** où un cahier contenant les trois questionnaires a été rempli pour être complété en présence du responsable de ce travail. Celui-ci pouvait être sollicité pour aider à la compréhension des items seulement. Chaque passation a duré une vingtaine de minutes.

2.3.3.1. L'Echelle de Coping pour Adolescents (annexe 2)

Cette échelle peut être utilisée :

- sous une forme spécifique à un problème particulier bien identifié ;
- ou sous une forme générale en demandant à l'adolescent de coter les stratégies de coping présentées en fonction de la fréquence avec laquelle il les utilise dans sa vie en général.

La forme spécifique est plus adaptée dans le cadre d'un suivi individuel, d'une thérapie ou d'un programme d'intervention spécifique à un problème donné. Sous sa **forme générale**, l'Echelle de *Coping* pour Adolescents permet une **évaluation globale du coping** au contraire des autres échelles validées chez les adolescents qui sont spécifiques et mettent donc l'accent sur un seul événement stressant à la fois.

L'Echelle de *Coping* pour Adolescents se présente sous la forme d'un auto-questionnaire qui identifie trois styles de *coping* :

- **Productif** : il tend vers la résolution du problème par l'affrontement direct de la difficulté ;
- **Non productif** : on peut l'associer à un *coping* « dysfonctionnel » qui ne vise pas la résolution du problème. On peut l'associer au style de *coping* centré sur les émotions ;
- **Référence aux autres** : selon que le sujet approche ou évite le problème en faisant ou non référence aux autres. Il correspond à la recherche d'un soutien social pour faire face à la difficulté.

Ces trois styles de *coping* regroupent dix-neuf stratégies.

Le style productif regroupe cinq stratégies :

- **S'efforcer de résoudre les problèmes ;**
- **Travailler fort pour réussir ;**
- **Avoir une pensée positive ;**
- **Se détendre, se divertir ;**
- **Faire de l'activité physique.**

Le style non productif associe neuf stratégies :

- **Ne rien faire ;**
- **S'inquiéter ;**
- **Faire baisser la tension, se défouler ;**
- **S'accuser, se blâmer ;**
- **Ignorer le problème ;**
- **Se renfermer en soi ;**
- **Se réfugier dans la pensée magique ;**
- **Se soucier des liens d'appartenance ;**
- **Eprouver des malaises physiques.**

Enfin, le **style référence aux autres comprend cinq stratégies de *coping* :**

- **Rechercher le soutien social ;**

- **Investir dans ses amis ;**
- **Rechercher de l'aide spirituelle ;**
- **Accomplir des actions sociales ;**
- **Rechercher de l'aide d'un professionnel.**

Ces différentes stratégies sont déterminées au travers des réponses aux soixante-dix-huit items proposés, dont soixante-dix-sept affirmations et une question libre. Chaque affirmation met en avant un comportement que l'adolescent doit coter de 1 à 5 selon une échelle de Likert, selon que le comportement énoncé est :

- 1 : « jamais utilisé ou ne s'applique pas » ;
- 2 : « utilisé rarement » ;
- 3 : « utilisé quelquefois » ;
- 4 : « utilisé souvent » ;
- 5 : « utilisé très souvent ».

Après calcul des scores pour chaque stratégie de *coping*, les résultats obtenus sont compris entre 20 et 120, ce qui réalise une gradation de l'utilisation de chaque stratégie :

- **Entre 20 et 49**, le comportement est considéré comme « **très peu utilisé** » ;
- **Entre 50 et 69**, il est « **utilisé parfois** » ;
- **Entre 70 et 89**, il est « **utilisé souvent** » ;
- Avec un **score de 90 et au-delà**, il est dit « **utilisé beaucoup** ».

Les résultats peuvent être visualisés sous la forme d'un **graphique de type histogramme**.

2.3.3.2. L'échelle de locus de contrôle de Nowicki et Strickland (annexes 3 et 4)

Cette échelle de locus de contrôle **pour enfants et adolescents** a été établie par Nowicki et Strickland en 1973. Il s'agit d'un **test unidimensionnel**, donc **strictement concerné par le sentiment de contrôle du sujet sur sa vie personnelle**. Bien qu'il ne dispose pas sous-échelles permettant de distinguer plusieurs dimensions au sein du score

global de locus de contrôle, ce test est considéré comme étant le **meilleur instrument** pour l'évaluation **auprès d'enfants**. Il bénéficierait également d'une **bonne validité et fiabilité**. **Le résultat ne serait pas influencé par le facteur intellectuel ni le niveau social et mesurerait donc le contrôle réel et non le contrôle idéologique** (124).

Elle se présente sous la forme d'un **auto-questionnaire à choix forcé** autour de **quarante affirmations** (annexe 3). Le **score est établi en fonction du nombre de réponses qui font état d'une pensée externaliste**. Il varie donc entre 0 et 40 et plus le score est élevé plus le mode de pensée est externaliste. Le score ne doit cependant pas être considéré isolément mais est fonction de l'âge du sujet. nous joignons en annexe la grille d'interprétation du score de niveau de contrôle en fonction de l'âge telle qu'elle a été établie par Nowicki et Strickland (annexe 4) (124).

2.3.3.3. L'échelle de suicidalité de Pöldinger (annexe 5)

Pöldinger a créé en 1980 une **échelle unidimensionnelle à choix forcé** à seize items d'**évaluation du risque suicidaire**. Nous l'utilisons ici en **version abrégée** avec uniquement **six items** utilisée de façon standardisée en auto-questionnaire au sein du Centre Hospitalier Esquirol. Adressée en premier lieu aux adultes, elle est également validée auprès des adolescents sous sa forme princeps, facile et rapide à utiliser, et bénéficie d'une **sensibilité importante**.

L'échelle est **cotée de 0 à 6** en fonction du **nombre de réponses affirmatives** aux questions proposées :

- « **Avez-vous eu l'idée de mettre fin à votre vie ?** » ;
- « **Avez-vous pris des dispositions ?** » ;
- « **De telles pensées surgissent-elles contre votre gré ?** » ;
- « **Avez-vous parlé à quelqu'un de vos intentions ?** » ;
- « **Ressentez-vous de l'hostilité que vous devez maîtriser à l'égard de quelqu'un ?** » ;
- « **Avez-vous réduit ou limité vos intérêts, pensées, contacts avec autrui par rapport à auparavant ?** ».

Le risque suicidaire est considéré comme **limité** pour des **scores de 1/6 à 2/6** et **majeur à partir d'un score de 3/6**.

Nous proposons maintenant de présenter l'expérience clinique de la première session de ce groupe thérapeutique au travers des patientes qui ont été incluses et de tenter une évaluation plus objective au travers des résultats obtenus aux questionnaires.

2.4. PRESENTATION CLINIQUE DES PREMIERS PATIENTS

La première session du groupe thérapeutique a été envisagée pour sept patients en septembre 2013 dont trois n'ont pas pu être inclus. Ce faible effectif peut s'expliquer par le nombre relativement peu élevé d'adolescents hospitalisés à la suite de tentatives de suicide à Limoges et ayant des difficultés à investir les propositions de soins apportées jusque-là (20 ont mis fin prématurément à leur suivi et 8 sont revenus à plusieurs reprises aux urgences sur 64). Nous pouvons aussi supposer que le dispositif était encore peu connu des acteurs de soins, ce qui a pu empêcher un certain nombre d'adolescents de bénéficier de cette nouvelle prise en charge.

En ce qui concerne les trois refus :

- Une adolescente a été perdue de vue en ne venant plus aux rendez-vous pédopsychiatriques ce qui n'a pas permis de lui proposer cette nouvelle forme de prise en charge ;
- Le deuxième patient a refusé en argumentant que la fréquence des rendez-vous hebdomadaires était trop contraignante ;
- L'autre a également refusé, dans une dynamique globale de refus systématique de toute aide.

Les quatre adolescentes qui ont effectué cette première session de groupe ont toutes accepté de participer à ce travail de thèse mais seules deux d'entre elles ont réalisé la deuxième passation.

Compte tenu du faible nombre de patients à avoir intégré le groupe, il nous paraît plus lisible de vous présenter l'histoire clinique de ces quatre patientes dans une approche compréhensive de l'intérêt clinique et thérapeutique de ce type de prise en charge.

2.4.1. Patient 1 (A., 15 ans et 10 mois)

A., 15 ans et 10 mois au moment de l'intégration au sein du groupe thérapeutique était connue du pôle de pédopsychiatrie depuis mai 2011, adressée pour un **trouble des conduites alimentaires** d'apparition brutale.

A. avait été adoptée en Bulgarie à l'âge de 1 an et demi où elle était élevée en orphelinat dans des conditions précaires. La fratrie est composée d'un frère de 3 ans son cadet, lui aussi adopté et d'origine bulgare. Les parents paraissent unis et le milieu familial dans lequel évolue A. depuis son arrivée en France semble structurant et étayant. Elle a réalisé une scolarité en milieu ordinaire, avec un redoublement en 5^e et est actuellement en classe de 1^{ère} L. Il est à noter que A. était séropositive pour l'hépatite B avant son arrivée en France, suivie depuis au CHU de Limoges et non symptomatique.

Dans les premiers mois de prise en charge, se sont détachés quelques axes dans la compréhension du fonctionnement de A. :

- Une **présentation indifférente vis-à-vis du thème de son adoption** alors que la présentation clinique s'axe préférentiellement autour d'anxietés d'abandon et de la problématique du lien ;
- Une **quête affective** vis-à-vis de ses parents qu'elle exprime au travers d'une conflictualité massive envers eux, avec comme modalité défensive à la culpabilité ressentie une recherche de maîtrise de son corps, puis de la relation à l'autre, au travers de ses passages à l'acte.
- Une **histrionisation permanente de la symptomatologie** et de la relation à l'autre dans une incapacité à trouver des repères identitaires stables et sécurisants ;
- Un **recours à la rationalisation à outrance des symptômes présentés.**

La **prise en charge** se fait d'abord en **ambulatoire** puis étayée par des **hospitalisations de mise à distance de l'environnement habituel**. La symptomatologie alimentaire est ainsi progressivement distancée ce qui permet de travailler autour des transactions affectives intrafamiliales et de l'emprise mutuelle dans les liens familiaux. La **problématique narcissique** paraît **centrale** avec une rationalisation autour de son abandon par sa mère biologique et une incapacité à envisager son existence autrement que dans l'auto-dévalorisation. En abandonnant le recours systématique à la symptomatologie alimentaire, apparaissent en parallèle d'autres symptômes, multiples, labiles, tels que des phobies scolaires, des actes auto-vulnérants, des périodes de régression comportementale qui s'organisent en phases d'escalade symptomatique pouvant nécessiter des hospitalisations et des phases d'apaisement. Cette symptomatologie bruyante se fait dans

une répétition sans fin des problématiques, associée à une grande tristesse et des difficultés à penser, et sans réelle évolution.

De l'été 2012 à l'été 2013, s'installe une certaine stabilité avec une prise en charge uniquement ambulatoire sous forme de consultations individuelles, psychomotricité puis psychothérapie et thérapie familiale. La symptomatologie alimentaire reste présente en filigrane mais les parents parviennent alors à maintenir une distance avec ces manifestations et on ne retrouve pas d'envahissement émotionnel. A. est alors davantage en mesure d'aborder des angoisses nouvelles en particulier autour de son corps et de son image, de prendre plus de distances dans les relations familiales et de moins se situer dans une quête affective permanente.

La **nouvelle dégradation symptomatique**, à partir de l'**été 2013**, débute à l'occasion de la participation de A. à un camp scout en Moldavie, à proximité de son pays d'origine. Elle doit alors être rapatriée en urgence devant une escalade symptomatique où se multiplient les crises d'angoisse et les comportements auto-agressifs. Réapparaît à cette occasion la notion d'une agression sexuelle dont A. avait été victime au printemps 2013, conséquence d'une mise en danger par absence de discernement de sa part. L'événement a d'abord été banalisé par A. mais se charge, à l'occasion de cette rechute, d'une plus forte valeur traumatique. Au retour en France, la recrudescence symptomatique se manifeste par des **attaques de panique à répétition**, des **passages à l'acte divers** (tentatives de suicide, alcoolisations...) s'exprimant souvent dans le cadre scolaire et nécessitant une mobilisation parentale. Des **hospitalisations en pédiatrie sont à nouveau requises après ces passages à l'acte**. L'orientation puis l'inclusion dans le groupe thérapeutique se fait à cette occasion.

Dans le cadre du groupe thérapeutique, A. est **venue assidument au début puis a décroché après une hospitalisation en psychiatrie**. C'est une adolescente qui présente un bon fonctionnement intellectuel. Les deux premières séances, elle est intervenue à plusieurs reprises, faisait des apartés qui tombaient souvent à côté. Elle donnait des exemples qui ne correspondaient pas au sujet traité par exemple. Les 3^{ème} et 4^{ème} séances ont été plus compliquées : A. continuait à centrer l'attention sur elle et ne semblait pas supporter que les autres, jeunes et adultes, ne s'intéressent pas à elle. Le groupe était plutôt bienveillant, acceptant l'expression parfois maladroite de son mal être et A en retour a laissé

le groupe continuer. Au décours d'une séance, A. a fait une « crise » d'agitation. Nous avons été contraints de la faire sortir du groupe. Elle a fini par rentrer chez elle en passant par les urgences pédiatriques qui lui ont administré un calmant. Après cette épisode, A. est venue une dernière fois au groupe. Elle a interpellé un thérapeute pour lui montrer ses cicatrices de phlébotomie. Elle a été adressée aux urgences ce qui a conduit à son hospitalisation. Elle a ensuite été transférée à Bellevue, et n'est plus revenue aux séances à partir de ce moment-là.

Deux nouvelles hospitalisations ont eu lieu en décembre 2013 puis avril 2014 à la suite d'une escalade symptomatique et ont permis un apaisement symptomatique tant en milieu scolaire que familial mais qui n'a été que de courte durée. Après l'hospitalisation du mois d'avril, A. réalise à nouveau deux tentatives d'autolyse en deux semaines, par phlébotomie et intoxication médicamenteuse volontaire avec une intentionnalité suicidaire marquée, ce qui apparaît comme nouveau dans son parcours clinique. Dans ce contexte, elle est à nouveau hospitalisée et est, à ce jour, toujours prise en charge en hospitalisation à temps complet.

Sur le plan thérapeutique, A. bénéficie d'un **traitement médicamenteux** de fond depuis le début de sa prise en charge, par **antipsychotique atypique** à visée d'abaissement de la dimension anxieuse sous-tendant ses comportements, qui a dû être modifié à plusieurs reprises devant l'apparition d'effets secondaires hématologiques. Un antidépresseur sérotoninergique a également été introduit mais arrêté par la suite devant la disparition de la problématique thymique et l'inefficacité sur la symptomatologie comportementale auto-agressive.

Le diagnostic longitudinal posé pour A. est celui d'un **trouble de la personnalité de type état limite sévère**.

A. a participé et répondu aux questionnaires proposés lors des deux sessions proposées, avant et après le groupe.

- **L'échelle d'évaluation du risque suicidaire de Pöldinger** a retrouvé un risque élevé pour les deux passations, avec une augmentation du score en passant de **3/6 à 4/6** lors de la deuxième passation. A. a inclus à sa dynamique suicidaire l'item « avez-vous pris des dispositions ? ».

- Nous vous présentons dans le tableau III les **stratégies de coping privilégiées**, c'est-à-dire souvent ou beaucoup utilisées, par A. selon ses résultats à l'Echelle de *Coping* pour Adolescents. par ordre de fréquence décroissante. Les stratégies du style productif apparaissent sur fond vert, les stratégies du style non productif en rouge et les stratégies du style référence aux autres en bleu (Tableau III).

Tableau III : Evolution du profil de *coping* de A.

	Avant le groupe	Après le groupe
Utilise beaucoup (90 et au-delà)	S'accuser, se blâmer (91)	S'accuser, se blâmer (105)
	Rechercher de l'aide spirituelle (90)	Se renfermer en soi (100)
		Rechercher de l'aide spirituelle (100)
		Ne rien faire (91)
Utilise souvent (70 à 89)	Travailler fort pour réussir (84)	Travailler fort pour réussir (88)
	Eprouver des malaises physiques (80)	Se détendre, se divertir (84)
		Ignorer le problème (80)
		Se réfugier dans la pensée magique (80)
		Faire baisser la tension, se défouler (76)
		Investir dans ses amis (76)
		Se soucier de ses liens d'appartenance (72)
		Faire de l'activité physique (70)

- Enfin, il n'y a **pas eu d'évolution notable du niveau de locus de contrôle** qui est resté dans la moyenne du score en fonction du niveau scolaire en passant de **16/40 à 18/40** entre les deux questionnaires.

2.4.2. Patient 2 (B., 15 ans et 11 mois)

B. avait débuté sa prise en charge sur le pôle de pédopsychiatrie à la suite d'une **première tentative d'autolyse en janvier 2012 par ingestion médicamenteuse volontaire.**

B. était issue d'un cadre familial étayant, fille unique, sans difficulté majeure en dehors d'une pression imposée par ses parents qu'elle disait ressentir au sujet des résultats scolaires et de son avenir professionnel. Nous ne retrouvons pas d'antécédent notable dans l'enfance de B. qui n'avait jusque-là jamais été prise en charge sur le plan psychiatrique ou psychologique. La grossesse et l'accouchement n'avaient pas posé de problème particulier. Sa mère la décrivait comme une enfant curieuse, passionnée et parfois capricieuse, sans problème particulier. Elle est pourtant revenue sur ce dernier point par la suite en envisageant la possibilité d'un traumatisme qu'aurait pu subir B. dans son enfance et qui expliquerait ses difficultés actuelles.

Lors des premiers mois de prise en charge, les consultations individuelles mettent en évidence :

- La modalité impulsive de ce premier geste suicidaire qui est intervenu dans le cadre d'un conflit avec ses parents au sujet de son orientation scolaire l'année suivante ;
- Une incapacité à aborder en profondeur ce passage à l'acte, vis-à-vis duquel elle reste indifférente et qu'elle banalise à l'extrême ;
- Une grande immaturité et dépendance affective en particulier dans sa relation avec son petit copain envers qui elle semble très adhésive. A contrario, elle paraît relativement isolée du reste du groupe des pairs ;
- Une impossibilité à établir un lien avec son thérapeute en entretiens qui se traduit par la grande rareté de son discours et une absence d'élaboration, sur

un mode d'inhibition névrotique majeure dans cette forme de relation thérapeutique.

De plus, cette modalité de prise en charge ne paraît alors pas bénéficier à B. qui ne parvient pas à investir le cadre des consultations. Se pose alors la question de la relation transférentielle de B. avec ce thérapeute en particulier et la possibilité de réaliser un relai auprès d'un autre thérapeute. Cependant, cette première prise en charge ambulatoire **est interrompue au cours de l'été 2012 d'un commun accord entre la patiente, ses parents et le thérapeute**. B. n'émet pas le souhait de redémarrer un nouveau suivi et ses parents rapportent une amélioration du contact avec B. au domicile. Enfin, sur le plan clinique, B. n'a plus réalisé de geste auto-agressif et reste stable sur le plan thymique et émotionnel.

B. est revue au **printemps 2013**, via un passage par les urgences pédiatriques après avoir réalisé une **deuxième tentative de suicide** par l'ingestion médicamenteuse massive d'anxiolytiques à la suite d'une rupture sentimentale avec le même petit ami qu'en 2012.

Plusieurs éléments de gravité nouveaux en lien avec ce passage à l'acte sont retenus à cette occasion :

- une **intentionnalité suicidaire claire** qui n'existait pas en 2012 ;
- l'**élaboration** et la **scénarisation du passage à l'acte** qui avait été réfléchi et préparé sur plusieurs jours (recherche et stock d'une quantité suffisante de comprimés).

Au cours de l'hospitalisation, B. et ses parents acceptent de **reprendre le suivi individuel interrompu en 2012**, avec le même pédopsychiatre. Le thérapeute constate la **même difficulté à établir une alliance thérapeutique** mais avec un **contact perturbé** qui n'existait pas lors de la première prise en charge. B. **exprime toujours très peu d'affects** mais cette présentation **contraste avec un faciès très marqué** par une **tristesse** et une **tension intrapsychique**. De plus l'**humeur est nettement dysphorique** dans les premiers entretiens suivant la deuxième tentative de suicide. B. ne semble pas avoir évolué en ce qui concerne son **fonctionnement affectif** et reste dans une **dépendance majeure vis-à-vis de ce petit-copain** dont elle ne peut envisager de se détacher. B. n'honore ses rendez-vous de consultation que de façon très aléatoire et cache cette inobservance à ses parents ce qui contribue majorer leur propre anxiété jusqu'à altérer leurs relations intrafamiliales. Ce sont ces conditions qui ont permis de poser l'indication de prise en charge au sein du groupe thérapeutique.

Au sein du groupe thérapeutique, B. présentait un **bon fonctionnement intellectuel**. Elle se présentait comme triste, mal dans sa peau. Lors des premières séances, elle a peu pris la parole et est restée assez discrète. Elle semblait plus proche de A. en termes d'efficacité intellectuelle. B s'est montrée intéressée par les thèmes abordés, elle a participé et amené des éléments pertinents même s'il a été difficile pour elle de parler d'elle et de ses émotions. Elle a semblé trouver grâce à ce dispositif **davantage de repères** et de **possibilités de l'investir sans sentiment de mise en danger de l'intégrité de son intimité psychique**. De plus, les thérapeutes du groupe ont noté son assiduité ainsi que le fait qu'elle s'est révélée être l'élément moteur du groupe.

Ce dispositif de groupe a permis à B. de :

- **S'autoriser davantage de liberté de penser** dans ce cadre-là ;
- **Accepter de remettre en question certains éléments** de son fonctionnement, comme son incapacité jusqu'alors à interpeler ses référents adultes pour leur demander de l'aide ;
- **Rester assidue aux séances.**

Elle a également été en capacité de reconnaître et de verbaliser un mieux-être ainsi que son adhésion à ce type de prise en charge.

Sur la fin de la prise en charge de groupe, B. est **hospitalisée à deux reprises**, en **décembre 2013 et janvier 2014**, à sa demande et devant un mal-être. Elle n'a plus eu recours à une mise en acte auto-agressive de ce mal-être pour autant. La première hospitalisation intervient à la suite d'une séance du groupe thérapeutique dont le thème était « *savoir demander de l'aide* » et la seconde se fait à la suite d'un conflit avec ses parents, toujours à sa demande. Ces deux hospitalisations, brèves, permettent une prise de distance, grâce à l'éloignement du milieu familial, et une amélioration thymique rapide. Elles mettent cependant en évidence la fragilité de l'équilibre émotionnel et thymique de B., ainsi que de ses capacités de réassurance interne.

A la fin de la prise en charge de groupe thérapeutique et devant cette évolution, une orientation est proposée aux parents et à B. sur un suivi à plus long terme toujours sous forme de groupe d'adolescents. Cette proposition ne s'est cependant pas concrétisée. Les parents restent sceptiques concernant l'efficacité des prises en charge proposées jusque-là et souhaitent essayer une autre forme de psychothérapie, l'hypnose, non réalisée au sein du pôle de pédopsychiatrie de l'hôpital.

Sur le plan médicamenteux, l'introduction d'un **traitement thymorégulateur** est envisagée au vu de fluctuations thymiques bien identifiées par B et qui font suspecter un **diagnostic de trouble de l'humeur persistant de type cyclothymie** (145). De la même façon, il n'est pas donné suite à cette proposition par refus des parents et du fait de l'arrêt de la prise en charge pédopsychiatrique individuelle qui ne permettrait pas d'assurer la surveillance du traitement.

B. n'a pu être mobilisée pour une deuxième passation des questionnaires à la fin du groupe thérapeutique, sans réponse aux appels téléphoniques ni au courrier envoyé au domicile parental. Elle n'a pas réalisé de nouveau passage à l'acte auto-agressif depuis et nous l'avons donc perdue de vue à ce jour.

A son admission dans le groupe, les résultats des questionnaires ont trouvé :

- Un **score à l'échelle de Pödingner à 4/6** en faveur d'un **risque suicidaire élevé** ;
- Un **profil de coping préférentiel détaillé dans le tableau IV** ;
- Un **niveau de locus de contrôle dans la moyenne de son niveau scolaire à 14/40**.

Tableau IV : Profil de *coping* de B.

Avant le groupe	
Utilise beaucoup (90 et au-delà)	
	Ne rien faire (84)
	S'accuser, se blâmer (84)
	Se renfermer en soi (80)
Utilise souvent (70 à 89)	Investir dans ses amis (80)
	S'inquiéter (75)
	Se soucier de ses liens d'appartenance (72)
	Se détendre, se divertir (70)

2.4.3. Patient 3 (C., 15 ans)

Nous disposons d'un recul bien moindre pour C. qui n'était pas encore connue du Pôle de Pédopsychiatrie un mois avant son inclusion dans le groupe. En effet, elle est accueillie au sein du groupe **dès sa première hospitalisation en pédiatrie pour ingestion médicamenteuse volontaire**. Contrairement aux autres patientes, ce geste aura été l'occasion de son premier contact personnel avec la psychiatrie.

Elle est issue d'une famille déjà bien connue du système de soins psychiatriques et pédopsychiatriques et des services sociaux. En effet, son père était pris en charge depuis son enfance en Institut Médico-Educatif devant des déficiences intellectuelles et cognitives qui ont entraîné des difficultés de socialisation et de construction psychique. Par la suite, il a présenté une problématique alcoolique. Aujourd'hui, il bénéficie d'un emploi stable en milieu protégé et avec un cadre de vie qui semble adapté. De son côté, la mère paraît, elle aussi, en grande difficulté sur le plan psychiatrique mais refuse toute prise en charge. Elle dit avoir été hospitalisée pour une « dépression » par le passé et est aujourd'hui dans le déni de toute problématique psychique qui paraît cependant patente à l'interlocuteur psychiatre. C. est l'aînée d'une fratrie de quatre enfants, l'un de ses frères étant pris en charge en ITEP pour des troubles du comportement et un défaut de structuration de personnalité. Une aide éducative au domicile familial avait été mise en place avant même l'intervention du pôle de pédopsychiatrie pour C. en 2013. Elle avait cependant été interrompue à la demande des parents en 2011 et a dû être réintroduite à la suite de l'intervention de l'Equipe Mobile. Après la séparation du couple parental, la garde a, dans un premier temps, été attribuée à la mère. Puis, elle lui a été retirée et octroyée au père devant le défaut de surveillance et l'incapacité de la mère à poser des limites et un cadre éducatif dans le contexte de sa propre fragilité psychique (hospitalisation pour « dépression ») en 2004. Une mésentente majeure entre les parents de C. existe, rendant encore plus complexe la mise en place d'un cadre éducatif stable pour les enfants. Chez le père, ce cadre paraissait relativement adapté lorsque les enfants étaient encore jeunes. Puis sont apparues des difficultés éducatives majeures lorsque C. a atteint l'adolescence, le père n'étant plus en mesure d'apporter un cadre qui s'est révélé de moins en moins adapté et sécurisant. De plus, il est apparu très peu en capacité de comprendre les difficultés de sa fille et s'est montré très rejetant à son égard, sans entendre, dans le contexte du conflit parental, le besoin de C. de se rapprocher de sa mère.

Au niveau scolaire, C. a toujours été en grande difficulté, ce qui a nécessité une orientation en EREA (Etablissement Régional d'Enseignement Adapté) à l'entrée au collège, puis en classe SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté) à partir de la classe de 4^e. A la rentrée 2013, elle rentre en 3^e SEGPA en vue d'une formation de CAP coiffure mais est rapidement en échec scolaire, envahie par ses difficultés et des troubles du comportement à type de remise en cause du cadre imposé.

Les premiers entretiens pédopsychiatriques de C. mettent en évidence la **modalité impulsive de sa tentative de suicide** à la suite d'un conflit avec son père. C. verbalise des allégations de violences physiques qu'elle aurait subies de la part de son père, ce qui donne lieu à la réalisation d'une information préoccupante auprès du procureur de la République au cours de l'hospitalisation.

A la suite de l'hospitalisation en pédiatrie, C. est orientée vers une prise en charge en consultations individuelles. Sur le plan physique, elle a une présentation de petite fille qui contraste avec l'image qu'elle souhaite donner à voir de jeune femme plus âgée en tentant d'effacer la relation verticale générationnelle où elle ressent son interlocuteur adulte en position de supériorité. Le contraste est accentué par l'immaturité de son fonctionnement adolescent de rébellion et révolte incessantes et met plus en relief qu'il ne cache les **failles de sa construction psychique**. En entretien, le **discours reste très pauvre**, avec **très peu d'élaboration possible**, que ce soit autour de son passage à l'acte ou de son fonctionnement, C. n'ayant pas accès des capacités d'introspection. Ses demandes restent axées sur un seul leitmotiv : le retour au domicile de sa mère et la diabolisation de son père en contrepartie.

Dans le groupe, C. s'est positionnée comme l'élément de remise en cause du cadre. Elle intervenait facilement, surtout pour pointer son désaccord avec l'interlocuteur adulte. Ce désaccord faisait lui-même surtout état de son besoin d'opposition pour être entendue et prise en compte. Les thérapeutes ont découvert, lors d'une séance, que C. présentait un retard de lecture important (niveau CP-CE1), ce qui a impliqué que les consignes ont désormais été lues par les thérapeutes et non plus par les patientes. Cet incident n'a pourtant pas occasionné de réaction particulière de la part des autres participantes. Par la suite, C. a été davantage en alliance avec D., toutes les deux présentant le même

fonctionnement d'absence de mise en pensée, très **peu de capacités de représentation** et de vocabulaire disponible pour exprimer leurs propres ressentis et émotions. C. est restée du début jusqu'à la fin sur le même mode d'**opposition relative** puisqu'elle semblait venir avec un certain plaisir malgré tout. A la suite de l'épisode d'agitation de A., C. a pu exprimer son désarroi et ses émotions et a aussi pu interroger les thérapeutes sur le devenir de A. Elle a arrêté de venir au groupe à la suite de l'intervention des services éducatifs qui ont favorisé le retour de C. chez sa mère.

Après le début du groupe thérapeutique, C. a été **hospitalisée une fois en décembre 2013** après une **nouvelle tentative d'autolyse par ingestion médicamenteuse volontaire**. Elle était toujours très en difficulté sur le plan scolaire, ne présentant pas d'évolution de ses difficultés qui s'exprimaient principalement au niveau comportemental.

De la même façon que pour B., **C. n'a pu être mobilisée pour une deuxième passation des questionnaires à la fin du groupe thérapeutique**, sans réponse aux appels téléphoniques ni au courrier envoyé au domicile maternel qu'elle avait donc réintégré. De plus, elle n'est plus venue aux séances de groupe après être revenue au domicile de sa mère et n'a plus honoré non plus ses rendez-vous individuels à partir du mois de décembre 2013 et a donc été perdue de vue. Dans ce contexte, nous ne pouvons pas préjuger de son fonctionnement actuel. Nous pouvons cependant observer que **C. n'est plus revenue aux urgences pédiatriques pour un passage à l'acte quelconque**.

D'un point de vue diagnostique, il est retenu un niveau intellectuel bas associé à des carences éducatives et affectives à l'origine de troubles des conduites.

En ce qui concerne le fonctionnement tel qu'il peut être décrit au travers des questionnaires proposés, C. a montré avant d'intégrer le groupe :

- Un score de **1/6 à l'échelle de suicidalité de Pöldinger** en faveur d'un **risque suicidaire minime** ;
- Un **profil de coping détaillé dans le tableau V** ;
- Un niveau de **locus de contrôle à 22/40**, nettement **externaliste** par rapport à son âge.

Tableau V : Profil de *coping* de C.

Avant le groupe	
Utilise beaucoup (90 et au-delà)	Se renfermer en soi (100) Eprouver des malaises physiques (100)
Utilise souvent (70 à 89)	S'accuser, se blâmer (77)

2.4.4. Patient 4 (D., 13 ans et 9 mois)

D. était prise en charge depuis 2012 par un pédopsychiatre du pôle dans les suites d'une hospitalisation en pédiatrie à l'hôpital mère-enfant devant des **conduites de scarifications et phlébotomies**.

L'histoire familiale de D. est marquée par une certaine violence, morale et physique et des ruptures, dans une répétition des événements de vie traumatiques. Ses parents, originaires du Portugal, se sont mariés deux mois après leur rencontre en France contre l'avis des grands-parents maternels. La mère a malgré cela gardé de bonnes relations avec ses propres parents. D. est la dernière des trois filles du couple. Le père de D. a rapidement présenté des violences physiques et morales à l'encontre de son épouse, y compris pendant les grossesses. La mère décrit la grossesse de D. comme particulièrement difficile, tant du fait des violences du père, que de la situation sociale très précaire de la famille et de complications médicales. Elle a ainsi été hospitalisée à trois reprises pour cause de menaces d'accouchement prématuré. D. rapporte des souvenirs de **violences physiques** que son père faisait subir à sa mère et à sa sœur aînée quand elle était petite, ainsi que le sentiment de peur et de mort imminente lorsque celui-ci rentrait ivre au domicile et les terrorisait. Le couple s'est ensuite séparé alors que D. avait sept ans et la mère s'est remariée. Elle s'est convertie à l'islam après la rencontre avec son deuxième mari. D. a vécu chez sa mère à la séparation parentale, sans nouvelles de son père pendant plusieurs années.

Sur le plan des **antécédents psychiatriques familiaux**, la **mère de D. a toujours présenté une certaine fragilité et bénéficie d'un suivi psychiatrique personnel**. Son père présente une problématique alcoolique. La **sœur aînée de D.** aurait présenté un **épisode dépressif avec un passage à l'acte suicidaire** en fin d'adolescence à la suite de difficultés avec son petit-ami qui la battait.

Au moment de la première rencontre avec D. en 2012, la deuxième fille de la fratrie avait quitté le domicile maternel pour aller vivre chez leur père et avait rompu tout contact avec le reste de la famille, y compris ses sœurs. La sœur aînée était, elle, enceinte de son premier enfant. D. expliquait ses comportements de scarifications par un contexte de violences physiques et harcèlement de son petit-ami à son encontre mais se disait « folle amoureuse » de lui et avait même eu son premier rapport sexuel avec ce garçon du même âge qu'elle. Le père a repris contact avec D. au cours de l'hospitalisation. Il présentait un fonctionnement de type psychopathique avec une grande réticence à se plier aux contraintes des rendez-vous et synthèses pédopsychiatriques organisés en particulier. Il a également proféré des menaces de violences physiques envers le pédopsychiatre et des menaces de mort à l'encontre de la mère de D.

Sur le plan scolaire, D. était en très grande difficulté en milieu ordinaire. L'année de 5^{ème}, au moment du harcèlement, a été particulièrement chaotique et a entraîné une déscolarisation.

Il existe dans les premiers temps de la prise en charge un décalage important entre sa présentation physique qu'elle voulait coquette, maquillée comme une jeune fille ou jeune femme plus âgée, et son attitude et ses comportements de fillette. Elle n'a commencé à montrer des comportements adolescents, de contestation de l'adulte en particulier, que depuis quelques mois.

Sur le plan de son **fonctionnement de personnalité**, les consultations individuelles mettent en évidence :

- Une **grande immaturité** ;
- Des **difficultés majeures de mises en pensée et élaboration de ses émotions** ;

- Une **incapacité à tolérer les temps de silence** du thérapeute, manifestant son besoin **d'utiliser l'interlocuteur pour supplanter son propre appareil à penser** ;
- Une carence affective et narcissique majeure mise en évidence par son impossibilité à mettre à distance son petit-copain maltraitant dans une dynamique où elle se considérait comme devant être maltraitée pour exister.

Le suivi en consultations était et est toujours assidu lorsque D. est chez sa mère mais beaucoup plus aléatoire lorsqu'elle vit chez son père.

Sur le **plan médicamenteux**, un traitement **antidépresseur par inhibiteur de la recapture de la sérotonine** a été mis en place, associé dans un premier temps à un **neuroleptique classique à faible posologie**. Ce traitement a permis un apaisement psychique même partiel.

L'orientation au sein du groupe thérapeutique s'est faite à la suite d'un **nouveau passage par les urgences pédiatriques** après une **tentative d'autolyse par phlébotomie** et du fait des **difficultés d'adhésion** à l'aide apportée par les **consultations individuelles**.

D. était la benjamine du groupe. Elle se présentait comme très discrète, timide, en retrait, prenait très peu la parole mais répondait facilement lorsqu'elle était directement interpellée. Elle n'était pas dans une dynamique de rébellion ou provocation mais davantage suiveuse du reste du groupe. Elle concordait souvent dans ses avis avec C., comme si elle n'était pas en capacité de penser de façon autonome. Les thérapeutes ont constaté un **écart entre A. et B. qui se présentaient comme efficientes intellectuellement, et C. et D. moins efficientes**. Notons que D. est plus jeune que les autres patientes avec un écart de un à deux ans. Elle est venue régulièrement aux séances et n'aurait manqué qu'une à deux séances en fin de programme.

A la suite de la prise en charge au sein du groupe thérapeutique, D. a été **hospitalisée en novembre-décembre 2013** au sein du service d'hospitalisation pour adolescents du pôle de pédopsychiatrie sur une durée de quatre semaines à la suite d'une phlébotomie. Par la suite, relevant d'une prise en charge toujours rapprochée, il a été maintenu un accueil en hôpital de jour une fois par semaine dans le service de pédopsychiatrie. Elle a poursuivi les

conduites auto-agressives à type de scarifications des avant-bras, seul médiateur trouvé pour soulager sa tension interne. Devant les difficultés de la mère à imposer un cadre à D., le mode de garde a été transféré au domicile du père avec l'accord de ce dernier. Ce changement de domiciliation n'a cependant pas permis d'amélioration ou stabilisation des comportements auto-agressifs de D et a même commencé à échapper à la prise en charge thérapeutique en ne venant plus aux rendez-vous proposés.

D. est actuellement en perdue de vue, en rupture de prise en charge depuis le mois de juin. En effet, les dernières consultations n'ont pas été honorées ni excusées. En ce qui concerne le diagnostic longitudinal pédopsychiatrique, le tableau clinique de D. est évocateur d'un trouble de la personnalité de type état limite, tout en conservant des réserves du fait de son jeune âge.

Comme A., D. a participé aux deux passations de questionnaire. Nous avons ainsi constaté cette évolution :

- Le **score de suicidalité est resté élevé, stable à 4/6**, sans modification des items validés par D. ;
- L'évolution du **profil de coping** est détaillée dans le **tableau VI** ;
- Le niveau de **locus de contrôle est resté externaliste**, trop élevé par rapport aux standards des adolescents de son âge, en passant de 24/40 à 26/40.

Tableau VI : Evolution du profil de *coping* de D.

	Avant le groupe	Après le groupe
Utilise beaucoup (90 et au-delà)	Se renfermer en soi (100)	Ne rien faire (105)
	S'accuser, se blâmer (98)	S'accuser, se blâmer (105)
	Faire baisser la tension, se défouler (96)	Faire baisser la tension, se défouler (100)
	Ne rien faire (91)	Ignorer le problème (100)
		Se renfermer en soi (100)
Utilise souvent (70 à 89)	Eprouver des malaises physiques (70)	Se réfugier dans la pensée magique (76)
		Eprouver des malaises physiques (70)

2.4.5. Synthèse autour des cas cliniques

➤ L'âge au moment de l'inclusion dans le groupe s'échelonne entre 13 ans et 9 mois et 15 ans et 11 mois, avec une moyenne de 15 ans et 1 mois.

➤ L'âge au moment du premier contact avec la pédopsychiatrie se situe entre 12 ans 3 mois et 14 ans 11 mois, soit une moyenne de 13 ans 9 mois.

➤ **A., B. et D. bénéficiaient déjà d'une prise en charge pédopsychiatrique** avant l'inclusion dans le groupe depuis un an et demi à trois ans. B. et D. avaient été rencontrées pour la première fois du fait de leurs premiers passages à l'acte suicidaire. A. était connue pour une palette de troubles plus vastes, les gestes auto-agressifs étant apparus secondairement dans son anamnèse. C. a été intégrée dans le groupe thérapeutique après son premier passage aux urgences à la suite d'un geste auto-agressif.

➤ **A. et B.** sont issues de **milieux socio-économiques relativement aisés** alors que **C. et D.** proviennent de milieux **plus précaires**.

➤ Au niveau des relations intrafamiliales, nous ne notons pas de difficultés majeures dans l'environnement de A. et B. Leurs parents sont apparus comme unis, étayants et en capacité d'accueillir les émotions de leurs enfants.

C. et D. en revanche semblaient évoluer dans un cadre familial moins sécurisant :

- Leurs parents se sont séparés et ne sont pas parvenus à soutenir des positions éducatives cohérentes.

- Il existe une fragilité psychologique dans leurs familles, marquée par l'existence d'antécédents familiaux de prise en charge psychiatrique passés ou actuels pour les mères, une problématique alcoolique pour les pères. Le père de C. était connu du système de soins depuis son enfance et la sœur de D. a réalisé un geste suicidaire dans les années précédant le passage à l'acte de D.

➤ En ce qui concerne la place dans la fratrie :

- A. et C. sont toutes les deux les aînées de leur fratrie, respectivement de deux et quatre enfants ;
- B. est fille unique ;
- D. est la cadette d'une fratrie de trois.

➤ Nous disposons de peu de données au sujet de la grossesse, des modalités d'accouchement et du développement psychomoteur

- Nous n'avons pas d'informations en ce qui concerne le développement psychomoteur précoce de A. avant son adoption. A son arrivée en France, les parents n'ont pas constaté de difficultés notables pour elle.
- La grossesse, la naissance et le développement psychomoteur de B. se sont déroulés sans incident notable.
- Le développement intra-utérin de D. a été marqué par le stress des violences morales et physiques subies par sa mère pendant cette période et des complications somatiques à type de menaces d'accouchement prématuré. Son développement psychomoteur précoce était normal.

➤ **A. et B. ont toutes les deux un parcours scolaire sans accroc**, jusqu'à ce que, pour A., les troubles présentés nécessitent des hospitalisations à répétition. **C. et D. décrivent des difficultés dès les premières années** dans le milieu scolaire avec des résultats médiocres et une orientation adaptée précoce pour C. D. était en déscolarisation relative au moment de son inclusion dans le groupe ce qui a conduit à un redoublement l'année suivante.

➤ Le facteur déclenchant repéré par les patientes et leurs parents comme étant à l'origine du premier passage à l'acte suicidaire est :

- Un conflit avec les parents pour A. et C. (les deux pour A., le père pour C.) ;
- Une rupture amoureuse pour B. et D., associée à une relation sentimentale difficile pour D. dont le compagnon était violent.

➤ En ce qui concerne les modalités de passage à l'acte auto-agressif, chacune de ces adolescentes a eu recours, à un moment donné de son parcours, à des

scarifications et des ingestions médicamenteuses volontaires. A., B. et D. ont également réalisé des tentatives de phlébotomie.

- Pour A. et B., les passages à l'acte ont d'abord été réalisés sur un mode de court-circuit de la pensée. Dans un second temps, elles ont réalisé des gestes suicidaires pensés et prémédités.
- Pour C. et D. les passages à l'acte sont décrits comme des gestes impulsifs, non prémédités.

➤ **Avant l'inclusion** dans le groupe les difficultés constatées dans le parcours de soin de ces quatre patientes étaient :

- Un **défaut d'adhésion d'au moins un des deux parents aux prises en charge** proposées pour B. et D : les parents de B. exprimaient clairement leur défiance tandis que le père de D. ne respectait les rendez-vous proposés que de façon très aléatoire ;
- La **difficulté de B. à supporter une relation thérapeutique duelle**. Elle était mise en difficulté pour mettre en mots ses émotions ;
- Pour C. et D., il s'agissait principalement d'une impossibilité à élaborer par elles-mêmes, sans médiation par un support concret ou plus radicalement par l'appareil à penser de leur interlocuteur lui-même ;
- Un **besoin de réassurance majeur par un étayage thérapeutique très développé pour A.** Cette insécurité s'exprimait par la répétition des passages à l'acte malgré les multiples modalités de soins mises en place (psychothérapie individuelle, thérapie familiale, psychomotricité et chimiothérapie).

➤ **Sur le plan du diagnostic longitudinal psychiatrique :**

- **A. et D. présentent un trouble de personnalité de type état limite**, d'intensité sévère pour A. ;
- Un **trouble de l'humeur a été retenu pour B.** ;
- Des **troubles de conduites sur un niveau intellectuel limité et des carences éducatives et affectives pour C.**

➤ En ce qui concerne l'évolution au travers de l'expérience du groupe thérapeutique :

- **Les quatre adolescentes ont accueilli favorablement la proposition de prise en charge sous forme de groupe thérapeutique ;**
- Rapidement, une **alliance s'est formée entre C. et D.** qui présentaient des similitudes dans leur fonctionnement psychique caractérisé par de faibles capacités d'élaboration et de pensée, une grande immaturité et des compétences intellectuelles semblables à mettre en lien avec un niveau intellectuel de base faible pour C., un plus jeune âge et une inhibition intellectuelle pour D.
- A. et B. étaient plus en capacité de mobiliser leur appareil à penser. Leur évolution s'est différenciée par la suite. Nous avons constaté une confirmation de l'adhésion à ce type de dispositif et de sa capacité à s'appuyer dessus pour remettre en question et faire évoluer favorablement son mode de fonctionnement pour B. En revanche, la mobilisation des capacités d'élaboration de A. n'est restée qu'éphémère. Elle a rapidement été rattrapée par son envahissement symptomatique qui a également entraîné une rupture de cette prise en charge.

➤ On constate les caractéristiques suivantes concernant le profil de *coping* à l'arrivée dans le groupe :

- On observe de façon très nette au moment de l'inclusion dans le groupe thérapeutique une prédominance de **l'utilisation des stratégies du registre « non productif » pour toutes les adolescentes ;**
- La **stratégie « s'accuser, se blâmer » est utilisée par l'ensemble des adolescentes** et les stratégies « **éprouver des malaises physiques** » et « **se renfermer en soi** » sont utilisées **régulièrement par trois des jeunes filles.**
- Elles utilisent régulièrement (souvent à beaucoup) **entre trois (C.) et sept (B.) stratégies d'adaptation** face à des situations de stress sur les dix-neuf explorées par cette échelle ;
- Seules A. et B. utilisent chacune régulièrement une stratégie du registre « productif » et une stratégie du registre « référence aux autres ».

- C. se démarque concernant le score de suicidalité à l'entrée dans le groupe avec un résultat en faveur d'un risque suicidaire faible alors que les trois autres jeunes filles présentent un risque modéré à important.
- En ce qui concerne les **niveaux de locus de contrôle**, nous retrouvons un décalage entre les mêmes binômes de patientes : **A. et B. présentent un niveau de contrôle cohérent avec leur âge** et leur niveau scolaire alors que **C. et D. montrent des résultats plus externalistes** que ce qui serait attendu au vu des normes.
- En ce qui concerne **l'évolution entre les deux passations de questionnaires pour A. et D. :**
 - Les **scores de risque suicidaire** à l'échelle de Pöldinger et de **niveau de locus de contrôle** à l'échelle de Nowicki et Strickland restent **stables** entre les deux passations ;
 - Il existe un **élargissement de l'éventail des stratégies de coping** souvent à beaucoup utilisées pour les deux patientes :

A. passe de quatre à douze stratégies de coping régulièrement utilisées. Tous les styles de *coping* sont ainsi davantage sollicités puisqu'elle passe de **deux à sept stratégies « non productives »** mais aussi **une à trois stratégies « productives »** et **une à deux stratégies « référence aux autres »**.

D. ne met toujours en œuvre que des stratégies d'adaptation du **style « non productif »** en passant **de cinq à sept stratégies** régulièrement utilisées sur les neuf explorées par l'Echelle de *Coping* pour Adolescents.

En accord avec les données de la littérature, et conformément à ce que nous avons observé chez les quatre patientes de la première session de groupe, le devenir de ces jeunes suicidantes nous questionne.

Bien que nous ne disposions que de résultats très parcellaires, et qui ne pourront devenir interprétables et susceptibles d'être généralisés que s'ils sont reproduits à une plus grande échelle, la démarche thérapeutique du Pôle de Pédopsychiatrie garde toujours comme objectif de **favoriser une alliance thérapeutique** pour pouvoir **diminuer la vulnérabilité aux facteurs précipitants** de geste suicidaire **en optimisant le recours à certains facteurs protecteurs**.

Le paragraphe suivant va nous permettre de **discuter l'ensemble des éléments soulevés** dans ce travail et en tenter d'en **tirer des perspectives cliniques et thérapeutiques**.

3. TROISIEME PARTIE : DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Le premier rapport de l'OMS sur le suicide en septembre 2014 rappelle que, malgré les 800 000 décès par suicide chaque année dans le monde (un toutes les 40 secondes), il s'agit d'une cause de mortalité évitable. Il est fondamental de prendre cette notion en compte grâce aux actions de prévention d'un premier passage à l'acte ou encore par la prise en charge nécessaire des personnes qui ont déjà tenté d'attenter à leur vie (146). **L'OMS propose ainsi que les Etats membres se donnent pour objectif une diminution de 10% du taux de suicide dans chaque pays** en :

- *« réduisant l'accès aux moyens de se suicider (pesticides, armes à feu, certains médicaments,...) ;*
- *adoptant des politiques de lutte contre l'alcoolisme pour réduire l'usage nocif de l'alcool ;*
- *traitant le suicide de façon responsable dans les médias ;*
- *assurant le dépistage précoce, le traitement et la prise en charge de personnes souffrant de troubles mentaux et de troubles liés à l'usage de substances psychoactives, de douleurs chroniques ou de détresse émotionnelle aiguë ;*
- *formant les agents de santé non spécialisés à l'évaluation et à la prise en charge des comportements suicidaires ;*
- *assurant le suivi des personnes qui ont fait une tentative de suicide et en leur apportant un soutien au niveau communautaire » (142).*

L'expérience clinique du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de Limoges auprès des jeunes suicidants a montré, depuis plus de trente ans, que, malgré l'évolution et la diversification des formes de prises en charge proposées, les propositions de soins existantes ne parviennent pas à entraîner l'adhésion d'un certain nombre de ces patients (141). Cet état de fait a un impact non négligeable en ce qui concerne le risque de récurrence et le pronostic psychiatrique des jeunes (147).

Ce travail de thèse s'est attaché à la démarche du Pôle de Pédopsychiatrie de proposer un dispositif innovant d'accompagnement de ces patients, plus adapté à leurs problématiques et

leur mode de fonctionnement, par le biais d'un groupe thérapeutique dont le travail est axé sur les stratégies de *coping*.

L'expérience de la première session du groupe thérapeutique de la saison 2013-2014 n'a malheureusement pas pu être poursuivie sur la fin de l'année scolaire ce qui nous a conduits à chercher à comprendre les raisons de cet insuccès afin d'adapter notre dynamique de soins et continuer de tendre vers une diminution maximale du taux de récurrence suicidaire en Haute-Vienne.

3.1. DISCUSSION AUTOUR DE L'ETAT DES LIEUX DES JEUNES SUICIDANTS A LIMOGES

L'analyse de la littérature, régionale, française et internationale au sujet de l'épidémiologie du suicide des adolescents insiste sur le **caractère évitable de la mortalité par suicide** qui reste la deuxième cause de mortalité de cette tranche d'âge (81).

Notre recueil du nombre de passages aux urgences dans les suites d'un passage à l'acte suicidaire, ou devant des idées suicidaires, **concorde avec les chiffres publiés par l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin** (58), qui dénombrait 213 passages aux urgences dans les suites d'une tentative de suicide (141 filles et 72 garçons) entre 2009 et 2011. La prédominance féminine est cependant plus marquée (1 garçon pour 3.5 filles environ) dans notre échantillon limougeaud de 2013-2014 que dans l'ensemble de la région (environ 1 garçon pour 2 filles).

Ce résultat met en lumière une **diminution du nombre d'adolescents suicidants** par rapport aux éléments recueillis par le passé dans la région (83 en 1990 vs 64 en 2013-2014). Cette évolution peut s'expliquer, comme le suggèrent certains auteurs au niveau national (6) (44), par l'**efficacité des stratégies de prévention** mises en place. On ne peut cependant pas éliminer l'ensemble des **tentatives de suicide qui ne sont pas identifiées** comme telles ou ne sont **pas médicalisées**. Enfin, nous nous sommes ici centrés uniquement sur les jeunes qui ont accédé aux soins par l'intermédiaire des urgences pédiatriques et l'impression clinique des praticiens du pôle est aussi en faveur d'une **probable banalisation de certaines crises suicidaires**. La fréquence des idées suicidaires et tentatives de suicide relevée par l'ORS du Limousin est en faveur de cette hypothèse (58). De ce fait, **un certain nombre d'adolescents présentant une problématique suicidaire pourrait ne pas être orienté** vers l'interlocuteur privilégié que constitue l'Equipe Mobile de Pédopsychiatrie de Liaison.

En ce qui concerne la prise en charge des enfants et adolescents qui sont arrivés aux urgences de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant, **le Pôle de Pédopsychiatrie est tout à fait efficient pour ce qui est de l'évaluation initiale** avec une **hospitalisation complète effective dans 53 cas sur 64** alors que la **moyenne nationale** se situerait plutôt autour de **25%** de tentatives de suicide hospitalisées (6) (148). Au cours des hospitalisations, en

pédiatrie ou dans le service de pédopsychiatrie pour adolescents Bellevue, **l'évaluation pédopsychiatrique individuelle** recommandée par l'HAS (79) est la règle, **l'évaluation sociale** dans 30 cas sur 53 et **familiale** pour 44 des patients. Le **suivi ambulatoire**, précédé ou non d'une hospitalisation complète, est dans la **grande majorité des cas** (38 sur 44) réalisé sur la **base d'entretiens individuels** avec le patient associés à des **entretiens en présence des parents**. D'autres modalités de prise en charge peuvent être associées, adaptées à chaque situation, principalement la **thérapie familiale** et les **traitements psychotropes**, afin de correspondre là aussi aux recommandations faites par l'HAS (79). Celles-ci ont d'ailleurs été confirmées récemment par le premier rapport de l'OMS sur le suicide en septembre 2014 (142). La **recommandation de suivi sur une durée de 90 jours de l'HAS** (79) est plus difficilement respectée que les modalités d'évaluation post-critique immédiate mais est **effective dans la majorité des cas**, y compris pour la moitié des patients qui ont été perdus de vue.

Les problèmes auxquels sont donc confrontés les cliniciens qui rencontrent ces jeunes suicidants sont donc :

- Le **risque de perte de vue** ;
- Et les **recours itératifs aux urgences** dus à des difficultés psychiques malgré l'étayage mis en place, parfois massif, en ambulatoire.

Ces éléments avaient déjà été constatés dans l'étude menée au début des années 1990 à Limoges et un **lien** avait été **suspecté avec le diagnostic longitudinal de trouble de personnalité de type limite** (144) (149).

Avec l'éclairage de la littérature internationale autour de la problématique suicidaire des adolescents, il nous paraît intéressant de soulever cette question du trouble de personnalité limite. Si la question du diagnostic de trouble de personnalité n'est pas consensuelle avant l'âge adulte du fait de la notion de construction de l'appareil psychique inhérente à l'enfance et l'adolescence (150) (151), plusieurs écrits spécialisés :

- établissent un **parallèle entre des éléments du fonctionnement « normal » de l'adolescence** et certaines **caractéristiques du trouble de personnalité limite** (152) (153) ;
- évoquent une **évolution de la société**, occidentale en particulier, vers une augmentation **des organisations de personnalité** sur un mode évocateur d'état limite (154);

- **associent statistiquement le trouble de personnalité limite et les conduites suicidaires** à tous les âges (155) et en particulier à l'**adolescence** (156) (157) (158).

3.2. DISCUSSION AUTOUR DES LIENS ENTRE ADOLESCENCE ET TROUBLE DE PERSONNALITE LIMITE

A Limoges, Roche et al. en 1992 avaient déjà mis en avant les **liens entre le trouble de personnalité limite** et un **plus grand recours au système de soins psychiatriques** dans le cadre d'une **hospitalisation complète**, ou par le biais des **consultations d'urgence**, par rapport aux patients souffrant de troubles névrotiques qui étaient, eux, davantage utilisateurs des consultations ambulatoires externes (144).

Nous ne connaissons pas le diagnostic psychiatrique longitudinal retenu pour les patients suicidants qui ont fréquenté les urgences pédiatriques entre avril 2013 et mars 2014 qui aurait pu éclairer sur l'incidence de ce trouble de personnalité parmi cette population. Il pourrait être intéressant de se pencher sur d'éventuelles **associations entre le trouble de la personnalité et la venue aux urgences dans un contexte de dynamique suicidaire**, voire de **recours itératif à cette porte d'entrée dans les soins** et les **possibilités d'évolution** après qu'une proposition de prise en soins ambulatoire ait été faite. Ce travail de mise en lien de l'épidémiologie et de la psychopathologie des jeunes suicidants pourrait aider sur le terrain les praticiens à **adapter les dispositifs de soins** au mieux pour ces patients-là.

Certains auteurs estiment que la **source des troubles de la personnalité** se situerait au niveau des **processus de traitement de l'information** (86). En effet, l'évaluation d'une situation donnée par un sujet précède et déclenche sa stratégie de réaction qui peut ensuite s'avérer bien ou mal adaptée. Cette évaluation repose en partie sur les croyances du sujet. Celles-ci sont intégrées dans les **schémas** qui filtrent et synthétisent les informations issues de l'environnement et qui conditionnent ainsi les **processus cognitifs, affectifs et motivationnels du sujet**.

Ainsi, l'interaction de ces dispositions internes et des influences de l'environnement déclencherait une réaction en chaîne dont le point culminant serait le comportement manifeste du sujet (86).

Selon Beck, les troubles de personnalité se caractériseraient par des croyances dysfonctionnelles extrêmes et rigides qui accroîtraient la vulnérabilité cognitive de l'individu.

Nous reprenons ici les trois schémas cognitifs identifiés par Pretzer en 1990 comme étant des présuppositions clés des patients limites (86) :

- « *le monde est dangereux et malveillant* » ;
- « *je suis impuissant et vulnérable* » ;
- « *je suis fondamentalement inacceptable* ».

Si la stabilité du diagnostic de trouble de personnalité n'apparaît pas systématique entre l'adolescence et l'âge adulte dans la littérature (151), les adolescents suicidants sont plus à risque d'ancrage dans un processus psychopathologique chronique qu'en population générale. Ainsi, une étude menée à Limoges en 2007 mettait en évidence que près d'un tiers des jeunes suicidants étaient toujours pris en charge en psychiatrie adulte quinze ans après la tentative de suicide qui les avait introduit dans le système de soins (147).

L'expérience clinique des quatre adolescentes rencontrées lors du groupe thérapeutique nous paraît illustrer de façon caractéristique ce mode de fonctionnement.

3.3. DISCUSSION AUTOUR DES CAS ET DE LEUR EVOLUTION CLINIQUE DANS LE GROUPE

Bien que l'échantillon de patients de la première session de groupe soit très limité, il nous a permis d'ouvrir un certain nombre de constatations et d'hypothèses.

➤ Notre première observation concerne le fait que nous n'avons accueilli que des filles, confirmant la prédominance féminine largement retrouvée dans la littérature dans le cadre de la problématique suicidaire, ainsi que les chiffres de notre état des lieux.

➤ Nous ne disposons pas d'informations exhaustives pour toutes les patientes concernant la grossesse, leur naissance et les premières phases de leur développement psychomoteur. Il nous paraît cependant intéressant de nous attarder un instant sur le cas de A. qui soulève la question des **liens entre le développement d'un trouble de personnalité de type état limite, le recours aux conduites suicidaires et des antécédents de stress précoce et événements de vie traumatiques** qu'elle a effectivement vécus (74) (159) (160) :

- De son statut d'enfant orpheline, avec la notion d'abandon et donc de trouble de l'attachement précoce ;
- Des modalités d'accueil dans l'orphelinat en Bulgarie rapportées par ses parents adoptifs et qu'elle a subies pendant sa première année et demie de vie (161) ;
- De la notion de traumatisme sexuel au printemps 2013 qui est souvent associée au trouble de personnalité limite dans la littérature (161) (162).

➤ Au regard de **l'anamnèse personnelle de nos patientes**, nous pouvons retenir deux éléments :

- Seule C. a été rencontrée pour la première fois dans le mois précédant le début du groupe thérapeutique puisque **A., B. et D. bénéficiaient déjà d'une prise en charge pédopsychiatrique** depuis un à deux ans.

B. et D. avaient été rencontrées pour la première fois du fait de leurs premiers passages à l'acte suicidaire.

A. était connue pour une palette de troubles plus vastes, les gestes auto-agressifs étant apparus secondairement dans son anamnèse.

- Ces patientes présentaient un certain nombre de **difficultés constatées dans leur parcours de soins**.

Ces éléments ne paraissent pas négligeables puisqu'ils **soulignent** déjà :

- les **difficultés d'inclusion dans une dynamique de soins**, soit intrinsèque à l'adolescente (B.), soit davantage en lien avec une réticence plus ou moins clairement signifiée des parents (B., C. et D.)
- et la **résistance de leurs troubles psychiques aux thérapeutiques** déjà mises en place qui se traduit par la répétition des événements visant à remobiliser l'entourage et le système de soins, A. étant l'exemple le plus marquant au vu de la multiplicité des dispositifs déjà mis en œuvre autour d'elle (155) (163).

- **L'analyse des facteurs déclenchants identifiés** aux passages à l'acte suicidaires qui ont motivé l'inclusion dans le groupe retrouve la **prédominance des relations amoureuses** et des **relations avec les parents** décrite dans la littérature dans les problématiques adolescentes (4) (48). Nos patientes illustrent, chacune dans sa situation, une **défaillance dans les capacités internes de réassurance** et d'**identification**, qu'elles pallient par le **surinvestissement d'une relation interpersonnelle** (parentale, amoureuse). Dans leurs relations, l'autre apparaît idéalisé, affublé de tous les atouts de l'objet positif, mais doit rester une figure maltraitante pour être tolérable en confirmant le statut de mauvais objet auquel ces adolescentes se sont identifiées (4).

➤ Faisant écho à ce que nous avons pu évoquer un peu plus haut dans la discussion, deux de nos quatre patientes avaient un **diagnostic de trouble de personnalité limite**.

Paradoxalement au vu des données de la littérature en particulier concernant les difficultés d'alliance thérapeutique et d'assiduité dans cette population, il s'agit des deux seules patientes qui ont pu être mobilisées pour la deuxième passation des questionnaires. Il est à noter cependant que ces passations ont pu se faire dans des contextes particuliers. En effet, A. était alors hospitalisée à temps complet et D. bénéficiait d'une prise en charge sous forme d'accueil en hôpital de jour hebdomadaire qu'elle a honorée, bien que de manière très aléatoire, pendant un certain temps.

Nous pouvons donc supposer que, si B. et C. avaient été hospitalisées à temps complet, ou en accueil de jour, à cette période-là, elles auraient également pu être mobilisées, ce qui ne permet pas de tirer de conclusions concernant le degré d'adhésion des patientes à la dimension de recherche et d'évaluation de leur prise en charge.

➤ A. et B. se différencient de C. et D. sur un certain nombre de points en ce qui concerne leur histoire de vie, et en particulier sur le plan du **contexte social, familial et scolaire** :

- A. et B. proviennent toutes les deux de **milieux sociaux et familiaux stables**, contrairement à C. et D. ;
- Bien que les **antécédents familiaux** n'aient pas été explorés de façon très approfondie dans ce travail, nous observons une **histoire psychiatrique beaucoup plus chargée pour C. et D.** dont les deux parents ont des antécédents personnels de problématique psychiatrique, voire un suivi en cours et pour lesquelles il existe une problématique alcoolique des deux pères. Nous ne pouvons aller plus loin dans notre raisonnement puisqu'il est clair que nous ne connaissons pas le background génétique de A. qui a été adoptée, et que nous avons connaissance d'une prise en charge psychiatrique dans l'entourage de B. bien que sans plus de précision ;
- L'**âge** intervient probablement aussi dans sa dimension de **maturation et des aptitudes cognitives et intellectuelles** disponibles au regard de ces différences puisque D. a deux ans de moins que A. et B. L'alliance qui s'est formée entre C. et D. n'est probablement pas étrangère au faible niveau intellectuel de C. qui rejoignait ainsi D. ;
- Enfin **C. et D. ont été en difficulté en milieu scolaire** dès les premières années **contrairement à A. et B.** pour lesquelles l'intégration scolaire s'est faite sans accroc ;
- En nous appuyant sur les théories de Beck concernant l'étiologie des troubles de la personnalité qui associe les croyances dysfonctionnelles à des prédispositions génétiques et à l'exposition à des événements de vie traumatiques ou une influence négative d'autrui dans le parcours de vie (86), nous pouvons supposer que **A. et B. ont intégré le groupe avec un niveau de fonctionnement plus élevé et une capacité plus importante que C. et D. à investir ce type de soins sans expérimenter de sensation de danger pour leur intégrité psychique.**

➤ Bien que nous ne puissions en tirer de conclusions en termes d'association statistique ou de liens de causalité, **ces deux binômes se sont également différenciés sur le plan clinique** cadre de la prise en charge :

- Une **plus grande facilité pour mobiliser leur appareil de pensée** que ce soit en dehors et dans le cadre du groupe ;
- Une **évolution dans les modalités de passage à l'acte** qui ont pu être **secondairement chargés de sens** et donc **terrain d'élaboration** alors qu'ils sont restés à un niveau de **fuite et de court-circuit de la pensée pour C. et D** ;
- On peut ici supposer que, dans leur parcours, A. et B. ont présenté une **évolution de leur fonctionnement** qui s'est faite **d'abord sur un plan intrapsychique**, avec l'apparition de la possibilité d'apporter une représentation pensée aux mises en acte, alors que la **traduction comportementale de cette progression n'apparaîtrait que dans un second temps.**
- En termes de **stratégies de coping**, il est très difficile d'extrapoler des éléments au vu du peu de recul et d'informations dont nous disposons. Nous avons cependant pu constater que **A. et B. sont les seules à bénéficier d'une stratégie du registre « productif » et d'une stratégie du registre « référence aux autres »** parmi leurs stratégies préférentielles dans le bilan pré-groupe. C. et D. n'utilisent que des stratégies du registre « non productif » ;
- De la même façon, le **niveau de locus de contrôle** est concordant avec l'âge et le niveau scolaire pour A. et B. alors qu'il est **plus externaliste que la norme attendue pour C. et D.**

L'ensemble de ces éléments semble concorder pour alimenter **l'hypothèse d'un meilleur fonctionnement de départ** avec de **plus grandes capacités de mobilisation psychiques** pour **A. et B.**

➤ Concernant le **risque suicidaire**, les scores à l'échelle de Pöldinger de **trois des quatre patientes** étaient en faveur d'un **risque suicidaire élevé. Seule C.** présentait à son admission dans le groupe un score en faveur d'un **risque faible**, ce qui amène à se poser la **question de la dynamique suicidaire consciente derrière un passage à l'acte auto-agressif.** Nous ne pouvons pas tirer de conclusions des deux seuls questionnaires remplis à la fin des dix séances d'une part du fait de l'effectif réduit, d'autre part à cause de la nature même du questionnaire qui ne permet qu'une approche très globale du risque

suicidaire. Une **évaluation du type RUD** (Risque-Urgence-Dangerosité) pourrait permettre d'approcher de façon plus fidèle la problématique suicidaire de chaque adolescent.

➤ La tentative d'objectiver une **évolution des stratégies de coping avant et après le groupe** n'a pu être mise en place **que pour A. et D.** Nous avons pu observer pour ces deux patientes une **extension de leur répertoire de stratégies de coping**, remplissant ainsi la première étape, quantitative, de l'objectif clinique du groupe qui devait leur permettre de diversifier leurs modalités d'adaptation aux situations rencontrées. Cependant, de façon qualitative, il apparaît que **le style de coping préférentiel reste le style « non productif »** à l'issue des dix séances, même si A. a inclus deux nouvelles stratégies « productives » et une nouvelle stratégie « référence aux autres » dans son répertoire. Enfin, **l'espace de temps imposé par le groupe thérapeutique** est **arbitraire** par le fait qu'il ne tient pas compte de la cinétique d'évolution propre à chaque adolescente.

➤ En ce qui concerne **l'évolution du niveau de locus de contrôle**, nous n'avons trouvé de modification du score pour aucune des patientes. Nous pouvons ici nous interroger sur :

- La **possibilité que locus de contrôle et coping** n'évoluent **pas de façon simultanée** ;
- L'**éventualité** que, malgré un lien effectif entre ces deux concepts, **l'action psychothérapique sur le profil de coping** ne se traduise pas par une **évolution du niveau de locus de contrôle** ;
- La sensibilité de l'échelle de Nowicki et Strickland pour détecter des variations minimales de niveau de contrôle ;
- Comme pour le *coping*, il est aussi possible que **les deux évaluations soient trop rapprochées** pour qu'une évolution du niveau de contrôle ait pu se produire ;
- Enfin nous ne pouvons pas écarter la question de la **pertinence du lien entre locus de contrôle et coping**, qui est réfuté par certains auteurs (139) (164) ;

➤ En ce qui concerne **l'évolution dans l'adhésion aux soins à la suite de la prise en charge par le groupe thérapeutique**, les thérapeutes ont observé, surtout au cours des premières séances de groupe, l'émergence d'une alliance à l'égard de ce dispositif, même si l'assiduité des participantes s'est ensuite progressivement étiolée.

Effectivement, seule B. semble avoir pu trouver par le biais de cette forme de thérapie un espace d'adhésion qu'elle a pu signifier en exprimant son souhait d'intégrer un autre dispositif de ce type en relai.

Ce constat amène plusieurs réflexions :

- La question de la **pertinence de ce type de prise en charge dans le cadre de la problématique de l'alliance thérapeutique**, bien que les données de littérature soient plus favorables que ce que nous avons pu observer.
- Nous ne pouvons pourtant pas occulter la **première adhésion des patientes** qui a pu être favorisée par plusieurs caractéristiques de cet outil thérapeutique : la **nouveauté** de cette prise en charge, la modalité de **groupe de pairs** avec son **corollaire de dynamique de « bande »** et le fait que **les difficultés ne sont pas abordées directement** ici contrairement aux entretiens individuels. Nous pouvons aussi prendre en compte le **cadre structuré** d'inspiration cognitivo-comportementale qui a pu apporter **davantage de repères** ainsi que l'**échéance concrète des dix séances** probablement moins anxiogène que les suivis individuels dans lesquels les patients peuvent se sentir perdus et uniquement tributaires de l'appréciation de leur thérapeute ;
- La **question de la durée limitée** et des **modalités de la fin de la prise en charge** mérite aussi d'être soulevée. Bien que posant un cadre clair et donc probablement contenant au départ, il est envisageable que l'arrêt brutal des rencontres hebdomadaires après les dix séances puisse représenter une nouvelle rupture/abandon désorganisant pour ces patientes dont le parcours de vie et de soins est déjà émaillé et qui sont très sensibles à toutes les formes de séparation. Or cet élément vient contrecarrer toute la dynamique de réflexion à l'origine de cette nouvelle proposition de soins qui visait justement à insuffler du sens dans une continuité (165).

Même si nous avons perdu de vue B., nous pouvons constater qu'avec le groupe elle a commencé à mobiliser des personnes ressources sans avoir recours à la mise en acte. De plus, elle n'a plus réalisé de geste auto-agressif qui ait nécessité d'être médicalisé et nous pouvons émettre l'hypothèse que l'accès à la mise en pensée et aux représentations de son mal-être aura permis de faire exprimer autrement sa souffrance qu'en passant par l'attaque de son enveloppe corporelle.

Le bilan est moins franc pour A. qui a montré qu'elle était en mesure de mobiliser des capacités de pensée et élaboration au sein du groupe mais cette évolution est restée très

éphémère. En effet, elle a rapidement été rattrapée par l'emballement symptomatique dans le cadre d'une nouvelle rechute de son trouble de personnalité évalué comme sévère.

➤ **Les quatre adolescentes ont été ré-hospitalisées** au cours des trois mois de groupe thérapeutique. Gérardin émet l'hypothèse que **l'hospitalisation pourrait être pensée comme un équivalent de rite de passage moderne**, comme ceux qui structuraient auparavant les sociétés. Le soin en hospitalisation reposerait ainsi sur les trois grands axes fondateurs des rites initiatiques, retrouvés dans toutes les sociétés archaïques du monde : **la séparation, la réclusion et le retour**. De la même façon que pour ces rites de passage, l'hospitalisation s'organiserait aussi autour : **de l'agir, du corps et de l'espace** (11). Cette hypothèse pourrait ainsi rendre compte de la **dimension constructive de ces ré-hospitalisations** qui ont pu d'emblée apparaître comme un échec du dispositif justement mis en place pour permettre de différer l'apparition de la crise qui était la modalité d'entrée dans les soins privilégiée.

Nous nous interrogeons dans ce contexte sur les **moyens à mettre en place pour limiter ces pertes de vue et aider les adolescents à maintenir la continuité** qui fait défaut dans leur fonctionnement psychique. Une possibilité pourrait être la **planification de l'ensemble des rendez-vous dès l'intégration au sein du groupe**, ou la mise en place de **rappels téléphoniques ou par sms des rendez-vous**, comme cela avait déjà été tenté à Limoges dans le cadre des prises en charges secondaires aux alcoolisations aiguës d'adolescents (29). Nous pouvons également nous poser la **question de la pertinence de l'orientation exclusive sur ce groupe de patients porteurs de telles failles psychiques**, qui nécessitent un étayage thérapeutique majeur en ambulatoire.

Devant ce **bilan mitigé** de l'expérience de la première session de ce groupe thérapeutique **mais aussi la profusion de pistes de réflexion et de travail clinique** qui sont soulevées, nous allons à présent évoquer les **difficultés auxquelles nous avons été confrontés dans la création** et la mise en place de ce groupe. Celles-ci ont, de fait, probablement **contribué à limiter l'impact bénéfique escompté** et nous permettront **d'adapter en conséquence nos propositions** de soins à venir.

3.4. DISCUSSION AUTOUR DE L'ARDUITE A LA MISE EN PLACE DU GROUPE THERAPEUTIQUE ET LIMITES DE L'EXPERIENCE

Au vu de toutes ces réflexions cliniques et des données bibliographiques sur la psychopathologie des adolescents suicidants et ses liens avec le trouble de personnalité limite, il paraît effectivement pertinent d'étoffer notre dispositif d'étayage auprès de ces jeunes avec des outils thérapeutiques cohérents plus récents basés sur la valorisation de facteurs protecteurs du risque suicidaire tels que le *coping* productif comme cela a déjà été développé aux Etats-Unis (66). De plus, nous pouvons arguer du fait que le dispositif de groupe constitue une alternative moins coûteuse en termes financiers de temps médical à payer pour chaque consultation individuelle pour prendre en charge correctement ces adolescents tout en respectant les recommandations de l'HAS.

Nous nous sommes cependant confrontés à un certain nombre de difficultés dans la mise en place de cette nouvelle forme de soins. Contrairement à nos appréhensions initiales, ce ne sont pas les obstacles inhérents au public ciblé qui ont été les plus complexes à contourner et ont entraîné l'interruption du projet de deuxième session de groupe.

Les limites retenues sont :

- Le manque de personnel soignant : il a fallu détacher deux soignants, un médecin et un infirmier de l'Equipe Mobile pour les temps de séance (une heure hebdomadaire) mais aussi en amont de réflexion autour du projet et de ses modalités de mise en place, et en parallèle des séances pour les temps de supervision mensuelle.
- La confusion des rôles des thérapeutes qui étaient à la fois interlocuteurs au moment de la crise du passage aux urgences, avaient assuré la prise en charge en hospitalisation complète et, pour certaines patientes, assuraient également leur suivi ambulatoire individuel ;
- Le problème de la localisation de l'espace du groupe qui s'est fait par défaut à l'HME parce qu'il n'y avait pas de local disponible ailleurs, dans un bureau de consultation inadapté à l'accueil d'un groupe ;

- L'organisation du temps de disponibilité réciproque : en effet, il n'a pas été possible de trouver un temps qui n'empiète ni sur la scolarité des jeunes ni sur le temps de travail des soignants, ce qui aurait pourtant permis un confort et une prise en charge optimale des participants ;
- Dans la lignée de ce dernier point, la fréquence hebdomadaire des séances nécessite une certaine souplesse de chacun des participants pour pouvoir se rendre disponible de façon rapprochée ;
- Le transport des jeunes : nous avons ainsi dû mettre en place une prise en charge taxi pour l'une d'elle, les parents ne pouvant assurer sa venue dans le groupe dans le cas contraire ;
- L'obligation d'un groupe fermé : le programme établi des séances nécessitait de respecter un certain ordre alors qu'un groupe semi-ouvert aurait permis d'accueillir davantage de patients pour lesquels l'indication existait sans devoir respecter un délai d'un trimestre pour attendre la prochaine session.

Enfin, nous ne pouvons pas éliminer la difficulté inhérente au public concerné, dans sa dimension de susceptibilité à l'inobservance thérapeutique, qui a entraîné une baisse de l'assiduité conséquente décrite par les thérapeutes après un certain nombre de séances et n'a pas empêché que deux des patientes soient aujourd'hui perdues de vue pour le système de soins.

Nous pouvons déplorer que l'assiduité à chaque séance n'ait pas été relevée régulièrement, ce qui ne permet pas d'objectiver l'évolution de l'assiduité aux séances. Nous ne pouvons pas non plus évaluer l'impact du groupe sur l'établissement d'une éventuelle alliance thérapeutique mais nous pouvons nous poser la question de la pertinence de l'orientation sur ce groupe de patientes présentant de telles failles psychiques.

Les limites de cette expérience thérapeutique évoquées ici constituent ainsi un préalable à la mise en place de nouvelles propositions de soins, indispensables au vu de la sévérité et la complexité de la problématique des adolescents suicidants.

3.5. PROJETS ACTUELS POUR LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS SUICIDANTS A LIMOGES ET PERSPECTIVES D'AVENIR

L'expérience pilote de cette première session de groupe thérapeutique nous a amenés à reprendre notre réflexion quant aux nouvelles modalités de prise en charge à apporter à ces patients.

Nous avons envisagé de :

- **Dédier un espace, de temps et de lieu, conséquent et spécifique** à la prise en charge de ces adolescents au sein du Pôle de Pédopsychiatrie ;
- Avec **des soignants dont la fonction est spécifiquement consacrée à leur accueil** dans ce cadre-là. En effet, le rôle de « prêt » de l'appareil à penser des thérapeutes pour les patients nécessite qu'ils puissent être eux-mêmes suffisamment disponibles pour assurer leur fonction contenante (166) ;
- **Diversifier les formes d'accompagnement au cours de ce temps d'accueil** avec le **maintien du groupe thérapeutique centré sur les stratégies de coping** associé à un **groupe thérapeutique centré sur l'affirmation de soi**, un **groupe thérapeutique de gestion de l'anxiété**, **ateliers d'expression** (théâtre, art-thérapie, musicothérapie, activité physique et sportive).

Ainsi, depuis le mois de **septembre 2014**, un **hôpital de jour pour adolescents sur le site du pavillon Le Sillon au CH Esquirol** accueille **une demi-journée par semaine**, le mercredi après-midi, des adolescents présentant une problématique suicidaire lorsque la scolarité peut être maintenue. Dans le cas contraire, l'accueil peut être intensifié sur les autres jours de la semaine dans le cadre d'ateliers adaptés à leur problématique.

Les jeunes sont adressés à l'hôpital de jour par leur psychiatre référent et bénéficient d'un entretien avec le médecin responsable de cette unité de soins à leur admission afin de leur en expliquer le fonctionnement, puis de façon régulière afin de réévaluer la prise en charge.

En ce qui concerne plus spécifiquement le groupe thérapeutique, nous avons apporté les modifications suivantes :

➤ **L'indication est élargie à l'ensemble des adolescents suicidants** qui seront susceptibles de se voir proposer cette forme de prise en charge, **même en première intention** ;

➤ Le **lieu du groupe** est donc une salle originale, dans le bâtiment de l'hôpital de jour et non plus à l'HME ;

➤ **Les thérapeutes ne sont pas rattachés à l'Equipe Mobile** intervenant à l'HME ce qui permet de limiter les confusions entre les divers temps de prise en charge ;

➤ **Le temps d'hôpital de jour** se fait le mercredi après-midi, donc **en dehors du temps scolaire** pour les adolescents qui restent scolarisés ;

➤ **Le programme des séances** a été légèrement **modifié** pour permettre des **inclusions mensuelles régulières** sous la forme d'un **groupe semi-ouvert** : la première séance de chaque mois est dédiée à une ré-explication de la notion de *coping* pour les nouveaux arrivants et les adolescents déjà inclus qui le souhaitent et le contenu de chaque séance est adapté de façon à ce que les nouveaux arrivants ne soient pas pénalisés en termes de compréhension et d'évolution ;

➤ **La présence est notée** au cours de chaque séance afin de permettre une **évaluation objective de l'assiduité** de chacun ;

➤ **Les patients qui ne souhaitent pas mettre fin à ce type de prise en charge** après leurs dix séances de groupe peuvent choisir de **continuer d'assister aux séances** sous la forme d'une entrée libre. De plus, l'accueil sur une durée de trois heures d'hôpital de jour a aussi pour but d'assurer cette fonction contenante de groupe qui peut permettre **d'attendre que l'adolescent soit inclus dans un des autres groupes de paroles proposés** par le Pôle sans rupture du cadre de prise en charge ;

➤ Enfin, nous envisageons éventuellement dans l'avenir d'**individualiser deux groupes** (collégiens et lycéens), ce qui correspondrait aussi à une **homogénéisation des âges** des participants et **de leurs problématiques**.

Nous avons opté pour la **conservation du déroulement des séances de groupe** qui nous a paru **adapté** et trouver un **sens chez nos patientes** lors de la première session. Nous **perpétuons également la passation de l'Echelle de Coping pour Adolescents avant et après** les dix séances de groupe, dont l'évolution sera reprise lors d'un rendez-vous spécifique par le médecin responsable et en présence du jeune et de ses parents.

Dans les prochaines sessions de groupe thérapeutique, **nous envisageons, avec davantage de patients, d'analyser l'évolution des différents paramètres mesurés dans une approche compréhensive de nos moyens d'action** pour la prévention du risque suicidaire chez les adolescents. A terme, il pourrait être intéressant de tenter de réaliser une **étude d'évaluation de l'efficacité du groupe thérapeutique au regard des autres stratégies de prise en charge** des jeunes suicidants.

Enfin, nous souhaitons aussi **élargir le champ de nos recherche à la notion d'agentivité**, concept relativement **proche de celui de locus de contrôle** mais jusqu'à présent **limité au champ des pathologies psychotiques**. En effet, le passage à l'acte suicidaire, en tant que raptus, pourrait être considéré comme une perte de contrôle elle-même assimilée à un décrochage de la réalité comme il peut exister chez les patients en décompensation délirante. Cette démarche a d'ailleurs été récompensée de la part de la Fondation de France par une aide au financement du groupe thérapeutique.

En conclusion de cette discussion, nous pouvons dire que **l'intérêt de notre démarche avec ce groupe thérapeutique est triple** :

- **Sur le plan clinique et psychopathologique**, ce groupe constitue un **outil pertinent** et **cohérent devant la problématique** apportée par les adolescents suicidants ;
- **Sur le plan de l'amélioration des pratiques**, ce **dispositif est innovant** puisqu'il n'a pas encore été validé auprès de cette population ;
- Enfin, **sur le plan de la recherche clinique**, une **possibilité d'évaluation** de cet outil est intégrée dans son protocole thérapeutique même.

CONCLUSION

Le principal facteur de risque à la réalisation d'un geste suicidaire est constitué par l'existence d'au moins un antécédent de tentative d'autolyse et le suicide est largement reconnu comme la deuxième cause de mortalité à l'adolescence. Ces deux facteurs font du risque suicidaire une préoccupation majeure de l'ensemble des acteurs de la santé mentale des enfants et adolescents.

Le passage à l'acte suicidaire peut être considéré comme déterminé par l'association de facteurs de risque proximaux, ou facteurs précipitants, et de facteurs de risque distaux, ou facteurs prédisposants (167). Notre travail se base sur la recherche d'une modification au niveau des facteurs secondaires en tentant de faire évoluer un profil de *coping* constituant un facteur de risque en un profil de *coping* devenu un facteur protecteur du risque suicidaire. Si les facteurs précipitants tels que les événements de vie, de même que la plupart des facteurs prédisposants (histoire familiale de suicide, stress précoces, facteurs épigénétiques, traits de personnalité) sont immuables, d'autres facteurs de risque distaux tels que le style cognitif peuvent être envisagés comme cible d'un travail psychothérapeutique. Notre réflexion clinique et thérapeutique cherche à modérer l'impact que pourront avoir les facteurs de risque proximaux grâce à la promotion de facteurs de protection, comme le *coping*, qui agissent comme des modérateurs des facteurs de risque afin de prévenir une éventuelle perte de contrôle qui se traduirait par un geste auto-agressif.

Notre travail a confirmé, par l'expérience clinique du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Centre Hospitalier de Limoges, un certain nombre de données de la littérature concernant le fonctionnement des adolescents suicidants. Si des limites certaines existent à ce travail, notre démarche présente un triple intérêt :

- Sur le plan clinique et psychopathologique, ce groupe constitue un outil pertinent et cohérent devant la problématique apportée par les adolescents suicidants ;
- Sur le plan de l'amélioration des pratiques, ce dispositif est innovant puisqu'il n'a pas encore été validé auprès de cette population ;
- Enfin, sur le plan de la recherche clinique, une possibilité d'évaluation de cet outil est intégrée dans son protocole thérapeutique même.

Références bibliographiques

1. MARCELLI D, BERTHAUT E. Les tentatives de suicide. Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence. Masson. Paris ; 2001.
2. MARCELLI D. La vie a-t-elle un sens ? Le Nouvel Observateur, Hors Série. 2000 ; (41) : 1419-1423.
3. CHAMBRY J. Urgences et pédopsychiatrie. Arch Pédiatrie. juin 2010 ; 17 (6) : 682-683.
4. LADAME F. Les tentatives de suicide des adolescents. Masson. 1981.
5. SPIRITO A, BOERGERS J, DONALDSON D, BISHOP D, LEWANDER W. An Intervention Trial to Improve Adherence to Community Treatment by Adolescents After a Suicide Attempt. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. avr 2002 ; 41 (4) : 435-442.
6. PEYRE H, HATTEA H, RIVOLLIER F, CONSOLI A. Tentatives de suicide chez les adolescents français de 17 ans : données de l'étude ESCAPAD 2008. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. janv 2014 ; 62 (1) : 22-27.
7. HORWITZ AG, HILL R, KING C. Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. J Adolesc. oct 2011 ; 34 (5) : 1077-1085.
8. HUERRE P. L'adolescence : à qui ça sert ? Le Télémaque. 1 août 2010 ; n° 38 (2) : 7-10.
9. QUENTEL J-C. L'adolescence aux marges du social. Paris; Bruxelles : Editions Fabert ; 2011.
10. DELAROCHE P. L'adolescence : Enjeux cliniques et thérapeutiques. Paris : Armand Colin ; 2007.
11. GERARDIN P. Liens et liaison en pédopsychiatrie. Préventions et soins dans la pathologie du lien. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. sept 2009 ; 57 (6) : 452-455.
12. MORHAIN Y. L'adolescence et la mort : approche psychanalytique. Paris : In press ; 2011.
13. OLLIAC B. Evénements de vie, traumatismes psychiques et tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. Université de Toulouse, Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2013
14. MARCELLI D, BRACONNIER A. 2 - Modèles de compréhension Adolescence et psychopathologie. Édition : 7e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson ; 2008.
15. DUMONT C, OLLIAC B. Qu'en reste-t-il ? Essai d'évaluation du devenir à 15 ans d'une cohorte d'adolescents suicidants. Limoges : Université de Limoges, Faculté de médecine et pharmacie ; 2007.
16. GUTTON P. Le pubertaire. Paris : Presses universitaires de France ; 1991.
17. MEAD M. Coming of age in Samoa; a psychological study of primitive youth for western civilisation. New York : W. Morrow & Company ; 1928

18. GOLSE B. Développement cognitif. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant - Compléments sur l'émergence du langage. Masson. Paris : Elsevier Masson ; 2008. 166-190.
19. FREUD S. Three Essays on the Theory of Sexuality. 1905. 123-243.
20. ERIKSON E. The problem of ego identity. J Am Psychoanal Assoc. janv 1956 ; 4 (1) : 56-121.
21. AULAGNIER P. Se construire un passé. Le narcissisme à l'adolescence. Journal de la Psychanalyse de l'Enfant. Le Centurion ; 1989. 191-221.
22. FREUD S, COTET P, BOURGUIGNON A, CHERKI A. Notre relation à la mort ; précédé de La désillusion causée par la guerre. Paris : Payot & Rivages ; 2012.
23. BLOS P. The second individuation process of adolescence. Psychoanal Study Child. 1967 ; 22 : 162-186.
24. BLOS P, ZISSMAN H. Les adolescents. Rev Fr Psychanal. 1967 ; 33 (2) : 285-287.
25. GOLSE B. Développement affectif. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant - Compléments sur l'émergence du langage. Masson. Paris : Elsevier Masson ; 2008.
26. WINICOTT D. Agressivité, culpabilité et réparation. Paris : Payot ; 2004.
27. HAIM A. Les suicides d'adolescents. Paris : Payot ; 1969.
28. WINICOTT DW, MONOD C, PONTALIS J-B. Jeu et réalité. Paris : Gallimard ; 2002.
29. ZABRANIECKI A-Z, OLLIAC B. Ivresse et risque à l'adolescence. Etude cas-témoin d'une population hospitalisée. Limoges : Université de Limoges, Faculté de médecine et pharmacie ; 2010.
30. JEAMMET P. Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. Rev Fr Psychanal. 1980 ; (44) : 481-522.
31. MARCELLI D, BRACONNIER A. 5 - Le Problème de L'agir et du Passage à L'acte. Adolescence et psychopathologie (7e édition). Paris : Elsevier Masson ; 2008. 96-127.
32. JEAMMET P. Actualité de l'agir : A propos de l'adolescence. Nouv Rev Psychanal. 1985 ; 31 : 201-222.
33. PEDINIELLI J-L, ROUAN G, GIMENEZ G, BERTAGNE P. Psychopathologie des conduites à risques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. févr 2005 ; 163 (1) : 30-36.
34. CORCOS M, JEAMMET P. Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence : la force et le sens. Psychotropes. 20 sept 2006 ; Vol. 12 (2) : 71-91.
35. DAYAN J, BERNARD A, OLLIAC B, MAILHES A-S, KERMARREC S. Adolescent brain development, risk-taking and vulnerability to addiction. J Physiol-Paris. nov 2010 ; 104 (5) : 279-286.
36. COSLIN P. Les conduites à risque à l'adolescence. Paris : Colin ; 2003.

37. CHARLES NICOLAS AJ. L'interdit, le faire. L'héroïne et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1983 ; (31) : 416-421.
38. MICHEL G, LE HEUZEY M, PURPER-OUAKIL D, MOUREN-SIMEONI MC. Recherche de sensations et conduites à risque chez l'adolescent. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* déc 2001 ; 159 (10) : 708-716.
39. CARDENAL M, SZTULMAN H, SCHMITT L. Le questionnaire de fonctionnement ordalique (QFO) : premiers éléments de validation et résultats préliminaires chez des toxicomanes et des anorexiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* déc 2007 ; 165 (10) : 703-713.
40. LE BRETON D. Les adolescents et la mort : des jeux de mort au jeu de vivre. *Agora Débats jeunesse.* 2003 ; 34 (1) : 22-34.
41. HOMERE, RAISON J, DUFOUR M. *L'Odyssée.* Paris : Flammarion ; 1993.
42. POSNER K, MELVIN G, STANLEY B, OQUENDO M, GOULD M. Factors in the Assessment of Suicidality in Youth. *CNS Spectr.* févr 2007 ; 12 (2) : 156-162.
43. JOLIBOIS M, FINANCE F, RUH D. Etat de mal suicidaire. A propos d'un cas. *Psychol Médicale.* 1977 ; 9 (5) : 771-776.
44. CHOQUET M. Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques. Rapport d'expert de la conférence de consensus La crise suicidaire ; 2000 oct 30.
45. LE HEUZEY MF, ISNARD P, BADOUAL AM, DUGAS M. Enfants et adolescents suicidants. *Arch Pédiatrie.* févr 1995 ; 2 (2) : 130-135.
46. RAYNAUD J-P, OLLIAC B. Risque et conduites suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge. *Rev Prat.* 20 oct 2010 ; (60) : 1149-1154.
47. Encyclopédie sur la mort | Typologies du suicide nov 2001 [Internet]. Encyclopédie sur la mort. [cité 7 juill 2014]. Disponible sur: http://agora.qc.ca/thematiques/mort/dossiers/typologies_du_suicide
48. CHERIF L, AYEDI H, SAHNOUN F, WALHA A, MOALLA Y, REKIK N, et al. Psychopathologie des tentatives de suicide chez les adolescents. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* sept 2012 ; 60 (6) : 454-460.
49. GAUTIER K, JOHNSTON G. Mise en perspective des liens existant entre non-compliance et suicide à l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* oct 2005 ; 53 (6) : 282-289.
50. CHATAGNER A, RAYNAUD J-P. Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* janv 2013 ; 61 (1) : 8-16.
51. Département de Santé Mentale et Toxicomanies. *La prévention du suicide - Indications pour les médecins généralistes.* Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2001.
52. DE TOURNEMIRE R. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. « Données épidémiologiques : comment s'y retrouver ? ». *Arch Pédiatrie.* août 2010 ; 17 (8) : 1202-1209.

53. AOUBA A, PEQUIGNOT F, CAMELIN L, LAURENT F, JOUGLA E. La mortalité par suicide en France en 2006. INSERM ; 2009 sept. Report No.: 702.
54. BADEYAN G, PARAYRE C, MOUQUET M, TELLIER S. Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique. Etudes et Résultats. DREES. avr 2001 ; (109).
55. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. État des lieux du suicide en France [Internet]. Le site santé du Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2014 [cité 25 août 2014]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-du-suicide-en-france.html>
56. InVS. Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. Institut de Veille Sanitaire ; 2011 juin. Report No.: 22.
57. COURTET P. Suicides et tentatives de suicide. Paris : Médecine-sciences Flammarion ; 2010.
58. ORS. Suicide et tentatives de suicide. Limoges : Observatoire Régional de la Santé du Limousin ; mai 2012 :1-4
59. PICHIKOV A. Multiple adolescent suicides. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. juill 2012 ; 60 (5, Supplement) : S174.
60. BEAUTRAIS A. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. Aust N Z J Psychiatry. juin 2000 ; 34 (3) : 420-436.
61. CAILLARD V, CHASTANG F. Le geste suicidaire. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine) : Elsevier Masson ; 2010.
62. CHOQUET M, LEDOUX S, GALLAND O. Adolescents. Enquête nationale. Rev Fr Sociol. 1995 ; 36 (3) : 567-569.
63. LEMPERIERE T. Dépression et suicide. Paris : Masson, Acanthe. ; 2000.
64. HARRIS E, BARRACLOUGH B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry J Ment Sci. mars 1997 ; 170 : 205-228.
65. MARTTUNEN M, ARO H, HENRIKSSON M, LÖNNQVIST J. Mental disorders in adolescent suicide: Dsm-iii-r axes i and ii diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in finland. Arch Gen Psychiatry. 1 sept 1991 ; 48 (9) : 834-839.
66. KNAFO A, LABELLE R, GUILLE J-M, BELLONCLE V, MILLE C, MIRKOVIC B, et al. Coping, suicidalité et trouble de personnalité limite à l'adolescence. [internet] Neuropsychiatr Enfance Adolesc. disponible sur <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961713002316>. janv 2014
67. KOEDA A, OTSUKA K, NAKAMURA H, YAMBE T, FUKUMOTO K, ONUMA Y, et al. Characteristics of suicide attempts in patients diagnosed with schizophrenia in comparison with depression : a study of emergency room visit cases in Japan. Schizophr Res. déc 2012 ; 142 (1-3) : 31-39.
68. GUILLAUME S, COURTET P, SAMALIN L. Dépression bipolaire et conduites suicidaires. L'Encéphale. déc 2011 ; 37, Supplément 3 : 169-172.

69. LAMAS C, NICOLAS I, CORCOS M. Addictions comportementales (troubles des conduites alimentaires) et suicide. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* sept 2010 ; 168 (7) : 528-532.
70. BULIK C, THORNTON L, PINHEIRO A, PLOTNICOV K, KLUM K, BRANDT H, et al. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosom Med.* avr 2008 ; 70 (3) : 378-383.
71. WANG A, MORTENSEN G. Core features of repeated suicidal behaviour: a long-term follow-up after suicide attempts in a low-suicide-incidence population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* févr 2006 ; 41 (2) : 103-107.
72. AGERBO E, NORDENTOFT M, MORTENSEN P. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ.* 13 juill 2002 ; 325 (7355) : 74.
73. APTER A, KING R. Management of the depressed, suicidal child or adolescent. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* oct 2006 ; 15 (4) : 999-1013.
74. FERGUSSON D, WOODWARD L, HORWOOD L. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med.* janv 2000 ; 30 (1) : 23-39.
75. CONSOLI A, PEYRE H, SPERANZA M, HASSLER C, FALISSARD B, TOUCHETTE E, et al. Suicidal behaviors in depressed adolescents : role of perceived relationships in the family. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2013 ; 7 (1) : 8.
76. Conférence de consensus en psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris, Hôpital de la Salpêtrière: Fédération française de psychiatrie ; 2000 oct.
77. HAWTON K, RODHAM K, EVANS E, WEATHERAL R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ.* 23 nov 2002 ; 325 (7374) : 1207-1211.
78. MILLE C, AGNERAY F, LOGET M. Tentatives de suicide graves et répétées, et vicissitudes du travail de séparation à l'adolescence. Réflexions théoriques à partir d'un cas clinique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* [Internet]. [cité 11 sept 2014] ; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961714001421>. sept 2014.
79. ANAES. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ; 1998 nov.
80. BEAUTRAIS A, JOYCE P, MULDER R. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* sept 1996 ; 35 (9) : 1174-1182.
81. OMS. Le suicide: Un problème de santé publique énorme mais évitable [Internet]. WHO. 2014 [cité 6 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/fr/> sept 2014
82. SILVERMAN M, BERMAN A, BONGAR B, LITMAN RE, MARIS RW. Inpatient standards of care and the suicidal patient. Part II : An integration with clinical risk management. *Suicide Life Threat Behav.* 1994 ; 24 (2) : 152-169.

83. CHATAGNER A, OLLIAC B, CHOQUET L-H, BOTBOL M, RAYNAUD J-P. Adolescents reçus en urgence en psychiatrie infanto-juvénile. Qui sont-ils ? Quel est leur parcours ? Quel suivi social et/ou judiciaire ? [internet] *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* [cité 18 sept 2014] Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961714001469> 16 sept 2014
84. BLONDON M, PERISSE D, UNNI S, WILSON A, MAZET P, COHEN D. L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* avr 2007 ; 55 (1) : 23-30.
85. MIRKOVIC B, BELLONCLE V, ROUSSEAU C, KNAFO A, GUILLE J-M, GERARDIN P. Stratégies de prévention du suicide et des conduites suicidaires à l'adolescence : revue systématique de la littérature. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* janv 2014 ; 62 (1) : 33-46.
86. CHEVAL S, MIRABEL-SARRON C, GUELFI J-D, ROUILLON F. L'alliance thérapeutique avec les patients limite en thérapie cognitivo-comportementale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* juin 2009 ; 167 (5) : 347-354.
87. PEDULLA S, TEPLOOUKHOFF G, WILMART C, FILLEUL B, GOFFINET S. Les groupes thérapeutiques. Réflexion après quatre ans de fonctionnement auprès de patients adolescents. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* juin 2007 ; 55 (3) : 160-167.
88. CHAPELIER J-B. Groupes thérapeutiques à l'adolescence. *EMC - Psychiatr.* juill 2004 ; 1 (3) : 228-231.
89. FOLKMAN S, LAZARUS R. The relationship between coping and emotion : Implications for theory and research. *Soc Sci Med.* 1988 ; 26 (3) : 309-317.
90. PAULHAN I. Le concept de coping. *Année Psychol.* 1992 ; 92 (4) : 545-557.
91. LAZARUS R, FOLKMAN S. *Stress, Appraisal, and Coping.* New York : Springer Publishing Co Inc ; 1984.
92. FRYDENBERG E, LEWIS R. Adolescent coping : the different ways in which boys and girls cope. *J Adolesc.* juin 1991 ; 14 (2) : 119-133.
93. LECLERC D, PRONOVOST J, DUMONT M. Échelle de coping pour adolescent : Validation canadienne française de l'Adolescent Coping Scale de Frydenberg et Lewis (1993). *Rev Québécoise Psychol.* 2009 ; 30 (1) : 177-199.
94. PEPIN FILION J-F. *Le coping chez des adolescents en difficulté d'adaptation et sa relation avec le risque suicidaire [Mémoire de Maîtrise en Psychologie].* Québec, Canada : Université du Québec à Trois-Rivières ; 1999.
95. FRYDENBERG E, LEWIS R. The coping strategies used by capable adolescents. *Aust J Guid Counselling.* 1993 ; (3) : 1-8.
96. FRYDENBERG E, LEWIS R. Coping with different concerns : consistency in coping strategies used by adolescents. *Aust Psychol.* 1994 ; (29) : 45-48.
97. KIM S, HAN D, TRKSAK G, LEE Y. Gender differences in adolescent coping behaviors and suicidal ideation : findings from a sample of 73,238 adolescents. *Anxiety Stress Coping.* 21 janv 2014 ; 27 (4) : 439-454.

98. SEIFFGE-KRENKE I, AUNOLA K, NURMI J. Changes in stress perception and coping during adolescence: the role of situational and personal factors. *Child Dev.* févr 2009 ; 80 (1) : 259-279.
99. Rodriguez EM, Donenberg GR, Emerson E, Wilson HW, Brown LK, Houck C. Family environment, coping, and mental health in adolescents attending therapeutic day schools. *J Adolesc.* oct 2014 ; 37 (7) : 1133-1142.
100. HUGHES A, HEDTKE K, KENDALL P. Family functioning in families of children with anxiety disorders. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43.* avr 2008 ; 22 (2) : 325-328.
101. AUERBACH R, HO M. A cognitive-interpersonal model of adolescent depression : the impact of family conflict and depressogenic cognitive styles. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53.* 2012 ; 41 (6) : 792-802.
102. KARRIKER-JAFFE K, FOSHEE V, ENNET S, SUCHINDRAN C. Associations of neighborhood and family factors with trajectories of physical and social aggression during adolescence. *J Youth Adolesc.* juin 2013 ; 42 (6) : 861-877.
103. SKINNER E, ZIMMER-GEMBECK M. The development of coping. *Anu Rev Psychol.* 2007 ; 58 : 119-144.
104. KLIEWER W, FEARNOW M, MILLER P. Coping socialization in middle childhood : tests of maternal and paternal influences. *Child Dev.* oct 1996 ; 67 (5) : 2339-2357.
105. TAYLOR S, STANTON A. Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health. *Annu Rev Clin Psychol.* 2007 ; 3 (1) : 377-401.
106. ZIMMER-GEMBECK M, LOCKE E. The socialization of adolescent coping behaviours : relationships with families and teachers. *J Adolesc.* févr 2007 ; 30 (1) : 1-16.
107. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull.* janv 2001 ; 127 (1) : 87-127.
108. VOTTA E, MANION I. Suicide, high-risk behaviors, and coping style in homeless adolescent males' adjustment. *J Adolesc Health.* mars 2004 ; 34 (3) : 237-243.
109. YOUNG J, KLOSKO J, WEISHAAR M. La thérapie des schémas: approche cognitive des troubles de la personnalité. Bruxelles : De Boeck ; 2005.
110. DELATTRE V, SERVANT D, RUSINEK S, LORETTE C, PARQUET P-J, GOUDEMANT M, et al. The early maladaptive schemas : a study in adult patients with anxiety disorders. *L'Encéphale.* juin 2004 ; 30 (3) : 255-258.
111. BILLOUX S, CHAPELLE F, GIOCANTI-BELMONTE C, CALLAHAN S. Étude des relations entre les schémas précoces inadaptés, les stratégies de coping et la flexibilité psychologique chez des sujets présentant des troubles anxieux. *J Thérapie Comport Cogn.* juin 2012 ; 22 (2) : 46-52.
112. MOON E, CHANG J, CHOI S, HA T, CHA B, CHO H, et al. Characteristics of stress-coping behaviors in patients with bipolar disorders. *Psychiatry Res.* 15 août 2014 ; 218 (1-2) : 69-74.

113. NIJJAR R, ELLENBORG M, HODGINS S. Personality, coping, risky behavior, and mental disorders in the offspring of parents with bipolar disorder: A comprehensive psychosocial assessment. *J Affect Disord.* sept 2014 ; 166 : 315-323.
114. DORARD G, BUNGENER C, BERTHOZ S. Estime de soi, soutien social perçu, stratégies de coping, et usage de produits psychoactifs à l'adolescence. *Psychol Fr.* juin 2013 ; 58 (2) : 107-121.
115. FRYDENBERG E, DUMONT M, LECLERC D, PRONOVOST J, BRANDON C. Apprendre à faire face: programme de développement des habiletés de coping pour adolescents. Montréal : Chenelière-éducation ; 2008.
116. FLANAGAN J, JAQUIER V, OVERSTREET N, SWAN S, SULLIVAN T. The mediating role of avoidance coping between IPV victimization, mental health, and substance abuse among women experiencing bidirectional IPV. [internet] *Psychiatry Res.* [cité le 11 sept 2014] Disponible sur <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178114006441>. août 2014
117. LABELLE R, MURRAY S. Astuces: un programme pilote pour adolescents suicidaires. *PSYCHOLOGIE* 2001 ; 25. [cité le 18 mars 2014] Disponible sur: http://sopq.sednove.ca/pdf/ArtDossier_Astuces_Mai01.pdf 2001
118. GAUVIN G, LABELLE R, BERTHIAUME C, DAIGLE M, TRUDEL S, BRETON J. Contrast in coping styles and suicidality by gender among homeless youths. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* juill 2012 ; 60 (5, Supplement) : S176.
119. MATHEW A, NANOO S. Psychosocial stressors and patterns of coping in adolescent suicide attempters. *Indian J Psychol Med.* janv 2013 ; 35 (1) : 39-46.
120. Reducing Suicide: A National Imperative [Internet]. [cité 15 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309083214>. 2002
121. BRETON J-J, LABELLE R, BERTHIAUME C, ST-GEORGES M, RICARD D, DE ARMAS S. Facteurs de risque et de protection de la dépression et des idées suicidaires en milieu scolaire. Colloque scientifique international présenté à : Les conduites suicidaires chez les jeunes ; 2008 ; Centre des Congrès Renaissance, Montréal.
122. ROTTER J-B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr.* 1966 ; (80) : 1-28.
123. ROSSIER J, RIGOZZI C, BERTHOUD S. Validation de la version française de l'échelle de contrôle de Levenson (IPC), influence de variables démographiques et de la personnalité. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mars 2002 ; 160 (2) : 138-148.
124. LABRANCHE L. Une étude de validation et de normalisation d'une épreuve de mesure d'estime de soi [Maîtrise en Psychologie]. Québec, Canada : Université du Québec à Trois-Rivières ; 1986.
125. PALS H, KAPLAN H. The roles of internal locus of control and neighborhood affluence in predicting the continuity of negative self-feelings from adolescence to young adulthood. *J Adolesc.* oct 2013 ; 36 (5) : 807-814.
126. PAQUET Y. Relation entre locus of control, désir de contrôle et anxiété. *J Thérapie Comport Cogn.* sept 2006 ; 16 (3) : 97-102.

127. ARNAUD J, CODOU O, PALAZZOLO J. Lien entre locus de contrôle et anxiété compétitive : étude portant sur 150 joueurs de tennis de haut niveau. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* nov 2012 ; 170 (9) : 642-647.
128. CARDEN R, BRYANT C, MOSS R. Locus of control, test anxiety, academic procrastination, and achievement among college students. *Psychol Rep.* oct 2004 ; 95 (2) : 581-582.
129. LI H, CHUNG O. The relationship between children's locus of control and their anticipatory anxiety. *Public Health Nurs Boston Mass.* avr 2009 ; 26 (2) : 153-160.
130. MOLINARI V, KHANNA P. Locus of control and its relationship to anxiety and depression. *J Pers Assess.* juin 1981 ; 45 (3) : 314-319.
131. PRADO-NETTO A, DARDENNES R, DABADIE H, BERNARD M, HERRERO P, LIMA-PEREIRA R. Lieu de contrôle chez les obèses : traduction et première étude de validation de l'échelle du lieu de contrôle du poids de saltzer. *Cah Nutr Diététique.* sept 2006 ; 41 (4) : 225-231.
132. ASADI-POOYA A, SCHILLING C, GLOSSER D, TRACY J, SPERLING M. Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression, and seizure control. *Epilepsy Behav EB.* nov 2007 ; 11 (3) : 347-350.
133. KRAKOW K, BÜHLER K-E, HALTENHOF H. Coping with refractory epilepsy. *Seizure.* avr 1999 ; 8 (2) : 111-115.
134. Levenson H. Activism and Powerful Others: Distinctions within the Concept of Internal-External Control. *J Pers Assess.* 1 août 1974 ; 38 (4) : 377-383.
135. LOAS G, DARDENNES R, DHEE-PEROT P, LECLERC V, FREMAUX D. Operationalization of the « locus of control » concept: translation and first validation study of the Levenson control scale (IPC: the internal powerful others and chance scale). *Ann Méd-Psychol.* sept 1994 ; 152 (7) : 466-469.
136. PAQUET Y. Validation d'un questionnaire de locus de contrôle spécifique à la blessure sportive. *L'Encéphale.* avr 2008 ; 34 (2) : 146-152.
137. PEARCE C, MARTIN G. Locus of control as an indicator of risk for suicidal behaviour among adolescents. *Acta Psychiatr Scand.* déc 1993 ; 88 (6) : 409-414.
138. GOMEZ R. Locus of control and avoidant coping: direct, interactional and mediational effects on maladjustment in adolescents. *Personal Individ Differ.* mars 1998 ; 24 (3) : 325-334.
139. DE LEONARDIS M, LESCARRET O, OUBRAYRIE N. Le contrôle psychologique et l'évaluation de soi de l'enfance à l'adolescence. *Enfance.* 1996 ; 49 (3) : 383-403.
140. BOROWSKY I, IRELAND M, RESNICK M. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics.* mars 2001 ; 107 (3) : 485-493.
141. ROCHE J-F, PLOUGEAUT C, BOURRAT M, GAROUX R. Adolescents suicidaires dans un service de pédiatrie : réflexion sur leur accueil et leur prise en charge. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1992 ; (40) : 633-638.

142. OMS. Rapport de l'OMS sur la prévention du suicide - aide-mémoire [Internet]. WHO. 2014 [cité 18 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/fr/> sept 2014.
143. STEWART S, MANION I, DAVIDSON S, CLOUTIER P. Suicidal Children and Adolescents With First Emergency Room Presentations : Predictors of Six-Month Outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mai 2001 ; 40 (5) : 580-587.
144. ROCHE J-F, PLOUGEAUT C, BOURRAT M, GAROUX R, GILBERT B, PALOMERA S, et al. Prise en charge des adolescents hospitalisés dans un service de pédiatrie de CHRU à la suite d'une tentative de suicide - Evolution des modalités d'hospitalisation et de suivi (1988-1990). *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1992 ; (40) : 639-643.
145. OMS. CIM-10/ICD-10: Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève; Paris : Editions Masson ; 1992.
146. OMS. Premier rapport de l'OMS sur la prévention du suicide - communiqué de presse [Internet]. WHO. 2014 [cité 18 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/fr/> sept 2014.
147. DUMONT C. Ce serait si bien de savoir... Doss Parcours Vie Parcours Soins. 2008 ; (38) : 64-70.
148. CHOQUET M, PHILIPPE A, HASSLER C. Evaluation d'une action visant à améliorer la prise en charge des jeunes suicidants (15-24 ans). Paris ; 1995.
149. FERGUSSON D, HORWOOD L, RIDDER E, BEAUTRAIS A. Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychol Med*. juill 2005 ; 35 (7) : 983-993.
150. GICQUEL L, PHAM-SCOTTEZ A, ROBIN M, CORCOS M. États-limites à l'adolescence : diagnostic et clinique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. août 2011 ; 59 (5) : 316-322.
151. KNAFO A, GREENFIELD B, GUILLE J-M. Le trouble de personnalité limite de l'adolescence à l'âge adulte : quelle stabilité diagnostique ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. janv 2014 ; 62 (1) : 3-9.
152. PERRET A. L'adolescence comme « moment limite ». Entre rupture et continuité. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. juill 2013 ; 61 (4) : 219-223.
153. EMMANUELLI M. Les processus de changement à l'adolescence: apports du Rorschach. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. avr 2001 ; 49 (3) : 232-243.
154. LAZARTIGUES A, PLANCHE P, SAINT-ANDRE S, MORALES H. Nouvelle société, nouvelles familles : nouvelle personnalité de base ? : De la personnalité névrotique à la personnalité narcissico-hédoniste. *L'Encéphale*. juin 2007 ; 33 (3) : 293-299.
155. LIEB K, ZANARINI M, SCHMAL C, LINEHAN M, BOHUS M. Borderline personality disorder. *The Lancet*. 6 août 2004 ; 364 (9432) : 453-461.

156. BONDURANT H, GREENFIELD B, TSE S. Construct Validity of the Adolescent Borderline Personality Disorder: A Review. *Can Child Adolesc Psychiatry Rev*. août 2004 ; 13 (3) : 53-57.
157. LINKS P, GOULD B, RATNAYAKE R. Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. juin 2003 ; 48 (5) : 301-310.
158. GREENFIELD B, HENRY M, WEISS M, TSE S, GUILLE J-M, DOUGHERTY G, et al. Previously suicidal adolescents: predictors of six-month outcome. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry J Académie Can Psychiatr Enfant Adolesc*. nov 2008 ; 17 (4) : 197-201.
159. BRENT D, PERPER J, MORITZ G, BAUGHER M, ROTH C, BALACH L, et al. Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide : a case control study. *Suicide Life Threat Behav*. 1993 ; 23 (3) : 179-187.
160. HERMAN J, PERRY J, VAN DER KOLK B. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. avr 1989 ; 146 (4) : 490-495.
161. ZANARINI M, WILLIAMS A, LEWIS R, REICH R, VERA S, MARINO M, et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. août 1997 ; 154 (8) : 1101-1106.
162. ZANARINI M, YONG L, FRANKENBURG F, HENNEN J, REICH D, MARINO M, et al. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis*. juin 2002 ; 190 (6) : 381-387.
163. GUILLE J, KNAFO A, HUYNH C, KHARIDJ B, MILLE C. Conduites suicidaires associées aux troubles de personnalité limite à l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. juill 2012 ; 60 (5, Supplement) : S64.
164. DUBOIS N. Contribution à l'étude de la dimensionalité du concept de « locus of control » (LOC). *Année Psychol*. 1985 ; 85 (1) : 27-40.
165. BERGERET J. 12 - Les états-limites et leurs aménagements. In : de S la direction, Bergeret J, éditeurs. *Psychologie Pathologique* (11e édition). Paris : Elsevier Masson ; 2012. 198-214.
166. ANZIEU D, HOUZEL D, MISSEWARD A. *Les Enveloppes psychiques*. Paris : Dunod ; 1987.
167. BADEYAN G, ERNST C, JOLLANT F, LABONTE B, MECHAWAR N. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Trends Neurosci*. janv 2012 ; 35 (1) : 14-23.

Table des annexes

Annexe 1 : Notice d'information et recueil des consentements	149
Annexe 2 : Echelle de coping pour adolescents	154
Annexe 3 : Echelle de Nowicki et Strickland pour enfants	156
Annexe 4 : Grille d'interprétation du niveau de locus de contrôle.....	158
Annexe 5 : Echelle de suicidalité de Pöldinger	159

Annexe 1 : Notice d'information et recueil des consentements

Notice d'information

Madame, Monsieur,

Ce cahier est un outil de recueil d'informations que nous proposons aux adolescents inclus au sein d'un groupe de parole axé sur les passages à l'acte potentiellement auto-vulnérants. Il fait partie intégrante d'une étude menée dans le but de nous aider à préciser le mode de fonctionnement de ces adolescents et son évolution au sein de ce groupe thérapeutique.

Dans le domaine médical et psychologique, connaître le terrain de développement d'un recours au passage à l'acte est essentiel. Nous espérons que cette étude nous permettra de mieux prendre en compte le fonctionnement qui en est à la base afin de pouvoir agir de façon plus spécifique en conséquence et d'en prévenir avec plus d'efficacité les conséquences.

Ce cahier contient plusieurs questionnaires qui nous permettent d'affiner nos connaissances concernant les modes de réaction à l'environnement des adolescents.

Plusieurs questions vous seront posées au cours de cette enquête et vous jugerez peut-être que beaucoup de réponses que vous aurez à apporter relèvent du domaine de l'intime. Rassurez-vous à ce propos, cette étude répond aux règles de confidentialité et d'anonymat telles qu'elles sont définies par la loi du 9 août 2004, complétée par le décret du 26 avril 2006. En d'autres termes, l'ensemble des informations recueillies dans ce cahier sera soumis au secret médical, et ne pourra être divulgué, pour une quelconque raison, de manière nominative ou singulière, hors du cadre du programme de recherche. Enfin, à chaque étape de cette enquête, nous portons la plus grande attention sur les domaines relatifs au respect de votre vie privée.

Bien entendu, l'exploitation des informations recueillies implique la plus grande objectivité de votre part lorsque vous répondrez aux questions. Nous vous demanderons donc d'apporter une attention particulière au remplissage de ce cahier afin que vos efforts ne soient pas vains.

Naturellement, votre propre consentement reste indispensable. Il vous est parfaitement possible de refuser de participer à l'étude et ce, sans justification.

Vous pourrez par la suite, si vous le désirez, être informé des résultats de cette étude, auprès du pôle universitaire de pédopsychiatrie.

Nous vous remercions par avance de votre contribution à cette étude, et voulons vous assurer que nous utiliserons le matériel que vous nous confiez avec le plus grand respect et, nous l'espérons, la meilleure efficacité.

Aurela MOULIERAS
Interne de psychiatrie

Recueil de consentement du mineur (copie conservée par le mineur)

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance

Sexe :

Confirme avoir pris connaissance de la notice d'information qui m'a été remise. J'ai été informé de façon claire, exhaustive et loyale à propos de cette étude.

Déclare, à ce titre, accepter de participer à cette enquête et me soumettre aux différentes évaluations proposées.

Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche et ce sans justification. Je pourrai, à tout moment, interrompre ma participation en le signalant au médecin chargé de cette étude, sans encourir la moindre responsabilité et sans aucun préjudice.

J'ai été informé(e) qu'une copie du présent document serait conservée par l'investigateur, et j'y consens.

A (ville)

Le (date) / /

Signature

Recueil de consentement parental
(copie conservée par les parents ou détenteurs de l'autorité parentale)

Je soussigné(e) (nom et prénom) :

.....

Père, Mère ou Détenteur de l'autorité parentale (rayer les mentions inutiles) de l'enfant (nom et prénom de l'enfant) :

.....

.....

Confirme avoir pris connaissance des conditions de cette enquête. J'ai été informé de façon claire, exhaustive et loyale à propos de cette étude.

A ce titre, je déclare accepter que l'enfant susnommé pour lequel j'ai l'autorité parentale participe à cette enquête.

J'ai été informé(e) qu'une copie du présent document serait conservée par l'investigateur, et j'y consens.

A (ville)

Le (date) / /

Signature

Recueil de consentement du mineur (copie conservée par le médecin responsable de l'enquête)

Je soussigné(e) :

Nom :

.....

Prénom :

.....

Date de naissance

Sexe :

Confirme avoir pris connaissance de la notice d'information qui m'a été remise. J'ai été informé de façon claire, exhaustive et loyale à propos de cette étude.

Déclare, à ce titre, accepter de participer à cette enquête et me soumettre aux différentes évaluations proposées.

Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche et ce sans justification. Je pourrai, à tout moment, interrompre ma participation en le signalant au médecin chargé de cette étude, sans encourir la moindre responsabilité et sans aucun préjudice.

J'ai été informé(e) qu'une copie du présent document serait conservée par l'investigateur, et j'y consens.

A (ville)

Le (date) / /

Signature

**Recueil de consentement parental
(copie conservée par le médecin responsable de l'enquête)**

Je soussigné(e) (nom et prénom) :

.....

Père, Mère ou Détenteur de l'autorité parentale (rayer les mentions inutiles) de l'enfant (nom et prénom de l'enfant) :

.....

.....

Confirme avoir pris connaissance des conditions de cette enquête. J'ai été informé de façon claire, exhaustive et loyale à propos de cette étude.

A ce titre, je déclare accepter que l'enfant susnommé pour lequel j'ai l'autorité parentale participe à cette enquête.

J'ai été informé(e) qu'une copie du présent document serait conservée par l'investigateur, et j'y consens.

A (ville)

Le (date) / /

Signature

Annexe 2 : Echelle de coping pour adolescents

E. Frydenberg et R. Lewis (1993), Adolescent Coping Scale, traduction française et adaptation de J. Pronovost, N. Morin, M. Dumont et D. Leclerc (1998/2003).

Consigne : Les inquiétudes ou les problèmes des adolescents concernent l'école, le travail, leur famille, leurs amis, les autres jeunes de leur âge et l'avenir. Tu trouveras ci-dessous une liste de moyens utilisés par des jeunes de ton âge pour faire face à leurs inquiétudes ou à leurs problèmes. Indique pour chaque énoncé s'il correspond à ce que tu fais pour affronter tes inquiétudes ou tes problèmes en entourant le numéro 1, 2, 3, 4 ou 5. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne passe pas trop de temps sur une question ; donne simplement la réponse qui correspond le plus à la façon dont tu te sens.

Exemple : S'il t'arrive quelquefois d'affronter une difficulté en en parlant avec d'autres pour voir ce qu'ils feraient s'ils avaient ce problème, entoure la case 3 comme ci-dessous :
Parler avec d'autres pour voir ce qu'ils feraient s'ils avaient ce problème **1 2 3 4 5**
1 = Jamais utilisé ou ne s'applique pas **2** = Utilisé rarement **3** = Utilisé quelquefois
4 = Utilisé souvent **5** = Utilisé très souvent

1. Parler avec d'autres pour voir ce qu'ils feraient s'ils avaient ce problème **1 2 3 4 5**
2. Travailler à corriger le problème à sa source **1 2 3 4 5**
3. Continuer à faire ce qui est demandé pour réussir **1 2 3 4 5**
4. Faire du sport **1 2 3 4 5**
5. Confier mes inquiétudes à Dieu pour qu'il m'aide **1 2 3 4 5**
6. Demander conseil à une personne qualifiée **1 2 3 4 5**
7. M'inquiéter pour mon avenir **1 2 3 4 5**
8. Faire croire que tout va bien pour plaire aux personnes qui comptent pour moi **1 2 3 4 5**
9. Ne rien faire car je ne peux régler ce problème **1 2 3 4 5**
10. Baisser les bras **1 2 3 4 5**
11. Rencontrer des amis **1 2 3 4 5**
12. Pleurer, crier, faire des crises **1 2 3 4 5**
13. Espérer un avenir meilleur et ne rien faire **1 2 3 4 5**
14. Téléphoner à un(e) ami(e) **1 2 3 4 5**
15. Garder mes sentiments pour moi **1 2 3 4 5**
16. Écarter le problème **1 2 3 4 5**
17. Parler aux autres et s'aider les uns les autres **1 2 3 4 5**
18. S'efforcer de résoudre le problème **1 2 3 4 5**
19. Aller à l'école régulièrement **1 2 3 4 5**
20. Garder la forme et rester en santé **1 2 3 4 5**
21. Me rappeler ceux qui sont dans une situation pire que la mienne pour que mes problèmes me paraissent moins graves **1 2 3 4 5**
22. Prier pour que, grâce à de l'aide et à des conseils, tout finisse par aller bien **1 2 3 4 5**
23. Chercher à obtenir l'aide d'un professionnel **1 2 3 4 5**
24. Rechercher le bonheur **1 2 3 4 5**
25. Travailler fort pour réussir **1 2 3 4 5**
26. Trouver une façon de me détendre (écouter de la musique, lire un livre, jouer d'un instrument de musique, regarder la télévision, etc...) **1 2 3 4 5**
27. Fumer, prendre de l'alcool ou de la drogue pour me sentir mieux **1 2 3 4 5**
28. Éprouver des malaises physiques, tomber malade **1 2 3 4 5**
29. Espérer qu'un miracle arrive **1 2 3 4 5**
30. Éviter les autres pour ne pas parler de mes problèmes **1 2 3 4 5**
31. Chercher l'encouragement des autres **1 2 3 4 5**
32. Considérer le point de vue des autres et essayer d'en tenir compte **1 2 3 4 5**
33. Me soucier de mes relations avec les autres **1 2 3 4 5**
34. Faire du conditionnement physique **1 2 3 4 5**
35. Voir le bon côté des choses et avoir une pensée positive **1 2 3 4 5**
36. Lire un livre religieux **1 2 3 4 5**

37. M'inquiéter de ce qui arrive 1 2 3 4 5
38. Chercher à plaire à mes amis(es) 1 2 3 4 5
39. Accomplir une action ou faire circuler une pétition pour résoudre mon problème 1 2 3 4 5
40. Améliorer mes relations (amour, amitié, famille) 1 2 3 4 5
41. Espérer que le problème se réglera de lui-même 1 2 3 4 5
42. Me critiquer 1 2 3 4 5
43. Chercher à cacher aux autres ce qui me tracasse 1 2 3 4 5
44. Penser à ce que je fais et me demander pourquoi je le fais 1 2 3 4 5
45. Faire les choses correctement 1 2 3 4 5
46. Sortir, avoir du plaisir et oublier mes difficultés 1 2 3 4 5
47. Essayer de voir la vie du bon côté 1 2 3 4 5
48. Prier Dieu pour qu'il m'aide 1 2 3 4 5
49. Former un groupe pour venir à bout du problème 1 2 3 4 5
50. Améliorer mes relations avec les autres 1 2 3 4 5
51. Prendre part à des rencontres qui portent sur le problème 1 2 3 4 5
52. Essayer de me faire des amis(es) intimes (garçons ou filles) 1 2 3 4 5
53. Imaginer comment les choses pourraient se régler suffit pour résoudre le problème 1 2 3 4 5
54. Je suis démuni pour faire face à la situation 1 2 3 4 5
55. Me blâmer, m'accuser 1 2 3 4 5
56. Dissimuler aux autres ce que je ressens 1 2 3 4 5
57. Ignorer volontairement le problème 1 2 3 4 5
58. Parler avec d'autres de mes inquiétudes afin de m'aider à m'en sortir 1 2 3 4 5
59. Travailler pour réussir au lieu de sortir 1 2 3 4 5
60. Demander de l'aide à un professionnel 1 2 3 4 5
61. Voir les choses de façon positive 1 2 3 4 5
62. Souffrir de maux de tête ou de brûlures d'estomac 1 2 3 4 5
63. M'inquiéter à propos de ce qui va m'arriver 1 2 3 4 5
64. Chasser le problème de mon esprit 1 2 3 4 5
65. Faire ce que mes amis(es) veulent pour ne pas leur déplaire 1 2 3 4 5
66. Me joindre à d'autres personnes qui ont les mêmes soucis 1 2 3 4 5
67. Me défouler sur les autres 1 2 3 4 5
68. Imaginer que les choses vont s'arranger d'elles-mêmes 1 2 3 4 5
69. Me dire que c'est ma faute 1 2 3 4 5
70. Aller chercher de l'aide auprès d'autres personnes 1 2 3 4 5
71. Parler du problème à des personnes compétentes 1 2 3 4 5
72. Consacrer du temps aux loisirs 1 2 3 4 5
73. Manger, boire ou dormir plus, ou le contraire 1 2 3 4 5
74. Ne plus penser au problème afin de l'éviter 1 2 3 4 5
75. Passer plus de temps avec mon petit ami ou ma petite amie 1 2 3 4 5
76. Penser à différentes façons de résoudre le problème 1 2 3 4 5
77. Trouver une façon de me défouler (par exemple pleurer, crier, me saouler,...) 1 2 3 4 5

78. Écris ici les autres moyens que tu utilises pour affronter tes difficultés :

.....

.....

Reproduction autorisée © Les Éditions de la Chenelière inc. L'échelle de coping pour adolescents

Annexe 3 : Echelle de Nowicki et Strickland pour enfants

Il s'agit de répondre par oui ou par non aux questions posées, en fonction de ce que tu penses. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Entoure la mention adéquate.

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Crois-tu que si tu ne t'en préoccupes pas, les la plupart de tes problèmes se résoudre d'eux-mêmes ? | Oui | Non |
| 2. Crois-tu qu'il soit possible d'éviter d'attraper un rhume ? | Oui | Non |
| 3. Y a-t-il selon toi des enfants qui sont tout simplement nés chanceux ? | Oui | Non |
| 4. De façon générale, est-ce important pour toi d'obtenir de bonnes notes ? | Oui | Non |
| 5. Te blâme-t-on souvent pour des choses qui ne sont pas de ta faute ? | Oui | Non |
| 6. Si quelqu'un étudie assez fort, crois-tu qu'il lui soit possible de réussir dans n'importe quelle matière ? | Oui | Non |
| 7. As-tu l'impression qu'en général, ça ne sert à rien de s'efforcer puisque de toutes façons les choses finissent toujours par aller mal ? | Oui | Non |
| 8. Crois-tu que si les choses démarrent du bon pied le matin, ta journée sera réussie peu importe ce que tu feras ? | Oui | Non |
| 9. Selon toi, les parents prêtent-ils généralement une oreille attentive à leurs enfants ? | Oui | Non |
| 10. Crois-tu qu'il suffit de les souhaiter pour que les bonnes choses arrivent ? | Oui | Non |
| 11. Lorsqu'on te punit, as-tu d'habitude l'impression d'être traité injustement ? | Oui | Non |
| 12. De façon générale, trouves-tu qu'il est difficile de faire changer d'idée un ami ? | Oui | Non |
| 13. Est-ce que, selon toi, l'esprit d'équipe aide davantage une équipe à gagner que la chance ? | Oui | Non |
| 14. As-tu l'impression qu'il est presque impossible de faire changer d'idée à tes parents à propos de quoi que ce soit ? | Oui | Non |
| 15. Crois-tu que tes parents devraient te permettre de prendre la plupart de tes propres décisions ? | Oui | Non |
| 16. Lorsque tu fais quelque chose de mal, as-tu l'impression qu'il y a peu de choses que tu peux faire afin de les réparer ? | Oui | Non |
| 17. Selon toi, la plupart des enfants naissent-ils avec une aptitude naturelle pour le sport ? | Oui | Non |
| 18. La plupart des personnes de ton âge sont-elles plus fortes que toi ? | Oui | Non |
| 19. Crois-tu que l'une des meilleures façons de résoudre la plupart de tes problèmes consiste tout simplement à ne pas y penser ? | Oui | Non |
| 20. As-tu l'impression de jouir d'une grande liberté dans le choix de tes amis ? | Oui | Non |
| 21. Selon toi, le fait de trouver un trèfle à quatre feuilles peut-il t'apporter de la chance ? | Oui | Non |
| 22. En général, as-tu l'impression que faire ou ne pas faire tes devoirs a un rapport direct sur les notes que tu obtiens ? | Oui | Non |
| 23. Lorsqu'une personne de ton âge a décidé de te frapper, as-tu l'impression que tu ne peux pas faire grand-chose pour l'en empêcher ? | Oui | Non |
| 24. As-tu déjà eu un porte-bonheur ? | Oui | Non |
| 25. Crois-tu que le fait que les gens t'aient ou ne t'aient pas dépend de ta façon d'agir ? | Oui | Non |

- | | | |
|---|-----|-----|
| 26. De façon générale, tes parents t'aident-ils lorsque tu leur demandes ? | Oui | Non |
| 27. As-tu déjà eu l'impression que les gens étaient méchants avec toi sans aucune raison valable ? | Oui | Non |
| 28. En général, est-ce que tu crois que ce que tu fais aujourd'hui peut influencer ce qui va se passer demain ? | Oui | Non |
| 29. Crois-tu que lorsque de mauvaises choses doivent se produire, il n'y a rien que tu puisses faire pour les empêcher ? | Oui | Non |
| 30. Crois-tu qu'à force de persévérer tu puisses obtenir ce que tu désires ? | Oui | Non |
| 31. T'est-il d'habitude impossible d'obtenir ce que tu désires à la maison ? | Oui | Non |
| 32. As-tu l'impression que le fait que de bonnes choses arrivent est le résultat d'efforts soutenus ? | Oui | Non |
| 33. Lorsque quelqu'un de ton âge a décidé d'être ton ennemi, as-tu l'impression qu'il n'y a rien que tu puisses faire pour l'en dissuader ? | Oui | Non |
| 34. Trouves-tu qu'il est facile d'entraîner tes amis à faire ce que tu veux ? | Oui | Non |
| 35. Trouves-tu que la nourriture que l'on te donne à la maison ne respecte pas tes goûts personnels ? | Oui | Non |
| 36. Si quelqu'un ne t'aime pas, as-tu l'impression qu'il n'y a pas grand-chose que tu puisses faire pour le faire changer d'opinion ? | Oui | Non |
| 37. As-tu l'impression que ça ne sert à rien d'essayer de réussir à l'école parce que les autres sont plus intelligents que toi ? | Oui | Non |
| 38. Es-tu un de ceux qui croient que le fait de planifier à l'avance permet d'obtenir de meilleurs résultats ? | Oui | Non |
| 39. As-tu l'impression que ta famille prend généralement des décisions sans te demander ton avis ? | Oui | Non |
| 40. Crois-tu qu'il soit préférable d'être intelligent plutôt que chanceux ? | Oui | Non |

Annexe 4 : Grille d'interprétation du niveau de locus de contrôle

Age (années)	Garçons		Filles	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
8	17,97	4,67	17,38	3,06
9	18,44	3,58	18,8	3,63
10	18,32	4,38	17	4,03
11	13,73	5,16	13,32	4,58
12	13,15	4,87	13,94	4,23
13	14,73	4,35	12,29	3,58
14	13,81	4,06	12,25	3,75
15	13,05	5,34	12,98	5,31
16	12,48	4,81	12,01	5,15
17	11,38	4,74	12,37	5,05

Annexe 5 : Echelle de suicidalité de Pöldinger

Échelle de suicidalité de PÖLDINGER	OUI	NON
Avez-vous eu l'idée de mettre fin à votre vie ?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Avez-vous pris des dispositions ?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
De telles pensées surgissent-elles contre votre gré ?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Avez-vous parlé à quelqu'un de vos intentions ?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Ressentez-vous de l'hostilité que vous devez maîtriser à l'égard de quelqu'un ?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Avez-vous réduit ou limité vos intérêts, pensées, contacts avec autrui par rapport à auparavant ?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Score	/ 6	

Table des tableaux

Tableau I : Activité médicale à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant	76
Tableau II Etat des lieux de l'activité de l'Equipe Mobile à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges en lien avec la suicidalité.....	82
Tableau III : Evolution du profil de <i>coping</i> de A.....	98
Tableau IV : Profil de <i>coping</i> de B.	102
Tableau V : Profil de <i>coping</i> de C.	106
Tableau VI : Evolution du profil de <i>coping</i> de D.	109

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Aurela MOULIERAS

Adolescents suicidants, stratégies de *coping* et locus de contrôle

Préalable à la mise en place d'un groupe thérapeutique

Résumé :

La problématique suicidaire, et la question de sa prise en charge à l'adolescence font l'objet de nombre de publications. L'existence d'une tentative de suicide dans l'histoire personnelle du sujet reste actuellement le meilleur facteur prédictif de tentative de suicide ultérieure et de suicide abouti. L'enjeu thérapeutique se situe à la fois dans une recherche d'alliance thérapeutique et dans une action de modulation de l'impact des facteurs de risque proximaux, notamment par l'intermédiaire du *coping* en tant que facteur protecteur comme le suggèrent récemment plusieurs auteurs.

Notre travail rapporte la réflexion tenue par le Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à Limoges pour trouver de nouvelles modalités de prise en charge afin de répondre à ces deux objectifs ; réflexion qui s'est traduite par la concrétisation de la première session d'un groupe thérapeutique innovant centré sur les stratégies de *coping*. Nous y avons associé la mesure du niveau de contrôle interne-externe dans l'hypothèse d'une possible résonance du travail de *coping* sur le niveau de locus de contrôle des patients.

Nous exposons l'expérience clinique de ce groupe sous la forme d'une présentation de cas des patients l'ayant intégré et les observations que nous en avons tiré dans la même dynamique d'amélioration des propositions de prise en charge auprès de ces adolescents.

Mots-clés : adolescents suicidants, coping, facteur de risque, alliance thérapeutique.

Abstract :

The management of the suicidal risk during adolescence is the subject of many recent publications. The existence of a suicide attempt in the personal history is currently the best predictor of subsequent suicide attempt and completed suicide. The therapeutic challenge lies in both therapeutic alliance seeking and in an action for modulating the impact of proximal risk factors, including through coping as a protective factor as recently suggested by several authors.

Our work relates a reflection conducted by the Children and Adolescent's Psychiatry University Pole, Limoges, to find new ways of management in order to meet both these objectives after the experience of the first session of an innovative therapy group focused on coping strategies. We associated a measurement of the internal-external control in the event of a possible impact of the work on coping to the level of locus of control.

We describe here the clinical experience of this group as a case presentation of the patients and we explain the observations we pulled in the same dynamic to improve the health care proposals to these adolescents.

Keywords : suicidal adolescents, coping, risk factor, therapeutic alliance.