

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2016

THÈSE N°

Environnement familial des adolescents suicidants : attachement et personnalité des parents, fonctionnement familial

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 23 septembre 2016

par

Natacha DARNIS

née le 9 septembre 1987, à Brive-la-Gaillarde (19)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

- M. le Professeur Jean-Pierre CLÉMENT Président
- M. le Professeur Vincent GUIGONIS Juge
- M. le Professeur Laurent MAGY Juge
- M. le Docteur Benjamin CALVET Juge
- Mme le Docteur Élodie AUDEBERT-MÉRILHOU Co-directrice de la thèse et Membre invité
- Mme le Docteur Aline MEYNARD Co-directrice de la thèse et Membre invité
- Mme le Docteur Irina BOGHINA Membre invité

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2016

THÈSE N°

Environnement familial des adolescents suicidants : attachement et personnalité des parents, fonctionnement familial

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 23 septembre 2016

par

Natacha DARNIS

née le 9 septembre 1987, à Brive-la-Gaillarde (19)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

- M. le Professeur Jean-Pierre CLÉMENT Président
- M. le Professeur Vincent GUIGONIS Juge
- M. le Professeur Philippe NUBUKPO Juge
- M. le Docteur Benjamin CALVET Juge
- Mme le Docteur Iodie AUDEBERT-MÉRILHOU Co-directrice de la thèse et Membre invité
- Mme le Docteur Aline MEYNARD Co-directrice de la thèse et Membre invité
- Mme le Docteur Irina BOGHINA Membre invité

Le 1^{er} septembre 2015

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS : Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor
(CS)

CARDIOLOGIE

ACHARD Jean-Michel

PHYSIOLOGIE

ALAIN Sophie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

ALDIGIER Jean-Claude **(SUR. 31.08.2016)**

NEPHROLOGIE

ARCHAMBEAUD Françoise

MEDECINE INTERNE

(CS)

ARNAUD Jean-Paul **(SUR. 31.08.2016)**
TRAUMATOLOGIQUE

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET

AUBARD Yves (C.S.)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe (CS)	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (CS)	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique (CS)	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis TRAUMATOLOGIQUE	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES

COGNE Michel

(CS)

IMMUNOLOGIE

CORNU Elisabeth
CARDIO-VASCULAIRE

CHIRURGIE THORACIQUE ET

COURATIER Philippe

(C.S.)

NEUROLOGIE

DANTOINE Thierry
VIEILLISSEMENT

GERIATRIE ET BIOLOGIE DU

(CS)

DARDE Marie-Laure

(C.S.)

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

DAVIET Jean-Christophe
READAPTATION

MEDECINE PHYSIQUE et de

DESCAZEAUD Aurélien

UROLOGIE

DES GUETZ Gaëtan

CANCEROLOGIE

DESSPORT Jean-Claude

NUTRITION

DRUET-CABANAC Michel

(CS)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

DUMAS Jean-Philippe (C.S.)	(SUR. 31.08.2018)	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine DIGESTIVE)		ANATOMIE (CHIRURGIE
ESSIG Marie (CS)		NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure (CS)		MEDECINE INTERNE
FEUILLARD Jean (CS)		HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (CS)		CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain (SUR. 31.08.2017)		CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent		PEDIATRIE
JACCARD Arnaud		HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile		IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François PATHOLOGIQUES (CS)		ANATOMIE et CYTOLOGIE

LACROIX Philippe

MEDECINE VASCULAIRE

LAROCHE Marie-Laure

PHARMACOLOGIE CLINIQUE

LIENHARDT-ROUSSIE Anne

PEDIATRIE

(CS)

LOUSTAUD-RATTI Véronique

HEPATOLOGIE

MABIT Christian

ANATOMIE

MAGY Laurent

NEUROLOGIE

MARQUET Pierre
FONDAMENTALE

PHARMACOLOGIE

(CS)

MATHONNET Muriel

CHIRURGIE DIGESTIVE

MELLONI Boris

PNEUMOLOGIE

(CS)

MOHTY Dania

CARDIOLOGIE

MONTEIL Jacques
NUCLEAIRE

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE

(CS)

MOREAU Jean-Jacques
(C.S.)

NEUROCHIRURGIE

MOUNAYER Charbel
MEDICALE

RADIOLOGIE et IMAGERIE

NATHAN-DENIZOT Nathalie
REANIMATION
(CS)

ANESTHESIOLOGIE-

NUBUKPO Philippe

ADDICTOLOGIE

PARAF François
SANTE
(CS)

MEDECINE LEGALE et DROIT de la

PLOY Marie-Cécile
(CS)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

PREUX Pierre-Marie
LA SANTE

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE
ET PREVENTION

ROBERT Pierre-Yves
(C.S.)

OPHTALMOLOGIE

SALLE Jean-Yves
READAPTATION
(C.S.)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE

SAUTEREAU Denis
HEPATOLOGIE

(CS)

GASTRO-ENTEROLOGIE ;

STURTZ Franck
MOLECULAIRE

(CS)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE

TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre
MALADIES

ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET

METABOLIQUES

TREVES Richard **(SUR. 31.08.2018)**

RHUMATOLOGIE

TUBIANA-MATHIEU Nicole**(SUR. 31.08.2018)**

(CS)

CANCEROLOGIE

VALLEIX Denis

(CS)

ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE

VERGNENEGRE Alain

(CS)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE

DE LA SANTE et PREVENTION

VERGNE-SALLE Pascale

THERAPEUTIQUE

VIGNON Philippe

REANIMATION

VINCENT François
(CS)

PHYSIOLOGIE

VIROT Patrice (**SUR. 31.08.2016**)

CARDIOLOGIE

WEINBRECK Pierre
(C.S)

MALADIES INFECTIEUSES

YARDIN Catherine
(C.S)

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS DES DISCIPLINES
MEDICALES**

BRIE Joël
STOMATOLOGIE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

CHABLE Hélène
MOLECULAIRE

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre
CARDIO-VASCULAIRE

CHIRURGIE THORACIQUE ET

LIA Anne-Sophie
MOLECULAIRE

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE

MARIN Benoît
SANTÉ et

ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE de la

PRÉVENTION

MURAT Jean-Benjamin

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

QUELVEN-BERTIN Isabelle
NUCLEAIRE

BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE

TCHALLA Achille
VIEILLISSEMENT

GERIATRIE et BIOLOGIE du

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste
FONDAMENTALE

PHARMACOLOGIE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DES MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

MENARD Dominique

MEDECINE GENERALE

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul

du 01.09.2015 au 31.08.2017

MERLE Louis

du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique

du 01.09.2015 au 31.08.2017

VALLAT Jean-Michel

du 01.09.2014 au 31.08.2017

Remerciements

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	13
Droits d'auteurs	14
TABLE DES MATIÈRES	15
INTRODUCTION.....	21
I. PREMIÈRE PARTIE : DONNÉES DE LA LITTÉRATURE	23
A. L'adolescence.....	24
1. L'adolescence et ses particularités.....	24
a) L'adolescence, l'évolution sociétale.....	24
b) Modèles de compréhension de l'adolescence	26
2. Le problème de l' « agir » et des passages à l'acte.....	29
a) Facteurs favorisant l'agir chez tout adolescent	29
(1) Les facteurs environnementaux.....	29
(2) Les facteurs internes.....	30
b) Psychologie et psychopathologie de l'agir.....	31
(1) L'agir comme stratégie interactive	31
(2) L'agir comme mécanisme de défense.....	32
(3) L'agir comme entrave de la conduite mentalisée	33
(4) L'agir pour garder la maîtrise.....	33
c) « Vers un trouble addictif au danger ? ».....	34
3. La tentative de suicide de l'adolescent.....	37
a) Quelques définitions.....	37
b) Quelques données épidémiologiques.....	39
c) Facteurs de risque de tentative de suicide	40
(1) Facteurs de risque individuels	40
(2) Facteurs de risque environnementaux.....	42
(3) Facteurs de risque familiaux.....	44
d) Psychopathologie et sens des tentatives de suicide de l'adolescent	46

B.	L'environnement familial	50
1.	Le processus de séparation-individuation	51
a)	Echec du processus de séparation-individuation : adolescence symptomatique	53
b)	Echec du processus d'individuation et passages à l'acte suicidaire de l'adolescent.....	54
2.	L'évaluation du fonctionnement familial.....	55
a)	Modèles d'évaluation	55
b)	Le modèle circomplexe d'Olson	56
(1)	La cohésion familiale.....	56
(2)	La flexibilité familiale	58
(3)	La communication familiale	59
(4)	Outils d'évaluation du fonctionnement familial selon le modèle d'Olson.....	60
3.	Le fonctionnement familial et la suicidalité	62
C.	« L'attachement, un lien vital ».....	63
1.	Quelques notions historiques.....	63
2.	Grands concepts de la théorie de l'attachement.....	65
a)	Le système de l'attachement.....	65
b)	Le concept de base de sécurité.....	67
(1)	Système exploratoire	67
(2)	Expression du phénomène de base de sécurité	68
c)	Le concept de caregiving	68
(1)	Définition du système de <i>caregiving</i>	68
(2)	Compétences nécessaires au parent pour un <i>caregiving</i> sécurisant	69
d)	Les patterns d'attachement observés à la Situation Étrange	71
(1)	La Situation Étrange.....	71
(2)	Les patterns d'attachements observés à la Situation Étrange	71
e)	Les représentations d'attachement : les Modèles Internes Opérants.....	73
3.	Évolution de l'attachement tout au long de la vie.....	74
a)	Attachement et adolescence	75
(1)	Remaniements de l'attachement aux parents et nouvelles relations d'attachement	75
(2)	Influence des Modèles Internes Opérants sur le processus d'adolescence.....	76
b)	Attachement chez l'adulte	77
(1)	Les figures d'attachement	77
(2)	Les différents profils d'attachement.....	79

4.	Transmission intergénérationnelle de l'attachement.....	81
a)	Mécanismes de transmission.....	81
(1)	La sensibilité maternelle.....	81
(2)	La mentalisation.....	82
b)	Recherches récentes sur la transmission de l'attachement.....	83
5.	Attachement et tentative de suicide.....	84
6.	Outils d'évaluation de l'attachement chez l'adulte.....	85
a)	Adult Attachment Interview (AAI).....	85
b)	Outils s'intéressant à la relation de couple.....	86
c)	Outils définissant des styles d'attachement.....	87
D.	La personnalité.....	88
1.	Définitions.....	88
2.	Classifications actuelles.....	90
a)	Approche catégorielle.....	90
b)	Approche dimensionnelle.....	91
(1)	Le « <i>Big Five</i> ».....	92
(2)	Le modèle psychobiologique de Cloninger.....	92
3.	Attachement et personnalité.....	96
II.	DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE CLINIQUE.....	100
A.	Objectifs de l'étude.....	100
B.	Population et méthodes.....	100
1.	Schéma de l'étude.....	100
2.	Population de l'étude.....	101
a)	Critères d'inclusion.....	101
b)	Critères d'exclusion.....	101
c)	Recrutement des sujets.....	102

3.	Recueil de l'information	102
a)	Anonymat.....	102
b)	Recueil des données.....	102
c)	Les variables étudiées.....	103
(1)	Données sociodémographiques.....	103
(2)	Questionnaire d'évaluation de l'attachement : le <i>Relationship Scales Questionnaire</i> ou <i>Relationship Styles Questionnaire (RSQ)</i>	103
(3)	Questionnaire d'étude des dimensions de personnalité : le <i>Temperament and Character Inventory (TCI-125)</i>	104
(4)	Questionnaire d'évaluation du fonctionnement familial : le <i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III)</i>	106
4.	Analyse statistique	108
C.	Résultats.....	109
1.	Description de la population	109
2.	Représentativité de notre échantillon	112
a)	Sexe des parents	113
b)	Sexe des adolescents	113
c)	Age des adolescents	114
d)	Situation des parents au sein des couples	114
e)	Lieu de vie de l'adolescent au moment de la tentative de suicide.....	115
3.	Comparaison de notre échantillon à une population de référence	117
a)	Comparaison des résultats obtenus au questionnaire d'attachement RSQ	117
b)	Comparaison des résultats obtenus au questionnaire de fonctionnement familial FACES.....	118
c)	Comparaison des résultats obtenus aux dimensions de tempérament et de caractère TCI-125.....	119
4.	Corrélations des scores au sein des couples	121
5.	Corrélations des scores entre les différentes échelles : RSQ/TCI-125/FACES III.....	121
6.	Etude de sous-groupes de parents d'adolescents au sein de notre population ...	122
a)	Selon le sexe de l'adolescent.....	122
b)	Selon l'âge de la 1 ^{ère} TS de l'adolescent	122
c)	Selon la récurrence de la TS de l'adolescent	122

D. Discussion	124
1. Interprétation des résultats.....	124
a) Population	124
b) Profils de cohésion et d'adaptabilité familiales de la population de parents	126
c) Profils d'attachement de la population de parents	127
d) Profils de personnalité de la population de parents	128
e) Corrélations au sein des couples	130
f) Corrélations RSQ/TCI-125	132
g) Hypothèses de sous-groupes de parents	132
h) Conclusion de l'interprétation des résultats	133
2. Biais et limites de l'étude.....	134
a) Biais	134
b) Limites	135
CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	136
III. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	139
IV. TABLE DES ANNEXES	153
Annexe 1. Cahier de recueil	154
A. Note d'information aux parents	155
B. Fiche d'informations générales	157
C. Le RSQ.....	159
D. Le TCI-125.....	161
E. Le FACES III.....	168
Annexe 2. Scores de référence au RSQ.....	170
Annexe 3. Scores de référence au FACES III.....	184
Annexe 4. Scores de référence au TCI-125.....	172
Annexe 5. Relations entre approches dimensionnelle et catégorielle de la personnalité.....	174
V. TABLE DES ILLUSTRATIONS	175
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	177

Et le Petit Prince dit à l'homme : « Les grandes personnes, elles ne comprennent rien toutes seules, et c'est très fatigant pour les enfants de toujours et toujours leur donner des explications. »

Antoine de St Exupéry

INTRODUCTION

Chaque année, près d'un million de personnes décèdent par suicide à travers le monde. Bien que les taux de suicide soient plus élevés chez les plus âgés, le suicide représente la deuxième cause de mortalité des 14-24 ans, en France et dans la plupart des états européens [1]. 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].

L'accroissement des « pathologies de l'agir » et le fait qu'elles aient en commun d'être des actes de rupture, suscitent des interrogations : la société moderne favorise-t-elle l'émergence de ces conduites ? A quels impossibles détachements ou renoncements correspondent de telles velléités de rupture ? Une modernité qui favoriserait le gommage des différences, la dilution des repères et des limites, le développement des dépendances de toutes natures, le recul du symbolique (notamment de ce qui fait loi) et la prédominance de l'agir. La cellule familiale contemporaine en est souvent l'illustration. Toutefois, certaines familles, plus que d'autres, répercutent, subissent ou alimentent ces phénomènes, ceux-ci entrant en résonance avec les avatars de leur propre histoire. Elles peuvent être le siège de violences manifestes. Elles peuvent être surtout marquées, à l'insu de leurs acteurs, par un climat relationnel délétère qui se nourrit de la confusion des générations, de l'imprécision de la place et du rôle de chacun, auxquelles font écho certaines formes de démission parentale, d'absence symbolique des pères ou d'omniprésence des mères. De telles configurations réelles ou fantasmatiques laissent de nombreux jeunes désemparés et dépendants. Dans bien des cas, ces derniers ne trouvent pour voies de dégagement que celles de l'agir par la rupture, afin de se sentir exister...au risque d'en mourir [3].

Plusieurs auteurs ont décrit « une crise parentale » qui se développerait en miroir de celle de l'adolescent. R.L. Shapiro, notamment, considèrerait que les défaillances dans le processus d'autonomisation de l'adolescent sont à mettre sur le compte de défaillances similaires dans l'autonomie du Moi des parents [4].

Ce travail de thèse s'intéresse à ces adolescents qui commettent un acte suicidaire et cherche à mieux connaître leur environnement familial, notamment leurs parents. L'objectif principal de ce travail est de décrire les dimensions de personnalité et les modes d'attachement de ces parents ainsi que le fonctionnement de ces familles sur les critères de cohésion et d'adaptabilité. Nos objectifs secondaires sont d'évaluer la représentativité de notre échantillon par rapport à une plus grande cohorte de parents d'adolescents suicidants, de comparer nos résultats à ceux d'une population de référence, puis de les interpréter au

sein même des couples parentaux. En effet, notre pratique professionnelle nous a, à plusieurs reprises, amenés à nous questionner sur les fragilités familiales dans lesquelles évoluaient ces jeunes adolescents qui en arrivent à mettre leur vie en péril.

Il n'est pas, ici, question de chercher un « coupable » mais bien d'avoir connaissance et de prendre en considération l'ambiance familiale dans laquelle les adolescents construisent leur personnalité d'adulte, quelle qu'elle soit.

Ce travail de thèse présentera, dans une première partie, une revue de la littérature ayant amené nos hypothèses de travail sur le suicide de l'adolescent, l'environnement familial, l'attachement et la personnalité, puis dans une deuxième partie, notre étude basée sur des auto-questionnaires distribués à des parents d'adolescents suicidants par les pédopsychiatres du Centre Hospitalier Esquirol.

I. PREMIÈRE PARTIE : DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

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

Dans un premier temps, nous évoquerons l'adolescence avec ses singularités puis nous en viendrons à aborder les passages à l'acte à cette période de la vie et en particulier les tentatives de suicide qui nous intéressent dans ce travail.

Dans un second temps, nous aborderons les notions de fonctionnement familial, d'attachement et de personnalité et leur articulation avec la problématique suicidaire de l'adolescent.

A. L'adolescence

Avant de tenter d'appréhender le suicide de l'adolescent, il semble nécessaire de parler de l'adolescence dans sa singularité.

1. L'adolescence et ses particularités

L'adolescence est l'âge du **changement** comme l'étymologie du mot l'implique : *adolescere* signifie en latin « grandir ». Entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est un **passage**. On dit souvent à tort que l'adolescent est à la fois un enfant et un adulte ; en réalité il n'est plus un enfant et n'est pas encore un adulte [5]. Ce **double mouvement**, reniement de son enfance d'un côté, recherche d'un statut stable adulte de l'autre, constitue l'essence même de la « crise », du « processus psychique » que tout adolescent traverse [6].

Il est important de garder à l'esprit la dimension de **temporalité** longue de l'adolescence portée par deux mouvements parallèles mais de rythmes différents : le **processus biologique pubertaire** et le **processus psychosocial de l'adolescence**.

a) L'adolescence, l'évolution sociale

Si certains affirment que l'adolescence a toujours été une période repérable dans la vie de l'individu avec ses caractéristiques propres à chaque époque, beaucoup pensent que l'adolescence telle que nous la concevons est un **phénomène récent**. Selon Aries, l'enfant passait directement et sans intermédiaires des jupes des femmes, de sa mère ou de sa "mère-grand" au monde des adultes [7].

Au début du XX^e siècle, naissait une première représentation de la jeunesse : celle-ci était assimilée à **une menace** ou à **un danger**. Puis vers le milieu du XX^e siècle, une nouvelle représentation va s'y ajouter : celle d'une **maladie potentielle**. L'adolescence serait une sorte d'état quasi pathologique transitoire dont il importerait de s'occuper activement afin de prévenir tout écart. Il faudra attendre le psychanalyste D. Winnicott à la fin du XX^e siècle pour s'entendre rappeler à l'inverse qu'une adolescence sans crise est une adolescence potentiellement pathologique [6].

Dans les sociétés dites primitives, il semble que l'adolescence soit remplacée par des **rites initiatiques** de passage de l'enfance à l'âge adulte. Sur un plan psychanalytique, comme cela est décrit par Delaroche et Gerardin au début des années 2010, 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. 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 de passage pubertaire. Dans les sociétés occidentales, ces organisations d'adolescents ont continué d'exister jusqu'au XVII^e siècle environ, leur déclin ou leur interdiction légale semblant alors être à l'origine du phénomène de l'adolescence [8] [9].

Certains sociologues ont mis 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 jusqu'à 13 ans par Jules Ferry, soit environ l'âge à partir duquel on peut parler d'adolescence. L'obligation est ensuite reportée jusqu'à 14 ans en 1936 puis jusqu'à 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 de nouveau été retardée et la durée de l'adolescence ainsi prolongée [10].

L'adolescence correspond à un processus universel, inéluctable, de maturation organique, du psychisme et de la personnalité [11]. Delaroche y ajoute 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 » [8].

b) *Modèles de compréhension de l'adolescence*

Comme a pu le dire D. Marcelli, « comprendre cette période transitoire [...] constitue une entreprise ardue et périlleuse ». Celui-ci a malgré tout tenté de théoriser cette période de la vie en considérant quatre modèles principaux :

➤ **le modèle physiologique** avec la crise pubertaire et les remaniements somatiques conduisant à l'émergence de la maturité génitale et des tensions qui en résultent. La **maturation pubertaire**, par les changements corporels et hormonaux importants qu'elle provoque, influence les développements psychosocial, émotionnel et cognitif des jeunes adolescents [12]. L'arrivée de la puberté entraîne l'irruption d'une certaine tension, liée à l'émergence de la **pulsion sexuelle**, que l'adolescent va devoir apprendre à gérer [13].

C'est un modèle 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. L'**image du corps** est aussi bouleversée dans plusieurs domaines : dans ses repères spatiaux, dans sa représentation symbolique, dans son narcissisme et dans son identité [14]. 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 [13].

➤ **le modèle sociologique et environnemental** qui met en valeur le rôle essentiel joué par l'entourage dans l'évolution de l'adolescent, modèle qui est au cœur de notre travail. Selon ce modèle, l'adolescence n'est pas un phénomène universel et homogène et serait différente selon les époques, les cultures et selon les milieux sociaux.

Ce modèle s'appuie sur une approche historique, déjà évoquée plus haut, une approche culturelle et une approche sociale.

Les travaux de Margaret Mead ont permis d'établir un lien entre la nature de l'adolescence et le degré de complexité de la société étudiée : plus la société est complexe, plus l'adolescence est longue et conflictuelle [15]. L'**approche culturelle** met en évidence des variations de l'adolescence selon les sociétés à différents niveaux :

- ✓ au niveau de la durée ;
- ✓ au niveau des méthodes adoptées pour la socialisation de l'individu : certaines cultures adoptent de façon prévalente une socialisation des adolescents au sein du foyer familial (culture occidentale), d'autres au sein d'un autre foyer, d'autres au sein d'institutions extra-familiales, d'autres dans le groupe de pairs. Dans nos sociétés occidentales contemporaines, ces différents modes de socialisation peuvent coexister ;
- ✓ au niveau des types de cultures, M. Mead distingue trois types de cultures :
 - les cultures post-figuratives, où les enfants sont instruits avant tout par leurs parents et les anciens dans un contexte marqué par la tradition et l'expérience du passé,
 - les cultures cofiguratives dans lesquelles enfants et adultes tiennent leurs apprentissages de leurs pairs. Les modèles les plus nets de cultures cofiguratives sont rencontrés dans les pays d'immigration (Etats-Unis, Israël),
 - les cultures pré-figuratives qui se caractérisent par le fait que les adultes tirent aussi des leçons de leurs enfants, la transmission du savoir ne pouvant plus se réaliser entre générations avec l'accélération du développement technologique, le monde dans lequel vivent les enfants devient étranger à celui des parents.

Les adolescents représenteraient un **groupe social** à part entière, dont **la bande d'adolescents** est la caricature. Elle est pour l'adolescent le moyen grâce auquel il tente de trouver une **identification** (idéalisation d'un membre du groupe, d'une idéologie), une **protection** (tant envers les adultes qu'envers lui-même), une **exaltation** (puissance et force de la bande contrairement à la faiblesse de l'individu) et un **rôle social** (dynamique interne à la bande avec les rôles de chacun qui s'y jouent). La **dépendance** de l'adolescent à l'égard de « la bande » est souvent extrême, Winnicott soulignera pourtant que « les jeunes adolescents sont des isolés rassemblés » [16].

✓ **le modèle psychanalytique** qui met l'accent sur l'excitation sexuelle et les modifications pulsionnelles auxquelles l'adolescent va devoir faire face. L'adolescent doit rejeter ses parents dont la présence réactive les **conflits œdipiens** et le menace d'un **inceste** maintenant réalisable.

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 [11] [17]. Ce travail psychique de déconstruction passerait 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 » [18]. Pour Ladame, ces moments dépressifs liés à des deuils sont inhérents à l'adolescence [19].

A la base de toute adolescence, il y a ce **meurtre des imagos parentales**, condensé fantasmatique de l'agressivité liée à toute croissance : Winnicott disait « grandir est par nature un acte agressif » [6]. L'adolescent doit éprouver ces conflits avant d'en trouver la solution : les **moyens de défense** dont il dispose, soit qu'il réutilise (retour aux processus défensifs de la période œdipienne), soit qu'il en découvre des nouveaux, ont pour but de rendre supportable cette dépression et cette incertitude identificatoire sous-jacente. 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 [16]. Haim a écrit : « comme l'endeuillé, l'adolescent reste à certains moments abîmé dans le souvenir de ses objets perdus, et, comme lui, l'idée de la mort lui traverse l'esprit. Mais, comme la dynamique de deuil normal permet d'en entreprendre le travail, celle de l'adolescence fait que rien ne se fixe. » [20]

L'un des mécanismes de défense qu'utilise l'adolescent en proie à cette dépressivité latente est le **passage à l'acte** que nous évoquerons par la suite.

✓ **les modèles cognitif et éducatif** qui abordent les modifications profondes de la fonction cognitive, le développement de la capacité intellectuelle avec les apprentissages sociaux multiples qu'elle autorise. Ce modèle s'inspire des théories du développement cognitif de Piaget avec notamment l'apparition de **l'intelligence opératoire** formelle vers l'âge de 12-13 ans. Alors que l'enfant, jusqu'alors, ne pouvait raisonner que sur du concret, l'adolescent peut maintenant établir des hypothèses détachées du monde sensible. Cette accession aux **raisonnements hypothético-déductifs** permettra à l'adolescent de mieux appréhender le monde qui l'entoure et de s'y adapter [6] [21]. L'espace fantasmatique y joue un rôle prépondérant : « l'activité de rêverie ne vise pas à changer la réalité pour obtenir une satisfaction, elle implique la création d'une solution de rechange imaginaire et d'un état de satisfaction » [22].

2. Le problème de l' « agir » et des passages à l'acte

Certains mécanismes de défense seraient plus spécifiques ou du moins plus fréquents à cet âge : l'intellectualisation, l'ascétisme, le clivage, la mise en actes.

Nous nous intéresserons plus particulièrement dans ce travail au recours à l'agir. En effet, l'opposition entre conduite agie et conduite mentalisée prend toute son importance à l'adolescence. A cet âge, l'agir est considéré comme un des **modes d'expression privilégié des conflits et des angoisses**.

a) *Facteurs favorisant l'agir chez tout adolescent*

Deux séries de facteurs peuvent favoriser l'agir [23] :

- des facteurs environnementaux ;
- et des facteurs internes.

(1) Les facteurs environnementaux

✓ **Le changement de statut social** : le passage de l'enfance à l'âge adulte au travers de l'adolescence constitue une période de changement qui, comme tout changement, est une incitation à l'agir ;

✓ **le contenu même de ce nouveau statut social** : la liberté, l'autonomie, l'indépendance, nouvellement acquises favorisent l'agir ;

✓ **les stéréotypes sociaux** : les adolescents ont tendance par leur agir à conforter l'idée que se font les adultes des caractéristiques de cette période volontiers dénommée « crise de violence » ;

✓ **l'interaction sociale** : un acte en appelle souvent un autre, soit par imitation, soit par réaction. Ceci est facilement repérable dans les phénomènes de groupe. Entre adolescent et environnement il risque de se produire un renforcement réciproque de la tendance à l'agir ;

✓ **les contraintes excessives de la réalité** : en effet lorsque l'environnement exerce des contraintes trop rigides ou trop opposées au besoin naturel de l'adolescent, une de ses dernières issues est le passage à l'acte.

(2) Les facteurs internes

En réalité, l'adolescent trouve surtout en lui-même les conditions favorables à l'agir.

✓ **L'excitation pubertaire** : l'irruption de la maturité génitale, le besoin sexuel nouveau confrontent l'adolescent à un état de tension physique d'abord, psychique ensuite, qui pour parvenir à sa détente doit trouver son « objet adéquat » [24]. Le pubertaire confronte nécessairement l'adolescent à un état d'insatisfaction, de frustration transitoire dont le sujet ne peut faire l'économie sauf au travers d'un passage à l'acte ;

✓ **l'angoisse** : sa résurgence à l'adolescence nécessite des actions de décharge parmi lesquelles l'agir. À un niveau psychopathologique, nous pouvons même dire que l'angoisse est un élément essentiel du passage à l'acte car elle ne manque jamais ;

✓ **le remaniement de l'équilibre pulsion-défense** est la source facilement reconnaissable du passage à l'acte de l'adolescent, passage à l'acte sexuel sous le poids de la pulsion sexuelle quantitativement ravivée et qualitativement modifiée en devenant génitale. Pour S. Freud la caractéristique essentielle du passage à l'acte est la notion de déplacement de la décharge pulsionnelle comme c'est le cas dans la régression formelle.

✓ **l'antithèse activité/passivité** : la peur de la passivité, renvoyant à la soumission infantile, amène également les adolescents à se servir de l'action (et de l'affirmation de soi) pour nier cette passivité ;

✓ **les modifications instrumentales** : le corps et le langage. Le lien entre le corps, le langage et l'agir apparaît bien dans ce que l'on appelle « l'acte de parole » qui se situe dans un lien oscillant constamment entre le langage (code linguistique parlé) et le cri (décharge motrice du corps). À l'adolescence le corps et le langage jouent un rôle incontestable dans cette propension au passage à l'acte par deux facteurs : leur changement propre en tant qu'instrument et le changement de leur fonction.

- Pour **le corps**, les transformations corporelles de l'adolescence se caractérisent par une augmentation de l'énergie et une force musculaire brutalement accrue qui en elles-mêmes favorisent l'agir. De plus, ces transformations, par le trouble du schéma corporel qu'elles induisent et par le bouleversement de leur fonction au niveau de la construction de l'identité du sujet, sont source d'angoisse et par là même de passage à l'acte.

- Pour **le langage**, l'équilibre entre le langage et l'action s'observe en psychopathologie sous la forme d'une augmentation fréquente de l'agir et des passages à l'acte chez les sujets qui utilisent difficilement le langage. Le langage devient à cet âge impropre à traduire ce que ressent l'adolescent qui doit se forger un nouveau vocabulaire pour exprimer ce qu'il perçoit et ce qu'il pense de son nouveau vécu. On en voit une illustration à travers les néologismes propres aux adolescents. L'instrument langage est naturellement perturbé, mais sa fonction de communication et de contact l'est également d'autant plus que le besoin de communiquer et de contact à cet âge s'accroît considérablement. Ceci est source de tension et donc d'agir.

b) Psychologie et psychopathologie de l'agir

Certains auteurs suggèrent une équivalence entre certaines **conduites à risque** (usage de drogues, conduite à grande vitesse, etc.) et les **conduites suicidaires** du fait d'une même structure psychopathologique et de similitudes de l'environnement familial et social retrouvées chez les adolescents suicidants [11] [25] [26].

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.

Le passage à l'acte pourra prendre des sens différents selon les situations et selon les approches [23].

(1) L'agir comme stratégie interactive

L'agir est ici considéré comme un moyen indirect d'acquiescer, de dissimuler ou de révéler une information par le canal d'une **rencontre interpersonnelle** avec un autre adolescent ou avec un adulte y compris des soignants.

Avec l'adulte, l'adolescent cherchera cette interaction par l'intermédiaire de l'agir pour le mettre en difficulté, pour attirer son attention, pour réaliser ce que l'adulte réalise mais qui est encore interdit à l'adolescent (fumer, consommer de l'alcool, avoir des relations sexuelles, etc.).

Avec ses pairs, l'adolescent cherche également cette interaction pour appartenir à un groupe, pour accroître, maintenir ou défendre son estime de soi (courses en moto ou en voiture, exploits sportifs, relations sexuelles ou actes délictueux). En effet, c'est dans ce groupe de pairs que vont se faire les nouveaux attachements de l'adolescent, les conduites à risque auraient alors valeur de curseur pour attribuer une place, un rôle au sein du groupe et se créer une nouvelle identité [27].

Il s'agit bien d'une stratégie interactive car la réponse à cette demande agie se fait volontiers sur le mode d'un agir aussi bien de la part des adultes que des adolescents appartenant au groupe de pairs.

(2) L'agir comme mécanisme de défense

P. Jeammet explique la fréquence des troubles du comportement agi à l'adolescence par cette attitude : « en passant à l'acte l'adolescent exprime le besoin de se redonner un rôle actif qui contrecarre le vécu profond de passivité face au bouleversement subi, il évite la prise de conscience qui serait douloureuse et facteur de dépression dans la mesure où elle ferait ressortir le caractère conflictuel de sa situation ainsi que sa solitude et le vécu de séparation qu'implique tout mouvement réflexif. L'adolescent adopte fréquemment la même attitude phobique d'évitement à l'égard de ses productions mentales que celle qu'il a avec le corps sexué » [28].

Anna Freud décrit plusieurs mécanismes de défense contre le lien avec l'objet infantile à l'adolescence. Certains s'expriment plus sur le mode de conduite mentalisée : défense par renversement de l'affect, par retrait de la libido dans le Soi ; d'autres plus sur le mode de la conduite agie : défense par la régression, défense par déplacement de la libido. Dans cette dernière, l'adolescent va transférer sa libido à des substituts parentaux, à des leaders, à un ami ou à un groupe (« bande ») [29].

L'engagement dans des conduites à risque serait utilisé par certains adolescents pour réduire l'affect négatif lié au **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 viendrait occulter les émotions internes liées au processus de séparation-individuation, remplissant une double fonction : remplir le vide lié à la perte et « court-circuiter » les affects négatifs afin d'éviter de sombrer dans la dépression [26].

(3) L'agir comme entrave de la conduite mentalisée

L'agir est une forme d'**évitement de la pensée**. Il évite à l'adolescent de penser et donc d'être confronté à la souffrance et à ses conflits psychiques intériorisés. En effet, les adolescents, de par les modifications importantes de leur psychisme, n'ont pas dans leur psyché, par moments, les moyens de contenir les affects envahissants, ceux-ci sont alors extériorisés par des actes [13] [19].

On parle même de **défaut de mentalisation**, retenant de ces conduites qu'elles substituent l'acte à la parole, qu'elles sont impulsives et violentes (raptus, crise), qu'elles transgressent les limites et qu'elles visent un apaisement immédiat. Dire ce qu'il éprouve avec des mots est d'autant plus difficile pour l'adolescent qu'il se sent à la fois débordé par ses émotions et dans l'obligation de se contenir pour ne pas « perdre la face ». La propension à l'agir est donc classique. Souvent, elle se superpose à l'action qui s'exerce communément à cet âge sous la forme de prises de risque plus ou moins inconsidérées, selon la qualité et la permanence des limites que fixent la famille et la société [3]. Le rôle du thérapeute serait alors, selon Jeammet, de tenter d'apporter des supports représentatifs à ces agirs [30].

(4) L'agir pour garder la maîtrise

Tout adolescent connaît, à des degrés divers, ces tensions douloureuses qui lui font éprouver de vifs sentiments de dépossession de lui-même, dans les domaines corporel, affectif et relationnel. Un tel vécu de « **désappropriation** » peut d'ailleurs s'accompagner d'impressions fugaces d'étrangeté, de scissions de parties de soi, expériences angoissantes qui ne doivent pas forcément inquiéter mais que la maladie mentale, certains événements de vie ou la résurgence de traumatismes psychiques infantiles accentuent, voire pérennisent. Lorsque le sujet est dans l'incapacité de reconnaître comme sien son monde interne, lorsqu'il ressent à l'intérieur de lui des forces contradictoires terriblement violentes, son corps propre lui semble être le seul vecteur possible de mobilisation pour se dégager des contraintes qui l'assaillent. Les actes lui restituent un rôle actif et lui donnent un sentiment de maîtrise sur la réalité extérieure, en reléguant au second plan le poids de sa réalité psychique [3].

Le sujet rechercherait par la maîtrise de la situation, une emprise, un contrôle tout-puissant de l'Objet [31].

Dans ce recours à l'agir, il est fréquemment observé des **attaques contre le corps** au travers des comportements à risque et des plaintes somatiques ou par une attaque du corps lui-même. L'adolescent peut utiliser l'attaque de son corps comme moyen d'en ressentir les limites et de se le réapproprier, notamment en ayant recours à la douleur (tatouages, piercings, scarifications, etc.) [13].

Si le passage à l'acte offre une voie « courte » dans la tentative du traitement pulsionnel, il n'est pas que cela. A l'insu du sujet, il représente une **tentative de figuration** de blessures psychiques indicibles ou inélaborables par et à travers l'acte, dont les moments de survenue et les formes devront être mis en perspective avec ce qu'ils peuvent traduire de défaut de contenance, d'achoppement de la séparation et de prégnance de la menace incestueuse [32].

c) « Vers un trouble addictif au danger ? »

L'agir, lorsqu'il est tempéré, n'a pas de signification pathologique, si ce n'est qu'il traduit la fragilité, propre à l'adolescence, de **l'interface entre contenant psychique et contenant corporel**. Rompre brutalement une discussion familiale au milieu du repas et partir en jetant sa serviette de table, se retirer ostensiblement dans sa chambre pour s'isoler de l'entourage, avoir le verbe haut dès la moindre remarque jugée à tort ou à raison désobligeante, en sont des illustrations courantes. C'est la **fixité**, la **répétition** et l'**ampleur** des conduites de rupture exprimées qui doivent inquiéter, car elles signalent une souffrance qui ne peut être dite autrement [3].

La facilité de mise en œuvre, l'apaisement immédiat que procure le sentiment d'exercer une emprise sur ce qui est agi, l'effet provoqué sur l'entourage, concourent à faire du passage à l'acte une voie de dégageant privilégiée. Sans même envisager l'issue dramatique sur laquelle cette dernière peut déboucher, le problème est que l'efficacité de la « matérialisation » produite n'est qu'illusion. L'apaisement ne dure pas, obligeant l'intéressé à **réitérer son comportement**.

Certains auteurs ont récemment évoqué la notion « d'addiction au danger » et se questionnent sur un **déficit émotionnel** empêchant ces individus qui répètent les conduites à risque, de ressentir lors de cette exposition au danger, cette émotion primaire qu'est la peur. L'évitement du danger ne semble pas fonctionner de la même manière chez ces individus. La situation dangereuse n'apparaît pas comme aversive mais attractive. Aussi, le

danger comme moyen d'activation pourrait remplir à la manière d'un toxique, une fonction d'**autorégulation émotionnelle** et **comportementale** avec le risque que cette excitation s'auto-entretienne. En effet, certains adolescents vont augmenter leurs pratiques dangereuses et repousser le seuil de sécurité en adoptant des comportements de plus en plus risqués pour ressentir des éprouvés encore plus intenses et à cela, s'ajoute une élévation de la **tolérance à la souffrance**. Ces conduites entraînant le dépassement des limites physiques provoquent chez le sujet des modifications biologiques, notamment la sécrétion d'endorphines, véritables drogues endogènes avec pour conséquence l'apparition d'un certain degré de dépendance [33] [34].

En tant que **recherche des éprouvés**, la conduite à risque aurait une fonction de régulation émotionnelle. La prise de risque correspondrait à la fois à l'émoussement des sensations procurées, à la nécessité de rétablir un équilibre interne et à une extinction de sensations insupportables [26]. En effet les émotions opéreraient une faille dans le Moi qui pourrait introduire le sentiment de mise en péril de l'identité et de l'autonomie psychique du sujet. Les conduites à risque auraient alors une fonction protectrice contre ces émotions de par l'hyperstimulation qu'elles provoquent.

Tableau I : Les critères pour le diagnostic du trouble addictif au danger

- A Besoin de prendre des risques de façon répétée dans un ou plusieurs domaines (sport, véhicule motorisé, sexualité, toxiques, jeux dangereux, etc.).
- B Sentiment de tension augmentant avant de débiter le comportement dangereux
- C Sentiment de plaisir ou de soulagement en entreprenant le comportement dangereux
- D Sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement dangereux
- E Au moins cinq des items suivants :
- 1 Recherche répétée de sensations intenses au travers des activités reconnues comme dangereuses pour fuir la monotonie
 - 2 Valorisation subjective de la prise de risque physique (par exemple, estime de soi dépendante des engagements dans des activités dangereuses, importance des conduites de défi, aime se faire filmer lors des « exploits »)
 - 3 Cognitions erronées vis-à-vis du danger de l'activité (par exemple, illusion de maîtriser les risques, sentiment d'invulnérabilité, pense être protégé, disposer de qualités physiques exceptionnelles) et ce malgré les blessures
 - 4 Fréquentes préoccupations liées aux comportements dangereux (remémoration d'expériences et prévisions d'activités préparatoires à leurs réalisations, visionnage de vidéos, des sites Internet dédiés aux activités dangereuses)
 - 5 Investissement de l'activité dangereuse plus que tout autre activité (amis partageant le même attrait pour le danger). Abandon ou réduction d'activités sociales, de loisirs
 - 6 A été victime d'accidents, blessures physiques nécessitant une consultation médicale ou une hospitalisation, imputées aux conduites dangereuses
 - 7 Après avoir eu un accident, une blessure physique liée à ses activités dangereuses, l'individu recherche à nouveau à les pratiquer
 - 8 Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes physiques, psychologiques ou sociaux consécutifs aux comportements dangereux. Négligence des avis contraires (familiaux, médicaux, professionnels)
 - 9 Commet des actes illégaux, des conduites transgressives vis-à-vis des interdits (par exemple, usage de toxiques, actes délictueux routiers, etc.), pour pratiquer son ou ses activités dangereuses
 - 10 Difficultés ou conflits avec la famille, les amis ou collègues liés à son ou à ses activités dangereuses
 - 11 Ment à son entourage (conjoint, parents, famille, amis, collègues...) pour dissimuler l'ampleur réelle de ses prises de risques
 - 12 Prend des risques pour échapper aux difficultés psychoaffectives ou pour soulager une humeur anxio-dépressive
 - 13 Symptômes de sevrage : agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique de son ou de ses activités dangereuses
 - 14 Atténuation ou disparition des symptômes de sevrage à la reprise de son ou de ses activités à risques
 - 15 Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité de la prise de risque ou de la fréquence du comportement dangereux (repousse le seuil de sécurité pour atteindre l'état d'excitation désiré)
- F Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée

Des conduites à risques aux assuétudes comportementales : le trouble addictif au danger, G. Michel et al, Psychologie française, 2010

Les progrès accomplis dans le champ des neurosciences au cours des dix dernières années, ont été à l'origine de découvertes majeures sur la **maturation cérébrale** à l'adolescence. Contrairement au corps qui atteint sa taille et son morphotype adulte, le cerveau de l'adolescent n'a pas fini sa maturation qui se poursuit bien au-delà de la période d'adolescence. L'immatunité touche avant tout le cortex préfrontal dévolu aux fonctions exécutives qui permettent de contenir et d'intégrer les mouvements émotionnels. Le décalage entre la puberté qui survient de manière toujours plus précoce et la maturation cérébrale qui suit une chronologie incompressible basée sur l'expérience, est à l'origine d'une **désynchronisation** entre l'émergence pubertaire des mouvements émotionnels, de la recherche de sensations et la capacité de les contenir par un cortex préfrontal parvenu à maturation. Cette désynchronisation pourrait favoriser le recours à l'agir [35].

Nous pouvons décrire un **continuum** allant de la prise de risque, sinon banale du moins fréquente à cet âge, à la conduite dangereuse en passant par les équivalents suicidaires pour aboutir aux tentatives de suicide proprement dites [36].

3. La tentative de suicide de l'adolescent

Le comportement suicidaire est une des conduites les plus significatives de l'adolescence. D'abord dans la majorité des pays industrialisés, le suicide est une des premières causes de mortalité de l'adolescent et l'explosion de la prévalence des tentatives de suicide avec l'entrée dans la puberté sépare sur ce point l'adolescence de l'enfance. Ensuite, le comportement suicidaire révèle les questions essentielles de la psychopathologie de l'adolescent [6].

a) Quelques définitions

L'OMS décrit le suicide comme « un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement ou en espère l'issue fatale ». Nous pouvons nous demander si cette définition est bien applicable aux gestes de l'adolescent.

Le **suicide** est l'acte par lequel une personne se donne volontairement la mort. On pourrait parler de « meurtre de soi-même » puisque étymologiquement, le verbe se suicider vient du latin *cidium*, meurtre (*caedere*, tuer, comme dans homicide) et *sui* de soi-même.

La **tentative de suicide** (TS) ou **d'autolyse** (TA) est un comportement visant à se donner la mort, sans y parvenir.

On appelle **suicidés** les sujets qui se sont volontairement donnés la mort, **suicidaires** ceux qui présentent des idées de suicide sans être passés à l'acte et **suicidants** ceux qui ont mis en acte leurs idées suicidaires, sans que cette tentative de se donner la mort ait abouti.

La **crise suicidaire** est la période pendant laquelle une personne est en proie à une intense souffrance psychique, dont elle ne sait pas comment sortir et qui peut aboutir à un geste suicidaire [37].

Les **idées suicidaires** sont des processus de pensée par lesquels un adolescent peut être plus ou moins envahi : il pense qu'il pourrait se donner la mort et cela peut aller jusqu'à la construction imaginaire d'un scénario suicidaire, mais n'inclut pas nécessairement un passage à l'acte. Même si elles sont fréquentes à l'adolescence, il convient de ne pas les banaliser.

Les **conduites suicidaires**, quant à elles, correspondent à un ensemble de comportements 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 **suicidalité** renvoie aux idéations suicidaires actives (penser à vouloir mettre fin à sa vie) et passives (désir d'être mort) et aux conduites suicidaires [38].

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.

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. C'est de cette issue, de la capacité qu'aura eue l'adolescent « de survivre » à cette confrontation avec la mort, que va dépendre le devenir psychique du futur adulte [11].

b) Quelques données épidémiologiques

En France et dans la plupart des états européens, le suicide est la **deuxième cause de mortalité** chez les 15-24 ans. La fréquence des récurrences est importante (30 à 50 % la première année) et la gravité du geste suicidaire augmente au fur et à mesure des récurrences (10 à 15 % des suicidants finissent par se tuer).

Bien que globalement le taux de suicide en France ait baissé de 20 % en 25 ans, tous âges confondus, la France reste l'un des pays d'Europe de l'Ouest où la mortalité par suicide, tous âges confondus, est la plus forte.

La fréquence des tentatives de suicide, quant à elle, est probablement sous-estimée : elle serait au moins 30 fois supérieure à celle des suicides. Environ 7 % des adolescents scolarisés (de 11 à 19 ans) ont fait une tentative de suicide durant leur vie et près de 30 % déclarent avoir souvent des idées suicidaires. En 2005, l'INSERM relevait une augmentation des tentatives de suicide chez les 15-24 ans (40.000 par an) et un rajeunissement des sujets « suicidants ». Entre 2005 et 2007, chez les 15-24 ans, environ 19 000 séjours/an ont été comptabilisés dans les unités de médecine-chirurgie-obstétrique, majoritairement les unités de pédopsychiatrie, pour tentative de suicide, sachant que la majorité des adolescents suicidants n'est pas hospitalisée [39].

Concernant **le sexe**, l'idéation, la planification et la tentative de suicide sont prédominantes chez les adolescentes avec un sex-ratio d'environ 2,5, alors que le suicide est environ 4 fois plus fréquent chez les garçons. Le taux national moyen est de 145 tentatives de suicide pour 100 000 habitants, mais peut atteindre près de 600/100 000 chez les jeunes filles de 15-19 ans [40].

Chez les 15-24 ans, les **moyens utilisés** pour se suicider sont le plus souvent violents, principalement pendaison, armes à feu ou précipitation, en particulier chez les garçons. Les filles, en dehors de la pendaison, ont souvent recours à l'intoxication médicamenteuse et à la précipitation d'un lieu élevé. Les moyens les plus employés pour les tentatives de suicide sont les médicaments (80 à 90 % des cas), et les phlébotomies (environ 10 % des cas). Une prise d'alcool peut être associée. Les médicaments (le plus souvent dérivés du paracétamol et psychotropes) sont en général ceux de l'armoire à pharmacie familiale. Il semble que la proportion de passages à l'acte violents chez les filles tende à augmenter.

Le Limousin est la 2ème région la plus touchée par le suicide derrière la Bretagne (2ème chez les hommes ; 7ème chez les femmes). Une enquête menée sous l'égide du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), confiée à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) du Limousin, conduite en collaboration avec les services de santé scolaire du Rectorat et des Inspections Académiques porte sur 2100 élèves de 13 à 19 ans fréquentant 36 collèges et lycées de la région. Les résultats montrent que 8,5 % des élèves de 13 à 19 ans déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (proportion pratiquement deux fois plus élevée chez les filles que chez les garçons), 2,5% déclarent en avoir fait plusieurs, tandis que 2 % déclarent avoir été hospitalisés pour cela. Et contrairement aux recommandations de la Haute Autorité de la Santé, la majorité des adolescents n'est pas hospitalisée après une tentative de suicide [39] [41].

L'OMS a publié en 2014 son premier rapport sur le suicide rassemblant les connaissances acquises sur le sujet, ayant pour objectif d'encourager les pays à développer ou à renforcer leurs stratégies de prévention du suicide [42].

c) Facteurs de risque de tentative de suicide

Bien qu'aucun test spécifique ne permette d'identifier une personne suicidaire, des marqueurs de risque suicidaire sont identifiés mais doivent être interprétés avec prudence, car ils sont fréquents. De plus, l'absence de marqueurs de risque n'exclut pas qu'un adolescent puisse passer à l'acte [43].

(1) Facteurs de risque individuels

✓ Antécédent de tentative de suicide (TS)

Parmi les adolescents ayant effectué une tentative de suicide, on en retrouve en moyenne 25 % pour qui il s'agit d'une récurrence. Ainsi, le facteur de risque le plus puissant est représenté par l'existence d'une TS antérieure. Dans ce cas le risque est multiplié par 30. Inversement, parmi les jeunes qui ont effectué une TS, le taux de récurrence concerne de un quart à un tiers des sujets. En outre, ce taux de récurrence est lié à l'âge : plus le suicidant est jeune, plus le risque de récurrence est élevé [44]. Cette dimension de récurrence est donc très marquée à l'adolescence.

✓ **Vulnérabilité interne**

L'adolescent suicidant présente généralement une plus grande fragilité narcissique, avec un besoin de réassurance de la valeur de soi. De plus, les mécanismes de défense ne sont pas suffisamment organisés ce qui entraîne une faiblesse supplémentaire du Moi. Lorsque l'espace psychique interne est débordé par les conflits avec la réalité externe, lorsque la massivité des affects se heurte à la rigidité des mécanismes de défense, le passage à l'acte vient alors remplacer l'élaboration et l'intériorisation de ces conflits dans l'espace psychique interne [43].

✓ **L'angoisse**

Le moment suicidaire survient souvent dans un contexte de montée envahissante de l'angoisse dans les heures ou jours qui précèdent l'acte suicidaire. Cette angoisse vient faire effraction dans l'espace psychique interne fragilisé [19] et devient impossible à contenir et à mentaliser. Cet échec de mentalisation de l'angoisse empêche la mise en œuvre de manœuvres adaptatives, et vient rendre alors intolérable la réalité dans laquelle l'adolescent se trouve, ne lui laissant entrevoir d'autres solutions que le passage à l'acte suicidaire.

✓ **Pathologie psychiatrique**

Un **trouble dépressif** est retrouvé chez 49 à 64 % des suicidants. La présence d'un tel trouble multiplie d'un facteur de 11 à 27 le risque de TS par rapport à la population générale [45]. Cette dépression à l'adolescence reste pourtant parfois difficile à mettre en évidence, sa symptomatologie étant différente de celle de l'adulte. Elle se manifeste plus souvent dans le comportement ou dans le corps.

L'**abus de substances toxiques** est un facteur de risque en particulier chez les garçons et les adolescents les plus âgés. Les **troubles des conduites** sont retrouvés chez un tiers des adolescents suicidants. En revanche, les **troubles bipolaires** et la **schizophrénie** n'apparaissent pas, à l'adolescence, comme des facteurs probants car peu diagnostiqués.

Nous évoquerons également les **fonctionnements limites** durant l'enfance qui méritent une attention particulière ainsi qu'un symptôme, qui peut être étroitement associé à ces fonctionnements limites mais qui peuvent aussi évoluer indépendamment, à savoir les **automutilations**. 20 à 25 % des personnes qui se sont automutilées déclarent avoir commencé avant l'âge de 12 ans. Ces comportements apparaissent comme de puissants signaux d'alarme d'un risque suicidaire ultérieur ou autrement dit pour certains comme un ultime rempart (voire comme un geste antisuicide) avant un passage à l'acte suicidaire [46].

✓ **Distorsions cognitives et traits de personnalité**

Tous les auteurs relèvent l'importance du sentiment de **désespoir** [47], mais le lien évident avec la dépression rend difficile l'appréciation du poids spécifique de ce facteur. Les jeunes suicidants sont souvent confrontés à des difficultés relationnelles et semblent faire preuve d'une faible compétence pour résoudre les problèmes interpersonnels [45], ce qui témoigne d'une incontestable **vulnérabilité relationnelle**. Les comportements agressifs et impulsifs représentent un facteur de risque.

✓ **Facteurs biologiques**

L'hypothèse d'un **dysfonctionnement du système sérotoninergique** fait l'objet de nombreuses études dans la population des suicidants et des suicidés adultes. Selon l'hypothèse de Mann et al. [48], cette dysrégulation de la sérotonine serait un facteur biologique de prédiction d'une **réponse impulsive à un stress** et prédisposerait en cela au suicide ou au geste suicidaire. Compte tenu de la fréquente composante impulsive observée chez les adolescents suicidaires, il serait certainement pertinent d'approfondir cette hypothèse par des recherches ciblées. Askenazy et al. ont d'ailleurs montré que les adolescents qui présentaient des conduites suicidaires récurrentes avaient majoritairement des traits impulsifs et anxieux. Les adolescents qui ont effectué une seule tentative de suicide sans gravité particulière n'avaient ni trait impulsif, ni trait anxieux [49].

(2) Facteurs de risque environnementaux

✓ **Évènements de vie stressants**

Échecs relationnels, en particulier rupture sentimentale, problème avec la justice, conflits avec les proches, surtout les pairs pour les adolescents les plus âgés, tous ces événements sont associés à un risque plus grand de suicide ou de TS.

Le nombre et la nature des événements de vie ont un impact considérable sur le risque de passage à l'acte suicidaire. La survenue de ces événements de vie modifie les préoccupations des adolescents. Certaines de ces préoccupations sont aussi associées à une majoration du risque de passage à l'acte suicidaire [39].

✓ **Violence physique, maltraitance, abus sexuels**

Il existe une corrélation positive entre maltraitance dans l'enfance et conduite suicidaire. Les **comportements familiaux violents**, que l'adolescent en soit la victime directe ou qu'il y soit exposé (assister à des scènes de violence entre les parents, voir un frère ou une sœur être maltraité) sont corrélés avec le geste suicidaire [50] [51]. Les antécédents d'abus sexuel ont fait l'objet de nombreuses études. Deux d'entre elles ont cherché à contrôler les facteurs très fréquemment associés [52] [53]. Après correction, il persiste une augmentation de la suicidalité chez les jeunes qui ont des antécédents d'abus sexuels. Certains auteurs insistent sur le « **climat incestuel familial** » plus que l'abus sexuel proprement dit [3].

Des expositions répétées au stress durant l'enfance favoriseraient une **dérégulation de l'axe du cortisol**, favorisant le développement d'une plus grande vulnérabilité anxieuse et dépressive, une vulnérabilité aux addictions et aux troubles des conduites alimentaires, un plus grand risque suicidaire et un risque de psychotraumatisme [39].

✓ **Facteurs socio-économiques**

Un faible niveau socio-économique pourrait représenter un facteur de risque mais les résultats dépendraient de la prise en compte des facteurs associés et pour de nombreux auteurs, le **statut socio-économique ne semble pas être corrélé avec le comportement suicidaire** [43].

✓ **Scolarité**

Des difficultés scolaires, un échec scolaire et plus encore une rupture avec la scolarité sont d'incontestables facteurs de risque, car déterminants de l'avenir social de l'adolescent. Mais là encore, habituellement associés aux autres facteurs précédemment cités [43].

✓ **Exposition au suicide ou aux tentatives de suicides**

L'exposition au suicide, dans le cadre « **d'épidémies de comportement** », a été reconnue comme étant à risque d'engendrer des comportements suicidaires [54]. Ce facteur semble assez spécifique aux adolescents et jeunes adultes, l'impact de la « contagiosité » semblant s'atténuer, voire disparaître, chez les plus de 24 ans. Des « épidémies de suicides ou de TS » sont régulièrement rapportées chez les adolescents vivant en **collectivité** (ce qui est le cas de la grande majorité des jeunes ne serait-ce qu'au travers de la fréquentation d'un établissement scolaire). Le risque de passage à l'acte suicidaire est d'autant plus grand que l'adolescent avait des liens de proximité affective avec la précédente victime. Certains auteurs ont également évoqué l'**impact des médias** [45].

(3) Facteurs de risque familiaux

Notre travail s'intéresse plus particulièrement à cette catégorie de facteurs de risque.

✓ **Antécédents familiaux de suicide ou de tentative de suicide**

Le risque de suicide de l'adolescent est multiplié par 5 en cas de décès de la mère par suicide et par 2 en cas de décès du père par suicide [55]. McGuffin et al., dans une méta-analyse qui prend en compte les éventuelles pathologies parentales associées, considèrent que le suicide parental multiplie par un facteur 2 le risque de suicide chez l'adolescent [56].

✓ **Psychopathologie parentale**

Des taux élevés de psychopathologie parentale sont retrouvés en cas de suicide, d'idées suicidaires et de tentative de suicide chez l'adolescent [57] [58]. Dépression et abus de substances toxiques sont les troubles les plus représentés.

✓ **Divorce parental**

La corrélation avec le divorce et la séparation parentale, souvent retrouvée et soulignée, est grandement atténuée si on prend en compte d'une part la psychopathologie parentale associée, d'autre part les facteurs de risque psychosociaux [50] [59].

✓ **Relations parents/adolescent**

Une relation conflictuelle, tendue, entre l'adolescent et ses parents apparaît comme un facteur de risque qui cependant s'associe souvent aux troubles psychopathologiques de l'adolescent ou des parents. Après ajustement des variables, la pauvreté des relations adolescent/parents et le sentiment d'insatisfaction exprimé conserve une valeur péjorative [60].

Nous mentionnerons également la **part et le poids des gènes** ou en d'autres termes la part d'une **vulnérabilité génétique** dans les dysfonctionnements neurobiologiques potentiellement impliqués. Dans son rapport sur le suicide de l'enfant, Cyrulnik décrit une vulnérabilité émotionnelle acquise au cours des interactions précoces par une association entre une attitude génétique et une structure d'environnement [61]. La structure de l'environnement précoce constitue un puissant organisateur de l'expression génétique. Certains gènes ou structures semblent ainsi plus particulièrement impliqués dans l'organisation d'une vulnérabilité émotionnelle, qui elle-même pourrait exposer l'enfant au geste suicidaire. Il est mentionné dans la littérature l'implication des allèles du gène transporteur de la sérotonine, des lobes préfrontaux (fonction inhibitrice) ou bien encore du système limbique (gestion des émotions), lui-même sous le contrôle des lobes préfrontaux. En complément de la génétique, mentionnons également la **place des hormones** et plus particulièrement du phénomène pubertaire. Au-delà de la pulsionnalité hormonale inhérente à ce phénomène et pouvant majorer l'agressivité (dont celle retournée contre soi) et l'impulsivité (facilitatrice du passage à l'acte), et influencer sur la thymie, la puberté met également à l'épreuve des constructions précaires au risque de voir leur équilibre fragile se rompre. Les questions des modifications corporelles, de l'estime de soi, des liens à l'autre, voire du désir de l'autre ou bien encore le spectre de l'autonomisation (l'aventure sexuelle et l'aventure sociale) semblent constituer autant de dangers pour qui appréhende de les affronter [46].

Plusieurs auteurs ont constaté un profil différent chez les adolescents suicidaires en fonction du **sexe** [62] [63]. Dans l'ensemble, les garçons suicidaires présentent une surmorbidity psychologique (nervosité, dépressivité, crises de larmes, problèmes de sommeil) et fonctionnelle (spasmophilie, malaise), une augmentation de consommations de produits psychotropes, d'alcool (ivresse) et de produits illicites. Ces traits les différencient nettement des garçons non suicidaires. Les garçons suicidaires se rapprochent de la population féminine générale sur certains traits (signes d'allure dépressive, troubles fonctionnels). En outre, ils ont plus souvent que les filles suicidantes, des problèmes scolaires: redoublement, situation d'échec scolaire. Selon Gasquet et Choquet: « Ces résultats suggèrent donc que la plus grande gravité des tentatives de suicide des garçons n'est pas seulement liée à la différence des moyens utilisés pour se suicider, mais est due également à des différences psychopathologiques ». Les conduites associées à la tentative de suicide chez le garçon témoignent d'un « profil dépressif » plus marqué que chez les filles suicidaires.

Une fois les **facteurs pré-disposants** suffisamment agencés, les **facteurs protecteurs** inopérants ou dépassés, la survenue de facteurs précipitants contribue à ce que le geste suicidaire advienne. Les conflits interpersonnels et les difficultés relationnelles restent un puissant inducteur de tentative de suicide chez les 13-24 ans [64].

d) *Psychopathologie et sens des tentatives de suicide de l'adolescent*

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 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 [25].

Problème majeur de santé publique, les tentatives de suicide constituent une des conduites pathologiques les plus caractéristiques de l'adolescence. Souvent effectuée dans un contexte d'impulsivité ou de passage à l'acte (posant alors de façon caricaturale la question de l'intentionnalité), témoignant d'une agressivité se retournant contre le sujet lui-même, ayant des liens importants avec la dépression, survenant dans une dynamique familiale perturbée, brouillant le cadre nosographique habituel, posant de difficiles questions de prise en charge, évoluant volontiers vers une récurrence, la tentative de suicide d'un adolescent est à la fois un acte individuel mais aussi un **geste social** qui interroge le cadre environnemental du sujet. Acte binaire en apparence (il est ou il n'est pas), il suscite souvent des explications en termes de causalité linéaire alors même que ses déterminants sont multiples et que ce geste est toujours polysémique. Suscitant chez l'adulte des contre-attitudes volontiers négatives (« comment un jeune qui a la vie devant lui peut-il ainsi la gaspiller ? »), la tentative de suicide met en cause le sens même de la fonction médicale, ce qui explique peut-être aussi que le geste suicidaire ait toujours été, pour la médecine, difficile à comprendre [43].

D'après la littérature, il n'y a pas de psychopathologie spécifique de la tentative de suicide [6] [65] [66], même si certains auteurs soulignent la fréquence du lien avec une **psychopathologie sous-jacente** [37]. Actuellement, il est admis que le déterminisme des tentatives de suicide est régi autant par des facteurs environnementaux que par des facteurs psychopathologiques, la dépression se trouvant au premier plan des facteurs de risque psychopathologiques de l'adolescence [67].

L'**intentionnalité suicidaire** a souvent été remise en cause devant la dimension d'impulsivité et d'absence de réflexion apparente qui entourent souvent le geste [25]. Il n'y a pas de corrélation entre la gravité somatique de l'acte suicidaire et l'intentionnalité suicidaire, la gravité des perturbations psychopathologiques et le risque de récurrence ultérieure [68]. Appliqué à la clinique des adolescents, nous retrouvons parmi leurs gestes suicidaires, une plus grande fréquence des valeurs de fuite, d'appel, de chantage ou encore de jeu [69]. Le critère de désir de mort n'est pas aussi facile à déterminer qu'il y paraît [25]. Nous constatons souvent que le discours de l'adolescent suicidant concernant la valeur de sa tentative de suicide évolue. Interrogé dans les premières heures suivant 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 [67]. Cette amélioration symptomatique dans les jours ou semaines après une tentative de suicide chez les adolescents est souvent liée à une apparente mobilisation de l'environnement et à l'effet apaisant du passage à l'acte et de l'hospitalisation.

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 admis que l'impulsivité associée à la propension au passage à l'acte propre à l'adolescence comme nous l'avons vu précédemment, explique, au moins en partie, le passage à l'acte suicidaire. La tentative de suicide survient quand l'adolescent se trouve dans une incapacité à **contenir le débordement émotionnel** et dans un **dépassement** de ses capacités de **représentations mentales**, l'amenant à avoir recours au passage à l'acte. La fonction de ce symptôme « tentative de suicide » est d'extérioriser la souffrance psychologique et a, au début, valeur d'**auto-thérapie** en protégeant l'adolescent contre l'angoisse et les affects dépressifs [70].

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 [20]. 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 [19]. 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.

La tentative de suicide paraît se situer comme « l'exécution d'un geste dangereux, réalisé dans une perspective plus ou moins claire d'autodestruction » mais qui peut se solder par la mort. Comme a pu le dire Philippe Jeammet, « la destructivité comme créativité du pauvre, c'est-à-dire de celui qui se sent impuissant. Avant de s'effondrer, de disparaître, un acte de vie, prométhéen en quelque sorte, reste toujours possible: détruire. » [71]

Le comportement suicidaire révèle les questions existentielles de la psychopathologie de l'adolescent. Premièrement, en disant « je veux mourir », le suicidant renvoie au questionnement existentiel propre à tout adolescent qui se confronte au monde extérieur et prend conscience de l'**absurdité de son face à face avec le monde**. Deuxièmement, la dimension d'**impulsivité** du geste suicidaire soulève le problème fondamental à cet âge de la prédominance des conduites agies sur les conduites mentalisées. Troisièmement, par le désir de destruction des images internes et le contexte dépressif qui l'entoure, le geste suicidaire représente un **échec « du travail de deuil »**, de déplacement des investissements propres à l'adolescence. Quatrièmement, par l'attaque directe du corps, il illustre la remise en question complète du rapport qu'entretient l'adolescent avec **son corps**. Finalement, par la pression sur autrui qu'implique le geste suicidaire, par la réponse que l'adolescent attend de l'adulte, ses parents en tout premier lieu, la tentative de suicide doit être comprise comme un **mode de communication**, un geste ultime et parfois désespéré de maintenir ou de rétablir une relation aux autres, souvent malmenée jusque-là [36].

Les aspects relationnels dans l'explication d'un processus suicidaire sont si fondamentaux que le geste suicidaire est souvent considéré comme « une **pathologie de la relation** » [72].

Depuis de nombreuses années, des auteurs ont cherché à identifier des facteurs de risque de tentative de suicide chez l'adolescent. Wenz en 1979, a décrit des **variables sociologiques** ayant une forte **corrélation avec le comportement suicidaire de l'adolescent**. Il a identifié huit paramètres, statistiquement significatifs, qui sont par ordre de fréquence décroissante: les contacts sociaux avec les pairs, les conflits avec les parents, une rupture sentimentale, le statut économique des parents, les problèmes de communication avec les parents, les performances scolaires, la présence de beaux-parents, les foyers brisés [73]. Nous remarquons dans ces variables l'importance de paramètres en relation avec le **milieu familial**.

La tentative de suicide peut dans un certain nombre de cas être une « **tentative de langage** » au sein de la cellule familiale, l'adolescent testant la possibilité qu'il a d'exister au sein d'une famille [74].

En effet, au plan communautaire, la tentative de suicide semble de plus en plus souvent devenir un **langage social** entre les mains de l'adolescent qui revendique par ce geste une place de victime et cherche plus ou moins ouvertement à assujettir la réalité à ses exigences. Le discours social sur la tentative de suicide est bien évidemment entendu par les adolescents et semble produire un incontestable effet iatrogène, c'est du moins ce que l'observation clinique paraît montrer par la multiplication de ces situations aux urgences hospitalières [43].

L'enjeu, au-delà de complications physiques, est celui du **pronostic psychique**, tant par rapport à un risque de récurrence suicidaire, à un risque d'aggravation de la psychopathologie que par rapport à un risque pour le développement psychique de l'adolescent, et sa capacité à construire son identité d'adulte [75].

A travers le suicide, il est bien question de mort, de souffrance, de revendication existentielle et d'aspiration à l'**apaisement durable des tensions**. Mais, quelles que soient les raisons qu'il se donne, le sujet « ignore » tout à la fois ce qu'il fuit et ce qu'il vise à travers son geste. Se tuer ou tuer l'autre en soi ? En finir avec la vie ou avec sa dépendance affective ? Cesser d'être ou mourir pour exister davantage mort que vivant ? Se libérer d'une emprise aliénante ou se fixer à jamais dans les souvenirs de ceux qu'il prétend quitter ? [3]

Enfin, il semble important de garder à l'esprit qu'un jeune qui fait une tentative de suicide, c'est d'abord et avant tout un jeune qui veut vivre...mais autrement ! Créer les conditions de ce changement, que celui-ci concerne directement l'individu, son cadre familial ou environnemental, nécessite une **évaluation approfondie** de chaque situation.

Nous ne pouvons pas parler d'adolescents sans évoquer leur environnement familial qui semble particulièrement acteur dans le processus de tentative de suicide.

B. L'environnement familial

L'histoire de tous les enfants commence par celle de leurs parents.

L'adolescent existe dans son environnement et plus particulièrement dans un contexte relationnel dont le plus proche est sa famille. L'adolescence d'un individu vient jouer un rôle de **perturbateur** dans la famille, et le système familial est **déséquilibré**. Il y a alors une nécessité de mobilisation de tous ses membres qui ont eux-mêmes à **évoluer** et à **s'adapter** au développement de l'adolescent. Il ne peut se produire de changements et d'évolution dans la dynamique familiale sans conflits. Les ressources familiales sont très importantes dans l'accompagnement de l'adolescent, et notamment de l'adolescent suicidant.

Les **dysfonctionnements familiaux** ont une part active plus ou moins grande, en fonction de chaque famille, dans la genèse de la tentative de suicide de l'adolescent ou au moins dans l'incapacité à freiner l'évolution vers la tentative de suicide.

Déjà en 1980, une étude sur les fonctionnements familiaux d'adolescents suicidants avait mis en évidence certaines caractéristiques récurrentes de familles d'adolescents suicidants, à savoir une incapacité des parents à servir de **contenants aux émotions** et aux **conflits de l'adolescent**, une **réaction inadéquate** aux menaces suicidaires, une **incapacité à communiquer** et à partager avec l'adolescent, et une **projection à l'extérieur** de la cellule familiale de la cause de la tentative de suicide [76]. Il importe donc de rechercher dans l'environnement des adolescents suicidants, les facteurs ralentissant ou facilitant la détermination suicidaire, et la **capacité d'évolution et de changement** de chaque individu et famille.

Comme retrouvé dans l'étude de Salimi avec une population d'adolescents et d'enfants marocains, les facteurs de risque environnementaux sont fortement corrélés aux tentatives de suicide. Ces facteurs de risque sont essentiellement représentés par les perturbations du fonctionnement familial [77].

La 5^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le **DSM 5**, inclut une partie traitant des problèmes relationnels et notamment sur des problèmes liés à l'éducation familiale. Le code CIM-10, Z62.820 désignant le problème relationnel parent-enfant, est utilisé lorsque le motif de consultation concerne la qualité de la relation parent-enfant ou lorsque la qualité de la **relation parent-enfant** affecte l'évolution, le pronostic ou le traitement d'un trouble mental ou d'une autre affection médicale. Typiquement, le problème relationnel parent-enfant est associé à une altération du fonctionnement dans les domaines comportementaux, cognitifs ou affectifs. Les problèmes comportementaux comprennent l'inadéquation du contrôle, de la supervision et de l'implication parentales, la surprotection parentale, la pression parentale excessive, les disputes qui évoluent vers des menaces de violence physique et l'évitement sans résolution des problèmes. Les problèmes cognitifs comprennent le fait d'attribuer des intentions négatives à autrui, l'hostilité envers l'autre ou le fait de faire de l'autre un bouc émissaire, et les sentiments injustifiés de mise à distance. Les problèmes affectifs comprennent des sentiments de tristesse, d'apathie ou de colère envers l'autre personne dans la relation [78].

L'**autonomisation** qu'impose l'adolescence implique des modifications du fonctionnement familial qui s'avèrent, dans certaines familles, intolérables.

1. Le processus de séparation-individuation

Entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence se caractérise par un **processus de maturation** qui donne à l'individu la possibilité d'acquérir l'ensemble des éléments lui permettant de s'autonomiser par rapport à sa famille d'origine. Ces éléments sont d'ordre psychologique, économique, professionnel et culturel [79]. La qualité du processus de séparation-individuation à la fin de l'adolescence est en relation avec le développement intrapsychique du jeune mais elle dépend aussi de l'ensemble des **interactions dans le système familial** [80]. L'adolescence, crise individuelle, correspond aussi à une **crise familiale**, transition entre deux phases du cycle de vie de la famille. Nous assistons alors à un phénomène de coévolution de la famille entière. C'est une période où la structure et les interactions familiales se modifient : l'asymétrie adulte-enfant va progressivement disparaître, les distances et les frontières interpersonnelles vont s'affirmer, afin de préserver l'intimité de chacun. L'individuation ne pourra se faire que si les modifications des relations intrafamiliales s'accompagnent d'un **sentiment persistant de filiation et de loyauté** par rapport à ses parents et à son histoire familiale. Ladame décrit d'ailleurs cette période critique comme « l'apparition d'un je au sein d'un nous », ce qui nous amène à situer l'individuation **entre appartenance et séparation** [81].

La famille est supposée être un **système actif** en transformation constante, un organisme complexe qui au cours du temps se modifie afin d'assurer la continuité et la croissance psychosociale de ses membres [82]. Ce processus entre continuité et croissance permet à la fois le développement de la famille comme ensemble et la différenciation des individus. Le besoin de **différenciation**, la possibilité pour chacun d'exprimer son soi individuel se combine alors avec le besoin de **cohésion** et de **conservation** de l'unité du groupe.

L'adolescent apprendra à se séparer dans un **climat de sécurité** et à devenir un individu pourvu d'une identité différenciée. Comme a pu le dire Bowen, c'est le **sentiment de confiance** de l'enfant en sa mère, puis de l'enfant en sa famille, puis de l'enfant en lui-même et le sentiment de confiance de la famille en l'enfant qui permettra le mouvement de différenciation et de séparation menant à l'individuation [83]. On ne peut se séparer que de ce à quoi on a été lié.

Les expériences de séparation-union permettent de valider la possibilité pour l'adolescent de pouvoir partir et réintégrer le groupe familial sans sentiment de culpabilité ou de trahison et sans se sentir rejeté par sa famille [82]. Les conduites d'opposition, la rébellion des adolescents face à leurs parents peuvent alors être vues comme des moyens utilisés pour **tester la nature et la solidité du lien conjugal des parents** : sont-ils assez unis pour survivre au départ du jeune ? Ainsi, chaque individu doit devenir de moins en moins essentiel au fonctionnement de sa famille d'origine pour pouvoir s'en séparer et constituer à son tour, en y assumant des fonctions différentes, un nouveau système.

Selon Bowen, les capacités d'autonomisation d'un individu sont en lien avec son niveau de **différenciation du soi**, qu'il définit comme « le degré de fusion ou de différenciation de son fonctionnement émotif et de son fonctionnement intellectuel ». Pour lui, ce concept se situe dans un contexte de transmission multigénérationnelle où **l'empreinte familiale** serait si déterminante que le degré individuel d'autonomie d'un sujet pourrait être prévu en partie en se fondant sur le degré de différenciation des parents et sur le climat émotionnel de la famille d'origine. Il considère la famille comme un système émotif dont les modalités relationnelles reproduisent, dans une certaine mesure, celles existantes dans les générations précédentes. Ainsi, **les capacités d'individuation de l'adolescent seraient liées en partie au niveau d'individuation de chacun de ses parents**. Seuls les parents qui ont une identité propre et qui ont réussi leur processus d'individuation, pourraient permettre à leurs enfants de réussir le leur. La manière dont les parents ont vécu leur propre adolescence et la séparation d'avec leur famille d'origine, influencera la manière dont leurs enfants pourront les vivre à leur tour [83].

a) *Echec du processus de séparation-individuation : adolescence symptomatique*

Le processus de séparation-individuation peut apparaître comme **une menace pour l'unité familiale**. La panoplie symptomatique de l'adolescence (troubles des conduites, troubles addictifs, tentative de suicide, échecs scolaires, troubles des conduites alimentaires, etc.) peut alors être vue comme autant d'**opportunités** pour le jeune adulte et sa famille **de ne pas se séparer**. Les troubles sont alors des réponses plus ou moins adaptées du jeune lorsqu'il est pris dans un fonctionnement familial lui interdisant une autonomie pourtant nécessaire. La séparation devient impossible du fait du comportement de l'adolescent indiquant à quel point il est incapable de se prendre en charge mais réussissant à ce prix à préserver l'unité familiale [80]. Ausloos définit le **symptôme** à l'adolescence comme un **compromis paradoxal** résultant d'une incompatibilité entre les finalités individuelles et les finalités familiales. Les symptômes développés visent alors à éviter les changements, à maintenir l'**homéostasie familiale** tout en tirant une sonnette d'alarme. Ils sont tout à la fois tentatives de **prise d'indépendance** et **garants du lien** [84]. En effet, l'individuation de l'adolescent peut être synonyme de destruction du système lorsque ce dernier est dysfonctionnel, qu'il ne peut se modifier et que le rôle du jeune est de maintenir sa stabilité. Elle devient parfois une menace partagée si terrifiante que le système dépense toute son énergie à la retarder, à l'entraver, à l'empêcher voire à l'interdire comme « pour figer le temps dans une phase spécifique et rassurante du cycle de la vie » [85].

Les conditions familiales nécessaires au bon déroulement du processus de l'adolescence seraient [86] :

- ✓ une **frontière clairement définie** entre les générations, nécessaire à la fonction contenante ;
- ✓ une distinction nette entre la **fonction parentale** et la **fonction conjugale**, de telle sorte que l'adolescent ne soit pas amené à prendre parti dans les conflits du couple ;
- ✓ des **rôles nettement différenciés** entre la mère et le père, caractérisés par des frontières interpersonnelles bien délimitées.

Des dysfonctionnements au niveau des frontières intergénérationnelles peuvent avoir un retentissement négatif sur le processus de séparation-individuation. Notamment des frontières trop diffuses, comme dans les **familles enchevêtrées ou fusionnées**, favoriseraient un **déficit d'individuation**. L'autonomisation est entravée par l'enchaînement au système familial, la séparation est impossible, la sécurité de base et les satisfactions fondamentales ne peuvent être obtenues que dans la famille. Le système maintient ce processus d'hypo-individuation en évitant l'établissement de relations extrafamiliales : pour que le jeune reste dépendant et impliqué dans sa famille, les **frontières** autour du noyau familial vont devenir **imperméables**. A l'inverse, l'**hyper-individuation** au niveau du système familial se caractérise par un repli vers des positions rigides, défensives, isolées avec rupture de la communication et de la relation. On parle de **familles désengagées ou détachées** aux frontières non étanches et au fonctionnement centrifuge. Les difficultés

d'autonomisation sont en lien avec la faiblesse du sentiment d'appartenance et l'instabilité des rôles parentaux [81].

Des difficultés dans le processus de séparation-individuation peuvent aussi être liées à l'existence de **frontières floues** entre couple parental et couple conjugal, généralement associée à un même flou au niveau des frontières intergénérationnelles [87]. L'autonomisation de l'adolescent confronte les parents à la dyade conjugale et peut être source de perturbations importantes du système familial, notamment si l'adolescent en question a été investi du rôle de ciment du couple conjugal. Ainsi, la menace que l'adolescent se détache de la famille peut révéler des **difficultés conjugales** qui peuvent, dans certains cas, aller jusqu'à la séparation parentale. En dysfonctionnant, l'adolescent recentre les difficultés sur lui, les problèmes du couple parental masquent alors les problèmes du couple conjugal.

b) Echec du processus d'individuation et passages à l'acte suicidaire de l'adolescent

Comme nous l'avons déjà évoqué, de nombreuses conduites symptomatiques à l'adolescence sont révélatrices de difficultés d'autonomisation rencontrées au sein du système familial. La plupart de ces conduites dans ce contexte sont parfois regroupées sous la terminologie de **pathologie du lien**.

Plusieurs études ont montré que dans la majorité des cas de tentative de suicide, l'adolescent faisait partie d'un **système dysfonctionnel** qui était entré dans une phase de déséquilibre, d'instabilité à partir de laquelle il n'arrivait pas à se réorganiser pour gagner un nouvel équilibre [88]. Il semble qu'avant le geste autodestructeur, l'adolescent ait essayé d'autres formes d'appel dans le but de changer l'organisation de son système relationnel mais qui ont été ignorées voire qui ont abouti à une rigidification encore plus forte du système. Le passage à l'acte suicidaire viendrait **en lieu et place d'un discours** qu'on ne peut avoir dans la famille à ce moment particulier du cycle de vie [89]. La tentative de suicide pourrait être envisagée comme une sorte de répétition générale du départ de l'adolescent hors du cercle familial, comme s'il fallait tester les capacités du système familial à supporter un tel départ [81]. Les familles confrontées à une rigidité extrême sont des systèmes refermés sur eux-mêmes. La pérennité de ces familles en tant que structures organisationnelles et fonctionnelles prend le pas sur l'individuation et la différenciation des membres qui la constituent et leur survie est conditionnée par le gel de l'ensemble des processus d'autonomisation. La seule autonomie possible est une **exclusion par la mort** pour maintenir intacte la structure homéostatique. Les membres de tels systèmes se retrouvent souvent confrontés à des règles apparemment contradictoires, à des situations paradoxales où il n'y a pas de réponse adaptée : d'un côté l'individuation impossible d'une

famille clan qui se vit comme un corps unique et de l'autre, l'impossibilité à vivre ensemble d'où des ruptures multiples et violentes. C'est à ce niveau que l'intervention thérapeutique tient sa place.

Pour avoir une **évaluation objective** et **reproductible**, il est nécessaire de définir des dimensions qui caractérisent le fonctionnement d'un système familial.

2. L'évaluation du fonctionnement familial

a) Modèles d'évaluation

L'évaluation de la famille permet de développer une hypothèse initiale à propos des problèmes présentés, des causes possibles de ces problèmes et des ressources et compétences de la famille pour évoluer [90]. Plusieurs modèles théoriques et grilles d'évaluation ont été identifiés pour évaluer le fonctionnement familial [91]. Nous pouvons citer le modèle des compétences familiales de Beavers [92], le modèle McMaster du fonctionnement familial d'Epstein [93], le modèle du fonctionnement familial de Holman [94], le modèle familial FIRO de Doherty et Colangelo [95], le modèle du processus du fonctionnement familial de Steinhauer [96] ou encore le modèle de l'adaptation familiale de McCubbin [97]. De même, nous citerons trois grilles d'évaluation en particulier :

- le *Family Interaction Summary Format* développé par Loader et ses collaborateurs durant les années 1980 [98]. Cette grille d'évaluation considère la totalité du système familial et se concentre sur les interactions familiales dans l'ici et maintenant ;
- le *Family Assessment* qui est un modèle plus récent qui tient compte des nouvelles familles, recomposées et monoparentales notamment. Il a été développé par Bray [90] [99] ;
- et l'Evaluation Clinique de la Famille de Favez selon laquelle le fonctionnement familial serait caractérisé par cinq dimensions : 1) la distance émotionnelle entre les membres de la famille, 2) la flexibilité, 3) la communication, 4) la bienveillance émotionnelle et 5) l'organisation temporelle [100].

b) *Le modèle circumplexe d'Olson*

Le modèle circumplexe d'Olson étant le plus retrouvé dans la littérature, nous développerons plus particulièrement ce modèle dans ce travail [101]. Celui-ci a été repris par Favez dans son évaluation clinique de la famille.

L'examen clinique de la famille a été théorisé par David Olson dans les années 1980. Il a développé un modèle basé sur des données empiriques, le **modèle circumplexe**. Il a été construit pour faire un pont entre théorie, recherche et pratique dans la psychologie de la famille. Il est conçu pour permettre de poser un « **diagnostic relationnel** » de la famille, à partir de trois dimensions : la **cohésion**, la **flexibilité** et la **communication**. Ces trois dimensions ont été obtenues par *clustering* de cinquante concepts développés pour décrire la dynamique familiale dans plusieurs domaines des sciences sociales (psychiatrie, thérapie familiale, sociologie de la famille, thérapie de groupe, psychologie sociale). Ces concepts étaient entre autres la coalition, les frontières, la gestion du temps, la gestion de l'espace, le contrôle, la discipline, les négociations, la répartition des rôles [100].

(1) La cohésion familiale

Cette dimension est définie comme l'**attachement** qui unit les membres du couple et de la famille. Elle est mesurée selon un certain nombre de variables : les liens émotionnels, l'implication dans la famille, la relation maritale, les relations parents-enfants, les frontières internes et les frontières externes. Elle consiste avant tout à évaluer la façon dont les **systèmes couple et famille** balancent **entre séparation et unité**. La cohésion est mesurée en **quatre** ou **cinq niveaux** selon les instruments d'évaluation. Quand elle est très basse, le système est dit « **désengagé/déconnecté** », puis au fur et à mesure que la cohésion est plus élevée, le système est dit « quelque peu connecté/séparé », « connecté », « très connecté » (niveau non utilisé dans certains instruments) et finalement « **enchevêtré/trop connecté /fusionné** ». La cohésion est considérée comme équilibrée quand elle se situe à l'un des trois niveaux intermédiaires car ils correspondent à une répartition adéquate entre indépendance (les membres de la famille/du couple peuvent développer leurs propres domaines d'intérêt, fréquenter des amis qui leur sont propres et pas forcément connus des autres membres de la famille) et dépendance (le besoin de se retrouver périodiquement, de raconter ce que chacun a vécu, d'être réconforté/aidé par les membres de la famille, de prendre soin de ses proches, etc.).

Les **deux extrêmes** sont considérés comme déséquilibrés ou problématiques. A l'un des extrêmes, quand la cohésion est particulièrement basse, on trouve des systèmes dans lesquels il y a peu, voire pas, d'implication des membres de la famille les uns envers les autres. Les activités, les amis ne sont pas partagés, voire pas connus les uns des autres. Aucune aide ou soutien ne sont recherchés à l'intérieur de la famille. A l'autre extrême, quand

la cohésion est particulièrement élevée, la proximité émotionnelle est maximale et une loyauté totale est demandée aux membres de la famille. Il y a peu d'espace privé, et toute tentative d'activité indépendante de l'un des membres de la famille est vécue comme une trahison.

Le niveau de cohésion de chaque famille varie d'une étape de vie à une autre, ou en fonction des circonstances. Par exemple, si l'un des membres de la famille est atteint d'une maladie potentiellement létale, la cohésion va fortement augmenter pour être même transitoirement à l'extrême une cohésion enchevêtrée. Ces **variations** sont donc **normales**, voire même **adaptatives** en ce qu'elles permettent à la famille de s'ajuster aux circonstances internes et externes qui pourraient menacer son unité ou l'un de ses membres. Les relations vont par contre devenir problématiques si la cohésion reste à l'un des extrêmes pour une longue période, quelles que soient les circonstances de vie.

Tableau II : La Cohésion familiale

	Frontières internes	Frontières externes	Distance émotionnelle	Niveau de sécurité
Désengagée	Rigides	Floues	Très forte	Insuffisant
Connectée	Claires	Claires	Equilibrée	Equilibré
Enchevêtrée	Floues	Rigides	Inexistante	Insuffisant et exclusif

(2) La flexibilité familiale

Cette dimension est définie comme le **degré de changement** dans les rôles et les règles familiales. La flexibilité est mesurée selon un certain nombre de variables : le leadership, la discipline, les négociations, la répartition des rôles, les règles de fonctionnement. Elle consiste avant tout à évaluer la façon dont les systèmes couple et famille balancent **entre stabilité et changement**. La flexibilité est mesurée en **quatre ou cinq niveaux** selon les outils d'évaluation: quand elle est très basse, le système est dit « **rigide/inflexible** », puis au fur et à mesure que la flexibilité est plus élevée, le système est dit « quelque peu flexible /structuré», « flexible », « très flexible » (niveau non utilisé dans certains outils d'évaluation) et finalement « **chaotique/trop flexible** ». Là également, la flexibilité est considérée comme équilibrée quand elle se situe à l'un des trois niveaux intermédiaires, car ils correspondent à une répartition adéquate entre rigidité (certaines règles sont invariantes) et créativité (au fur et à mesure que les enfants grandissent, ils peuvent donner leur avis sur une destination de vacances par exemple).

Les **deux extrêmes** sont vus comme déséquilibrés. À l'un des extrêmes, quand la flexibilité est particulièrement basse, il y a une personne de la famille qui tient les rênes de façon exclusive et qui impose ses décisions. Rien ne peut se faire sans son accord. Les règles ne changent pas. À l'autre extrême, quand la flexibilité est particulièrement élevée, il n'y a pas de règle particulière, ni de meneur, en aucune circonstance. Les décisions sont prises à la va-vite, sans suivi et fluctuent d'une occasion à une autre même quand les conditions contextuelles sont identiques.

Comme pour la cohésion, le niveau de flexibilité varie dans chaque famille au gré des événements de vie. Là également, c'est un fonctionnement bloqué à l'un des extrêmes pour une longue période qui va se révéler problématique.

Tableau III : La Flexibilité familiale

	Leadership	Négociation	Rôles	Règles	Discipline
Rigide	dictature	nulle	figés	rigides	autocratique
Flexible	démocratique	présente	souples	souples	souple
Chaotique	absent	excessive	changeants	changeantes	absente

(3) La communication familiale

Cette dernière dimension a un rôle particulier ; elle est considérée comme une **dimension « facilitatrice »** à travers laquelle la famille peut modifier son niveau de cohésion et de flexibilité. Une communication ouverte et positive permet à la famille de passer d'un niveau à un autre, et surtout de retourner à un niveau équilibré après un éventuel passage par un extrême en raison d'événements stressants. La communication est évaluée selon les qualités d'expression (parler pour soi et pas pour les autres), d'écoute (empathie), d'ouverture (partage des émotions), de clarté, de continuité (rester dans le sujet de discussion), de respect et de considération.

Tableau IV : La Communication dans la famille

	Capacités du locuteur	Capacités de l'auditeur	Ouverture	Clarté et continuité	Respect et considération
Légèrement favorable	trop peu	trop peu	trop peu	trop peu	trop peu
Favorable	facilitantes	facilitantes	facilitante	facilitantes	facilitants
Hautement favorable	très facilitantes	très facilitantes	très facilitante	très facilitantes	très facilitants

(4) Outils d'évaluation du fonctionnement familial selon le modèle d'Olson

Le modèle circomplexe a donné lieu à la création de plusieurs instruments d'évaluation, la plupart d'entre eux ayant été soumis à des procédures de validation [100].

(a) *Le Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales : FACES*

C'est l'instrument le plus connu et le plus utilisé du modèle circomplexe. Cet instrument a été construit pour mesurer les dimensions de cohésion et de flexibilité par un questionnaire auto-reporté.

Plusieurs versions successives du FACES ont été publiées, en fonction de l'évolution du modèle. Les trois premières versions (FACES I, II, III) sont basées sur 16 types familiaux issus du croisement des quatre niveaux de chacune des dimensions de cohésion et de flexibilité.

- ✓ FACES I : version initiale du questionnaire développée dans les travaux de Bell (1980) et Portner (1980) dirigés par David Olson. 203 affirmations relatives à la cohésion et à la flexibilité y étaient développées. Un ensemble de 96 affirmations a ensuite été sélectionné, le répondant devant évaluer ces affirmations sur une échelle de Likert en 4 points (« Tout le temps vrai », « vrai la plupart du temps », « vrai de temps en temps », « jamais vrai »).
- ✓ FACES II : Olson, Bell et Portner (1982) ont ensuite travaillé à réduire le nombre d'items de la première version et à simplifier la formulation de certaines affirmations. Finalement, une version à 30 affirmations (16 pour la cohésion, et 14 pour l'adaptabilité/flexibilité) a été testée et validée. Les affirmations sont cette fois à évaluer sur une échelle de Likert en 5 points (« presque jamais », « de temps en temps », « quelquefois », « fréquemment », « presque toujours »).
- ✓ FACES III : Olson, Portner et Lavee (1985) ont encore réduit l'instrument pour en faire une troisième version. Une version de 20 affirmations en a été extraite, dix pour chacune des dimensions, qui sont évaluées sur une échelle de Likert en 5 points. Un des changements majeurs par rapport au FACES II est l'amélioration de l'indépendance entre les deux facteurs d'adaptabilité/flexibilité et de cohésion, qui étaient très fortement corrélés dans la version précédente. Cette échelle va connaître une large diffusion dans le domaine de la recherche et de la clinique familiale, et est encore actuellement plus largement utilisée que la version qui va lui succéder. Deux versions françaises existent : la première issue d'une étude menée en France [102] et la seconde issue d'une étude menée en Suisse [103]. C'est cette échelle que nous utiliserons pour évaluer le fonctionnement des familles d'adolescents suicidants.

- ✓ **FACES IV** : cette version a été pensée pour évaluer l'ensemble des extrêmes. De plus, cette version de l'échelle correspond au nouveau modèle à 25 types (cinq niveaux dans chaque dimension), dans lequel les dénominations ont été changées pour perdre leur connotation parfois négative. L'instrument est beaucoup plus long, puisqu'il comporte 42 items, ceux-ci sont répartis sur 6 échelles chacune composée de 7 items. Le FACES IV est complété par 10 items relatifs à la communication dans la famille et 10 items relatifs à la satisfaction que le répondant retire de ses relations familiales.

Tableau V : Architecture du FACES IV

	Echelles	Nombre d'items
Equilibré	Cohésion équilibrée	7
	Flexibilité équilibrée	7
Déséquilibré	Désengagement	7
	Fusion	7
	Chaos	7
	Rigidité	7
Autres échelles	Communication	10
	Satisfaction	10

L'examen clinique de la famille, Favez, 2010

(b) L'échelle d'évaluation clinique CRS (Clinical Rating Scale)

La grille d'observation CRS a été créée par Olson à la fin des années 80 à l'intention des cliniciens afin de pouvoir procéder à une évaluation du point de vue d'un observateur extérieur. Cet instrument permet d'évaluer la cohésion, la flexibilité et la communication de la famille, en l'observant dans une situation spécifique comme un entretien semi-structuré, au cours duquel il est demandé à la famille de décrire comment sont gérées les routines quotidiennes, à quoi ressemble une semaine typique, ou comment sont prises les décisions. La cotation peut se faire à partir d'enregistrements vidéo ou audio. La cohésion est mesurée à l'aide de six échelles, l'adaptabilité/flexibilité à l'aide de cinq échelles et la communication à l'aide de six échelles. Chacune de ces échelles est évaluée sur une échelle de Likert en dix points ; les extrêmes (scores de 1,2 et 9,10) sont représentatifs d'un fonctionnement problématique, alors que les scores du milieu (3, 4, 5, 6, 7, 8) représentent un fonctionnement normatif.

3. Le fonctionnement familial et la suicidalité

Flavigny considérait que l'approche familiale constitue le temps premier de l'action psychiatrique dans le suicide de l'enfant et de l'adolescent [104].

En 1981, Pfeffer évoquait la dynamique familiale des jeunes suicidants par le biais de **cinq indicateurs** : le manque de limites intergénérationnelles, les relations conjugales conflictuelles, les projections d'affects agressifs et libidinaux sur l'enfant, les relations parents-enfants symbiotiques et enfin un système familial rigide [105].

Une étude publiée en 2000, s'est attachée à comparer la cohésion et l'adaptabilité des familles nucléaires de **patients dépressifs suicidaires** à celles de **patients dépressifs non-suicidaires**. Les résultats montrent une **moindre adaptabilité** de la famille d'origine du patient suicidaire (famille rigide) par rapport à celle du patient non-suicidaire (famille plus flexible). Les patients suicidaires décrivaient une influence de leur famille sur leur santé plus accentuée que les patients non suicidaires. Le risque de suicidalité serait donc augmenté lorsque la famille est ressentie comme exerçant une influence importante sur la santé du patient. Les patients dépressifs suicidaires décrivaient une famille d'origine rigide par rapport à la description plus chaotique de la famille d'origine des patients dépressifs non-suicidaires [106].

Plus récemment, Malka et Gimenez confirmaient en très grande partie ces données tout en soulignant la précocité des **perturbations des interactions précoces** (avec fragilisation des assises narcissiques), la place importante des différentes formes de **traumatismes** et soulignaient la fréquence de survenue d'**épisodes de perte** (5 % des moins de 18 ans ont déjà perdu un ou deux parents), de **séparation** au sein de ces familles comme éléments d'éclairage supplémentaires [107] [108]. S'agissant par ailleurs des antécédents, au premier plan figurent les antécédents de tentatives voire de suicide au sein de la famille ainsi que différents troubles psychiatriques dont la dépression parentale.

Nous avons évoqué à plusieurs reprises l'importance de l'attachement dans les relations familiales, il nous a donc semblé nécessaire de dégager un cadre théorique concernant l'**attachement**.

C. « L'attachement, un lien vital »

1. Quelques notions historiques

C'est après la Seconde Guerre mondiale que se cristallisent la question de la perte et de la séparation chez le jeune enfant et celle de leurs effets sur son développement. Les travaux de nombreux psychanalystes sur le développement des très jeunes enfants et, en particulier, ceux de Spitz, Bion, Anna Freud et Winnicott, ont contribué à la mise en évidence de phénomènes clés pour le développement comme l'importance de la **continuité relationnelle** [109] [110].

✓ John Bowlby

John Bowlby, né en 1907 à Londres, psychiatre et psychanalyste, est le fondateur de la théorie de l'attachement. Il interrompt ses études de médecine pendant un an pour travailler dans une institution où il observera les liens entre les troubles du comportement et l'histoire des enfants. En 1929, il commence une analyse de sept années avec un proche de Mélanie Klein. C'est d'ailleurs Mélanie Klein qui lui demandera quelques années plus tard d'analyser son fils. Puis la guerre survient, et Bowlby va s'occuper avec Winnicott, du suivi des enfants placés à la campagne. En 1944, il publie son étude sur « 44 jeunes voleurs, leur personnalité et leur vie de famille ». En 1951, l'Organisation Mondiale de la Santé lui demande un rapport sur les enfants sans famille, un problème majeur dans l'Europe de l'après-guerre. Dans ce rapport intitulé *Maternal Care and Mental Health*, il insistera sur l'abondance des faits étayant les effets de la **carence de soins maternels**, qui donne lieu ultérieurement à des **relations affectives superficielles**, à une absence de **concentration intellectuelle**, à une **inaccessibilité de l'autre**, à l'absence de **réaction émotionnelle**. Ce rapport aura un impact majeur. En effet, les conclusions du rapport de Bowlby sur les effets de la déprivation maternelle et l'importance de la continuité relationnelle pour un jeune enfant, ont inspiré les pratiques institutionnelles telles que les hospitalisations pédiatriques, les modes d'accueil en crèche ou les soins en orphelinat dans le monde occidental [110].

✓ **Mary Salter Ainsworth et la Situation Étrange**

C'est par la suite une psychologue canadienne qui donne à la théorie de l'attachement de Bowlby un prolongement expérimental et une audience scientifique considérable. Peu de situations empiriques peuvent prétendre avoir exercé une telle influence. Mary Salter Ainsworth, née en 1913, choisit la **théorie de la sécurité** permettant à l'enfant d'explorer le monde, apprise de William Blatz, comme sujet de sa thèse. Elle suit par la suite son mari à Londres où elle répond à l'annonce de Bowlby à propos d'une recherche sur la séparation. Elle aide d'ailleurs Bowlby à répondre aux attaques sur la théorie de l'attachement et sur les effets de la séparation précoce prolongée. En 1954, elle part avec son mari en Ouganda, et y commence sans aucun moyen, une **étude d'observation** en milieu naturel de 28 bébés non sevrés, dans les villages alentour. Elle obtient une petite bourse et cherche à préciser les effets de la séparation et du sevrage : la séparation est-elle en elle-même traumatique ou dépend-elle de la carence relationnelle antérieure ? Son observation la convainc de la justesse des thèses de Bowlby sur le caractère primaire de l'attachement. Son livre *Infancy in Uganda*, publié en 1967, est le premier à proposer un schéma de développement de l'attachement, en cinq phases, et c'est alors qu'elle propose le concept de « **base de sécurité** » (*Secure Base*). En rentrant aux Etats-Unis, à Baltimore, elle souhaite reprendre l'étude ougandaise de façon plus systématique avec 26 familles. Elle se souvient alors d'un article de 1943 de Jean Arsenian (*Young Children in an Insecure Situation*) à propos d'une situation de jeu libre en présence et en l'absence de la mère. Elle propose alors une situation standardisée en sept épisodes de séparation et de réunion, le **Situation Étrange**. La mise en œuvre de cette situation lui permet de décrire **trois types** principaux de **réactions** à la Situation Étrange : cette expérience se fait avec un **bébé**, sa **mère** (ou la personne qui s'occupe de lui habituellement), et un **adulte inconnu**, et comporte cinq parties principales : 1) le bébé est en présence de sa mère, 2) le bébé est avec la mère et l'adulte qui parlent ensemble, 3) le bébé est avec la mère et l'adulte qui s'intéressent à l'enfant, 4) le bébé est avec l'adulte seul, 5) le bébé est face au retour de sa mère, et au départ de l'adulte. Les capacités d'attachement et de séparation sont étudiées à travers l'existence ou non des signes d'inquiétude, d'alarme, de tristesse, etc. L'expérience n'est pas prolongée très longtemps, mais elle est renouvelée, et à la deuxième séparation les réactions du bébé sont encore plus parlantes [111].

✓ **Mary Main et l'Adult Attachment Interview (AAI)**

A Berkeley en Californie, une élève d'Ainsworth, Mary Main, va être à l'origine d'un autre développement majeur : l'*Adult Attachment Interview*. L'étude de Main concernait 40 familles de niveau social moyen dont les enfants furent suivis de la naissance à l'âge de 6 ans. Son équipe a d'une part étudié les **réponses des enfants à la séparation**, évoquée par des photos (le *Separation Anxiety Test*, Bretherton, 1995), et d'autre part les **transcriptions** et le **codage des entretiens des parents**. Ils seront frappés par les **correspondances** entre la classification de la sécurité de l'enfant, évaluée par la Situation Étrange, et les récits des parents. De ces constatations, ils élaboreront l'*Adult Attachment Interview* (AAI), qui va ouvrir une nouvelle dimension de la recherche et permettre désormais d'interroger le niveau des représentations. C'est en effet l'**analyse du discours**, plus que le

contenu, qui permet de classer les récits sur les expériences d'attachement en « autonomes » ou « insécures », ou plus tard en représentations dites « désorganisées ».

La théorie de l'attachement apparaît bien comme le **concept clef** de la deuxième moitié du XX^e siècle en psychopathologie et en psychologie. Elle est née dans la violence des séparations et des carences précoces, au croisement des apports de la psychanalyse, de l'éthologie, des sciences cognitives, de l'informatique et de la cybernétique avec ceux de l'observation, de la reconstruction et de la mise en récit. Peu de théories ont eu un tel impact et une telle capacité de stimuler la recherche, une telle valeur prédictive sur des aspects majeurs du comportement social et relationnel de l'enfant, une telle puissance d'explication des phénomènes de transmission entre générations, une telle capacité à remodeler la conception de la psychopathologie et une telle dynamique d'évolution.

2. Grands concepts de la théorie de l'attachement

« Un bébé seul n'existe pas » disait Winnicott ! Le bébé dépend pour sa survie des soins d'une personne adulte. La régulation de la peur est notamment une tâche cruciale pour le développement du bébé mais, pour cela, il a besoin d'adultes qui lui prodiguent des soins. Le plus compétent des bébés ne peut **réguler tout seul les émotions** telles que la peur, le chagrin ou la colère, si elles dépassent une certaine intensité. Elles menacent alors son **homéostasie**, c'est-à-dire la qualité de son fonctionnement. La théorie de l'attachement se focalise essentiellement sur le **fonctionnement interpersonnel humain** dans tout contexte qui éveille les émotions de peur, de chagrin ou de colère, toutes les émotions qui en dérivent, et dans toute situation de menace et de danger [110].

a) Le système de l'attachement

Le terme « système » est une notion puisée dans l'éthologie qui est la science du vivant et du fonctionnement des espèces animales. Tous les bébés humains arrivent au monde pourvus d'un certain nombre de systèmes, c'est-à-dire de **répertoires programmés**, qui contribuent à la survie de l'individu. Par exemple, un bébé sait téter sans qu'on le lui apprenne.

Bowlby s'est appuyé sur les travaux de Harlow qui montrent qu'il existe différents types de liens affectifs ayant des objectifs et des issues différents. Il distingue ces liens affectifs par leur **fonction biologique spécifique** et décrit pour chacun d'eux un **système comportemental** ou **système motivationnel** [112] [113]. Un système comportemental ou motivationnel est un système de contrôle motivationnel programmé biologiquement qui gouverne les règles et les comportements associés avec un but proximal spécifique. Il

implique la notion de motivation inhérente. Il suppose des comportements coordonnés pour accomplir des objectifs spécifiques et des fonctions adaptatives. Il est activé et désactivé par des signaux internes et environnementaux et est corrigé quant au but ; il est activé et désactivé au niveau biologique par un système de rétrocontrôle qui surveille les indices internes et externes. Les systèmes motivationnels sont en lien et interagissent entre eux. Ceux-ci sont de plus en plus sophistiqués et mentalisés au fur et à mesure du développement.

Le **système d'attachement** proprement dit, a pour objectif l'établissement de la **proximité physique avec la figure d'attachement** en cas d'alarme ou de détresse du bébé. Les **éléments activateurs** du système sont toutes les conditions indiquant un danger ou entraînant du stress. Ils sont divisés en deux classes : les **facteurs internes** à l'enfant, comme la fatigue ou la douleur, et les **facteurs externes**, liés à l'environnement (tout stimulus effrayant, par exemple la présence d'étrangers, la solitude, l'absence de la figure d'attachement). Les émotions dites négatives sont en effet de puissants activateurs du système d'attachement. Ces émotions, qui dérivent des émotions basiques que sont la peur, la colère et la tristesse, mettent en danger, au-delà d'une certaine intensité, la survie psychophysiologique du bébé. Elles placent l'enfant dans un état émotionnel qu'il ne peut réguler tout seul et qu'on peut qualifier de **chaos**.

Mais ces conditions ne se définissent pas uniquement par leur description ; elles ont une vertu plus ou moins activatrice en fonction du moment de leur survenue, de la place de la figure d'attachement par rapport à l'enfant et de ses réactions. L'**élément extincteur** du système, ou stimulus de terminaison de l'activation du système, est la proximité avec la figure d'attachement. Le parent répondant en même temps par le réconfort et la protection, le bébé va progressivement associer à cette proximité un vécu émotionnel de sécurité qui est un état émotionnel de détente. Cet **état émotionnel** va devenir l'**objectif interne** du système d'attachement de l'enfant, alors que la **proximité** en définit l'**objectif externe**.

Toute action qui favorise la proximité appartient au **comportement d'attachement** : il existe une équivalence fonctionnelle entre les comportements d'attachement, qui varient en fonction de l'âge et du niveau de développement. L'organisation des divers comportements d'attachement se fera en réponse à des indices, externes et internes. L'enfant choisit les comportements à sa disposition qui lui semblent les plus utiles, dans un contexte spécifique, en fonction des réponses habituelles du *caregiver*. Les comportements d'attachement sont organisés de manière flexible autour d'une figure particulière et sous certaines conditions.

Le système d'attachement est donc **contextuel**. Il n'appartient pas à l'enfant en propre mais son action est le résultat d'un contexte qui active ou n'active pas le système. Le système d'attachement est organisé par un système de **rétrocontrôle cognitif**, sous forme d'un ensemble de représentations. Bowlby le considérera progressivement comme un système constamment activé, corrigé en permanence quant à l'objectif à atteindre, comparable au fonctionnement du thermostat d'une chaudière : c'est seulement lorsque la température descend au-dessous d'une valeur seuil que la chaudière se déclenche, une fois la valeur seuil supérieure de la température fixée par l'utilisateur atteinte, la chaudière se désactive automatiquement.

Sous certaines conditions, le système d'attachement est fortement activé, ce qui conduit l'enfant à chercher et à n'être satisfait que par le contact ou la proximité avec la

figure d'attachement. En revanche, lorsque les conditions sont perçues comme normales, l'enfant est libre de poursuivre d'autres buts et d'autres activités, même si le système continue de contrôler l'environnement comme possible source de stress.

Le système d'attachement est un **système permanent**, actif tout au long de la vie, plus ou moins stable au sein d'un environnement plus ou moins fixe [109].

b) Le concept de base de sécurité

Cette notion renvoie à la confiance, pour une personne, dans l'idée qu'une figure de soutien, protectrice, sera **accessible et disponible** en cas de besoin, et cela quel que soit l'âge de l'individu. La proximité physique, nécessaire au début de la vie, devient progressivement un concept mentalisé et émotionnel, et rejoint celui d'accessibilité. Si l'enfant a construit une base de sécurité, alors il peut, fort de cette confiance dans la disponibilité de la figure d'attachement, explorer le monde qui l'entoure parce qu'il peut y revenir en cas de besoin.

Le phénomène de base de sécurité représente un équilibre de fonctionnement entre l'**attachement** et un autre système qui est celui de l'**exploration** [110].

(1) Système exploratoire

C'est un autre système comportemental qui contribue au développement des ressources propres du sujet. Les systèmes d'attachement et d'exploration sont activés et désactivés par des **signaux antagonistes**.

Ce système est lié à la **maîtrise** et à la **curiosité**. Il permet à l'enfant de développer son sentiment de capacité à compter sur soi et sur ses ressources propres. La curiosité aide l'enfant à apprendre et à comprendre son environnement. Le système de l'exploration se développe surtout à partir de la fin du premier semestre, en particulier du fait du développement psychomoteur et cognitif de l'enfant. Il acquiert la permanence de l'objet et la compréhension de la fin et des moyens, sa capacité d'imitation se développe considérablement ainsi que le registre conversationnel. La **locomotion** joue alors un rôle capital : le bébé peut s'éloigner pour explorer et étendre ainsi son horizon. Il peut aussi prendre à son propre compte le contrôle de la proximité par rapport à sa figure d'attachement.

Ce système est immédiatement activé quand les systèmes d'attachement et de vigilance sont désactivés, et s'éteint quand ces derniers sont activés trop intensément. En effet, le système de l'attachement s'active dès que l'enfant s'éloigne trop de sa figure d'attachement. Ceci entraîne immédiatement la recherche de proximité auprès de la figure d'attachement et éteint le besoin d'exploration. L'enfant est ainsi protégé des dangers d'une exploration trop aventureuse [109] [110].

(2) Expression du phénomène de base de sécurité

Un enfant, lorsqu'il est alarmé et s'il a établi avec sa figure d'attachement, le plus souvent la mère, un lien d'attachement de qualité, va immédiatement revenir vers elle pour retrouver le sentiment de sécurité qu'il a perdu. C'est l'**équilibre** entre les processus d'attachement et d'exploration qui définit la notion de sécurité. Lorsqu'il est en sécurité, le bébé se sert de sa mère comme d'une « **base de sécurité** » : il s'en éloigne pour explorer le monde. En cas de stress, l'enfant va revenir vers sa mère qu'il utilise alors comme un « **havre de sécurité** ». La même figure d'attachement est donc à la fois havre de sécurité et base de sécurité.

On repère la sécurité de l'attachement à la capacité de l'enfant à **exprimer ses émotions**, en particulier celles négatives de manière ouverte, à rechercher spécifiquement l'une des figures et à se consoler alors rapidement. La sécurité de l'exploration se caractérise par l'intérêt curieux et prudent de l'enfant et la qualité de l'exploration. Ce sentiment de sécurité reflète une **évaluation anticipatrice positive** de l'environnement.

C'est l'utilisation de la figure d'attachement comme une base de sécurité qui traduit que l'enfant a un attachement dit sécurisé. Bowlby insistait sur le message suivant : l'attachement, bien loin d'interférer avec l'exploration, la stimule mais protège l'enfant des dangers de celle-ci. L'attachement ne rend pas dépendant. La confiance dans la disponibilité de la figure d'attachement constitue une sorte de tremplin pour affronter les défis à surmonter et permet le développement d'une vraie **autonomie** : savoir ce qu'on peut faire seul et quand on a besoin d'aide.

c) *Le concept de caregiving*

Les comportements d'attachement du bébé sont toujours dirigés vers une ou des personnes vivantes qui sont dans son entourage proche. On parle de système d'attachement « **orienté** ».

(1) Définition du système de *caregiving*

Les personnes qui s'occupent du bébé dans les premiers mois de sa vie (mère, père, substitut parental, grands-parents, nourrice, référente de crèche) deviennent progressivement des **figures d'attachement**. On emploie le terme de *caregiver*, littéralement **celui qui prend soin**, qui est préféré à celui de parent pour insister sur l'importance des **interactions** avec ceux qui élèvent l'enfant, qu'ils soient ou non ses parents biologiques [110].

George et Solomon ont décrit le système motivationnel du *caregiving* comme un ensemble organisé de comportements, guidé par une représentation de la relation actuelle parent-enfant. Le système de *caregiving* parental est le **système réciproque** du système d'attachement de l'enfant [114]. Ces deux systèmes intégrés fonctionnent comme un **système dyadique de couplage** et d'**autorégulation** qui garde l'enfant dans un état organisé et de protection des dangers, et grâce auquel il peut explorer et se développer [115].

L'**objectif** du système est que le parent puisse maintenir ou rétablir une **proximité** physique et psychologique avec le bébé lorsque celui-ci est en situation de détresse ou d'alarme, afin de répondre à ses besoins et de lui fournir protection. Il est activé par des signaux spécifiques : tout signal de **détresse**, de **vulnérabilité** ou d'**immaturité** d'un être animé. Les séparations d'avec l'enfant ou toute impossibilité à établir la proximité avec lui, alors que le parent n'est pas sûr qu'il soit en sécurité, activent son *caregiving*.

Le système de *caregiving* se désactive, ou plutôt **se met en veille**, lorsque sont rétablies les conditions de proximité physique ou psychologique avec l'enfant et que le parent perçoit chez lui des signaux montrant qu'il est réconforté et apaisé. Le *caregiving* est associé chez le parent à des émotions spécifiques : sentiments de **plaisir**, de **satisfaction** et de **soulagement** quand il peut protéger son enfant ; de la **colère**, de la **tristesse** et de l'**anxiété** quand il est dans l'impossibilité de le faire [116].

(2) Compétences nécessaires au parent pour un *caregiving* sécurisant

Le système de *caregiving* interagit avec les **autres systèmes comportementaux des parents** (*caregiver* d'autres enfants, de ses parents vieillissants, d'un ami, ou encore d'un partenaire sexuel) et peut entrer en **compétition** avec eux. Une stratégie de *caregiving* optimale requiert de la part du parent une **intégration flexible** de l'ensemble des objectifs des différents systèmes motivationnels en jeu dans une situation donnée.

L'**engagement** et le sentiment de **responsabilité** dans la protection de son enfant font partie du *caregiving* : c'est la motivation du parent à avoir une relation durable avec cet enfant [117]. Le parent devra être en capacité de percevoir les signaux, de les lire, de les interpréter et d'y répondre à différents niveaux. La sensibilité aux émotions négatives est caractéristique du ***caregiving* sensible** : le parent a la volonté de répondre rapidement aux signaux de l'enfant en rétablissant la proximité. La sensibilité aux besoins d'attachement s'exprime par la **disponibilité émotionnelle**, la **consolation**, le **réconfort** et l'**apaisement** [118]. Le *caregiver* n'intervient que lorsque l'enfant demande de l'aide, sans interférer avec l'exploration ; il **soutient l'exploration** de l'enfant en l'aidant si besoin à trouver d'autres satisfactions à explorer et en étant attentif à l'équilibre exploration-attachement. Il est censé **aider l'enfant à réguler** ses expressions de détresse et son éventuelle excitation.

Le fonctionnement dynamique des deux systèmes, attachement et *caregiving*, a été particulièrement étudié [119]. Chez les **parents sécures**, il y a synergie entre les deux systèmes, celui de l'attachement favorisant la pleine expression du *caregiving*. Chez les **parents insécures**, le système d'attachement ne joue plus son rôle de facilitateur de l'expression du *caregiving*. Chez le **parent désorganisé**, il peut y avoir compétition entre les deux systèmes. Un **stress intense** submergeant les capacités d'intégration du parent, même sécure, peut entraîner une activation intense de son propre système d'attachement, en raison de la menace vitale, et ce dernier devient prédominant sur tous les autres systèmes, ce qui peut entraîner une **extinction transitoire** de son système de *caregiving* [120].

Le système représentationnel de l'attachement du parent joue sur son système représentationnel de *caregiving*. Le *caregiving* maternel a d'abord été compris comme la **transmission de l'attachement maternel** à la génération suivante [121]. Dans des circonstances normales, une mère **intègre** ses expériences avec son enfant dans ses **représentations mentales** de l'attachement. Ce modèle semble dominant pour les **mères sécures**. Les études sur la transmission de l'attachement, et en particulier le fait que des mères dites « *earned secure* » puissent être des parents désorganisés par rapport à un traumatisme de l'enfance, montrent que s'occuper de leur propre enfant **dérégule** le système de *caregiving* de ces mères et **réactive** les **crain**tes et les **souvenirs traumatiques** personnels. Les stratégies conditionnelles d'attachement sont un facteur jouant sur la perception des signaux de besoin de l'enfant et donc sur l'activation du *caregiving*, sur l'interprétation des signaux et donc sur les choix non conscients de réponses, et enfin sur la flexibilité du parent pour examiner sans stress excessif les réponses possibles en prenant en compte toutes les informations de manière ouverte. Huth-Bocks et coll. ont montré que les représentations maternelles de *caregiving* pourraient constituer le mécanisme à travers lequel les **expériences passées** d'attachement **prédisent** le type d'**attachement développé par l'enfant** [122].

Les **facteurs sociaux et contextuels** influencent le développement et l'expression du système de *caregiving* maternel. Ils peuvent soutenir ou entraver la capacité de la mère à se focaliser sur les soins à donner à l'enfant. **L'état psychologique** joue sur le *caregiving* maternel. Les **stress environnementaux** auxquels la mère est éventuellement soumise, et en particulier les stress interpersonnels, peuvent miner les capacités de *caregiving* de la mère [123]. La **relation avec le partenaire** joue aussi un rôle crucial, positif ou négatif sur l'alliance de *caregiving* [124]. Le partenaire qui soutient le mieux le *caregiving* maternel est celui qui joue un rôle de base de sécurité, il ne l'éloigne pas de ses enfants quand ceux-ci ont besoin d'elle, il l'aide à répondre le plus adéquatement possible à leurs besoins, il participe plus ou moins aux soins et respecte l'importance que joue la mère dans le sentiment de sécurité de l'enfant si celle-ci est la figure d'attachement principale. Il constitue également un havre de sécurité vers lequel la mère peut se tourner quand elle se sent en détresse.

Sans caricaturer les rôles parentaux, il semble que la **mère**, souvent la figure d'attachement principale du fait de sa présence plus continue et plus proche physiquement auprès de l'enfant dans les premiers mois, puisse favoriser le développement d'un **sentiment de sécurité** chez l'enfant en encourageant la proximité en cas de détresse. De son côté, le **père**, à travers les jeux stimulants souvent excitants et plus physiques qu'il pratique avec son enfant, soutient celui-ci à se risquer vers l'inconnu, et joue ainsi un rôle déterminant dans le développement de ses **capacités à explorer**. Les échanges avec le père favorisent également chez l'enfant le développement du sentiment de sécurité, mais préférentiellement lors de l'exploration, en soutenant l'apprentissage de la résolution de problèmes, le développement d'aptitudes à la compétition et à faire face aux conflits de manière socialisée [116].

d) *Les patterns d'attachement observés à la Situation Étrange*

C'est Mary Ainsworth qui en observant les réactions des enfants en milieu naturel, a individualisé trois patterns de réactions de l'enfant à la séparation et aux retrouvailles avec leur figure d'attachement. Elle a ensuite créé une situation expérimentale, observable en laboratoire, qui permet d'identifier le pattern d'attachement avec chaque figure d'attachement pour les enfants observés [109].

(1) La Situation Étrange

La Situation Étrange est composée de sept séquences de trois minutes comportant deux séparations d'avec la figure d'attachement et des contacts avec une personne non familière, en présence et en l'absence de cette figure d'attachement. L'élaboration de ce paradigme vise à créer une **tension graduelle** chez l'enfant afin d'**activer le système d'attachement** et d'étudier l'organisation du comportement vis-à-vis de la figure d'attachement alors que l'enfant est en situation de détresse potentielle. Ce qui emporte la décision de catégorisation est la réaction de l'enfant aux secondes retrouvailles alors que le stress est au maximum. Ce ne sont pas les réactions à la séparation qui sont pertinentes et traduiraient une évidente insécurité mais la **qualité des retrouvailles**.

(2) Les patterns d'attachements observés à la Situation Étrange

Le **pattern d'attachement sûr** avec la figure d'attachement principale est observé dans 60 % de la population générale. C'est la qualité optimale de l'attachement : les besoins d'attachement sont exprimés librement. Les enfants attachés de manière sûre ont tendance à protester lors des séparations, surtout lors de la seconde (la plus stressante), et

à accueillir leur mère lors de son retour avec plaisir (sourire, vocalisation, geste) ou en recherchant la proximité avec elle, et, enfin, à retourner jouer après avoir été réconfortés.

L'attachement sécure à douze mois est **prédictif** d'un **développement émotionnel, cognitif** et **social** de meilleure qualité : confiance en soi, sentiment de compétence personnelle, empathie et compétences sociales. C'est un **facteur de protection** contre le développement d'une **psychopathologie ultérieure**. L'enfant qui a pu développer des relations d'attachement sécure avec les principales personnes qui l'élèvent, se révèle plus autonome et plus apte à développer des **relations sociales satisfaisantes**.

Quand l'environnement ne répond pas de manière adéquate à l'expression des besoins d'attachement du jeune enfant mais continue de le protéger, l'enfant développe des stratégies d'adaptation, une sorte de **compromis** entre ce dont il a besoin et ce que ses figures d'attachement peuvent lui donner ou peuvent tolérer de ses besoins. Ce sont les attachements dits **insécures** observés dans 30 % des cas en population générale. Ils se déclinent en attachement évitant, attachement ambivalent/résistant puis attachement désorganisé.

L'**attachement évitant** est observé dans 20 % des cas. C'est un ensemble de stratégies attentionnelles, comportementales et émotionnelles de **minimisation des besoins** d'attachement et de **diversion de l'attention**. Ces enfants ont **peu de manifestations affectives** ou de comportements de base de sécurité ; ils paraissent peu affectés par la séparation, tendent à **éviter la proximité** et le contact avec la mère lors des retrouvailles, et focalisent leur attention sur les jouets, plutôt que sur leur mère, dont ils savent qu'elle ne leur donnera pas de réconfort dans ce type de situation. S'ils sont stressés par la séparation, ils peuvent accepter d'être réconfortés par la personne étrangère. Ces enfants qui paraissent autonomes, ont tous les **indicateurs de stress biologique**.

L'**attachement Ambivalent/Résistant** est observé dans 10 % de la population générale. C'est un ensemble de stratégies comportementales, cognitives et attentionnelles qui contribuent à une **maximisation des besoins d'attachement**, au détriment des capacités d'exploration. Ces enfants montrent de la détresse à la séparation, avec un mélange de recherche de contact et de rejet coléreux de leur mère, et des difficultés à être réconfortés. Ces enfants expriment des comportements de détresse qui sont à la fois des comportements d'attachement et des indices de **souffrance psychologique** : leurs **indicateurs biologiques de stress** restent **élevés** même en présence de leur figure d'attachement.

Cette insécurité de l'attachement reste **adaptative** : c'est la meilleure réponse compte tenu des réactions de l'environnement qu'a pu trouver l'enfant pour garder un niveau de proximité optimal avec sa figure d'attachement. Il ne s'agit en aucun cas d'attachement « pathologique » ou de trouble de l'attachement. L'insécurité de l'attachement limite les potentialités de développement optimal, en particulier la négociation de conflits, le confort émotionnel, la liberté cognitive et la qualité des relations sociales proches.

L'**Attachement Désorganisé** (10 % en population générale) a été individualisé plus récemment par Mary Main. Ces enfants, au moment de la réunion avec leur figure d'attachement, présentent des séquences comportementales **contradictaires** (par exemple un mélange de résistance et d'évitement qui donne le sentiment d'absence de stratégie) ou des manifestations de **désorganisation** ou de peur. Main disait que l'enfant est soumis à une situation de « peur sans solution » : sa figure d'attachement est à la fois source de sécurité et source d'alarme. L'enfant est soumis à ce qu'on appelle un **conflit motivationnel paradoxal**. L'enfant a une double tendance : fuir ce qui fait peur et se rapprocher de ce qui habituellement donne la protection. Cette situation amène un véritable traumatisme relationnel précoce avec un effondrement des stratégies attentionnelles et comportementales habituelles. Les **indices biologiques** de stress sont au **maximum**. Cet attachement désorganisé représente une vulnérabilité en soi prédictive de **troubles cognitifs, émotionnels et du comportement** [110].

e) *Les représentations d'attachement : les Modèles Internes Opérants*

Tout se passe comme si les enfants exposés à une Situation Étrange se comportaient comme s'ils s'attendaient déjà à ce que l'histoire entre eux et leur figure d'attachement se déroule selon un **modèle préétabli**. Ces modèles nous introduisent à la notion de représentations qui occupent une place essentielle dans la théorie de l'attachement.

À partir des échanges avec son entourage familial, l'enfant développe des modèles de relations qui, une fois mis en place, l'aident à comprendre et à interpréter le comportement de ses proches ; ces modèles lui permettent d'**anticiper les réactions d'autrui**. De ce fait, ils influencent son comportement dans ses rapports avec ses figures d'attachement. Celui-ci formerait simultanément un **modèle de soi** et un **modèle d'autrui**. Le modèle de soi correspondrait à une image de soi comme étant plus ou moins digne d'être aimé, et le modèle d'autrui renverrait à sa perception des autres comme étant plus ou moins attentifs et sensibles à ses besoins.

Bowlby a emprunté au psychologue britannique Kenneth Craik le concept de « modèle interne opérant » pour désigner ces modèles mentaux que l'enfant se forme [125]. Ces modèles de travail sont **automatiques**, l'enfant n'en a pas conscience. Ils ont une certaine stabilité car, au fur et à mesure de leur développement, ils filtrent les perceptions et ne retiennent que celles qui confirment les attentes. Les enfants organisent leur compréhension des nouvelles expériences et des relations de manière à ce qu'elles soient cohérentes avec leurs expériences passées et leurs attentes.

Ces modèles sont véritablement opérationnels sous une forme mentalisée aux alentours de la troisième année. Les hypothèses actuelles pour expliquer la **complexification** de ces modèles qui s'opère ensuite, semblent en faveur de la persistance de modèles anciens auxquels se surajoutent de nouveaux modèles, au fur et à mesure des expériences relationnelles, des expériences de la vie et des capacités cognitives du sujet, et cela tout au long de la vie. Plus l'enfant est jeune, plus des changements de l'environnement pourront facilement modifier ces modèles du monde et de soi. Plus l'enfant grandit, et plus il faudra des changements environnementaux profonds et durables pour que de nouveaux modèles se surajoutent aux anciens. À partir de l'**adolescence**, le sujet peut réexaminer ses propres modèles et se confronter, dans les meilleurs des cas, à de nouveaux modèles relationnels.

Il semble que plus on est exposé à une situation de stress ou d'inconnu, qui éveille un sentiment d'alarme, de danger ou de détresse, plus nos modèles les plus anciens d'attachement seront activés. Cette question des **modèles d'attachement** est donc capitale chez le **parent adulte**.

L'attachement est une dimension très particulière des liens interpersonnels affectifs durables et importants entre deux personnes. Si les premières relations d'attachement se construisent entre le bébé et ceux qui l'élèvent, nous construisons des relations d'attachement tout au long de notre vie.

3. Évolution de l'attachement tout au long de la vie

Bowlby propose l'hypothèse suivante : « Tous les enfants internalisent les modèles parentaux et tout le long de leur vie, ces modèles servent comme guide pour véhiculer la relation avec autrui. » [112]

Les premières expériences relationnelles précoces, notamment avec la mère, apparaissent comme primordiales pour le développement d'une sécurité interne. Mais les liens plus tardifs noués par l'individu ont aussi leur importance et pourraient compenser ou suppléer les premières relations éventuellement défailtantes, ou en l'occurrence « *insécures* ». Les liens d'attachement ne seraient pas toujours fixés une fois pour toutes dans les premiers mois de la vie mais pourraient connaître des influences plus tardives, liées à des relations affectives familiales qui évoluent, mais également des liens extra-familiaux, notamment en appui sur le réseau social [126] [127].

Dans ce chapitre, nous nous centrerons plus particulièrement sur l'attachement à l'adolescence puis à l'âge adulte.

a) *Attachement et adolescence*

Du point de vue de l'attachement, l'adolescence se caractérise par un remaniement des relations avec les figures d'attachement primaires, les parents, et par la création de **nouveaux liens d'attachement** pour la première fois depuis la petite enfance.

Le système comportemental d'exploration est au cœur du processus d'**autonomisation**. Il persiste bien sûr l'exploration du monde physique comme pendant l'enfance, mais surtout de nouveaux rôles sociaux, de nouvelles relations, de la sexualité, de soi-même, de son corps et de ses émotions. Or nous avons vu précédemment, qu'il existe une balance dynamique entre attachement et exploration comme illustrée par la notion de « base de sécurité ». Un attachement sécurisé favorisera l'exploration et donc le développement de l'autonomie, tandis qu'un attachement insécuré sera susceptible de l'entraver.

L'émergence du **système sexuel** est un aspect majeur de cette période et il joue un rôle crucial dans les remaniements du système d'attachement. Réciproquement, l'état d'esprit vis-à-vis de l'attachement va influencer les relations sexuelles et amoureuses. La plupart des adolescents s'adaptent avec succès aux changements physiques, cognitifs et sociaux. Mais cette adaptation entraîne un mélange d'excitation et d'anxiété qui génère un sentiment d'insécurité. Face à cette insécurité, on observe une augmentation des stratégies d'adaptation actives et internes. Les adolescents ont de plus en plus recours à une régulation interne des émotions, dans laquelle les Modèles Internes Opérants construits pendant l'enfance jouent un rôle déterminant [109].

(1) Remaniements de l'attachement aux parents et nouvelles relations d'attachement

Au début de l'adolescence, il existe une **prise de distance** vis-à-vis des parents. Les adolescents passent moins de temps avec leurs parents, on note également une diminution des activités partagées et des manifestations physiques d'affection ainsi qu'un besoin accru d'avoir un jardin secret. En dépit de ces marques d'éloignement, les **liens d'attachement** restent **intenses** avec les parents. Les nombreux travaux sur ce point confirment l'importance de la qualité du lien d'attachement actuel avec les parents dans le processus d'autonomisation. Il existe une forte corrélation entre la présence de comportements de recherche d'autonomie chez les adolescents et des indices d'une relation positive avec les parents [128].

La notion de « base de sécurité » permet de comprendre le rôle des parents pour favoriser l'autonomie. À l'adolescence, il est essentiel que le système d'exploration soit hautement activé pour permettre que le sujet développe ses compétences physiques, intellectuelles et sociales et pour qu'il puisse nouer de nouvelles relations. La construction de l'**autonomie** de l'adolescent repose sur l'**exploration**, qui n'est optimale que si le système

d'attachement n'est pas trop activé, c'est-à-dire dans le contexte d'une relation proche avec ses parents lorsqu'il la demande.

C'est à partir de l'adolescence que certaines relations avec les pairs vont jouer un rôle du point de vue de l'attachement. Les **pairs** peuvent procurer un sentiment de sécurité dans les moments de besoin et aider à réguler la détresse dans les situations suscitant l'alarme ou la peur. La recherche de proximité et la détresse lors de la séparation peuvent être orientées vers des pairs. Si les relations avec les pairs ne sont pas des relations d'attachement au sens strict, elles jouent néanmoins un rôle important dans le développement du système comportemental d'attachement à l'adolescence [129]. L'utilisation des pairs comme figures d'attachement dans les situations d'activation modérée du système d'attachement permet d'éviter le recours aux parents. Les pairs permettent de se distancier et de diminuer l'investissement de la relation avec les parents, afin de trouver une **autre voie de régulation interpersonnelle** des sentiments de détresse.

Au lieu d'un investissement centralisé caractéristique de la relation d'attachement pendant l'enfance, les investissements des adolescents sont plus larges, tournés vers différentes figures pour satisfaire les besoins d'attachement.

L'un des aspects les plus importants des relations avec les pairs à l'adolescence est représenté par les **relations amoureuses**. Ces relations ne relèvent pas uniquement de l'attachement ; il est évident que le système sexuel en est une composante essentielle. Le système d'attachement et le système sexuel poussent tous les deux à l'établissement de relations amoureuses. Les relations amoureuses changent considérablement au cours de l'adolescence en termes de fréquence, d'importance et de qualité. Au début de l'adolescence, ce sont d'abord la recherche d'un statut, l'expérimentation sexuelle et le divertissement qui priment. À la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte, les systèmes d'attachement et de *caregiving* deviennent prédominants.

(2) Influence des Modèles Internes Opérants sur le processus d'adolescence

Les modèles internes issus des expériences précoces, qui se complexifient et se consolident tout au long de l'enfance, vont influencer le déroulement du processus d'adolescence.

✓ **Adolescents sécures**

Un adolescent sécure dispose de **ressources optimales** pour faire face aux multiples changements de cette période.

Il existe une relation entre la sensibilité des parents et la sécurité de l'attachement de l'adolescent [130]. Mais si la sensibilité des parents favorise la sécurité, réciproquement les adolescents sécures permettent à leurs parents d'être plus sensibles parce qu'ils communiquent plus facilement sur leurs états émotionnels.

Les relations avec les pairs des adolescents sécures se caractérisent également par leurs aspects positifs : aisance vis-à-vis de l'intimité émotionnelle, capacité de régulation des émotions lors des conflits [131].

La sécurité de l'attachement a été reliée à des compétences sociales plus larges : intégration dans leur groupe, acceptation sociale, réseau amical [132].

✓ **Adolescents insécures**

Les adolescents insécures, et surtout les préoccupés, sont plus en difficulté pour affronter l'adolescence [129]. Ils ont plus de mal à communiquer sur leurs émotions avec leurs parents, que ce soit de leur fait ou du fait du manque de sensibilité de leurs parents.

Les adolescents **préoccupés** sont le plus souvent empêtrés dans des **conflits** avec leurs parents qui sapent leur autonomie. Ils ont plus de difficultés à quitter la maison pour l'université [133]. La crispation des interactions familiales peut retentir sur le degré de sécurité de l'attachement. Dans les relations avec les pairs, les adolescents préoccupés apparaissent peu sûrs d'eux, **anxieux**.

Les adolescents **détachés** sont ceux qui montrent le **moins d'autonomie** mais aussi de connexion dans l'interaction avec leurs parents. De plus, les familles d'adolescents détachés ont tendance à être moins réactives à leurs adolescents que les familles d'adolescents préoccupés. Dans les relations avec les pairs, le malaise par rapport aux affects entraîne leur mise à distance. Ce sont l'**hostilité** et le **manque de compétence sociale** qui dominent dans l'image qu'ils donnent à des tiers, plus que l'anxiété.

b) Attachement chez l'adulte

(1) Les figures d'attachement

✓ **Parents**

Le lien d'attachement avec les parents persiste tout au long de la vie. En revanche, leur place dans la hiérarchie des figures d'attachement change naturellement, du fait de l'apparition de nouvelles figures d'attachement spécifiques de l'âge adulte. Les parents semblent servir de **figures d'attachement de réserve** et sont réutilisés activement chaque fois que l'enfant adulte franchit une étape du développement (parentalité) ou rencontre de sérieuses difficultés (divorce, maladie) [134].

✓ Relation de couple

Les adultes amoureux créent des liens affectifs, analogues en plusieurs points à ceux qui se créent entre les enfants et leurs *caregivers*, qui reflètent leurs modèles opérants du soi et des autres. Le **partenaire amoureux** représente, après un certain temps de relation, la **figure d'attachement principale** pour la majorité des sujets, dans les sociétés occidentalisées.

Hazan et Shaver suggèrent que les trois *patterns* d'attachement identifiés par Ainsworth peuvent aider à décrire les relations entre partenaires d'attachement dans un couple. Les adultes avec un style d'attachement **sécuré** trouvent relativement aisé de **faire confiance** aux autres, de **s'ouvrir émotionnellement** et de **s'impliquer dans des relations intimes** à long terme [135]. Ceux qui présentent un style **anxieux** sont **incertains** quant au fait d'être aimé ou pas, **dignes d'amour** ou **susceptibles d'être protégés**. Cette incertitude craintive explique leur vigilance excessive, leur besoin de réassurance, leurs protestations fréquentes et leur jalousie. Ceux qui présentent un style **évitant** ont appris, afin de se sentir relativement sécurée, à majoritairement **s'appuyer sur eux-mêmes** et à ne pas rechercher ouvertement le soutien d'un partenaire. L'approche attachementiste de l'amour chez les adultes aide à expliquer les réactions émotionnelles puissantes qui accompagnent les ruptures dans les relations, que ce soit une séparation, un divorce ou un décès.

Lorsque l'on interroge des sujets sur les qualités qu'ils recherchent chez leur **partenaire « idéal »**, on trouve le plus fréquemment la **sensibilité** et la compétence à **répondre aux besoins d'attachement** de façon satisfaisante. Ces qualités, qui rappellent celles d'une figure d'attachement adéquate, sont citées bien avant les qualités physiques, le statut social ou la fortune. Dans les relations les plus sécurées, un partenaire signale son besoin de manière claire et conséquente jusqu'à ce qu'il y ait une réponse, réalisant une approche directe de l'autre partenaire pour obtenir de l'aide ou du soutien. Le soutien reçu est réconfortant : l'adulte est à même de rétablir son équilibre émotionnel et de retourner à une activité normale et à l'exploration. Pour qu'un partenariat romantique puisse évoluer vers une relation d'attachement, il semble que les adultes aient besoin d'interactions répétées du type de base de sécurité.

Les partenaires du couple peuvent soit maintenir des modèles opérants existants, soit favoriser le changement. Si l'autre partenaire a un attachement sécurée, cette expérience de chaleur et d'interaction sensible confirme le modèle existant du partenaire sécurée et invalide les modèles existants du partenaire insécure qui peut progressivement les reformuler. Un couple dont l'un des membres au moins est insécure peut aussi éroder le sentiment de sécurité des deux membres [136].

Contre toute attente, il semble que l'attachement dans le couple et la relation coparentale restent des facteurs déterminants dans l'éducation des enfants et dans le fonctionnement familial, même après une **séparation parentale**. Une étude menée au Canada, publiée en 2015, retrouvait des résultats qui indiquent que la relation d'attachement entre les ex-partenaires et le type de décision à l'origine de la résidence alternée (imposée ou à l'amiable) prédisent significativement l'alliance parentale. Plus les sentiments de préoccupation des parents vis-à-vis de leur ex-partenaire sont élevés, plus l'alliance parentale est élevée et soutenante [137].

(2) Les différents profils d'attachement

Les **sujets sécures** ont un modèle des autres positif sans naïveté excessive. Ils recherchent les relations et les souhaitent proches tout en voulant être autonomes. Ils ont un modèle de soi positif avec une vision réaliste de leurs points forts et de leurs vulnérabilités. Ils font face aux problèmes avec un équilibre flexible entre leurs compétences propres et l'aisance à demander de l'aide quand ils n'y arrivent pas par leurs propres moyens. Ils sont tout aussi capables d'aider que de demander de l'aide et de la recevoir.

Les **sujets préoccupés** ont une image négative de leur soi, dont ils doutent qu'il puisse être aimé. Ils ont, en même temps, une vision idéalisée et positive des autres, tout en ayant toujours le sentiment d'être déçus par eux. Ils ont le sentiment d'avoir peu de contrôle sur leur vie et recherchent de manière excessive les relations proches avec les autres. Ils sont dépendants des autres pour leur propre estime de soi. Les sentiments de colère et de détresse sont intenses. Les préoccupés ont souvent un comportement contrôlant sur leurs figures d'attachement avec une peur constante de l'abandon ou de la perte. Ils se servent souvent du travail pour gagner le respect des autres.

Les **sujets détachés évitants** ont une vision positive défensive de leur soi, couplée à une vue négative des autres, envers qui ils se montrent méfiants et suspicieux. Ils ont tendance à traiter les émotions négatives par la mise à distance, la minimisation ou la dévalorisation, tout en valorisant l'indépendance et le détachement émotionnel. Ils donnent plus d'importance à leur accomplissement personnel qu'aux relations. Les relations avec les proches sont émotionnellement distantes.

Les sujets ayant un **style craintif** ont une image négative de leur soi vécu comme solitaire et non désiré, et une image négative des autres. Le craintif montre des niveaux élevés de détresse et d'anxiété mais il se retire en cas de stress. Il ne montre ses besoins de soutien qu'indirectement ou dans des situations extrêmes, quand il n'est plus capable de contrôler l'expression de ses émotions. Les sujets craintifs désirent des relations soutenantes dont ils ne sont jamais satisfaits. Alors qu'ils voudraient s'ouvrir aux autres, ils se voient eux-mêmes comme non aimables, et sont très soucieux du fait qu'ils ne trouveront jamais quelqu'un qui les aime vraiment.

Tableau VI : Styles d'attachement chez l'adulte

	Modèle de soi positif	Modèle de soi négatif
Modèle des autres positif	<u>Sécure</u> : bonne estime de soi, confiance, saine dépendance vis-à-vis des autres	<u>Préoccupé</u> : anxiété dans les relations interpersonnelles, désir d'être approuvé par les autres, manque de confiance
Modèle des autres négatif	<u>Détaché</u> : évite l'intimité, manque de confiance, valorise la réussite	<u>Craintif</u> : faible estime de soi, manque de confiance, anxiété dans les relations interpersonnelles, recherche le contact, solitude, colère, hostilité

Bartholomew, 1991

4. Transmission intergénérationnelle de l'attachement

La transmission intergénérationnelle de l'attachement suppose un processus selon lequel le parent agirait avec son enfant en conformité avec les traitements reçus durant son enfance, lui transmettant ainsi son type d'attachement. Puisque l'attachement est censé être un trait stable au cours de la vie, l'insécurité ou la sécurité qui caractérise l'enfant déterminerait ses comportements parentaux une fois devenu adulte, et il transmettrait à son tour son type d'attachement à son enfant.

En 1985, Main et coll. mettaient en évidence une association significative entre les représentations d'attachement de la mère telles qu'étudiées à travers l'*Adult Attachment Interview* et le *pattern* d'attachement de son enfant observé lors de la Situation Étrange à l'âge d'un an. Les **enfants sécures** avaient généralement des **mères « sécures-autonomes »**, les **enfants insécures-évitants** des **mères détachées**, les **enfants insécures-résistants** des **mères préoccupées**, et les **enfants désorganisés-désorientés** des **mères ayant un deuil** ou un **traumatisme non résolu** [138].

Puis l'étude du *Parent-Child Project* de Fonagy et coll. a montré la nature prédictive de l'association observée. En effet, il existe une corrélation importante entre les **représentations d'attachement de la mère** pendant le dernier trimestre de sa **grossesse** et les modalités d'**attachement de son enfant** lorsqu'il a **douze mois**. Dans 75 % des cas, les représentations d'attachement de la mère prédisaient, avant même la naissance de l'enfant, si celui-ci allait, plus tard, être sécure ou insécure dans sa relation avec elle. Une corrélation significative entre les représentations d'attachement du père et l'attachement de l'enfant à 18 mois était aussi notée, mais dans une moindre mesure [139] [140].

a) Mécanismes de transmission

Plusieurs pistes ont été étudiées pour expliquer les mécanismes sous-jacents à cette transmission [109].

(1) La sensibilité maternelle

La sensibilité maternelle a longtemps été considérée comme le véhicule de la transmission intergénérationnelle de l'attachement. Selon cette conception, la **mère sécurisante** percevrait les signaux d'attachement de son enfant avec **plus d'acuité**, et serait en conséquence plus apte à y répondre rapidement et adéquatement. Les **parents insécurisants** auraient tendance, pour leur part, à rejeter, à être débordés et, au final, à faillir dans leur rôle de régulation du besoin de sécurité de leur enfant. Sur cette base, Main et coll. proposent la transmission de l'état d'esprit de la mère à son enfant par le biais de ses comportements [138].

Raval et coll. ont conduit une étude longitudinale suivant l'enfant du prénatal jusqu'à deux ans de manière à examiner les liens entre l'état d'esprit maternel quant à l'attachement, la sensibilité maternelle, et l'attachement de l'enfant. Ils ont considéré la sensibilité en distinguant les réponses aux signaux nets par rapport à ceux non évidents de l'enfant, les réponses spécifiques aux besoins de protection et l'impact réciproque de l'enfant sur l'interaction dyadique. Cette recherche montre principalement que la capacité maternelle à **partager son attention** entre son enfant et d'autres tâches est particulièrement importante, et ce, davantage que la simple capacité de lui répondre lorsqu'elle est dans une relation dyadique sans aucune autre contingence [141].

Mais comme l'ont souligné certains auteurs, malgré l'affinement du concept de sensibilité et une meilleure prédictivité de la sensibilité, celle-ci n'expliquerait que 24 % de la correspondance entre l'état d'esprit du parent et le *pattern* d'attachement de l'enfant [142].

(2) La mentalisation

Selon la conception de l'*Adult Attachment Interview* (AAI) de Main, l'intégration et l'organisation des expériences d'attachement avec ses parents seraient cruciales pour un attachement autonome chez l'adulte [143]. Le fonctionnement métacognitif et la mentalisation pourraient donc être des éléments centraux dans la relation d'attachement mère-enfant. La **conscience réflexive** est définie comme étant la capacité des individus d'envisager et de réfléchir aux états mentaux, tant les leurs que ceux des autres, et ce, dans le but de se faire une idée réaliste des raisons qui les poussent à agir, à penser et à ressentir comme ils le font. Dans la relation d'attachement parent-enfant, la conscience réflexive de la mère renvoie à sa capacité de garder son bébé à l'esprit et de donner du sens à ses états internes, ses émotions, ses pensées et ses intentions ainsi qu'aux siens propres.

Slade et coll. ont examiné l'effet médiateur de la conscience réflexive entre les représentations d'attachement du parent et le type d'attachement de l'enfant sur un échantillon de 61 dyades. Les résultats de cette étude montrent que les mères classées sécures-autonomes à l'AAI avant la naissance de leur enfant avaient une conscience réflexive significativement plus élevée dans leur relation d'attachement avec celui-ci à l'âge de 10 mois comparativement aux mères des trois catégories d'insécurité [144]. Ainsi, tout semble indiquer que les mères qui sont capables de décrire de façon cohérente leur propre expérience d'attachement à l'AAI sont plus susceptibles de donner du sens aux comportements de leur enfant en termes d'états mentaux.

Ainsi, la capacité de voir les choses du point de vue de l'enfant serait la clé afin de repenser fructueusement le concept de sensibilité maternelle. Le parent qui a une conscience réflexive élevée est plus susceptible de fournir des soins sécurisants à son enfant, puisqu'il décoderait bien ses signaux et serait plus en mesure de lui donner une réponse appropriée. Cette relation sécurisante vécue par l'enfant serait une condition favorable au développement de sa propre conscience réflexive lui permettant à terme une bonne capacité de développer des relations sécurisantes avec les autres, notamment avec ses propres enfants [145].

b) Recherches récentes sur la transmission de l'attachement

Les recherches récentes menées dans le domaine de la biologie, de la neurologie et de la génétique apportent une contribution de plus en plus importante à la compréhension du phénomène de l'attachement et de sa transmission intergénérationnelle.

L'**ocytocine** produite lors de la parturition et de la lactation aurait un effet sur le système de récompense, favorisant l'engagement dans les soins parentaux. Des études sur des chiens des prairies ont montré que les bébés qui reçoivent des soins maternels de qualité suivant leur naissance seraient plus susceptibles de produire de l'ocytocine lors de l'exposition à ces soins et au cours de leur vie, particulièrement les femelles. Ces études montrent ainsi que les expériences précoces influenceraient les capacités du système nerveux de produire des hormones, notamment l'ocytocine [146].

D'autres chercheurs se sont questionnés sur le **rôle des gènes** dans la transmission de l'attachement. Des études de jumeaux ont montré que l'attachement était un comportement avec un faible poids d'hérédité [147].

Meaney et ses collaborateurs se sont intéressés pour leur part aux soins maternels et à leur transmission intergénérationnelle **chez les animaux**. Ces travaux montrent que lorsqu'une rate lèche ses petits, elle active le gène qui favorise une réduction de la production de glucocorticoïdes dans une situation de stress. Ainsi, les rats qui ont été souvent léchés par leur mère se montrent plus calmes lorsqu'ils sont soumis à un stress. De plus, ces études montrent que les rats femelles qui ont été léchées plus assidûment par leur mère suivant leur naissance, lèchent plus assidûment à leur tour leurs rats une fois devenues mères, ce qui témoignerait de la transmission intergénérationnelle des soins maternels [148] [149]. Une autre étude a montré qu'un raton né d'une mère dont le potentiel de léchage est faible, placé avec une mère adoptive ayant de hautes capacités de léchage, se développe de façon optimale et lèche à son tour assidûment ses propres petits [150]. Ces études suggèrent que la transmission intergénérationnelle de l'attachement ne serait pas génétique, mais plutôt épigénétique. Le rôle de l'environnement est donc crucial dans le phénomène de transmission, expliquant l'existence d'une transmission dans les familles non biologiques.

5. Attachement et tentative de suicide

Les recherches empiriques de ces dernières années ont soutenu le lien entre l'engagement parental défectueux, l'attachement insécurisé de l'enfant et le développement de troubles anxieux et de troubles de la personnalité [151].

Sheftall and all ont montré que les adolescents ayant fait des tentatives de suicide rapportent un attachement maternel et paternel plus bas que ceux qui n'avaient pas commis d'acte suicidaire, ainsi qu'un niveau de cohésion et d'adaptabilité familiale plus bas [13] [152].

Les individus qui ont un style d'attachement **insécurisé** vont avoir des difficultés dans leurs relations aux autres, avec une tendance à la **dépendance affective**. Des taux plus élevés de **dépression** sont retrouvés chez ces individus ainsi que des angoisses d'abandon [135] [153] [154]. Chaque style d'attachement va avoir ses propres stratégies pour faire face aux événements de vie stressants, ce qui peut conduire à des différences vis-à-vis du passage à l'acte suicidaire [112] [118] [155] [156].

Plusieurs études ont cherché à montrer un lien entre la sécurité de l'attachement et les tentatives de suicide. Adams and all ont montré une association entre la sécurité de l'attachement et le comportement suicidaire parmi un échantillon mixte d'individus avec d'importantes idées suicidaires et qui ont commis un acte suicidaire. Ils ont montré que les individus du groupe « **suicidaire** » avaient de façon prédominante un attachement **préoccupé/désorganisé** et que la majorité des individus avaient été exposés à des traumatismes [157]. D'autres ont constaté que l'attachement **insécurisé** (préoccupé et/ou évitant) est davantage retrouvé chez les individus qui ont un **antécédent de tentative de suicide** [158] et est associé aux **idées suicidaires** actuelles [159] et à une plus forte probabilité de **tentative de suicide future** [160]. Plusieurs hypothèses sont proposées pour expliquer ce lien entre style d'attachement et tentative de suicide. Un attachement insécurisé pourrait **augmenter la vulnérabilité** et **diminuer la résilience**. La vulnérabilité aux tentatives de suicide pourrait être augmentée si l'attachement insécurisé perturbe les interactions sociales à l'origine d'une mauvaise estime de soi et d'une thymie dépressive [158]. La capacité de résilience sur les idées suicidaires pourrait être diminuée si l'attachement insécurisé limite l'utilisation des soutiens de l'entourage qui sont aidants dans la gestion de la réponse aux événements de vie stressants [160].

En 1991, M. de Jong menait une étude comparant un groupe d'étudiants avec une histoire de suicidalité, à un groupe d'étudiants déprimés et à un groupe contrôle. Les étudiants avec une **histoire de suicidalité** montraient un attachement **plus insécurisé** ainsi qu'un **moindre degré d'individuation** dans la relation avec leurs **parents** que les deux autres groupes. En revanche, le groupe « suicide » était comparable au groupe « dépression » et au groupe contrôle sur la sécurité de l'attachement aux pairs et sur le degré d'individuation par rapport aux pairs. Les étudiants du **groupe « suicide »** décrivaient des **parents**, et notamment une mère, **absents émotionnellement** dans leur enfance. Ils avaient significativement moins confiance en la fiabilité, la disponibilité et la réactivité de leurs parents que les étudiants du groupe contrôle. La suicidalité était plus fortement associée à une **instabilité familiale** qu'au divorce parental [161].

6. Outils d'évaluation de l'attachement chez l'adulte

a) *Adult Attachment Interview (AAI)*

La construction et l'élaboration des échelles de cet outil émanent de l'**étude de la narration** de parents dont les enfants avaient été examinés d'un point de vue comportemental lors de la Situation Étrange [162]. Initialement, les auteurs ont conçu trois catégories correspondant à celles de la Situation Étrange : aux enfants classés évitants correspondent des figures parentales à l'état d'esprit détaché ; aux enfants classés anxieux-ambivalents correspondent des figures parentales préoccupées ; aux enfants sécures, des figures parentales libres et autonomes. Secondairement, un quatrième *pattern* chez les enfants, « désorganisé », a été associé, chez les adultes, à la catégorie « attachement non résolu/désorganisé » en lien avec un deuil ou un traumatisme.

L'AAI est un entretien semi-structuré destiné aux adultes. Il porte sur l'état d'esprit actuel vis-à-vis de l'attachement de la personne interrogée. Même si cet adulte est principalement invité à parler de son enfance, l'outil ne vise pas à évaluer rétrospectivement l'attachement de cette personne enfant.

Tout d'abord, le sujet est interrogé sur sa relation avec chacun de ses parents. Il lui est demandé de donner cinq adjectifs décrivant sa relation avec chacun d'entre eux, puis de trouver un souvenir illustrant chacun des qualificatifs. La seconde et la troisième parties s'intéressent aux expériences de séparation, aux éventuels abus ou aux rejets que le sujet aurait subis ainsi qu'aux expériences de deuil. Il est invité ensuite à réfléchir sur l'évolution de ses relations avec ses figures d'attachement. Il lui est enfin demandé d'explorer les expériences qu'il a avec ses propres enfants. L'analyse du **discours** porte essentiellement sur sa **forme** et sa **structure** et non sur son contenu.

L'AAI permet ainsi de déterminer trois catégories d'état d'esprit actuel organisées vis-à-vis de l'attachement : autonome/sécure, détaché et préoccupé. Secondairement et plus récemment, deux catégories non organisées ont été individualisées : « attachement non résolu/désorganisé » et une catégorie ne pouvant être classifiée.

Les sujets ayant un état d'esprit actuel **autonome** font un **récit cohérent** de leurs expériences passées et de leur enfance qu'elles aient été difficiles ou non. Ils ont la possibilité d'explorer librement leurs pensées concernant leurs figures d'attachement sans se laisser déborder par les émotions liées à leurs souvenirs.

Le récit des sujets ayant un état d'esprit actuel **détaché** évite l'évocation des expériences en rapport avec l'attachement. Ils insistent sur leur **incapacité à se souvenir** de leur enfance et leur peu de souvenirs. L'entretien est marqué par une **incohérence** entre les adjectifs très positifs décrivant les parents et l'impossibilité d'illustrer cette description par des souvenirs précis. Au fil de l'entretien, certains épisodes peuvent contredire la description générale très positive de leur enfance.

Les sujets ayant un état d'esprit actuel **préoccupé** font un récit de leur passé **très fourni** sans parvenir à se focaliser sur les questions de l'entretien et leur récit devient souvent **digressif**. Leurs pensées semblent complètement prises par leurs expériences passées et dans leurs relations avec leurs parents. Les émotions liées à leurs souvenirs semblent les déborder. Ils peuvent montrer un sentiment de colère encore actuel et mal contenu vis-à-vis de leurs parents ou osciller entre des positions diamétralement opposées concernant l'appréciation de leurs relations avec leurs parents.

La catégorie « **attachement non résolu-désorganisé** », individualisée plus tardivement, regroupe les sujets dont le discours **se désorganise** dans sa forme ou dans son contenu lorsque sont évoquées des **expériences traumatiques**.

Enfin, certains narratifs sont considérés comme « **non classifiables** » quand la transcription montre des *patterns* distincts d'état d'esprit ou d'autres signes majeurs d'**incohérence**.

L'AAI est d'une grande richesse mais est très coûteux en temps. Chaque entretien nécessite au moins une heure de passation puis 4 à 5 heures de cotation par transcription. De plus, cette technique nécessite une formation.

b) Outils s'intéressant à la relation de couple

Afin d'évaluer la relation d'attachement au sein de la relation de couple, Crowell et Owens ont créé le *Current Relationship Interview*. Dans la lignée des narratifs issus de l'AAI, cet instrument explore les représentations du lien d'attachement envers le partenaire amoureux. La cotation de la transcription se fonde sur trois domaines : les pensées et comportements d'attachement de la personne interrogée envers son partenaire, les comportements du partenaire et le style narratif tel qu'il est étudié dans l'AAI [163].

D'autres outils permettant d'évaluer l'attachement au sein du couple ont été développés, notamment le *Secure Base Scoring System* (SSBS) qui permet d'étudier le comportement de base de sécurité au sein du couple à partir d'une situation filmée de 15 minutes où les deux partenaires discutent d'un point de désaccord au sujet de leur couple. La possibilité d'être une base de sécurité pour son partenaire et la capacité à profiter de la base de sécurité fournie par son partenaire sont examinées [164].

c) Outils définissant des styles d'attachement

Le modèle de Hazan et Shaver étudie le système d'attachement à travers les relations de couple. L'*Attachement Style Questionnaire* (ASQ) comporte trois paragraphes décrivant brièvement les comportements et les sentiments concernant sa façon de se percevoir dans ses relations amoureuses et interpersonnelles, qui correspondent aux trois catégories de la Situation Étrange. Le sujet doit choisir parmi ces trois propositions celle qui lui correspond le plus, ce qui définit son *pattern* d'attachement. L'intérêt majeur de cet outil est son extrême brièveté et son administration facile mais certaines qualités psychométriques sont médiocres, notamment la stabilité temporelle [135].

L'*Adult Attachment Scale* a été créé en convertissant les trois descriptions des prototypes de Hazan et Shaver en un questionnaire à 13 items cotés sur une échelle visuelle de Likert en 7 points [165].

Bartholomew et Horowitz ont conceptualisé un modèle de l'attachement chez l'adulte en considérant deux dimensions : « le modèle de soi » et « le modèle des autres ». Chacune de ces deux dimensions peut être positive ou négative et, en les combinant, on arrive à une classification à quatre catégories : sécuritaire (modèles de soi et des autres positifs), préoccupé (modèle de soi négatif et des autres positif), détaché (modèle de soi positif et modèle des autres négatif) et craintif (modèles de soi et des autres négatifs) [154].

À partir de ce modèle fut construit un auto-questionnaire, le *Relationship Questionnaire* (RQ), comportant quatre brefs paragraphes cotés de 1 à 7 décrivant en quelques phrases les modalités relationnelles prototypiques correspondant à chaque catégorie d'attachement.

Bartholomew a aussi créé un questionnaire, le *Relationship Styles Questionnaire* (RSQ), de 30 items cotés sur une échelle de Likert en cinq points. Ces items proviennent des phrases constituant les descriptions du *Relationship Questionnaire* et de l'*Adult Attachment Scale*. Dix-huit d'entre eux sont utilisés pour calculer un score pour quatre sous-échelles correspondant aux styles ou prototypes sécuritaire, craintif, détaché et préoccupé. Le RQ et le RSQ ont été traduits et validés en français [166].

Les outils d'évaluation de l'attachement chez l'adulte sont nombreux et continuent à se multiplier. Le choix des instruments sera guidé par la nature et les objectifs de l'étude envisagée.

Nous retrouvons dans la littérature, des liens entre la qualité de l'attachement et des dimensions de personnalité. Il nous semble donc intéressant de développer cette notion de personnalité.

D. La personnalité

1. Définitions

Entité complexe et unique, la personnalité est un système dynamique, organisé, qui résulte de l'interaction permanente entre l'individu et son environnement. Allport énumérait et discutait en 1937, plus de cinquante définitions de la personnalité. Historiquement, « personnalité » vient du mot « personne », dérivé du latin « *persona* » qui désignait les masques portés par les acteurs de théâtre. Chaque acteur ne portant qu'un seul masque au cours de la pièce, les spectateurs pouvaient ainsi s'attendre à des comportements ou à des attitudes déterminés [167].

Au cours des siècles, différents concepts ont été élaborés, au gré des différents courants psychologiques, principalement les approches psychanalytique, comportementaliste, cognitiviste et neurobiologique. Actuellement, on considère que la personnalité est l'ensemble des comportements qui constituent l'individualité d'une personne. Elle est le résultat de l'intégration de la **cognition**, des **pulsions**, des **émotions**, de l'**environnement** et du **fonctionnement interpersonnel** d'un individu. L'agencement de ces différents facteurs constitue les traits de personnalité, c'est-à-dire les modalités relationnelles de la personne, sa façon de percevoir le monde et de se penser dans son environnement. Elle est à la fois **stable** et **unique**. C'est un concept psychologique, mais qui s'appuie aussi sur des bases biologiques, et qui est modulé par l'environnement au cours de la vie [168]. Malgré le caractère individuel de la personnalité, il existe des comportements communs entre les individus d'une même espèce. Même si la personnalité peut se modifier au cours de la vie d'un individu, elle est considérée comme relativement stable. En effet, différentes études ont montré une constance des tempéraments et de la personnalité durant les différentes phases de la vie, de l'enfance à l'âge adulte. En outre, il semble que les tempéraments des enfants en bas âge soient étroitement corrélés avec les comportements à l'âge adulte [169].

La personnalité devient **pathologique** lorsqu'elle se rigidifie, entraînant des réponses inadaptées, source d'une souffrance ressentie par le sujet ou d'une altération significative du fonctionnement social. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose la définition suivante de la personnalité et ses troubles : « Modalités de comportement profondément enracinées et durables consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de natures très variées. Les troubles de la personnalité représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. » [170].

On peut distinguer deux composantes de la personnalité : le tempérament et le caractère.

Le terme **tempérament** vient du latin *attemperare* qui signifie *ajuster, adapter*. Il serait la **partie innée** de la personnalité, qui serait l'expression de facteurs biologiques (génétiques et physiologiques) constitutifs du sujet dès le début de son existence. L'idée d'une base biologique des tempéraments se retrouve dès l'Antiquité. La théorie des quatre humeurs (sang, phlegme, bile jaune et bile noire) prend ses origines dans un des traités de la collection hippocratique, le « Traité de la Nature de l'Homme », œuvre de Polybe, gendre et disciple d'Hippocrate. Galien fut ensuite un relais important en donnant une portée psychologique aux humeurs : le sanguin est optimiste, le colérique est irascible, fort et combatif, le mélancolique est morose, triste, et le phlegmatique est apathique. L'équilibre entre ces quatre humeurs est garant d'une bonne santé. Un déséquilibre venant de l'une d'entre elles, favoriserait l'émergence de certaines maladies et serait donc également associé à des comportements particuliers [171].

Chess et Thomas ont suivi des cohortes de patients de la petite enfance à l'âge adulte, afin d'étudier les facteurs influençant le développement de la personnalité, en s'intéressant davantage au « style relationnel ». Le rôle du tempérament apparaît comme fondamental : en association avec l'environnement, il dessine les **différences individuelles** et les **modalités comportementales**. Le tempérament, même d'origine génétique, peut être **modifié par l'attitude éducative des parents**. L'ajustement de ceux-ci au tempérament de l'enfant lui permet une bonne adaptation. Au contraire, une relation de mauvaise qualité exacerbe les tendances menant à l'inadaptation de l'enfant [172].

Le **caractère, acquis**, serait quant à lui le résultat des **apprentissages** et de l'**histoire relationnelle** du sujet, soumis aux **effets de l'environnement**. Il désigne les manières, les façons d'agir, les attitudes qui sont propres à un individu et qui permettent de le distinguer d'un autre. Le mot vient du grec *karakter* qui signifie « empreinte ».

Cloninger en 1998, emploie le mot caractère pour parler d'un ensemble de **dimensions** de la personnalité (autodétermination, coopération, transcendance) que la théorie considère (contrairement aux dimensions du tempérament) comme moins héritables et à développement plus tardif, car influencées par les processus de maturation, d'apprentissage, et représentant des différences interindividuelles au niveau des relations « soi-objet ». Elles sont aussi plus susceptibles de se modifier en fonction des troubles psychopathologiques, et des psychothérapies [173].

On peut donc dire que chaque homme est une **entité bio-psycho-sociale unique**. Sa vie, son comportement, ses attitudes s'échafaudent en fonction de ses gènes, mais aussi de sa psychologie et des influences de son environnement familial, social et culturel [172] [174].

En psychiatrie, l'évaluation de la personnalité est d'un intérêt certain pour étayer les hypothèses étiologiques, diagnostiques et orienter la thérapeutique. En effet, une telle évaluation peut permettre de mieux appréhender les réactions d'un sujet face à une situation donnée.

2. Classifications actuelles

La personnalité et ses troubles peuvent être envisagés sous deux formes d'approches différentes. D'une part, l'**approche catégorielle** et d'autre part, l'**approche dimensionnelle**.

a) *Approche catégorielle*

Les deux principales classifications des troubles mentaux, que sont la **CIM-10** (Classification Internationale des Maladies 10^{ème} édition) et le **DSM 5** (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^{ème} édition) adoptent une **approche catégorielle** de la personnalité [78] [170]. Le diagnostic d'un trouble de la personnalité repose sur la présence d'un **nombre minimum de critères** propres à chaque trouble selon une démarche théorique, sans préjuger des raisons pouvant expliquer ce regroupement d'attitudes et de comportements. Pour que le trouble soit présent, il est nécessaire qu'un certain nombre de critères de la liste établie soient présents.

Cette approche comporte certaines limites. Un seuil diagnostique arbitraire et une forte comorbidité entre les diagnostics ne permettent pas l'expression de troubles de la personnalité moins sévères ou encore la distinction entre fonctionnement normal et pathologique. De plus, il n'existe pas de critère correspondant à l'évolution clinique, au pronostic ou à l'histoire familiale. Ce sont ces limites qui alimentent les **controverses** de ces dernières années [175].

Tableau VII : Clusters de personnalités selon le DSM 5

CLUSTER A (personnalités bizarres et excentriques)
Personnalité paranoïaque : méfiante, vigilante, revendicatrice Personnalité schizoïde : solitaire, bizarre, froide, sans émotion Personnalité schizotypique : originale, marginale, étrange
CLUSTER B (personnalités théâtrales, émotives et capricieuses)
Personnalité antisociale : impulsive, instable, irritable Personnalité borderline : fluctuante, imprévisible, intolérante à l'ennui Personnalité histrionique : exubérante, théâtrale, dramatisante Personnalité narcissique : sûre de soi, égocentrique
CLUSTER C (personnalités anxieuses et craintives, vulnérables, souvent inhibées)
Personnalité évitante : discrète, phobique, anxieuse Personnalité dépendante : dévouée, soumise, faible Personnalité obsessionnelle-compulsive : scrupuleuse, indécise, douteuse

b) Approche dimensionnelle

L'approche dimensionnelle consiste à caractériser la personnalité d'un sujet selon un **répertoire de dimensions** de personnalité plus ou moins accusées, c'est-à-dire par leur **quantification du normal au pathologique**. Une dimension correspond à un **continuum** entre une personnalité normale, une psychopathologie et un trouble de personnalité.

Elle permet une étude, une compréhension et une description de la personnalité au sens large du terme. C'est une approche intéressante notamment en **pratique clinique**.

L'approche dimensionnelle n'a, jusqu'à présent, donné naissance qu'à un faible nombre d'instruments diagnostiques utilisables en pratique courante [173] [176].

(1) Le « Big Five »

Plusieurs auteurs ont abouti à la conclusion de l'existence de **cinq dimensions** qui déterminent la personnalité. On appelle « *Big Five* » ou « OCEAN », le modèle qui en découle avec les dimensions suivantes [177] :

- ✓ l'**O**uverture vers l'expérience : recherche d'expériences nouvelles, ouverture à la culture ;
- ✓ la **C**onscienciosité ou caractère consciencieux : motivation, organisation, persévérance ;
- ✓ l'**E**xtraversion : émotions positives, tendance à rechercher la compagnie des autres ;
- ✓ l'**A**gréabilité ou caractère agréable : coopérativité ;
- ✓ le **N**euroticisme (ou émotionnalité) : contraire de la stabilité émotionnelle.

L'évaluation de ce modèle peut se faire grâce à l'échelle NEO-PI-R (*Revised NEO Personality Inventory*) de Costa et McCrae ou à l'échelle NEO-FFI (*NEO Five-Factor Inventory*) [176].

(2) Le modèle psychobiologique de Cloninger

C'est ce modèle que nous utiliserons dans ce travail.

Le modèle de Cloninger est un modèle causal, c'est-à-dire qu'il est focalisé sur les relations entre les **mécanismes biologiques** et les **dimensions de la personnalité** [169] [179].

A l'origine, ce modèle comprenait trois dimensions de tempérament qui décrivent les tendances à **activer**, **inhiber** ou **maintenir** des comportements face à des situations données. Il s'agit de la **Recherche de Nouveauté** (RN), de l'**Evitement du Danger** (ED) et de la **Dépendance à la Récompense** (DR). Cloninger a fait l'hypothèse que ces trois dimensions étaient réglées par le fonctionnement respectif des systèmes dopaminergique, sérotoninergique, et noradrénergique comme le montre le tableau VII.

Tableau VIII : Dimensions du tempérament et neuromédiateurs associés

Recherche de Nouveauté (RN) ↗	Dopamine ↘
Évitement du Danger (ED) ↗	Sérotonine ↘
Dépendance à la Récompense (DR) ↗	Noradrénaline ↘
Persistance (P)	Glutamate ? Sérotonine ?

D'après *Psychologie de la personnalité*, M. Hansenne, 2013 [167]

Plusieurs études ont validé les liens entre les dimensions de tempérament et les systèmes de neurotransmission. Une relation entre le gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5-HT₂ et la dimension de Dépendance à la Récompense a été démontrée, et ce en interaction avec les gènes codant pour les récepteurs dopaminergiques D₄ et D₃ [180]. Une revue plus récente de la littérature, faite en 2010, a retrouvé des liens entre l'activité de la Catéchol-o-méthyltransférase (COMT) et les dimensions de personnalité. Une corrélation significative est trouvée entre COMT et la Dépendance à la Récompense. La COMT intervient dans le catabolisme des catécholamines (noradrénaline, dopamine et adrénaline) [181]. D'autre part, selon de nombreuses études, la note de la dimension d'Évitement du Danger serait élevée chez les sujets déprimés et elle serait proportionnelle à la sévérité de la dépression [176]. Ces données permettent de comprendre l'intérêt thérapeutique des traitements antidépresseurs Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS). Ils inhibent la recapture de la sérotonine au niveau de la synapse neuronale permettant d'augmenter la probabilité d'être reconnu par le neurone récepteur et majorant ainsi la stimulation de celui-ci. Les dimensions de Recherche de Nouveauté et de Dépendance à la Récompense ne seraient pas modifiées avec l'état clinique des sujets. Des notes faibles aux dimensions de Détermination et de Coopération se retrouveraient systématiquement dans les troubles de personnalité [182] [183].

Ces trois dimensions du tempérament (RN, ED, DR) étaient mesurées à l'aide du *Tridimensional Personality Questionnaire* (TPQ) qui est un auto-questionnaire à 100 items, avec réponses binaires forcées (vrai/faux) [184] [185].

Ce modèle a ensuite été modifié en tenant compte de la psychologie humaniste. Certains aspects de la personnalité n'étant pas couverts par ces trois dimensions, Cloninger et ses collaborateurs ont porté à sept le nombre total de dimensions de la personnalité explorées. Ainsi, d'après ce nouveau modèle, la personnalité est composée de **quatre dimensions de tempérament** et de **trois dimensions de caractère**. Aux trois dimensions de tempérament du premier modèle s'ajoute donc une quatrième dimension qui est la **Persistance**. Les trois dimensions du caractère correspondent au niveau d'adaptation du sujet, à son degré de maturité. Il s'agit de l'Autodétermination (maturité individuelle), de la Coopération (maturité sociale) et de la Transcendance (maturité spirituelle).

Après l'élaboration de ce modèle psychobiologique à sept dimensions, Cloninger et ses collaborateurs développent, en 1993, un questionnaire d'auto-évaluation à 226 items à choix forcés. Il s'agit du « **Temperament and Character Inventory** » (TCI) [179]. Différentes versions du TCI ont été successivement élaborées depuis sa conception, certaines versions étant plus ou moins robustes. Nous citerons la version 8 du TCI à 238 items, la version 9 du TCI ou TCI-240 à 240 items, le TCI-226 qui est la version française traduite et validée par Pelissolo [186], le TCI-295 qui est une version étendue plus disponible actuellement, le TCI-R à 240 items avec choix de réponse sous forme d'une échelle de Likert à 5 points, le TCI-140 version courte du TCI-R, le **TCI-125** auto-questionnaire à 125 items à choix binaire forcé vrai/faux élaboré à partir de la version française du TCI-226 de Pélissolo et ses collaborateurs et le TCI-56 qui facilite les études et le travail de recherche en psychiatrie en réduisant le temps de passation [184].

L'Inventaire du Tempérament et du Caractère (TCI) évalue donc sept dimensions de la personnalité dont quatre dimensions du tempérament et trois dimensions du caractère. Chacune de ces dimensions est subdivisée en **facettes** ou « **sous-dimensions** » avec au total, 25 facettes (12 facettes du tempérament et 13 facettes du caractère) présentées dans le tableau IX.

Tableau IX : Dimensions et facettes du *Temperament and Character Inventory*

Dimensions	Tempérament				Caractère		
	RN	ED	DR	P	D	C	T
Facettes ou sous-dimensions	Besoin de changement (RN1)	Inquiétude (ED1)	Sentimentalité (DR1)	Persévérance	Sens des responsabilités (D1)	Tolérance sociale (C1)	Sens du spirituel (T1)
	Impulsivité (RN2)	Peur de l'inconnu (ED2)	Attachement affectif (DR3)		Volonté d'aboutir (D2)	Empathie (C2)	Détachement de soi (T2)
	Dépenses (RN3)	Timidité (ED3)	Besoin de soutien (DR4)		Ressources individuelles (D3)	Solidarité (C3)	Croyance universelle (T3)
	Anticonformisme (RN4)	Fatigabilité (ED4)			Acceptation de soi (D4)	Indulgence (C4)	
					Habitudes bénéfiques (D5)	Probité (C5)	

RN : Recherche de Nouveauté ; ED : Évitement du Danger ; DR : Dépendance à la Récompense ; P : Persistance ; D : Détermination ; C : Coopération ; T : Transcendance.

3. Attachement et personnalité

La théorie de l'attachement a été explorée comme un moyen de comprendre l'origine des troubles de personnalité. Brennan and Shaver ont cherché à montrer que les styles d'attachement adultes et les troubles de personnalité partagent une **structure sous-jacente commune** et comment ces deux variables sont influencées par des **facteurs familiaux** tels que le décès d'un parent, la séparation parentale et la qualité des relations parents-enfants. Ils retrouvaient un chevauchement des mesures des troubles de personnalité et des styles d'attachement, et une association significative aux variables familiales [187].

Les styles d'attachement insécure peuvent être associés à des comportements inadaptés dans le domaine des relations sociales, favorisant ainsi le développement de traits de personnalité dysfonctionnels voire de troubles de personnalité [187].

Bowlby postulait « qu'un doute rongeur quant à l'accessibilité et à la disponibilité des figures d'attachement est une des raisons principales du développement d'une personnalité instable et angoissée » [188].

Du point de vue de la théorie de l'attachement, les troubles de la personnalité peuvent être considérés comme les résultats d'un modèle de travail insécurisé [189].

Lyddon et Sherry ont étudié les relations entre les dimensions d'attachement, les styles de personnalité, les modèles de travail de soi et des autres ainsi que les croyances assimilatives qui les précèdent, comme décrit dans le tableau X [190].

Tableau X : Relations entre les dimensions d'attachement, les styles de personnalité, les modèles de travail de soi et des autres et les croyances assimilatives qui les précèdent

Dimension d'attachement	Style de personnalité	Modèle de soi	Modèle des autres	Croyance assimilative
Préoccupé	Dépendant	Inadéquat, fragile	« Les autres ont besoin de prendre soin de moi. »	« Je suis une personne faible et je ne peux pas survivre sans les autres. »
	Obsessionnel-compulsif	Extrêmement fiable	« Les autres s'attendent à ce que je sois parfait. »	« Je dois toujours être prêt à prouver ma compétence. »
	Histrionique	Insignifiant et sans importance	« Les autres sont une source précieuse d'attentions. »	« J'ai besoin de l'attention des autres pour me sentir important et utile. »
Préoccupé et craintif	Évitant	Inadéquat et a peur du rejet	« Les autres sont à éviter. »	« Même si les gens me rejettent, je veux quelqu'un qui m'aime. »
	Paranoïaque	Spécial, unique, différent	« Les autres ne sont pas crédibles. »	« Seul, je suis plus en sécurité parce que les autres ne peuvent pas être crédibles. »
Craintif et détaché	Antisocial	« Ne peut pas être aimé » est souvent développé comme une défense.	« Les autres ne vont jamais m'aimer ou se faire du souci pour moi. »	« J'ai besoin d'être dur et puissant, ainsi je ne serai jamais mal. »
	Narcissique	Extrêmement fragile, mais masqué par une assurance en soi excessive	« Les autres attendent que je sois exceptionnel. »	« Je suis spécial, unique, et j'ai droit à des considérations spéciales. »

Détaché	Schizotypique	Désintéressé, inexistant	« Les autres n'ont pas de bonnes intentions. »	« Je suis un étrange oiseau. »
	Schizoïde	Positif, non affecté	« Les autres sont émotionnellement différents. »	« Le monde est différent, ne te donne même pas la peine d'établir des relations. »
Attachement désorganisé	Borderline	Positif et négatif	Positif et négatif	« Si les choses ne vont pas dans mon sens, je ne peux pas les tolérer. Les autres sont formidables, non ils ne le sont pas. »

Lyddon et Sherry, 2001. Dernière version : Masson.

Cette revue de la littérature confirme que la qualité des relations familiales, de la structure familiale et des réponses et comportements parentaux est l'un des facteurs déterminants du bien-être psychique de l'adolescent. Nous retrouvons dans la littérature des altérations de ces relations familiales et des réponses parentales dans les familles d'adolescents suicidants ce que nous avons voulu évaluer dans notre étude.

Un des plus clairs effets de la présence d'un enfant dans le ménage est de rendre idiots de braves parents qui, sans lui, n'eussent peut-être été que de simples imbéciles.

George Courteline, 1917

II. DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE CLINIQUE

Notre étude s'intéresse à l'environnement familial des adolescents suicidants et plus particulièrement à leurs parents. Nous cherchons à mieux connaître ces parents sur leurs styles d'attachement, leurs dimensions de personnalité et sur la description qu'ils font du fonctionnement de leur famille.

A. Objectifs de l'étude

L'**objectif principal** de notre étude est de **décrire** les styles d'attachement et les dimensions de personnalité de parents d'adolescents suicidants ainsi que leur fonctionnement familial sur les critères de cohésion et d'adaptabilité à l'aide de trois auto-questionnaires.

Les **objectifs secondaires** de l'étude sont :

- d'évaluer la représentativité de notre échantillon en le comparant à une cohorte de parents d'adolescents suicidants plus importante ;
- ✓ de **comparer** les styles d'attachement, et les dimensions de personnalité de notre population à ceux d'une **population de référence**, ainsi que les fonctionnements familiaux de notre population à ceux de la population de référence ;
- ✓ de **comparer** les styles d'attachement, dimensions de personnalité et fonctionnements familiaux des **pères** de notre population à ceux des **mères** de notre population ;
- ✓ de mettre en évidence d'éventuels critères d'association au sein des **couples**.

B. Population et méthodes

1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, portant sur une population de 29 parents d'adolescents suicidants âgés de 13 à 18 ans. Elle a été conduite du 1er janvier au 30 juin 2016, au sein du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges.

2. Population de l'étude

a) Critères d'inclusion

Nous avons inclus les personnes répondant aux critères suivants :

- être père ou mère d'un adolescent âgé de 12 ans révolus à 17 ans révolus, ayant déjà fait une tentative de suicide entre 13 et 18 ans ;
- avoir un adolescent pris en charge par un pédopsychiatre du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Centre Hospitalier Esquirol entre le 1er janvier et le 30 juin 2016, en hospitalisation (de jour ou temps complet) ou en consultation ambulatoire ;
- avoir donné son consentement oral pour participer à l'étude.

b) Critères d'exclusion

Nous avons exclu les personnes présentant les critères suivants :

- avoir un adolescent placé en famille d'accueil ou en foyer de vie ;
- avoir un retrait de l'exercice de l'autorité parentale ;
- être sous mesure de protection ;
- avoir une mauvaise compréhension du français parlé et lu ;
- avoir un trouble mental ou déficit cognitivo-intellectuel empêchant la bonne compréhension et le remplissage correct des questionnaires.

c) Recrutement des sujets

Le recrutement des sujets a eu lieu entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2016, dans le Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges. 7 pédopsychiatres prenant en charge des adolescents ainsi que 5 internes de psychiatrie ont été sollicités pour la réalisation de cette étude. Les questionnaires ont été proposés aux parents soit lors d'une consultation de suivi ambulatoire, soit lors d'une hospitalisation à temps complet, soit lors d'une hospitalisation de jour de leur adolescent.

Une note d'information, remise à chaque parent, leur précisait l'objectif et le déroulement de l'étude. Elle précisait également que l'étude n'impliquait pas leur adolescent et que sa prise en charge ne serait pas modifiée et enfin que les résultats obtenus seraient traités de manière anonyme (Annexe 1.A.)

3. Recueil de l'information

a) Anonymat

Les cahiers distribués aux couples de parents étaient numérotés par paires (par exemple : 1A/1B). En cas d'absence de l'un des parents, seul un des deux questionnaires était distribué (1A par exemple), l'autre (1B) n'était pas comptabilisé. Les parents ne mentionnaient ni leur nom, ni leur date de naissance, ni celle de leur enfant.

b) Recueil des données

La passation des auto-questionnaires nécessitait une quarantaine de minutes. Les parents qui acceptaient de participer à l'étude pouvaient remplir les questionnaires soit durant la consultation de leur adolescent, soit chez eux. Ils avaient la possibilité de nous retourner les questionnaires soit en les ramenant au pédopsychiatre référent de leur enfant, soit par courrier à l'aide de l'enveloppe timbrée fournie.

c) Les variables étudiées

Le cahier d'observation (Annexe 1) comprenait les éléments suivants :

(1) Données sociodémographiques

Il était demandé aux parents :

- leur statut de père ou de mère ;
- leur âge ;
- leur situation par rapport à l'autre parent de l'enfant concerné par l'étude ;
- leurs antécédents psychiatriques ;
- le nombre d'enfants ;
- l'âge de leur adolescent concerné par l'étude ;
- le sexe de leur adolescent concerné par l'étude ;
- le lieu de vie de leur adolescent au moment de la tentative de suicide ;
- l'âge de la 1^{ère} tentative de suicide de leur enfant ;
- la notion de récurrence suicidaire de leur adolescent ;
- si leur adolescent avait un suivi pédopsychiatrique et pour quel(s) motif(s) avant la tentative de suicide.

(2) Questionnaire d'évaluation de l'attachement : le *Relationship Scales Questionnaire* ou *Relationship Styles Questionnaire* (RSQ)

Le RSQ est un auto-questionnaire de 30 items élaboré à partir du *Relationship Questionnaire* (RQ) et de l'*Adult Attachment Scale* (AAS) de Collins et Read [191]. Seuls 18 items sont spécifiques du RSQ et sont regroupés en quatre sous-échelles qui définissent quatre « prototypes » ou « styles » d'attachement :

- la sous-échelle « sécuritaire » (S) composée de cinq items : items 3, 9, 10, 15, 28 ;
- la sous-échelle « craintif » (F de « *fearful* ») composée de quatre items : items 1, 5, 12, 24 ;
- la sous-échelle « préoccupé » (P) composée de quatre items : items 6, 8, 16, 25 ;
- la sous-échelle « détaché » (D) composée de cinq items. : items 2, 6, 19, 22, 26.

Le sujet cote chaque item sur une échelle de Likert en cinq points, en fonction du degré auquel la description de l'item s'applique à lui (1 = pas du tout comme moi, 3 = un peu comme moi, 5 = tout à fait comme moi).

La combinaison de ces quatre scores prototypiques permet d'obtenir les scores sur deux dimensions latentes (modèle de soi et modèle des autres).

La structure de l'auto-questionnaire inclut également trois facteurs qui correspondraient à ce que l'on connaît des représentations d'attachement chez l'adulte à propos des relations proches. Celles-ci s'organiseraient selon trois dimensions : une dimension continue « sécurité-insécurité » et deux dimensions caractérisant les modalités d'aménagements qualitatifs de l'insécurité éventuelle. La dimension « évitement » se caractérise par la minimisation des questions liées à l'attachement et la maximisation du recours aux ressources propres du sujet ; la dimension « anxiété dans la relation » se caractérise par une maximisation de l'importance des questions d'attachement et une difficulté à faire confiance à ses ressources propres pour surmonter un défi [186].

Le RSQ a été traduit et validé en français [192]. La **population de référence** qui a permis de valider l'outil utilisé en clinique était une population d'adultes de 18 à 45 ans de la région parisienne.

(3) Questionnaire d'étude des dimensions de personnalité :
le *Temperament and Character Inventory* (TCI-125)

Les dimensions de personnalité de nos sujets ont été étudiées au moyen du TCI-125.

Le TCI-125 est une version abrégée du TCI-240. Cet inventaire est un auto-questionnaire comportant 125 items sous forme de propositions à choix binaire forcé vrai/faux.

Sept dimensions de la personnalité, quatre dimensions de tempérament et trois dimensions de caractère, sont évaluées et chacune comprend plusieurs sous-dimensions.

Les dimensions de tempérament sont :

- la **Recherche de Nouveauté** (RN) est évaluée par 20 items et se compose de quatre sous-dimensions : le besoin de changement (5 items), l'impulsivité (5 items), les dépenses (5 items) et l'anticonformisme (5 items) ;
- l'**Évitement du Danger** (ED) est évalué par 20 items et se compose de quatre sous-dimensions : l'inquiétude (5 items), la peur de l'inconnu (5 items), la timidité (5 items) et la fatigabilité (5 items) ;
- la **Dépendance à la Récompense** (DR) est évaluée par 15 items et se compose de trois sous-dimensions : la sentimentalité (5 items), l'attachement affectif (5 items) et le besoin de soutien (5 items) ;

- la **Persistance** (P) est évaluée au travers de 5 items.

Les dimensions de caractère sont :

- l'**Autodétermination** (D) est évaluée par 25 items et se compose de cinq sous-dimensions : le sens des responsabilités (5 items), la volonté d'aboutir (5 items), les ressources individuelles (5 items), l'acceptation de soi (5 items) et les habitudes bénéfiques (5 items) ;
- la **Coopération** (C) est évaluée par 25 items répartis dans cinq sous-dimensions : la tolérance sociale (5 items), l'empathie (5 items), la solidarité (5 items), l'indulgence (5 items) et la probité (5 items) ;
- la **Transcendance** (T) est évaluée par 15 items et se compose de trois sous-dimensions : le sens du spirituel (5 items), le détachement de soi (5 items) et la croyance universelle (5 items).

La grille d'analyse permet de calculer sept scores globaux correspondant aux sept dimensions de la personnalité et des sous-scores pour chaque sous-dimension. Chaque item est coté « zéro » ou « un » selon que le sujet a répondu « vrai » ou « faux ». Le score « un » est rentré dans un tableur Excel si la réponse donnée par le sujet est la réponse attendue et le score « zéro » est rentré si ce n'est pas la réponse attendue.

Pour chaque dimension, un score moyen a été déterminé en population générale américaine [179] puis en population générale française [186].

Tableau XI : Scores moyens (en valeurs absolues) des dimensions de personnalité de la population générale

Dimension	Score moyen de la population générale américaine	Score moyen de la population générale française
RN	0,48	0,41
DR	0,64	0,59
ED	0,36	0,46
P	0,70	0,57
D	0,70	0,72
C	0,77	0,75
T	0,58	0,41

Ces « valeurs seuil » ne sont pas des valeurs seuil pathologiques qui devraient tenir compte de 2 écarts-types à partir du score moyen de la population générale. Mais le modèle de Cloninger admet l'hypothèse qu'il existe une continuité des dimensions de la personnalité entre le normal et le pathologique sans point de rupture. Il n'y aurait donc pas de « valeur seuil » [169]. Nous dirons donc qu'un sujet présente une dimension de personnalité basse, modérée ou élevée en comparaison au score moyen de cette dimension dans une population générale [176].

Plusieurs études ont mis en évidence des différences significatives des scores au TCI 125 en fonction de l'âge et du sexe des sujets. Nous avons donc choisi pour notre étude d'utiliser les scores moyens d'une **population de référence** d'adultes âgés de 40 à 49 ans issus de la population générale française [193].

(4) Questionnaire d'évaluation du fonctionnement familial :
le *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES
III)

Le *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* est un auto-questionnaire à 20 affirmations, 10 pour chacune des dimensions, qui sont évaluées sur une échelle de Likert en 5 points. Le sujet cote en fonction de la fréquence à laquelle l'affirmation se vérifie pour sa famille (1 = presque jamais, 2 = une fois de temps en temps, 3 = parfois, 4 = souvent, 5 = presque toujours).

L'addition des réponses aux items impairs (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19) donne le score de cohésion, l'addition des réponses aux items pairs (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20) donne le score d'adaptabilité/flexibilité. Ces deux scores peuvent ensuite être utilisés comme coordonnées pour situer la personne sur un diagramme. Pour obtenir le score total déterminant le type de fonctionnement de la famille, une moyenne des scores de cohésion et d'adaptabilité est faite. Cette moyenne est ensuite positionnée dans le tableau suivant pour interprétation.

Tableau XII : FACES III : Linear Scoring and Interpretation

Cohésion			Adaptabilité			Type familial	
8	50 48	Fusionné	8	50 41	Chaotique	8	Équilibré
7	47 46		7	40 30		7	
6	45 43	Connecté	6	29 27	Flexible	6	Moyennement équilibré
5	42 41		5	26 25		5	
4	40 38	Séparé	4	24 23	Structuré	4	Moyennement équilibré
3	37 35		3	22 20		3	
2	34 25	Désengagé	2	19 15	Rigide	2	Déséquilibré
1	24 10		1	14 10		1	

D'après *Family Social Science*, David H. Olson et Judy Tiesel, avril 1991

Deux versions validées en population française existent : la première issue d'une étude menée en France [102] et la seconde plus récente, issue d'une étude menée en Suisse [103]. Nous avons utilisé les scores moyens d'une population française de parents de collégiens comme scores de référence pour notre étude.

4. Analyse statistique

Dans un premier temps, une analyse descriptive de la population de notre échantillon a été réalisée, puis dans un second temps, une analyse comparative (qualitative et quantitative) entre notre échantillon et l'ensemble de la population des adolescents suicidants ayant été pris en charge (hospitalisation ou consultation ambulatoire) dans le Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent entre 2013 et juin 2016. Une analyse comparative des scores a ensuite été faite entre notre échantillon et des populations de référence décrites dans la littérature pour chacune des échelles évaluées (RSQ, TCI-125 et FACES III). Enfin, une étude des relations entre les différents scores à ces échelles a été faite pour l'ensemble de l'échantillon de parents ($n = 29$) et dans les couples des parents d'adolescents suicidants ($n = 12$ couples).

Les analyses descriptives ont permis de calculer, en fonction de chaque variable étudiée, la fréquence (proportion de cas dans la population étudiée), la moyenne (somme des valeurs de la variable divisée par le nombre de sujets) et la déviation standard (ou écart-type, paramètre de dispersion qui correspond à la répartition de la variable autour de sa moyenne).

L'étude comparative a pour but de repérer l'existence éventuelle de différences statistiquement significatives entre notre échantillon et les populations de référence en terme de styles d'attachement, de cohésion et d'adaptabilité familiales, et de dimensions de personnalité. Les populations de référence choisies étaient appariées selon la tranche d'âge et le sexe quand cela était nécessaire.

Les analyses comparatives ont été effectuées en utilisant le test du χ^2 de Pearson (pour un effectif théorique minimum > 5), ou le test exact de Fisher (pour un effectif théorique minimum < 5) pour comparer les variables qualitatives. Le test t de Student a, quant à lui, été utilisé pour comparer les variables quantitatives (moyennes) à celles des populations de référence. Les relations entre les scores obtenus aux différentes échelles et les relations de ces scores au sein des couples de parents de notre échantillon ont été analysées par le coefficient de corrélation des rangs de Spearman.

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé au moyen du logiciel SPSS 20.0 (IBM Corporate). Pour toutes les analyses, le seuil de significativité pour une valeur de $p < 0,05$ a été retenu.

C. Résultats

1. Description de la population

Notre échantillon est constitué d'une population de 29 parents dont 15 pères et 14 mères, qui avaient un adolescent pris en charge sur le Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent suite à une tentative de suicide.

L'âge moyen de la population totale de parents était de 46 ans et 10 mois avec un écart-type de 5 ans et 11 mois. L'âge moyen des pères était de 48 ans et 11 mois avec un écart-type de 1 an et 6 mois, l'âge moyen des mères était de 44 ans et 6 mois avec un écart-type de 1 an et 5 mois.

62,1 % des parents étaient en couple avec l'autre parent de l'adolescent suicidant (n = 18), 37,9 % étaient séparés de l'autre parent de l'adolescent suicidant (n = 11).

Ils avaient en moyenne, 2,48 enfants/parent avec un minimum de 1 et un maximum de 6 enfants/parent. La répartition est représentée par l'histogramme suivant :

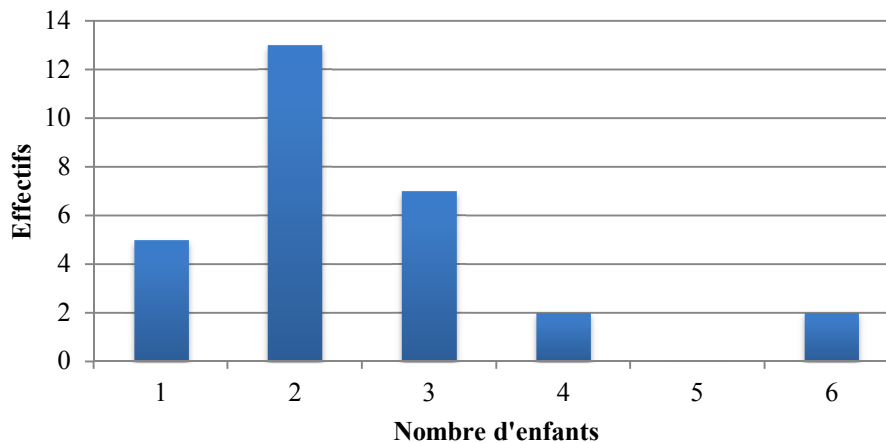


Figure 1 : Répartition du nombre d'enfants par parent

34,5 % des parents de notre étude avaient des antécédents psychiatriques (n = 10). La répartition des différents antécédents est présentée dans l'histogramme suivant :

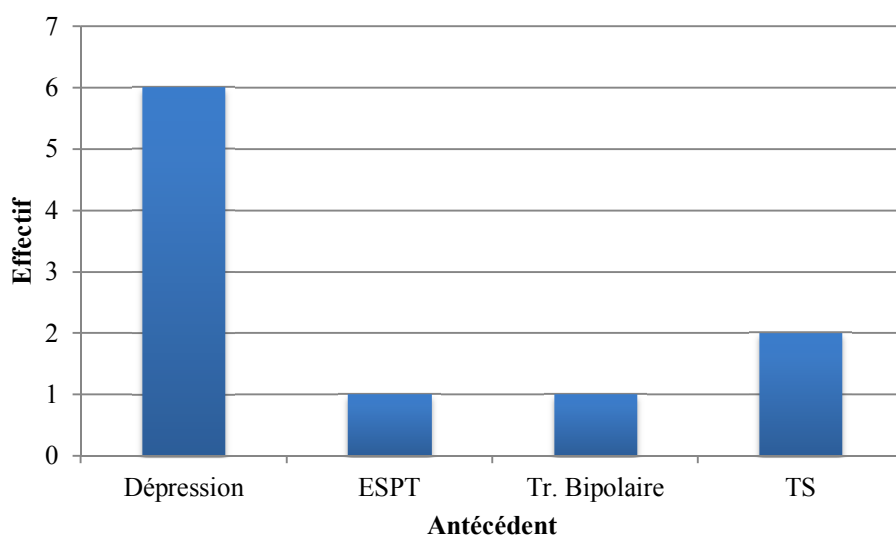


Figure 2 : Répartition des antécédents psychiatriques des parents

La dépression était la pathologie la plus largement représentée dans les antécédents psychiatriques de notre population.

Les 29 parents de notre population avaient, au total, 17 adolescents suicidants (2 garçons et 15 filles).

La moyenne d'âge des adolescents était de 15,5 ans avec un écart-type de 1 an et 10 mois au moment de l'étude. La répartition des âges est présentée dans le graphique suivant :

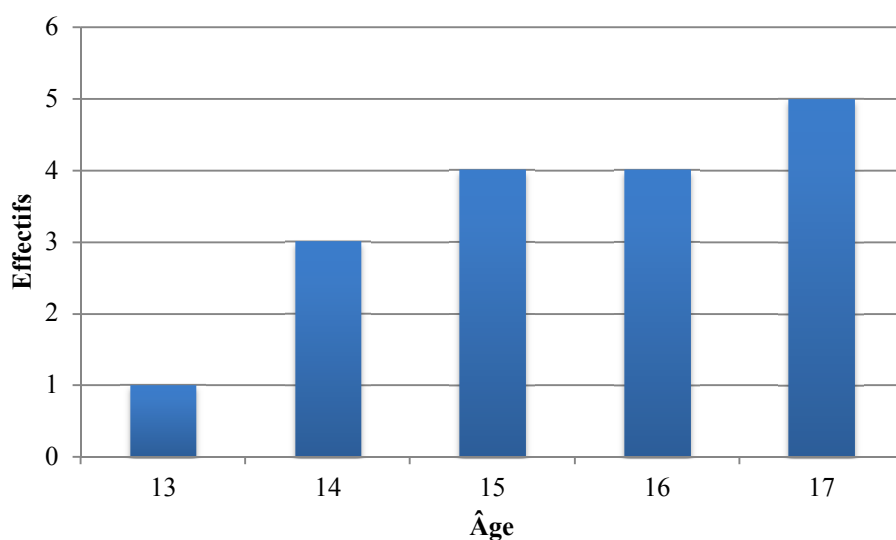


Figure 3 : Répartition des âges des adolescents

Concernant leur lieu de vie au moment de la tentative de suicide, 64,8 % vivaient chez leurs deux parents (n = 11), 17,6 % chez leur père (n = 3) et 17,6 % chez leur mère (n = 3). Aucun enfant de notre échantillon n'était en garde alternée.

64,7 % des adolescents avaient bénéficié d'un suivi psychiatrique avant la tentative de suicide (n = 11). La répartition des motifs de suivi est représentée dans l'histogramme suivant :

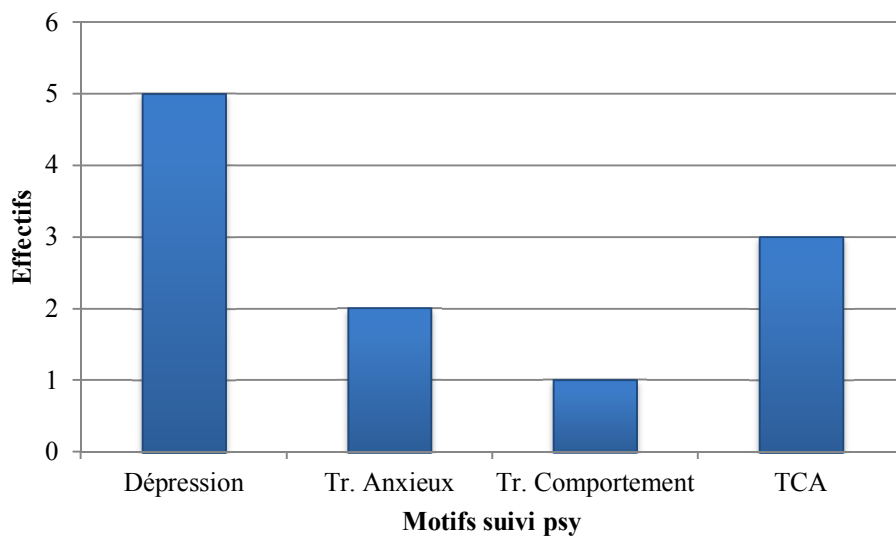


Figure 4 : Répartition des motifs de suivi pédopsychiatrique avant la TS

La dépression était plus largement représentée (45,5 %) que les autres troubles dans notre population d'adolescents suicidants.

L'âge moyen de la première tentative de suicide était de 14 ans et 8 mois avec un écart-type de 1 an et 11 mois. La répartition des âges est représentée dans l'histogramme suivant :

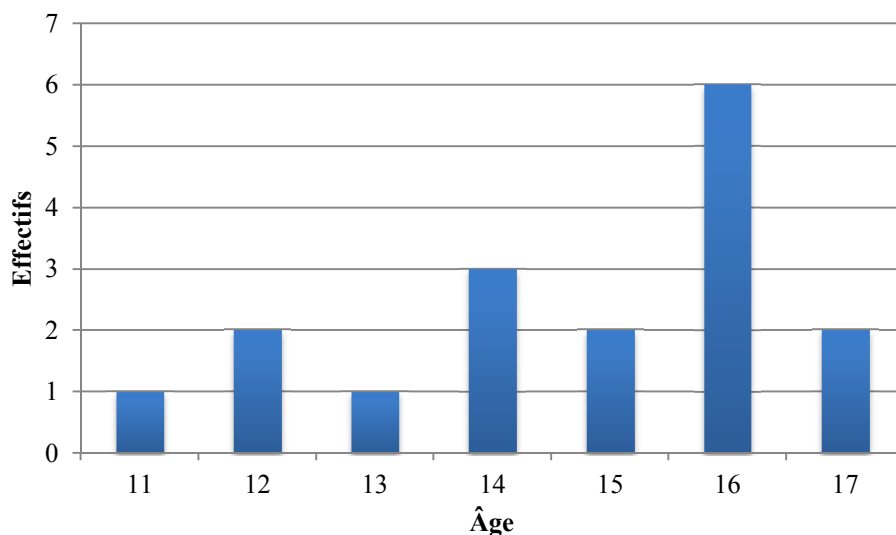


Figure 5 : Répartition des âges de la première TS

53 % des adolescents avaient fait leur 1^{ère} tentative de suicide avant l'âge de 16 ans (n = 9) et 47 % après l'âge de 16 ans.

29,4 % des adolescents avaient récidivé leur premier passage à l'acte suicidaire (n = 5).

2. Représentativité de notre échantillon

Nous avons recensé, au total, 150 tentatives de suicide prises en charge sur le Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent entre janvier 2013 et juin 2016. Nous nommerons ce groupe de comparaison « cohorte autres TS ».

a) Sexe des parents

Les effectifs des parents sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau XIII : Comparaison des deux groupes selon le sexe des parents

	Population d'étude	Cohorte autres TS	Total
Pères	15	133	148
	51,7%	50%	50,2%
Mères	14	133	147
	48,3%	50%	49,8%
Total	29	266	295
	100%	100%	100%

$p=0,86$

Il n'y avait pas de différence significative ($p > 0,05$) entre la répartition pères/mères de notre échantillon et celle de la cohorte des autres TS.

b) Sexe des adolescents

Tableau XIV : Comparaison des deux groupes selon le sexe des adolescents

	Population d'étude	Cohorte autres TS	Total
Garçon	2	24	26
	11,8%	18%	17,3%
Fille	15	109	124
	88,2%	82%	82,7%
Total	17	133	150
	100%	100%	100%

$p = 0,591$

Les deux groupes étaient comparables sur la répartition des sexes (pas de différence significative $p > 0,05$).

c) Age des adolescents

Tableau XV : Comparaison des deux groupes selon le sexe des adolescents

	Moyenne de la population d'étude	Moyenne de la cohorte autres TS	p
Garçons	14,5 ans	17,2 ans	0,005
Filles	15,7 ans	16,6 ans	0,005

Nous notons une différence significative ($p < 0,05$) entre les deux populations concernant l'âge des adolescents. En effet, un nombre important d'adolescents qui avaient fait la tentative de suicide entre 2013 et 2016, avait atteint la majorité lors de notre recrutement ce qui a élevé la moyenne d'âge dans cette population.

d) Situation des parents au sein des couples

Tableau XVI : Comparaison des deux groupes selon la situation parentale

	Population d'étude	Cohorte autres TS	Total
En couple	18	89	107
	62,1%	40,6%	43,2%
Séparé	11	118	129
	37,9%	53,9%	52%
Veuf	0	12	12
	0%	5,5%	4,8%
Total	29	219	248
	100%	100%	100%

Données manquantes : 47 dans le groupe Cohorte autres TS

La comparaison des deux groupes pour chaque situation parentale, ne retrouvait pas de différence significative entre notre population d'étude et la cohorte des autres TS. Même si la proportion de parents séparés par rapport aux parents en couple était plus élevée dans la cohorte des autres TS, la différence n'était pas significative ($p = 0,053$).

e) *Lieu de vie de l'adolescent au moment de la tentative de suicide*

Tableau XVII : Comparaison des deux groupes selon le lieu de vie des adolescents

	Population d'étude	Cohorte autres TS	Total
Chez les 2 parents	19 65,5%	90 39,8%	109 42,7%
Chez le père	4 13,8%	22 9,7%	26 10,2%
Chez la mère	6 20,7%	80 35,4%	86 38,1%
Garde alternée	0 0%	4 1,8%	4 1,8%
Placement familial	0 0%	30 13,3%	30 13,2%
Total	29 100%	226 100%	255 100%

Données manquantes : 20 dans la cohorte autres TS

Nous retrouvons une **différence significative** entre les deux groupes en comparant les lieux de vie « **chez les deux parents** » et « **chez la mère** » ($p = 0,015$). En effet, notre échantillon avait une proportion d'adolescents vivant chez leur mère au moment de la TS bien inférieure à la proportion dans la cohorte des autres TS.

Nous retrouvons également une **différence significative** entre les deux groupes en comparant les lieux de vie « **chez les deux parents** » et « **placement familial** » ($p = 0,013$) ainsi que « **chez le père** » et « **placement familial** » ($p = 0,019$). En effet, notre protocole d'étude excluait les parents d'adolescents placés en famille d'accueil ou en foyer de vie, alors que dans la cohorte des autres TS, 13,3 % des parents avaient leur adolescent en placement familial au moment de la TS.

Nous noterons l'**absence de différence significative** entre les deux groupes en comparant les lieux de vie « **chez le père** » et « **chez la mère** » ($p = 0,059$) malgré la proportion d'adolescents vivant chez leur mère bien plus importante dans la cohorte des autres TS.

Il n'y avait **pas de différence** significative entre les deux groupes en comparant la « **garde alternée** » et les **autres lieux de vie** même si ce lieu de vie était absent de notre population d'étude.

Nous avons ensuite recensé les motifs de non inclusion des parents de cette cohorte de 266 parents dans notre étude :

Tableau XVIII : Motifs de non inclusion

Refus/ non retour questionnaires	57 21,4%
Décès/Absence	18 6,8%
Pas de suivi en cours sur le pôle de pédopsychiatrie	59 22,2%
Age<13ans	8 3,0%
Age>18ans	58 21,8%
Langue étrangère	8 3,0%
Questionnaires non donnés	28 10,5%
Placement familial	30 11,3%

3. Comparaison de notre échantillon à une population de référence

a) Comparaison des résultats obtenus au questionnaire d'attachement RSQ

Tableau XIX : Comparaison des scores moyens d'attachement à la population de référence

	Sexe	Moyenne de la population d'étude	Moyenne de la population de référence (Annexe2)	p
Prototype sécure	1	3,47 ± 0,56	3,13 ± 0,55	0,003
	2	3,27 ± 0,60	3,13 ± 0,55	0,216
Prototype craintif	1	2,75 ± 0,94	3 ± 0,90	0,165
	2	3,20 ± 0,99	3 ± 0,90	0,298
Prototype préoccupé	1	2,83 ± 0,46	2,97 ± 0,74	0,120
	2	2,86 ± 0,60	2,97 ± 0,74	0,320
Prototype détaché	1	3,32 ± 0,59	3,22 ± 0,86	0,369
	2	3,50 ± 0,86	3,22 ± 0,86	0,091
Facteur évitement	1	22,53 ± 4,39	22,01 ± 5,23	0,529
	2	25,57 ± 5,84	22,01 ± 5,23	0,003
Facteur anxiété	1	12,07 ± 3,35	12,01 ± 4,28	0,923
	2	13,50 ± 3,32	12,01 ± 4,28	0,023
Facteur sécurité	1	14,40 ± 3,29	15,01 ± 4,28	0,327
	2	15,14 ± 3,80	15,01 ± 4,28	0,855

1 : homme ; 2 : femme

Les **pères** de notre échantillon d'étude avaient un style d'attachement significativement **plus sécure** que celui des hommes d'une population de référence. Les **mères** de notre échantillon d'étude avaient, quant à elles, un **facteur évitement** et un **facteur anxiété** significativement **plus élevés** que ceux des femmes d'une population générale.

b) Comparaison des résultats obtenus au questionnaire de fonctionnement familial FACES

Tableau XX : Comparaison des scores moyens de fonctionnement familial à la population de référence

	Sexe	Moyenne de la population d'étude	Moyenne de la population de référence (Annexe 3)	p
FACES-cohésion	1	35,00 ± 7,72	37,7 ± 6,2	0,063
	2	34,43 ± 6,72	38,2 ± 5,8	0,005
FACES-adaptabilité	1	28,53 ± 4,27	24,2 ± 5,2	1,052
	2	27,21 ± 5,89	24,3 ± 5,5	0,015

1 : homme ; 2 : femme

Les **mères** de notre échantillon d'étude décrivaient leur fonctionnement familial avec significativement **moins de cohésion** et **plus d'adaptabilité** que les mères d'une population générale.

Ces scores de cohésion de notre population correspondent à des **familles plutôt désengagées** (niveau extrême bas de la cohésion) et les scores d'adaptabilité correspondent à des **familles flexibles** (niveau moyen de l'adaptabilité).

La comparaison que nous avons faite, tenait compte des différences de score attendu au FACES en fonction du sexe.

c) *Comparaison des résultats obtenus aux dimensions de tempérament et de caractère TCI-125*

Tableau XXI : Comparaison des scores moyens aux dimensions de tempérament et de caractère par rapport à la population de référence

	Sexe	Moyenne de la population d'étude	Moyenne de la population de référence (Annexe 4)	p
RN	1	8,2 ± 2	8,6 ± 3,2	0,284
	2	7,3 ± 3	8,5 ± 3,4	0,063
DR	1	9,3 ± 2,4	9,0 ± 2,6	0,555
	2	9,2 ± 2,3	10,0 ± 2,6	0,078
ED	1	8,7 ± 4	10,3 ± 4,5	0,036
	2	12,4 ± 3,6	11,8 ± 4,3	0,358
P	1	3,3 ± 1,5	2,8 ± 1,5	0,099
	2	3,3 ± 1,2	3,0 ± 1,5	0,205
D	1	18,1 ± 4,1	16,8 ± 5,0	0,094
	2	16,9 ± 5,2	17,4 ± 4,9	0,587
C	1	20,3 ± 2,6	19,2 ± 3,3	0,035
	2	20,4 ± 3,9	20,1 ± 2,8	0,652
T	1	5,1 ± 3,5	5,3 ± 3,3	0,793
	2	6,3 ± 2,6	5,4 ± 3,4	0,077

1 : homme ; 2 : femme

RN : Recherche de Nouveauté ; DR : Dépendance à la Récompense ; ED : Évitement du Danger ; T : Transcendance ; P : Persistance ; D : Détermination ; C : Coopération

L'**Évitement du Danger** était significativement **plus faible** chez les **pères** de notre échantillon que chez les hommes d'une population générale dans la tranche d'âges 40-49 ans. La **Coopération** était, quant à elle, significativement **plus élevée** chez les **pères** de notre échantillon que chez les hommes de la population générale de la tranche d'âge 40-49 ans.

Il n'y avait pas d'autres différences significatives entre les deux populations sur les dimensions de tempérament et de caractère. Les mêmes calculs ont été réalisés pour les résultats aux différentes facettes des dimensions du TCI-125. Les résultats significatifs ou tendances significatives sont présentés dans le tableau XXII.

Tableau XXII : Comparaison des moyennes les plus significatives aux facettes de personnalité par rapport à la population de référence

	Sexe	Moyenne de la population d'étude	Moyenne de la population de référence (Annexe 4)	p
RN3 (Dépenses)	2	2,0	2,3	0,076
RN4 (Anticonformisme)	2	0,8	1,4	0,020
ED4 (Fatigabilité)	1	1,7	2,5	0,001
D2 (Volonté d'aboutir)	1	3,53	3,1	0,061
D3 (Ressources individuelles)	1	2,86	3,3	0,077
C1 (Tolérance sociale)	1	4,53	4,2	0,024
C2 (Empathie)	2	4,07	3,8	0,056
C3 (Solidarité)	1	4	3,6	0
T2 (Détachement de soi)	2	2,5	2,0	0,045

1 : hommes ; 2 : femmes

Nous pouvons donc noter une plus grande **tendance** à l'**empathie** chez les femmes de notre échantillon de parents par rapport à une population générale entre 40 et 49 ans. Nous retrouvons également une tendance à des **dépenses** moins importantes chez les femmes de notre étude.

L'**anticonformisme** est, quant à lui, abaissé **significativement** chez les femmes de notre population et le **détachement de soi** significativement plus élevé.

Nous retrouvons une **tendance** à une **volonté d'aboutir** plus élevée chez les hommes de notre population que dans la population générale entre 40 et 49 ans. Alors que les **ressources individuelles** avaient une tendance plus basse chez les hommes de notre population de parents.

L'**empathie** et la **tolérance sociale** étaient **significativement** plus présentes chez les hommes de notre étude. La fatigabilité était, quant à elle, significativement plus basse que chez les hommes de la population de référence.

4. Corrélations des scores au sein des couples

➤ Concernant les résultats du **RSQ**, nous retrouvons une **corrélation négative** et **significative** entre le **prototype préoccupé** des **mères** de notre population et le **facteur sécurité des pères** de notre population ($\rho = 0,024$). Il semble donc que les mères préoccupées soient plus souvent en couple avec des pères insécures dans notre échantillon. D'autre part, nous retrouvons une **corrélation négative** et **significative** entre le **facteur évitement des femmes** de notre population de parents et le **prototype sécuritaire des hommes** de notre échantillon ($\rho = 0,077$). Les pères sécuritaires de notre population seraient donc plus souvent en couple avec des mères peu évitantes.

➤ Concernant les résultats du **FACES III**, **aucune corrélation** n'était significative entre les hommes et les femmes de notre population.

➤ Concernant les dimensions du tempérament et du caractère du **TCI-125**, l'Évitement du Danger (**ED**) des **femmes** de notre population avait **tendance** à être **corrélé positivement** avec la Dépendance à la Récompense (**DR**) des **hommes** de notre population ($\rho = 0,057$). La Recherche de Nouveauté (**RN**) des **femmes** de notre échantillon était **corrélée significativement** et **positivement** à la Coopération (**C**) des **hommes** ($\rho = 0,014$). La Transcendance (**T**) des **femmes** était également **corrélée significativement** et **positivement** à la Coopération (**C**) des **hommes** de notre population de parents ($\rho = 0,029$).

5. Corrélations des scores entre les différentes échelles : RSQ/TCI-125/FACES III

Nous avons corrélé les résultats aux trois auto-questionnaires des 29 parents de notre population. La Dépendance à la Récompense (**DR**) était **significativement** et **négativement corrélée** au **prototype craintif** ($\rho = 0,048$) d'une part, et au **facteur évitement** d'autre part ($\rho = 0,021$). L'Évitement du Danger (**ED**) était, quant à lui, **corrélé positivement** au **facteur anxiété** ($\rho = 0,030$) et au **facteur sécurité** ($\rho = 0,028$). La Détermination (**D**) était **significativement** et **négativement corrélée** aux **facteurs anxiété** ($\rho = 0,004$) et **sécurité** ($\rho = 0,004$). La Transcendance (**T**), quant à elle, était **significativement** et **positivement** corrélée au **prototype préoccupé** ($\rho = 0,034$) et au **facteur sécurité** ($\rho = 0$).

Nous ne retrouvons **aucune corrélation** significative du **RSQ** et du **TCI-125** avec le **FACES III** dans notre population de parents.

6. Etude de sous-groupes de parents d'adolescents au sein de notre population

a) Selon le sexe de l'adolescent

25 % des parents d'adolescent **garçon** avaient des **antécédents psychiatriques** (n = 1) contre 36 % chez les parents d'adolescente **filles** (n=9). Il n'y avait **pas de différence** significative entre les deux groupes (p = 1).

Il n'y avait **pas de différence** significative aux scores du **RSQ**, aux scores du **FACES** et aux **dimensions du TCI-125** entre les parents d'adolescent garçon et ceux d'adolescente fille.

b) Selon l'âge de la 1^{ère} TS de l'adolescent

Nous avons séparé notre population de parents en deux sous-groupes : parents d'adolescents ayant fait une 1^{ère} TS **avant l'âge de 16 ans** et parents d'adolescents ayant fait une 1^{ère} TS **après l'âge de 16 ans**.

Il n'y avait **pas de différence** significative entre les deux groupes sur la présence ou non d'**antécédents psychiatriques** chez les **parents** (p = 0,70).

Il n'y avait **pas de différences** significatives entre les deux groupes de parents sur les **scores au RSQ**, au **FACES** et au **TCI-125**.

c) Selon la récurrence de la TS de l'adolescent

Nous avons séparé notre population en deux sous-groupes : parents d'adolescents ayant fait une récurrence suicidaire et parents d'adolescents n'ayant pas récidivé leur geste suicidaire.

Il n'y avait **pas de différence significative** entre les deux groupes sur la présence ou non d'**antécédents psychiatriques** chez les parents (p = 0,83).

Les deux groupes ne présentaient **pas de différences significatives** aux scores d'**attachement**. En revanche, l'**adaptabilité** de la famille décrite par les parents d'adolescents ayant fait **plusieurs TS** était significativement **plus basse** que celle des familles décrites par les parents d'adolescents qui n'ont pas récidivé (p = 0,001).

Nous n'avons **pas** retrouvé de **différences significatives** entre les deux groupes pour les dimensions de tempérament et de caractère au **TCI-125**.

Bien que la majorité des adolescents récidivistes avaient fait leur 1^{ère} TS avant l'âge de 16 ans, il n'y avait pas de différence significative entre le groupe de parents d'adolescents récidivistes et le groupe des parents d'adolescents non récidivistes sur l'âge de la 1^{ère} TS ($p = 0,215$).

D. Discussion

Dans le cadre du Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, les États membres de l'OMS se sont engagés à atteindre la cible mondiale visant à réduire de 10 % les taux de suicide dans les pays d'ici 2020. Le rapport de l'OMS de 2014, vise à faire du suicide une priorité de Santé Publique, sachant que le suicide et les tentatives de suicide chez les adolescents représentent une part importante des plans d'action [42].

Nous nous sommes donc questionnés sur les facteurs modifiables qui pourraient contribuer à diminuer les taux de tentative de suicide de l'adolescent. Notre expérience clinique nous a permis de constater la place particulière qu'occupaient les parents de ces adolescents qui mettent leur vie en jeu, tant avant qu'après le passage à l'acte.

1. Interprétation des résultats

a) Population

Notre population de 29 parents présente une répartition quasi égale entre les pères et les mères, ce qui montre un **investissement similaire** des **pères** et des **mères** dans les soins psychiatriques de leur enfant, qu'ils soient en couple ou séparés. Dans la littérature, nous retrouvons plutôt des éléments sur la difficulté des pédopsychiatres à mobiliser les pères dans les soins de leur adolescent, avec la notion de solitude ressentie par les mères, qu'elles soient célibataires ou en couple [194].

La proportion de **parents séparés** de notre population (39 %) était similaire à celle de la population générale. L'Institut National d'Etudes Démographiques dénombre en effet 44 % de divorces en 2014. La séparation parentale fait partie des facteurs de risque familiaux, mais le lien est fortement discuté dans de nombreuses études [50] [59] [73]. Notre population confirme que la séparation parentale n'est pas un facteur suffisant dans la recherche étiologique de la tentative de suicide de l'adolescent.

D'autre part, nous retrouvons dans notre population, une répartition égale de garde chez le père et chez la mère alors que le lieu de vie principal des enfants suite à une séparation parentale est plus souvent chez la mère. Selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), 76 % des mineurs concernés par la séparation parentale, vivent en garde exclusive chez leur mère contre 9 % chez leur père [195]. De plus, aucun adolescent de notre étude n'était en garde alternée, ce qui est pourtant un mode de garde qui tend à augmenter ces dernières années et qui concerne 15 % des mineurs de parents séparés selon l'INSEE. Nous précisons que les adolescents, qui peuvent être entendus par les juges aux affaires familiales, ont plus de marge de manœuvre dans le choix de leur lieu de résidence après la séparation de leurs parents. Le lieu d'études peut en effet les conduire à privilégier l'un des domiciles parentaux, la résidence exclusive chez le père devient ainsi nettement plus fréquente à ces âges et concerne 1 enfant de 16 ans sur 5 [196].

Environ 1/3 des parents de notre population avaient des antécédents psychiatriques, ce qui confirme le facteur de risque qu'est la psychopathologie parentale dans les tentatives de suicide de l'adolescent [43] [55] [56] [107] [108]. La dépression était l'antécédent le plus largement représenté dans notre population de parents, ce qui correspond aux données de la littérature. En revanche, l'antécédent de tentative de suicide chez les parents n'est que peu présent dans notre population de parents contrairement à ce qui est décrit pour les facteurs de risque familiaux de TS à l'adolescence [43] [55] [56] [107] [108].

Il existe une prédominance du **sexe féminin** dans les TS de l'adolescent avec un sex-ratio de 7 dans notre population, ce qui concorde avec les données épidémiologiques de la littérature qui donnent, elles, un sex-ratio de 2,5 [39] [40] [41] [197].

Une majorité des adolescents bénéficiait déjà d'un **suivi avec un pédopsychiatre avant la tentative de suicide**, principalement pour un **épisode dépressif** (46 %) ou des troubles du comportement alimentaire (28 %). La littérature fait état d'une nette prédominance (chez 49 à 64 % des suicidants) des troubles dépressifs dans les facteurs de risque individuels de tentative de suicide à l'adolescence [37] [45] [64]. Cette donnée concernant les suivis pédopsychiatriques déjà mis en place avant la tentative de suicide, nous confirme la grande difficulté qui se pose dans la prévention du suicide chez les adolescents. L'impulsivité [25] et l'imprévisibilité [35] de leurs passages à l'acte nous obligent à rester humbles et vigilants en tant que professionnels mais aussi en tant que parents. De plus, il convient de garder à l'esprit que la tentative de suicide est un acte individuel malgré tout avec des facteurs de risque individuels et des psychopathologies de l'adolescent sous-jacentes.

Environ 30% des adolescents avaient **récidivé** la première tentative ce qui concorde avec les données de la littérature qui évaluent le taux de récurrence suicidaire chez l'adolescent entre 30 et 50% [39].

L'âge moyen de la **1^{ère} tentative de suicide** était de 14 ans et 8 mois dans notre population, ce qui confirme le **rajeunissement** des suicidants décrit dans la littérature ces dernières années [39].

Bien que de **faible effectif**, notre population de parents était **comparable** pour la plupart des données sociodémographiques à une population de parents d'adolescents suicidants de plus grand effectif recensée dans le Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Les âges moyens au moment de l'étude étaient tout de même plus élevés dans la cohorte de plus grand effectif, puisque près de 22% des adolescents étaient devenus majeurs entre leur tentative de suicide et notre recueil de données, leurs parents n'ont donc pas pu être inclus dans notre étude. Nous précisons qu'il aurait été intéressant de comparer les âges de la 1^{ère} TS, malheureusement nous n'avons pas cette information pour tous les adolescents suicidants de la cohorte des autres TS.

22 % des adolescents ayant fait une tentative de suicide entre 2013 et 2016, n'avaient plus de **suivi ambulatoire** dans le Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du CH Esquirol. Certains avaient un suivi pédopsychiatrique en libéral ou dans un autre centre hospitalier, mais une partie non négligeable avait rapidement abandonné la prise en charge proposée à la suite de la tentative de suicide. Ces données de réalité clinique ne correspondent pas tout à fait aux recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant les tentatives de suicide des adolescents. En effet, celle-ci préconise une prise en charge hospitalière d'au moins une semaine après la tentative de suicide avec une évaluation somatique, psychique et sociale, et un suivi ambulatoire de 6 mois à 1 an à la sortie d'hospitalisation [198]. En revanche, tous les adolescents se présentant aux urgences pédiatriques de Limoges suite à une tentative de suicide quelle qu'en soit la gravité, sont hospitalisés pour une durée variant de quelques jours à quelques semaines. Il conviendrait donc de diversifier les possibilités de suivi (hôpital de jour, consultations, groupes thérapeutiques, etc.) afin de s'adapter au mieux à chaque adolescent et améliorer l'adhésion au suivi à moyen terme tant pour l'adolescent que pour les parents.

b) Profils de cohésion et d'adaptabilité familiales de la population de parents

Les pères et les mères de notre population ont décrit en majorité des fonctionnements familiaux **désengagés**, c'est-à-dire déséquilibrés car au niveau extrême inférieur de la **cohésion**. Les membres de la famille sont peu impliqués les uns par rapport aux autres, l'aide et le soutien sont trouvés à l'extérieur de la famille et la distance émotionnelle est très importante. Ce sont des fonctionnements familiaux dans lesquels le niveau de sécurité est insuffisant pour les membres du système. Dans le passage à l'acte suicidaire, il est possible que l'adolescent cherche désespérément à mobiliser les émotions de ses parents autour de lui et à recentrer les préoccupations sur la famille. Particulièrement au moment du processus de séparation-individuation, l'adolescent cherchera le sentiment d'appartenance, pour pouvoir partir et s'autonomiser en toute sérénité [80]. De plus, ce type de fonctionnement familial favorise l'isolement de chacun des membres les uns par rapport aux autres. Or l'isolement a été identifié comme un facteur de risque de tentative de suicide et fait partie des éléments à rechercher dans l'évaluation du potentiel suicidaire selon la méthode RUD (Risque ; Urgence ; Dangerosité) [199].

Quant à la **flexibilité**, elle est décrite comme plutôt **augmentée** dans notre population par rapport à une population de référence. Elle est cependant considérée comme **équilibrée** avec ces scores moyens qui ne se situent pas aux extrêmes. Ceci signifierait que ces familles sont capables de changements avec des négociations possibles, une souplesse dans l'attribution des rôles, dans les règles et dans la discipline [100]. Cette donnée permet d'envisager tout l'intérêt d'un travail thérapeutique avec ces familles qui peuvent modifier leur fonctionnement pour s'adapter au développement et aux besoins de leur adolescent.

Ces résultats ne concordent pas tous avec ceux retrouvés dans la **littérature**. En effet, certaines études sur des familles de jeunes suicidants montraient plutôt une cohésion trop importante avec des familles **enchevêtrées** et donc des relations parents-enfants plutôt symbiotiques ainsi qu'une **moindre adaptabilité** de ces familles [106], avec un système familial rigide [105]. En revanche, **d'autres études** retrouvaient un **niveau de cohésion plus bas** dans les familles d'adolescents suicidants tout comme dans notre population [13].

c) *Profils d'attachement de la population de parents*

La comparaison des scores moyens de notre population de 29 parents avec les scores moyens de la population de référence pour le *Relationship Scales Questionnaire* [192] montre quelques différences.

Les **pères** de notre échantillon avaient un attachement **significativement plus sûr** que celui des hommes de la population de référence. Et ils avaient **tendance** à être **moins craintifs, moins préoccupés** et **plus détachés** que les hommes de la population de référence avec un facteur d'évitement plus élevé.

Quant aux **mères** de notre échantillon, elles se sont avérées avoir une **tendance à être plus sûres, plus craintives, moins préoccupées** et **plus détachées** que les femmes de la population de référence. Notons tout de même, qu'aucun score ne présentait de différence significative avec la population de référence. En revanche, les **facteurs évitement** et **anxiété** montraient des scores **significativement plus élevés** chez les femmes de notre échantillon par rapport à la population de référence.

Nous ne retrouvons donc pas des parents d'adolescents suicidants plus insécures comme nous l'attendions. Nous pouvons en déduire que ces parents sont des **bases de sécurité** satisfaisantes capables de répondre aux signaux de leur adolescent de manière adaptée. Cependant, les pères et les mères de notre population d'étude montraient un style d'**attachement plus détaché**. Nous pouvons donc penser que ce sont des parents qui ont appris, afin de se sentir relativement sûres, à majoritairement s'appuyer sur eux-mêmes et à ne pas rechercher ouvertement le soutien d'un partenaire [109]. Ces parents détachés/évitants ont une vision positive mais défensive de leur soi, couplée à une vision négative des autres, envers qui ils se montrent méfiants et suspicieux. Ils ont tendance à traiter les émotions négatives par la **mise à distance**, la **minimisation** ou la **dévalorisation**, tout en valorisant l'**indépendance** et le **détachement émotionnel**. Ils donnent plus d'importance à leur **accomplissement personnel** qu'aux relations et leurs relations avec leurs proches sont **émotionnellement distantes** [110]. Nous pouvons voir là se dessiner les difficultés que peuvent avoir ces parents à détecter les signaux de détresse de leur enfant et à répondre à un besoin de proximité de celui-ci.

Si nous considérons une **transmission intergénérationnelle** de l'attachement, notamment de l'attachement maternel, nous pourrions considérer que les enfants ont eux aussi un attachement plutôt détaché. Or les études retrouvées dans la littérature montraient qu'un attachement préoccupé ou évitant de l'adolescent est associé aux idées suicidaires et à une forte probabilité de tentative de suicide future [158] [160]. Elles avaient également dégagé la notion que la capacité de résilience sur les idées suicidaires pourrait être diminuée si l'attachement limite l'utilisation des soutiens de l'entourage qui sont aidants dans la gestion de la réponse aux événements de vie stressants et dans la régulation des émotions, ce qu'on retrouve dans l'attachement évitant [160]. Une autre étude confirme également nos résultats sur l'attachement parental. Celle-ci comparait des étudiants suicidants à des étudiants dépressifs et à un groupe contrôle. Le groupe de suicidants décrivait des parents, particulièrement une mère, absents émotionnellement dans l'enfance [161].

Il s'agirait donc d'aider ces parents à **réinvestir les relations émotionnelles** avec leurs enfants, laissant la possibilité à chacun de verbaliser librement ses ressentis et de développer des relations proches avec ses pairs.

d) Profils de personnalité de la population de parents

Les pères de notre échantillon avaient un Évitement du Danger (ED) significativement plus bas et une Coopération (C) significativement plus élevée.

Les autres résultats n'étaient pas significatifs mais nous pouvons noter une tendance à avoir une Recherche de Nouveauté (RN), une Dépendance à la Récompense (DR) et une Détermination (D) plus basses pour les femmes de notre échantillon que dans la population de référence. La Persévérance (P), l'Évitement du Danger et la Transcendance (T) des femmes et la Détermination des hommes avaient une tendance plus élevée que dans la population de référence.

Selon le modèle psychobiologique de Cloninger, des scores de RN bas caractérisent des individus calmes, tempérés, discrets et persévérants. Selon l'étude PerCaDim (Annexe 5), qui a cherché à évaluer les relations entre approches dimensionnelle et catégorielle de la personnalité, la dimension **RN** serait **négativement** et significativement **corrélée** à la **personnalité schizoïde** [200]. Quant à l'étude qui met en relation les styles d'attachement et les différents profils de personnalité, elle associait l'**attachement détaché** avec les **personnalités schizoïde et schizotypique** [190]. Nous ne pouvons pas parler de trouble de personnalité schizoïde pour les parents de notre échantillon, les résultats n'étant pas déviants de manière pathologique des scores de la population appariée sur l'âge et le sexe, cependant l'**attachement** plutôt **détaché** de ceux-ci serait bien lié à une **RN plus basse**.

Des **scores bas** d'**ED** comme pour les **pères** de notre échantillon, caractérisent des individus optimistes, détendus, rassurés et audacieux. Alors que des scores plus **élevés** d'**ED** comme pour les **mères** de notre population, caractérisent des individus plutôt prudents, craintifs, inhibés et inquiets selon le modèle de Cloninger. L'étude PerCaDim retrouve une **corrélation positive** et significative entre l'**ED** et les **personnalités schizoïde et schizotypique** [200]. Cette corrélation se vérifierait donc pour les femmes de notre étude et là encore, le lien avec l'attachement détaché pourrait se confirmer [190].

Des **scores bas** de **DR** comme chez les **femmes** de notre population d'étude, caractérisent des individus détachés, indifférents, insensibles et indépendants. Cette dimension est **négativement** et significativement **corrélée** aux **personnalités schizoïde et schizotypique** dans l'étude PerCaDim. Là encore, ces données confirment le profil détaché, tant au niveau de l'attachement que de la personnalité, des mères de notre échantillon.

La **Persévérance**, plutôt **augmentée** chez les parents de notre échantillon, était **positivement** et significativement **corrélée** aux **personnalités schizoïde et schizotypique** dans l'étude PerCaDim.

Une **Détermination basse**, comme pour les **femmes** de notre population, est le signe d'une certaine immaturité et d'un manque d'autonomie individuelle. Cette dimension est **négativement** et significativement **corrélée** aux **personnalités schizoïde et schizotypique** dans l'étude PerCaDim. Encore une fois, nous ne pouvons certainement pas conclure à un trouble de personnalité de type schizoïde chez les mères des adolescents suicidants, mais simplement à une tendance à l'immaturité, au détachement émotionnel et au manque d'intérêt pour les interactions sociales.

Une **Coopération élevée**, comme pour les **hommes** de notre population, témoigne d'une bonne maturité sociale et d'une bonne prise de conscience sociale de l'individu. Cette dimension n'est pas corrélée aux personnalités schizoïde et schizotypique dans l'étude PerCaDim. Il semble que les pères de notre échantillon soient moins concernés par ces profils de personnalité car moins détachés. Plus les dimensions de Coopération et de Détermination sont élevées, plus le risque de trouble de personnalité est faible selon le modèle de Cloninger.

La **Transcendance élevée**, quant à elle, rend compte d'une prise de conscience spirituelle, d'une fascination pour l'irrationnel et d'une capacité à se détacher de soi selon le modèle de Cloninger. Cette dimension est **positivement** et significativement **corrélée** aux **personnalités schizoïde et schizotypique**, et varie donc dans le même sens, dans l'étude PerCaDim. Les femmes de notre étude avaient une tendance à la Transcendance élevée.

Concernant les **facettes** de personnalité, nous citerons la **Tolérance sociale** (C1) et la **Solidarité** (C3) significativement **augmentées** chez les **hommes** de notre population ce qui concorde avec la bonne maturité sociale qui éloigne la possibilité de troubles de personnalité. Nous citerons également le **Détachement de soi** (T2) significativement **élevé** chez les **femmes** de notre population, ce qui concorde avec le détachement émotionnel et qui témoigne de personnalités plus fragiles chez les mères de notre population.

e) *Corrélations au sein des couples*

Même si notre effectif était de petite taille, 12 couples, il semblait intéressant de rechercher comment deux partenaires d'un couple s'associeraient l'un à l'autre.

Selon les scores de corrélations au sein des couples au questionnaire d'attachement, plus les **mères** étaient **préoccupées**, moins les **pères** étaient **séconds**. Ces résultats peuvent être discutés de plusieurs manières : l'insécurité d'un conjoint crée ou renforce les inquiétudes de l'autre conjoint, celui-ci ne se sentant pas suffisamment épaulé ; à l'inverse, nous pouvons aussi envisager qu'être avec un conjoint anxieux ne permet pas de se sécuriser. Le style d'attachement est considéré comme une dimension individuelle stable à l'âge adulte. Cependant une étude, menée en 2002, a cherché à évaluer la stabilité des représentations d'attachement lors de la transition du mariage. Une modification des représentations d'attachement a été repérée chez 15 % des individus interrogés. Parmi eux, 87 % initialement inséconds sont devenus séconds, contre 13 % dans l'autre sens [201]. L'acquisition de représentations d'attachement séconds ne serait pas imputable à la présence d'un conjoint sécond (elle pourrait aussi bien s'observer au contact d'un conjoint insécond). Pour les auteurs, la relation de couple permet en elle-même une révision des modèles représentationnels. Même lorsque le conjoint est insécond, il serait particulièrement indulgent et compréhensif, et favoriserait en cela l'émergence d'un sentiment de sécurité nécessaire à une remise en question constructive des représentations d'attachement [202].

De même, nos résultats de corrélations au questionnaire d'attachement, retrouvaient une variation inverse de l'**évitement des femmes** et de l'**attachement sécond des hommes**. Les mères évitantes s'associeraient donc avec des pères inséconds. Là encore, ces données peuvent être interprétées de plusieurs manières : être avec un conjoint insécond obligerait à éviter les dangers et à se préserver des relations avec autrui ; mais être avec un conjoint évitant, ne favoriserait pas l'installation d'une sécurité émotionnelle dans la relation. Les sujets qui présentent un style évitant ont appris, afin de se sentir relativement sécond, à majoritairement s'appuyer sur eux-mêmes et à ne pas rechercher ouvertement le soutien d'un partenaire [135].

La sécurité au sein du couple apparaît comme un ensemble composite, fait de la relation au partenaire, et de la représentation que chacun se fait de l'autre et du couple [203]. Nous pouvons évoquer, sur le modèle de « la base familiale de sécurité », une **base de sécurité du couple**, c'est-à-dire au sein de laquelle joue une suffisante solidarité susceptible d'être mise en jeu pour résoudre les difficultés qui se posent à l'un, à l'autre ou aux deux partenaires du couple au cours de l'existence. C'est de cette manière que nous pouvons comprendre que puisse se mettre en place un style relationnel « sécond » entre deux partenaires dont l'un est pourtant « insécond ».

Certains auteurs abordent l'attachement au sein du couple en indiquant que chaque partenaire de la relation devient la **figure principale d'attachement**, se substituant du même coup aux **parents de l'enfance** [136], d'autres, au contraire, amènent à contextualiser la relation entre les partenaires et à conjuguer lien d'alliance et lien de filiation. Il n'y aurait donc pas substitution mais **adjonction des liens d'attachement** [203]. Cette adjonction présente une bonne congruence lorsque les partenaires ont construit des attachements sécurisés avec leur famille d'origine et qu'ils établissent entre eux un style relationnel « sécurisé ». Il n'en va pas de même dans les styles relationnels « insécures » et il n'est pas rare dans ce cas que les figures d'attachement de l'enfance apparaissent en concurrence avec la figure d'attachement que peut représenter le partenaire.

Le **style « relationnel insécure »** s'installe dans le couple lorsque les partenaires ne parviennent pas à procéder à des **ajustements adaptatifs**. L'un des deux partenaires ou les deux, continuent de vivre des attentes affectives insatisfaites de l'enfance exprimées à travers des stratégies comportementales plus ou moins complexes et parfois d'autant plus difficiles à comprendre pour autrui qu'elles sont sous-tendues par les distorsions « cognitivo-affectives » spécifiques de ces attachements insécures [203]. Cette vision du couple à travers la théorie de l'attachement offre un **cadre thérapeutique** pour un travail commun visant à de meilleurs ajustements, à plus de sécurité relationnelle entre les partenaires par la « correction » des distorsions cognitivo-affectives sur lesquelles reposent les attachements insécures, et par l'écriture de nouveaux scénarios plus fonctionnels.

Aucune corrélation n'a été mise en évidence entre les scores des hommes et des femmes au **FACES**. En effet ce questionnaire évalue des interactions et non des dimensions individuelles comme les deux autres auto-questionnaires utilisés. Le père et la mère d'un couple ont sensiblement la même vision de leurs interactions familiales.

Concernant les dimensions de tempérament et de caractère, nos résultats montraient une tendance à la **corrélation positive** entre la **Dépendance à la Récompense des hommes** et l'**Évitement du Danger des femmes**. Plus les hommes seraient dépendants affectivement et en quête d'approbation sociale, plus les femmes seraient inquiètes et inhibées sur le plan comportemental, évitant l'inconnu, selon le modèle de Cloninger. Ces données sont concordantes avec la corrélation négative et significative entre l'évitement des femmes et le profil sécurisé des hommes. En effet, selon nos résultats, plus les femmes sont évitantes, moins les hommes sont sécurisés dans le couple, cherchant la réassurance dans l'environnement social.

D'autre part, la **Recherche de Nouveauté** et la **Transcendance des femmes** étaient **corrélées** significativement et **positivement** à la **Coopération des hommes**. Plus les femmes seraient anti-conformistes, impulsives et exubérantes, plus les hommes seraient matures socialement, tolérants et empathiques. De même, la maturité sociale des hommes favoriserait l'accès des femmes à une maturité spirituelle. Ces corrélations sous-entendent un sentiment de sécurité partagé dans le couple, laissant chaque conjoint explorer le monde avec la certitude de pouvoir revenir vers l'autre en cas de détresse.

f) *Corrélations RSQ/TCI-125*

La **Dépendance à la Récompense** était **négativement** et significativement **corrélée** au **prototype craintif** et au **facteur évitement**. Dans l'étude Percadim, la DR était négativement et significativement corrélée aux personnalités schizoïde et schizotypique, or selon Lyddon et Sherry, ces deux personnalités sont liées à un attachement détaché et non craintif. Quant à l'attachement craintif, il est lié aux personnalités antisociale et narcissique dans l'étude de Lyddon et Sherry [190]. Pour la personnalité antisociale, aucune corrélation significative n'est mise en évidence dans l'étude Percadim. Pour la personnalité narcissique en revanche, le modèle de Cloninger décrit une DR élevée [169], celle-ci varierait donc dans le même sens que l'attachement craintif. Nos résultats de corrélations RSQ/TCI-125 ne sont donc pas concordants avec la littérature.

Il n'y avait **pas d'autre corrélation** entre les prototypes d'attachement et les dimensions tempéramentales (RN, DR, ED et P). En effet, selon le modèle de Cloninger, ce sont les dimensions tempéramentales qui orientent vers un style de personnalité plutôt qu'un autre [169], ce sont donc celles qui nous intéressent en priorité pour faire un lien entre personnalité et attachement.

g) *Hypothèses de sous-groupes de parents*

Nous nous sommes interrogés sur les différences éventuelles qui pouvaient exister entre les adolescents qui passent à l'acte avant l'âge de 16 ans et ceux qui passent à l'acte plus tardivement. Nous retrouvons dans la littérature un lien entre l'âge du premier passage à l'acte suicidaire et le risque de récurrence : plus l'adolescent est jeune, plus le risque de récurrence est élevé [44]. Les parents de ces adolescents suicidants de moins de 16 ans ont-ils des profils d'attachement et de personnalité différents de ceux des adolescents suicidants plus âgés ? Les interactions familiales sont-elles plus altérées dans les familles de l'adolescent suicidant de moins de 16 ans que dans celles des adolescents suicidants plus âgés ?

Nos résultats n'ont pas mis en évidence de différences significatives entre les groupes de parents établis selon le sexe de leur adolescent puis selon l'âge de la 1^{ère} TS de leur adolescent. En revanche, en ce qui concerne la **récurrence suicidaire**, l'**adaptabilité** des familles d'adolescents qui avaient récidivé leur tentative de suicide était **significativement plus basse** que celle des familles d'adolescents qui n'ont pas récidivé la 1^{ère} TS. Les familles des adolescents récidivants seraient donc plus rigides. On peut penser que les modifications des interactions familiales suite à une 1^{ère} TS ne sont pas suffisantes pour que les parents réussissent à reconnaître les signaux de détresse, et ne sont pas non plus suffisantes pour l'adolescent qui estime devoir réitérer son message. Mais on peut aussi émettre l'hypothèse que la tentative de suicide, qui plus est répétée, rigidifie le fonctionnement familial qui cherche à sécuriser chacun des membres du système.

Notre effectif étant de petite taille, il est difficile de tirer des conclusions de ces résultats. Il serait intéressant d'étudier ces sous-groupes de parents avec des effectifs plus importants afin de mettre en évidence davantage de différences significatives s'il y en a.

h) Conclusion de l'interprétation des résultats

Nos résultats ne permettent pas de conclure à un profil d'attachement et de personnalité typique des parents d'adolescents suicidants. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que ce ne sont pas les parents individuellement dans ce qu'ils sont qui constituent une fragilité vis-à-vis du passage à l'acte de l'adolescent mais plutôt les interactions dans la famille et dans la société. Il convient donc de déculpabiliser ces parents et de voir dans ces résultats la possibilité d'agir sur des facteurs qui sont modifiables. En effet, les dimensions de personnalité et les modes d'attachement sont des variables considérées comme stables chez un individu donné, même si les dimensions de caractère peuvent être influencées par l'environnement et les modes d'attachement peuvent évoluer dans un couple. Les interactions familiales et sociales sont, elles, modulables dans la vie d'un individu et susceptibles d'être l'objet d'un travail thérapeutique.

Les résultats à l'échelle du FACES ne mettent pas de dysfonctionnements familiaux majeurs en évidence dans la description faite par les parents. Cependant, nous pouvons penser que les parents d'adolescents suicidants, dans un contexte émotionnel bien particulier, ont une vision idéalisée de leur famille. Cette vision idéalisée pourrait être interprétée comme un mécanisme de défense pour lutter contre la culpabilité que peuvent engendrer ces passages à l'acte sur l'entourage et dans un déni d'une nécessaire remise en question.

Et puis ces résultats nous obligent à étendre notre réflexion à l'implication de la société actuelle sur les fragilités psychiques des adolescents. Une société qui ne semble pas en mesure de contenir les angoisses des adolescents mais bien au contraire, elle tend à transmettre des messages de plus en plus violents et de moins en moins sécurisants. Les limites nécessaires à la sécurité de chacun dans le respect de son individualité ne semblent pas toujours garanties.

Certains auteurs considèrent que l'évolution de la société et par conséquent de la cellule familiale, conduit à une nouvelle structuration de la psyché chez l'enfant. Ils évoquent même l'émergence d'une nouvelle personnalité qu'ils nomment « narcissico-hédoniste ». Ses caractéristiques seraient une faiblesse des intériorisations, un Surmoi peu efficace, une absence presque totale de culpabilité, un idéal du Moi peu socialisé et une difficulté à être et à s'éprouver comme un sujet libre [204]. D'autres s'interrogent sur le rôle des médias [39] [43] [45] et notamment d'Internet dans la fragilisation psychique des enfants et des adultes. En effet, avec le développement des réseaux sociaux, des smartphones et autres outils de

communication, nous constatons que les informations et les images, aussi violentes et traumatisantes qu'elles puissent être, parviennent immédiatement au grand public sans filtre et sans le recul et l'analyse nécessaires. Le rajeunissement des adolescents qui commettent un premier acte suicidaire, témoigne, entre autre, de la difficulté pour les adultes de protéger les plus jeunes d'un environnement anxigène, les privant ainsi de l'insouciance dont bénéficiaient leurs aînés.

Mais au-delà du caractère social que peut avoir la tentative de suicide de l'adolescent, il ne faut pas oublier qu'elle reste un acte individuel souvent dépendant de psychopathologies adolescentes sous-jacentes, qu'il conviendra de rechercher systématiquement.

Enfin, nous préciserons que nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude du même type que la nôtre s'intéressant à l'attachement, à la personnalité des parents et au fonctionnement familial.

2. Biais et limites de l'étude

a) Biais

Il existe un **biais de sélection** important dans notre étude. En effet, tous les parents inclus dans notre étude étaient des parents qui ont accepté de prendre 40 à 45 minutes de leur temps pour répondre à des questions très personnelles voire intimes. Nous pouvons donc imaginer que ces parents sont acteurs dans la prise en charge de leur enfant et probablement plus contenant et sécurisants que des parents qui n'accompagnent plus leur adolescent aux consultations de suivi ambulatoire ou qui n'ont pas souhaité prendre le temps de s'interroger sur leur situation. Les résultats de cet échantillon aux questionnaires ne sont donc peut-être pas représentatifs de tous les parents d'adolescents suicidants.

Nous pouvons aussi envisager un **biais de passation** résidant dans l'**émotionnalité** intense et déstabilisante qui peut être vécue par des parents dont l'adolescent vient de faire une tentative de suicide. Cette émotion dans les jours, semaines ou mois qui suivent le geste suicidaire, peut modifier les réponses aux auto-questionnaires qui exigent une introspection déjà éprouvante. Nous avons discuté d'instaurer un délai d'un mois après la tentative de suicide avant la passation des questionnaires. Mais nous avons dû y renoncer devant le nombre important d'adolescents qui échappent au suivi pédopsychiatrique ambulatoire dans les suites immédiates de la sortie d'hospitalisation. Ce biais de passation est renforcé par l'utilisation d'**auto-questionnaires**, qui restent des outils soumis à la subjectivité du sujet répondeur. Pour étudier le fonctionnement familial, il pourrait être intéressant d'utiliser l'échelle d'évaluation clinique CRS qui permet une évaluation du point de vue d'un observateur extérieur. De même pour l'évaluation de l'attachement, l'AAI permet une cotation par un observateur extérieur formé à cet outil.

b) *Limites*

La limite principale de notre étude est bien sûr, le **faible effectif** de parents inclus, qui implique un évident manque de puissance. Ce faible effectif ne nous a notamment pas permis de mettre en évidence des résultats significatifs dans les sous-groupes de parents en fonction de l'âge et du sexe de l'adolescent suicidant et en fonction de la récurrence suicidaire. Notre étude était une étude naturalistique, soumise à la participation volontaire et non rémunérée de sujets. Elle a permis de dégager des axes de travail mais certainement pas des résultats généralisables à tous les parents d'adolescents suicidants.

D'autre part, notre étude s'est limitée à une description du groupe de parents sans étude comparative avec un groupe témoin de parents d'adolescents non suicidants. La constitution d'un groupe témoin est apparue contestable. En effet, pour avoir des parents d'adolescents non suicidants, il fallait inclure des parents de jeunes adultes qui avaient terminé leur adolescence sans passage à l'acte suicidaire. Les groupes n'auraient donc pas été appariés en âge ce qui rendait les résultats au TCI-125 difficilement comparables. Quant aux résultats du FACES III, ils auraient été soumis à un important biais de mémoire.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Le suicide et les tentatives de suicide constituent une préoccupation majeure de l'ensemble des acteurs de la santé mentale des enfants et des adolescents. Notre étude avait donc pour but de s'intéresser à un groupe de facteurs de risque à savoir les facteurs familiaux. L'objectif principal de notre étude était de décrire les modes d'attachement, les dimensions de personnalité des parents d'adolescents suicidants et les fonctionnements familiaux.

Les styles d'attachement n'étaient pas nettement insécures et les dimensions de personnalité n'étaient pas altérées de manière pathologique. L'étude met plutôt en évidence une tendance à un attachement détaché notamment chez les mères des adolescents suicidants et des traits de personnalité schizoïde. Nous ne pouvons conclure à un trouble de personnalité mais plus à des « variations de la normale ».

Quant à l'évaluation du fonctionnement des familles d'adolescents suicidants, elle montrait une cohésion plutôt basse et une adaptabilité plutôt élevée mais seule la cohésion se trouvait dans un niveau considéré comme pathologique. Les familles d'adolescents suicidants seraient donc plutôt désengagées.

Ces résultats doivent être considérés avec prudence étant donné le faible effectif de notre population de parents. Il serait intéressant de reproduire cette étude avec une cohorte plus importante de parents d'adolescents suicidants. De plus, une cohorte plus grande permettrait des comparaisons de sous-groupes afin d'évaluer des éventuelles différences parentales selon le sexe de l'adolescent suicidant, l'âge de la 1^{ère} tentative de suicide et selon la récurrence suicidaire. De plus, une cohorte plus importante permettrait de mieux préciser la part de chaque groupe de facteurs de risque : individuels, familiaux et sociaux.

D'autre part, il nous semble que notre réflexion pourrait s'étendre à une étude comparant les styles d'attachement, les dimensions de personnalité et la vision du fonctionnement familial des parents et des adolescents suicidants. Elle permettrait d'évaluer la transmission intergénérationnelle de ces caractéristiques individuelles, et de discuter les différentes visions de la qualité des interactions qui peuvent coexister au sein d'une famille.

Il nous apparaît indispensable en pratique clinique de s'intéresser de manière systématique aux interactions de l'adolescent, qu'elles soient familiales ou sociales, et d'impliquer les parents dans la prise en charge. L'entretien familial après une tentative de suicide d'un enfant ou adolescent fait d'ailleurs partie des recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS). L'HAS préconise en effet une appréciation systématique de la qualité de l'étayage de l'enfant ou de l'adolescent à l'extérieur de l'hôpital [198].

La thérapie familiale trône en première ligne pour le travail des interactions familiales et reste un outil qui a fait la preuve de son efficacité. D'autres psychothérapies tendent à se développer, nous citerons notamment la Thérapie Interpersonnelle (TIP) indiquée dans le traitement aigu ambulatoire de la dépression de l'adulte et de l'adolescent. Elle permet un travail individuel structuré avec l'adolescent sur ses interactions familiales et sociales, centré sur un domaine interpersonnel problématique actuel [205]. Elle pourrait notamment permettre de travailler sur le changement de statut social de l'adolescent, à savoir le passage de l'enfance à l'âge adulte. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire de considérer la TS autant comme un geste individuel que social.

Je ne perds jamais, soit je gagne, soit j'apprends.

Nelson Mandela

III. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. DE TOURNEMIRE R. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. "Données épidémiologiques : comment s'y retrouver ?" *Arch. Pédiatrie* Août 2010. Vol. 17, n°8, p. 1202-1209.
2. MARCELLI D. La vie a-t-elle un sens? *Nouv. Obs.* 2000. Vol. Hors Série, n°41, p. 1419-1423.
3. POMMEREAU X. L'adolescent suicidaire. Dunod.Paris. 2013. 268 p.
4. SHAPIRO R. L. Adolescent ego autonomy and the family. In : *Adolesc. Psychosoc. Perspect.* New York. 1969. p. 113-121.
5. KESTEMBERG E. L'identité et l'identification chez les adolescents. Problèmes théoriques et techniques. *Psychiatr. Enfant.* 1962. Tome 5-2, p. 441-522.
6. MARCELLI D., BRACONNIER A. Adolescence et psychopathologie 8ème édition. Elsevier Masson (Les âges de la vie). 2013. 669 p.
7. ARIES P. Le rôle de la mère et de l'enfant dans la famille moderne . *Carnets Enfance.* n°10, p. 36-46.
8. DELAROCHE P. L'adolescence : Enjeux cliniques et thérapeutiques. Armand Colin.Paris. 2007.
9. GERARDIN P. Liens et liaison en pédopsychiatrie. Préventions et soins dans la pathologie du lien. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 2009. Vol. 57, n°6, p. 452-455.
10. QUENTEL J.-C. L'adolescence aux marges du social. Fabert. Bruxelles. 2011.
11. MORHAIN Y. L'adolescence et la mort: approche psychanalytique. In Press. 2011.
12. POTARD C. et al. Influence de la maturation pubertaire et de l'estime de soi corporelle sur la sexualité à l'adolescence. *L'Encéphale.* 2015. [En ligne]. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.015> >
13. DUMONT C. Qu'en reste-t-il? Essai d'évaluation du devenir à 15ans d'une cohorte d'adolescents suicidants. Thèse de Médecine. Université de Limoges. 2007.
14. GUTTON P. Le pubertaire. Presses Universitaires de France. Paris. 1991.
15. MEAD M. Le fossé des générations. Denoël. Paris. 1972.
16. WINNICOTT D. W., MONOD C., PONTALIS J.-B. Jeu et réalité. Gallimard. Paris. 2002.

17. AULAGNIER P. Se construire un passé. Le narcissisme à l'adolescence. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*. 1989. p. 191-221.
18. MOULIERAS A. Adolescents suicidants, stratégies de coping et locus de contrôle. Préalable à la mise en place d'un groupe thérapeutique. Thèse d'exercice. Université de Limoges. Faculté de Médecine. 2014.
19. LADAME F. Les tentatives de suicide des adolescents. Masson. 1981.
20. HAIM A. Les suicides d'adolescents. Payot. Paris. 1970.
21. Jean Piaget. [En ligne]. *Wikipédia*. 17 avril 2016. Disponible sur : < https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Jean_Piaget&oldid=125355673 >
22. SANDLER J., NAGERA H. Aspect of the metapsychology of fantasy. *Psychoanal. Study Child*. 1963. Vol. 18, p. 159-194.
23. MARCELLI D., BRACONNIER A., GICQUEL L. Le problème de l'agir et du passage à l'acte. In : *Adolesc. Psychopathol.* 8ème Édition. Paris. 2013. p 89-122.
24. GUTTON P. Culpabilité et remords. *Adolescence*. 2001. Vol. 38, p 805-812.
25. MARCELLI D., BERTHAUT E. Les tentatives de suicide. Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence. Masson.Paris. 2001.
26. PEDINIELLI J.-L. et al. Psychopathologie des conduites à risques. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* [En ligne]. 2005. Vol. 163, n°1, p. 30 - 36. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2004.06.016> >
27. ZABRANIECKI A.-Z. Ivresse et risque à l'adolescence: étude cas-témoin d'une population hospitalisée. Thèse d'exercice. Université de Limoges. Faculté de Médecine. 2010. 223 p.
28. CORCOS M., BALSAN G. PHILIPPE JEAMMET, Réalité externe et réalité interne, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence, *Revue Française de Psychanalyse*, PUF, 1980, 3-4, p. 481-521 ». In : *46 Comment. Textes En Clin. Institutionnelle* [En ligne].Dunod, 2013. p. 307. Disponible sur : < <http://www.cairn.info/46-commentaires-de-textes-en-clinique-institutionn--9782100702145-page-307.htm> >
29. FREUD A. L'enfant dans la psychanalyse. Gallimard.Paris. 1976.
30. JEAMMET P. Actualité de l'agir : A propos de l'adolescence. *Nouv. Rev. Psychanal.* 1985. n°31, p. 201-222.
31. CORCOS M., JEAMMET P. Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence : la force et le sens. *Psychotropes*. 2006. Vol. 12, n°2, p. 71-91.
32. CHABERT C. Le passage à l'acte, une tentative de figuration? In : *Adolescence* [En ligne]. Paris. Editions GREUPP, 2012. p. 57-62. Disponible sur : < http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=GREU_ISAP_1999_01_0057 >

33. MICHEL G. et al. Des conduites à risques aux assuétudes comportementales : le trouble addictif au danger. *Psychol. Fr.* 2010. Vol. 55, n°4, p. 341-353.
34. DEBORDE A.-S., VANWALLEGHEM MAURY S., AITEL S. Régulation émotionnelle chez des adolescents présentant des troubles des conduites et chez des témoins. *L'Encéphale*. 2015. Vol. 41, n°1, p. 62-69.
35. HOLZER L., HALFON O., THOUA V. La maturation cérébrale à l'adolescence. *Arch. Pédiatrie*. 2011. Vol. 18, n°5, p. 579-588.
36. MARCELLI D., BRACONNIER A., TANDONNET L. Les tentatives de suicide. In : *Adolesc. Psychopathol.* - 8ème Édition. Issy-les-Moulineaux. 2013.
37. RAYNAUD J.-P., OLLIAC B. Risque et conduite suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge chez l'enfant et l'adolescent [Suicidal risks in children, teenagers]. *Rev. Prat.* 2010. Vol. 60, n°8, p. 1149-54.
38. POSNER K. et al. Factors in the Assessment of Suicidality in Youth. *CNS Spectr.* 2007. Vol. 12, n°2, p. 156-162.
39. OLLIAC B. Evènements de vie, traumatismes psychiques et tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. Thèse de doctorat en médecine. Université de Toulouse, 2013.
40. MIRKOVIC B. et al. Stratégies de prévention du suicide et des conduites suicidaires à l'adolescence : revue systématique de la littérature. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 2014. Vol. 62, n°1, p. 33-46.
41. « Rapports : La santé mentale - OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DU LIMOUSIN ». 2008. [En ligne] Disponible sur : < http://www.ors-limousin.org/spip.php?article129&var_recherche=suicide >
42. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial. 2014. [En ligne] Disponible sur : < http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/fr/ >
43. MARCELLI D., HUMEAU M. Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent. *EMC - Psychiatr.* [En ligne]. 2006. Vol. 3, n°4, p. 1-11. Disponible sur : < [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072\(06\)43521-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072(06)43521-5) >
44. BOBIN E., SARFATI Y. Tentatives de suicide à répétition: peut-on arrêter les "récidivistes"? *Nervure*. 2003. n°16 (n° spécial), p. 14-18.
45. GOULD M. et al. Youth suicide risk of preventive interventions: a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2003. n°42, p. 386-405.
46. GICQUEL L., MARCELLI D. Suicide de l'enfant. *Elsevier Masson*. 2013. Vol. 37-201-NaN-21.
47. MARCENKO M. O., FISHMAN G., FRIEDMAN J. Reexamining adolescent suicidal ideation a developmental perspective applied to a diverse population ». *J. Youth Adolesc.* 1999. n°28, p. 121-138.

48. MANN J. J. et al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am. J. Psychiatry*. 1999. n°156, p. 181-189.
49. ASKENAZY F. et al. Anxiety and impulsivity levels identify relevant subtypes in adolescents with at-risk behavior. *J. Affect. Disord.* 2003. n°74, p. 219-227.
50. BEAUTRAIS A. L., JOYCE P. R., MUDLER R. T. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1996. n°35, p. 1174-1182.
51. RENAUD J. et al. Suicide in adolescents with disruptive disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1999. n°38, p. 846-851.
52. FERGUSSON D. M., HORWOOD L. J., LYNSKEY M. T. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, II: psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1996. n°35, p. 1365-1374.
53. SILVERMAN A. B., REINHERZ H. S., GIACONIA R. M. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Negl.* 1996. n°20, p. 709-723.
54. OLLIAC B., DARTHOUT N., TEYSSANDIER C. Traumatic repercussions of a series of suicides in a secondary school. 2006. Symposium: Trauma in children and adolescents: Symposium of the French Society for Children and Adolescent Psychiatry (SFPEADA) 17e Congrès International de l'IACAPAP.
55. AGERBO E., NORDENTOFT M., MORTENSEN P. B. Familial, psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people nested case-control study. *Br. Med. J.* 2002. Vol. 325, n°74.
56. MCGUFFIN P., MARUZIC A., FARMER A. What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis*. 2001. n°22, p. 61-65.
57. FERGUSSON D. M., LYNSKEY M. T. Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1995. n°34, p. 612-622.
58. GOULD M. S. et al. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1996. n°53, p. 1155-1162.
59. GROHOLT B. et al. Young suicide attempters: a comparison between a clinical and an epidemiological sample. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2000. n°39, p. 868-875.
60. GALLAND O. Choquet Marie, Ledoux Sylvie, Adolescents. Enquête nationale. *Rev. Fr. Sociol.* 1995. Vol. 36, n°3, p. 567-569.
61. CYRULNIK B. Quand un enfant se donne la mort Attachement et sociétés. Odile Jacob. Paris 2011.
62. GASQUET I., CHOQUET M. Spécificité du comportement suicidaire des garçons à l'adolescence. *Adolesc.-Adolesc. Psychopathol. Différentielle*. 1995. p. 81-89.

63. SHAFFER D., HICKS R. Suicide The epidemiology in childhood disorders. New York. 1994. p. 339-365.
64. BEAUTRAIS A., JOYCE P. R., MULDER R. T. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youth aged 13 through 24 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry Child Adolesc.* 1997. n°36, p. 1543-1551.
65. CHOQUET M. Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques. Rapport d'expert de la conférence de consensus : La crise suicidaire. 2000. Disponible sur : < <http://193.49.126.9/conf%26rm/Conf/confsuicide/choquet.html> >
66. LE HEUZEY M. et al. Enfants et adolescents suicidants. *Arch. Pédiatrie.* février 1995. Vol. 2 (2), p. 130-135.
67. CHERIF L. et al. Psychopathologie des tentatives de suicide chez les adolescents. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 2012. Vol. 60, p. 454-460.
68. GRANBOULAN V., ALVIN P. Les tentatives de suicide. In : *Michaud PA Alvin P Al Santé Dees Adolesc. Approch. Soins Prév.* Lausanne : Payot, Paris : Doin : Presses de l'Université de Montréal, 1997. p. 361-374.
69. « Encyclopédie sur la mort | Typologies du suicide ». In : *Encycl. Sur Mort* [En ligne]. 2001. Disponible sur : < http://agora.qc.ca/thematiques/mort/categories/suicide/definitions_et_typologies >
70. JEAMMET P. Les tentatives de suicide des adolescents : réflexions sur les caractéristiques de leur fonctionnement mental. *Adolescence.* 1986. Vol. 4 (2), p. 225-232.
71. JEAMMET P. Paradoxes et dépendance à l'adolescence. Editions Fabert.Paris. 2014.
72. VANDEVOORDE J. L'évaluation du potentiel suicidaire chez les enfants de moins de 14 ans : modélisation intégrée. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 2014. Vol. 62, n°7, p. 446-456.
73. WENZ F. V. Sociological correlates of alienation among adolescent suicide attempts. *Adolescence.* 1979. Vol. 14, n°53, p. 19-30.
74. BOURRAT M.-M. Tentative de suicide de l'adolescent et milieu familial (à propos de 30 observations). Thèse de doctorat en médecine. Université de Limoges, 1975. 129 p.
75. LORILLARD S., VEILLARD A., BARBE R. Le dispositif de soins pour jeunes suicidaires et suicidants à Genève. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* [En ligne]. 2015. Vol. 63, n°7, p. 468-472. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.07.002> >
76. SNAKKERS J., LADAME F. G., NARDINI D. La famille peut-elle empêcher l'adolescent de se suicider? *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* septembre 1980. Vol. 28, n°9, p. 393-398.
77. SALIMI S. et al. Tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent : une expérience Marocaine. *J. Pédiatrie Puériculture* [En ligne]. février 2013. Vol. 26, n°1, p. 6-10. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpp.2012.10.001> >

78. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5, Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux. Elsevier Masson. 2015.
79. BENOIT J.-C. et al. Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques. Editions ESF. Paris. 1988. 569 p.
80. VILLIEN P. et al. Séparation-individuation et approche systémique. In : *Psychol. Médicale*. 1993. p. 1066-1068.
81. EYMAR K. Modèle systémique et processus de séparation-individuation à l'adolescence. Thèse d'exercice. Faculté de Médecine de Limoges. 2006.
82. ANDOLFI M. et al. La forteresse familiale. Editions Dunod. 1982. 158p.
83. BOWEN M. La différenciation du soi. Editions ESF. Paris. 1984. 196 p.
84. AUSLOOS G. Individu-symptôme-famille. *Thérapie Fam.* 1990. Vol. 11, n°3, p. 273-279.
85. ELKAIM M. La thérapie familiale à la fin de son adolescence: quelle place pour le sujet? *Nervure*. Vol. 12, n°4, p. 34-37.
86. DELAGE M. Pathologie de la post-adolescence et devenir adulte: rôle de la fonction parentale. *Ann. Méd.-Psychol.* 1993. Vol. 151, n°2, p. 167-170.
87. SHARLIN S., YAHAV R. Enfants symptomatiques et triangulation : une recherche. *Cah. Critiques Thérapie Fam. Prat. Réseaux*. 2000. Vol. 1, n°24, p. 201-218.
88. SAMPAIO D. Tentative de suicide dans l'adolescence : une perspective systémique . *Thérapie Fam.* 1995. Vol. 16, n°3, p. 281-291.
89. VALLEE D. Transactions suicidaires et transactions mortifères : Deux modalités de l'autonomie. *Généralisations*. 1998. n°13, p. 41-43.
90. BRAY J. H. Couple and family assessment. In : *Wiley-Blackwell Handb. Fam. Psychol.* United Kingdom. 2009. p. 151-164.
91. PAUZE R., PETITPAS J. Evaluation du fonctionnement familial : état des connaissances. *Thérapie Fam.* 2013. Vol. 34, n°1, p. 11-37.
92. BEAVERS W. R. Communication patterns of mothers of schizophrenics. *Fam. Process*. 1965. Vol. 4, n°1, p. 95-104.
93. EPSTEIN N. B., BISHOP D. S., LEVIN S. The McMaster model of family functioning. *J. Marital Fam. Ther.* 1978. Vol. 4, n°4, p. 19-31.
94. HOLMAN A. Family Assessment. Tools for understanding and intervention. *SAGE Publ.* 1983.
95. DOHERTY W. J. The Family FIRO Model: A modest proposal for organizing family treatment. *J. Marital Fam. Ther.* 1984. Vol. 10, n°2, p. 227-240.

96. STEINHAUER P. D., SANTA-BARBARA J., SKINNER H. The process model of family functioning. *Can. J. Psychiatry*. 1984. Vol. 29, n°2, p. 77-88.
97. MCCUBBIN M. A., MCCUBBIN H. I. Theoretical orientations to family stress and coping. In : *Treat. Stress Fam. BrunnerMazel*. New York. 1989.
98. LOADER P. et al. A method for organizing the clinical description of family interaction: The family interaction summary format. In : *Int. Book Fam. Ther.* New York. 1982. p. 148-167.
99. BRAY J. H. Family assessment: Current issues in evaluating families. *Fam. Relat.* 1995. Vol. 44, n°4, p. 469-477.
100. FAVEZ N. Le modèle "circomplexe " (circumplex). In : *Exam. Clin. Fam. Belgique : Mardaga*, 2011.
101. OLSON D. H. FACES IV and the circumplex model: Validation study. *J. Marital Fam. Ther.* 2011. Vol. 37, n°1, p. 64-80.
102. TUBIANA-RUFI N. et al. Validation in the French language of an evaluation scale for family functioning (FACES III): a tool for research and for clinical practice. *Rev. Dépidémiologie Santé Publique*. 1991. Vol. 39, n°6, p. 531-541.
103. VANDELEUR C. L. et al. Construct validity and internal reliability of a French version of FACES III in adolescents and adults. *Swiss J. Psychol.* 1999. Vol. 58, n°3, p. 161-169.
104. FLAVIGNY C. L'approche familiale après les gestes suicidaires des enfants. *Neuropsychiatr. Enfance*. 1980. Vol. 28 (9), p. 387-91.
105. PFEFFER C. R. The family system of suicidal children. *Am J Psychother.* 1981. n°35, p. 330-341.
106. CHIRITA C. et al. La dimension familiale du processus suicidaire, une étude empirique. *L'Évolution Psychiatr.* [En ligne]. 2000. Vol. 65, n°4, p. 719 - 726. Disponible sur : < [http://dx.doi.org/10.1016/S0014-3855\(01\)80003-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0014-3855(01)80003-7) >
107. MALKA J. et al. Risque et conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent. In : *Polycopié Natl. Pédopsychiatrie*. 2008.
108. GIMENEZ M. A., GUT A. S., SAINTE-ANDRE S. Conduites suicidaires chez l'enfant. *Rev. Prat.* 2011. n°61, p. 195-197.
109. GUEDENEY N., GUEDENEY A., CYRULNIK B. L'attachement approche théorique: du bébé à la personne âgée. Paris : Elsevier Masson, 2009.
110. GUEDENEY N. L'attachement, un lien vital. Fabert.Bruxelles : Frédéric Delcor, 2010. (Temps d'Arrêt/Lectures).
111. Mary Ainsworth. [En ligne]. *Wikipédia*. 27 avril 2016. Disponible sur : < https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mary_Ainsworth&oldid=125676220 >

112. BOWLBY J. Attachment and loss: Volume I. Attachment. Basic Books. New York. 1969.
113. MARVIN R. S., BRITNER P. A. Normative development. The ontogeny of attachment. In : *Handb. Attach. Theory Res. Clin. Appl.* New York: Routledge. 2008. p. 269-294.
114. GEORGE C., SOLOMON J. The caregiving system: a behavioral systems approach to parenting. In : *Handb. Attach. Theory Res. Clin. Appl.* New York. 2008. p. 833-856.
115. BRITNER P. A., MARVIN R. S., PIANTA R. C. Development and preliminary validation of the caregiving behavior system: Association with child attachment classification in the preschool strange situation. In : *Attach. Hum. Dev.* 2005. p. 83-102.
116. BEKHECHI V., RABOUAM C., GUEDENEY N. Le système des soins parentaux pour les jeunes enfants, le caregiving. In : *Attach. Approche Théorique.* Issy-les-Moulineaux. 2009. p. 17-28.
117. DOZIER M., LINDHIEM O. This is my child: Differences among foster parents in commitment to their young children. *Child Maltreat.* 2006. n°11, p. 338-345.
118. AINSWORTH M. et al. Patterns of Attachment. Hillsdale, New Jersey : Erlbaum, 1978.
119. LYONS-RUTH K., SPIELMAN E. Disorganized infant attachment strategies and helplessness-fearful profiles of parenting: integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Ment. Health J.* 2004. n°25, p. 318-335.
120. LIOTTI G. Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychother. Theory Res. Pract. Train.* 2004. n°41, p. 472-486.
121. GEORGE C., SOLOMON J. Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. In : *Handb. Attach. Theory Res. Clin. Appl.* New York. 1999. p. 649-670.
122. HUTH-BOCKS A. C., LEVENDOSKY A. A., BOGAT G. A. The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant-mother attachment. *Child Dev.* 2004. n°75, p. 480-196.
123. KOBAK R., MANDELBAUM T. Caring for the caregiver. An attachment approach to assessment and treatment of child problems. In : *Attach. Process. Couple Fam. Ther.* New York. 2003. p. 144-164.
124. COWAN P. A., PAPE COWAN C. Couple relationships. A missing link between adult attachment and children's outcomes. *Attach. Hum. Dev.* 2009. n°11, p. 1-4.
125. CRAIK K. The nature of explanation. Cambridge University Press, 1943.
126. FONAGY P. Attachement au cours de la petite enfance, désordres de la conduite à l'adolescence: le rôle de la fonction réflexive. *Adolescence.* 2000. p. 345-64.
127. WYTTENBACH D. C. Relationship of parental attachment and identity status to college student adjustment. [En ligne]. University of Minnesota, 2008. Disponible sur : < <http://gradworks.umi.com/33/13/3313479.html> >

128. ALLEN J., HAUSER S. T., BELL K. L. Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of adolescent ego development and self-esteem . *Child Dev.* 1994. n°65, p. 179-194.
129. SCHARF M., MAYSELESS O. Putting eggs in more than one basket: a new look at developmental processes of attachment in adolescence. *New Dir. Child Adolesc. Dev.* 2007. n°117, p. 1-22.
130. ALLEN J., MCELHANEY K., LAND D. J. « A secure base in adolescence: Markers of attachment security in the mother-adolescent relationship ». *Child Dev.* 2003. n°74, p. 292-307.
131. ZIMMERMANN P. Attachment representations and characteristics of friendship relations during adolescence. *J. Exp. Child Psychol.* 2004. n°88, p. 83-101.
132. ALLEN J. et al. Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Dev.* 1998. n°69, p. 1406-1419.
133. BERNIER A., WHIPPLE N. Leaving home for college: A potentially stressful event for adolescents with preoccupied attachment patterns. *Attach. Hum. Dev.* 2005. n°7, p. 171-185.
134. MIKULINCER M., SHAVER P. R. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change . New York . 2007.
135. HAZAN C., SHAVER P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1987. Vol. 52 (3), [PubMed: 3572722], p. 511-524.
136. MILJKOVITCH R. Les blessures amoureuses. PUF.Paris. 2009.
137. BAUDE A., ROUYER V. Parents en résidence alternée et relation coparentale : le rôle de la relation d'attachement entre les ex-partenaires et des variables liées au contexte de la séparation conjugale. *Psychol. Fr.* 2015
138. MAIN M., KAPLAN N., CASSIDY J. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monogr. Oh Soc. Res. Chil Dev.* 1985. Vol. 50, n°9, p. 66-104.
139. FONAGY P., STEEE H., STEELE M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Dev.* 1991. n°62, p. 891-905.
140. FONAGY P., STEELE M., MORAN G. Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1993. n°41, p. 957-989.
141. RAVAL V., GOLDBERG S., ATKINSON L. Maternal attachment, maternal responsiveness and infant attachment. *Infant Behav. Dev.* 2001. n°24, p. 281-304.
142. BERNIER A., DOZIER M. Bridging the attachment transmission gap: the role of maternal mind-mindedness. *Int. J. Behav. Dev.* 2003. n°27, p. 355-365.

143. MAIN M. Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research. In : *Attach. Life Cycle*. London. 1991. p. 127-159.
144. SLADE A., GRIENENBERGER J., BEMBACH E. Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attach. Hum. Dev.* 2005. n°7, p. 283-298.
145. FONAGY P., TARGET M. Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research. *Attach. Hum. Dev.* 2005. n°7, p. 333-343.
146. CARTER C. S. Biological perspectives on social attachment and bonding. In : *Attach. Bond. New Synth.* Cambridge. 2005. p. 85-100.
147. BOKHORST C. L., BAKERMANS-KRANENBURG M. J., PASCO FEARON R. M. The importance of shared environment in mother-infant attachment security: A behavioural genetic study. *Child Dev.* 2003. n°74, p. 1769-1782.
148. MEANEY M. Maternal care, gene expression and the transmission of individual differences in stress reactivity across generation. *Annu. Rev. Neurosci.* 2001. n°24, p. 1161-1192.
149. CHAMPAGNE F. A., FRANCIS D. D., MAR A. Variations in maternal care in the rat as a mediating influence for the effects for environment on development. *Physiol. Behav.* 2003. n°79, p. 559-571.
150. FRANCIS D., DIORIO J., LIU D. Nongenomic transmission across generation of maternal behavior and stress responses in the rat. *Sciences.* 1999. n°286, p. 1155-1158.
151. MEHRAN F. La théorie d'attachement et les thérapies cognitives intégratives des troubles de la personnalité : sécurité et émotions. In : Cottraux J (éd.). *Thérapie Cogn. Émotions 2e Édition*. Paris. 2014. p. 31-49.
152. SHEFTALL A. H. et al. Adolescent Attachment Security, Family Functioning, and Suicide Attempts. *Attach. Hum. Dev.* [En ligne]. 2013. Vol. 15, n°4, p. 368 - 383. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2013.782649> >
153. ALLEN J. et al. The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Dev.* 2007. Vol. 78 (4), [PubMed: 17650135], p. 1222-1239.
154. BARTHOLOMEW K., HOROWITZ L. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1991. Vol. 61, [PubMed: 1920064], p. 226-244.
155. BOWLBY J. Attachment and loss: Volume III. Loss. Basic Books. New York. 1980.
156. BOWLBY J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. Basic Books. New York. 1988.
157. ADAM K. S., SHELDON-KELLER A. E., WEST M. Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1996. Vol. 64, n°2, p. 264-272.

158. LIZARDI D. et al. The effect of social adjustment and attachment style on suicidal behavior. *Acta Psychiatr. Scand.* 2011. Vol. 124 (4), [PubMed: 21644941], p. 295-300.
159. DIFILIPPO J., OVERHOLSER J. Suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients as associated with depression and attachment relationships. *J. Clin. Child Psychol.* 2000. Vol. 29 (2), [PubMed: 10802825], p. 155-166.
160. GRUNEBAUM M. et al. Attachment and social adjustment: Relationships to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study. *J. Affect. Disord.* 2010. Vol. 123, p. 123-130.
161. L. DE JONG M. Attachment, Individuation and Risk of Suicide in Late Adolescence. *J. Youth Adolesc.* 1992. Vol. 21, n°3,.
162. MAIN M., GOLDWYN R. Adult Attachment scoring and classification system. Scoring manual. Berkeley, University of California. 1985.
163. CROWELL J. A., OWENS G. Current Relationship Interview and scoring system. State University of New York Stony Brook. 1996.
164. CROWELL J. A., TREBOUX D., PAN H. Assessing secure base behaviour in adulthood: development of a measure, link to adult attachment representations and relation to couple's communication and report of relationships. *Dev. Psychol.* 2002. Vol. 38, p. 679-693.
165. BOUTHILLIER D., TREMBLAY N., HAMELIN F. Traduction et validation canadienne française d'un questionnaire évaluant l'attachement chez l'adulte. *Can. J. Behav. Sci.* 1996. Vol. 28, p. 1-5.
166. GUEDENEY N. Apport de la théorie de l'attachement à la compréhension de la relation d'aide. Illustration: liens entre le système d'Attachement et l'Alliance de travail, initiale et 4 mois plus tard, sur un échantillon de 130 sujets adultes recouvrant à une demande d'aide sociale. Thèse de Doctorat d'Université. Paris VI, 2005.
167. HANSENNE M. Psychologie de la personnalité. Bruxelles : De Boeck & Larcier, 2013.
168. JENTZ E. B., GUELFY J.-D., ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson, 2012. 2491 p.
169. HANSENNE M. Le modèle biosocial de la personnalité de Cloninger. *Année Psychol.* [En ligne]. 2001. Vol. 101, n°1, p. 155-181. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.3406/psy.2001.29720> >
170. CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES 10^{ème} Edition
171. JOUANNA J. La théorie des quatre humeurs et des quatre tempéraments dans la tradition latine (Vindicien, Pseudo-Soranos) et une source grecque retrouvée. *Rev. Etudes Grecques.* 2005. p. 138-67.
172. PERICAUD M. Caractéristiques psychométriques d'un instrument d'évaluation de la personnalité: le TCI 125 de Cloninger. Thèse d'exercice. Université de Limoges, 2012. 344 p.

173. ROBERT C. The genetics and psychobiology of the seven-factor model of personality. In : *Biol. Personal. Disord.* Arlington, US : American Psychiatric Association, 1998. p. 63-92.
174. LEGARCON REYNIER E. Etude dimensionnelle, des traits anxio-dépressifs et alexithymiques et de la résilience chez des patients atteints de maladies auto-immunes par rapport à la population générale. Thèse de doctorat en médecine. Université de Limoges, 2016.
175. COUTANCEAU R., SMITH J. Troubles de la personnalité : ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux. Dunod. 2013. 552 p.
176. AUDEBERT-MERILHOU E., CLEMENT J.-P. Intérêt du TCI dans l'approche étiopathogénique et psychobiologique des états limites. Thèse de doctorat en médecine. Université de Limoges, 2011.
177. GOLDBERG L. R. An alternative "description of personality": the big-five factor structure. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1990. Vol. 59, n°6, p. 1216-29.
178. COSTA P. T., MCCRAE R. R. Domains and facets: hierarchical personality assessment using the revised NEO personality inventory. *J. Pers. Assess.* 1995. Vol. 64, n°1, p. 21-50.
179. CLONINGER C. R., SVRAKIC D. M., PRZYBECK T. R. A psychobiological model of temperament and character. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1993. Vol. 50, p. 975-990.
180. EBSTEIN R., SEGMAN R., BENJAMIN J. 5-HT_{2C} (HTR_{2C}) serotonin receptor gene polymorphism associated with the human personality trait of Reward Dependence interaction with the dopamine D₄ receptor (D₄DR) and dopamine D₃ receptor (D₃DR) polymorphisms. *Am. J. Med. Genet.* 1997. Vol. 74, p. 65-72.
181. CALATI R., PORCELLI S., GIEGLING I. Catechol-o-methyltransferase gene modulation on suicidal behavior and personality traits: review, meta-analysis and association study. *J. Psychiatry Res.* 2011. Vol. 45, p. 309-321.
182. SVRAKIC D. M., WHITEHEAD C., PRZYBECK T. R. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1993. Vol. 50, p. 991-999.
183. CLONINGER C. R., SVRAKIC D. M. Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry.* 1997. Vol. 60, p. 120-141.
184. CALVET B. Les Inventaires du Tempérament et du Caractère de Cloninger : Études de revalidation et applications en psychopathologie et en neuroépidémiologie. Thèse de Doctorat en Santé Publique. Université de Limoges, 2015.
185. CLONINGER C. R., PRZYBECK T. R., SVRAKIC D. M. The Tridimensional Personality Questionnaire: US. Normative data. *Psychol. Rep.* 1991. Vol. 69, p. 1047-1057.
186. PELISSOLO A., LEPINE J. P. Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in French version. *Psychiatry Res.* 2000. Vol. 94, p. 195-199.

187. BRENNAN K. A., SHAVER P. R. Attachment styles and personality disorders: their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *J. Pers.* 1998. Vol. 66, n°5, p. 835-878.
188. BOWLBY J. Attachement et perte. Partie 2: La séparation, angoisse et colère. PUF. Paris. 1978.
189. MEHRAN F. Application de la théorie d'attachement aux modèles de vulnérabilité cognitive des styles développementaux de la personnalité. In : *Trait. Trouble Personnal. Borderline 2e Édition* Paris. Elsevier Masson, 2011. p. 53-64.
190. LYDDON W. J., SHERRY A. Developmental personality styles: an attachment theory conceptualization of personality disorders. *J. Couns. Dev.* 2001. Vol. 79, p. 405-412.
191. COLLINS N., READ S. Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1990. Vol. 58, p. 644-663.
192. GUEDENEY N., FERMANIAN J., BIFULCO A. La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation) : étude de validation du construit. *L'Encéphale*. 2010. Vol. 36, n°1, p. 69-76.
193. CALVET B. et al. Age and sex differences in temperament and character dimensions in a French non-clinical population. In Press. 2016.
194. POMMEREAU X. Ados en errance, mères en souffrance. 2009. [En ligne] Disponible sur : <<http://www.psychologies.com/Famille/Ados/Crise-d-ados/Articles-et-Dossiers/Ados-en-errance-meres-en-souffrance>>
195. Institut national de la statistique et des études économiques. [En ligne]. Disponible sur : <<http://www.insee.fr/fr/default.asp>>
196. INSEE - Population - Les conditions de vie des enfants après le divorce. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=4454%C2>
197. BECK F., RICHARD J.-B. Les comportements de santé des jeunes. *Anal. Baromètre Santé*. 2010. p. 1-27.
198. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. ANAES. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. 1998. [En ligne]. Disponible sur : <<http://193.49.126.9/conf&rm/Rpc/AdolescentsANAES.html>>
199. Haute Autorité de Santé HAS - Introduction et définition de la crise suicidaire. [En ligne] Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2003825/fr/introduction-et-definition-de-la-crise-suicidaire>
200. BRICAUD M. et al. Étude PerCaDim : relations entre approches dimensionnelle et catégorielle de la personnalité. *L'Encéphale*. 2012. Vol. 38, n°4, p. 288-295.
201. CROWELL J. A., TREBOUX D., WATERS E. Stability of attachment representations: The transition to marriage. *Dev. Psychol.* 2002. Vol. 38 (4), p. 467-179.

202. MILJKOVITCH R., COHIN E. L'attachement dans la relation de couple : une continuité de l'enfance ? *Dialogue*. 2007. n°175, p. 87-96.
203. DELAGE M. et al. Application de la théorie de l'attachement à la compréhension et au traitement du couple. *Thérapie Fam.* 2004. Vol. 25, n°2, p. 171-190.
204. LAZARTIGUES A. et al. Nouvelle société, nouvelles familles : nouvelle personnalité de base ? *L'Encéphale*. 2007. Vol. 33, n°3, p. 293-299.
205. LAVIGNE B. et al. Thérapie InterPersonnelle (TIP) en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. *L'Encéphale*. 2016.

IV. TABLE DES ANNEXES

Annexe 1. Cahier de recueil	167
Annexe 1. A. Note d'information aux parents.....	168
Annexe 1. B. Fiche d'informations générales.....	170
Annexe 1. C. Le RSQ.....	172
Annexe 1. D. Le TCI-125.....	174
Annexe 1. E. Le FACES III.....	181
Annexe 2. Scores de référence au RSQ.....	183
Annexe 3. Scores de référence au FACES III.....	184
Annexe 4. Scores de référence au TCI-125.....	185
Annexe 5. Relations entre approches dimensionnelle et catégorielle de la personnalité.....	187

Annexe 1. Cahier de recueil

A. Note d'information aux parents

Note d'information concernant l'étude

« Environnement familial des adolescents suicidants »

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un travail de thèse de doctorat en médecine, nous proposons de participer à une étude dont l'objet est de mieux connaître l'environnement familial des adolescents suicidants pour tenter d'améliorer la prévention primaire et secondaire du risque suicidaire dans cette population. Cette étude est réalisée par le Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent et le Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges.

Elle est proposée aux parents d'adolescents ayant fait une tentative de suicide, au moment d'une consultation de suivi de leur enfant en service de pédopsychiatrie

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous devrez remplir trois questionnaires :

- un questionnaire évaluant l'attachement chez l'adulte, le Relationship Scale Questionnaire
- un questionnaire de personnalité, le TCI-125 (Temperament and Character Inventory)
- un questionnaire évaluant le fonctionnement familial, le Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale.

Il faut compter environ 40 minutes.

Vous avez la possibilité de répondre aux questionnaires sur place (pendant la consultation de votre adolescent), ou bien chez vous. Vous pourrez alors nous les retourner par courrier (enveloppe pré-timbrée fournie) ou les ramener lors de la prochaine consultation.

Les questionnaires seront complètement anonymes, sans possibilité d'identification.

Cette étude est réalisée en association et avec l'accord des pédopsychiatres qui suivent habituellement votre adolescent. Celui-ci ne sera jamais sollicité au cours de ce travail et sa prise en charge ne sera en rien modifiée quelle que soit votre décision de participer ou non.

Nous restons à votre disposition si vous souhaitez des informations complémentaires sur ce travail.

En vous remerciant de votre lecture attentive, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Natacha Darnis
(Interne de Psychiatrie)

Dr Elodie Audebert-Mérilhou
(Praticien Hospitalier)

Dr Aline Meynard
(Praticien Hospitalier)

B. Fiche d'informations générales

Fiche d'informations générales

Vous êtes : le père la mère

Age : ans

Votre situation par rapport à l'autre parent de l'enfant concerné par l'étude :

En couple Séparé(e) Veuf/Veuve

Avez-vous déjà consulté un psychiatre : Non Oui

Si oui, pour quel(s) motif(s) ?

Dépression <input type="checkbox"/>	Addiction (alcool, drogues, jeux, autres...) <input type="checkbox"/>
Trouble anxieux (TOC Trouble Obsessionnel Compulsif, phobie, trouble anxieux généralisé) <input type="checkbox"/>	Troubles du comportement alimentaire <input type="checkbox"/>
Etat de stress post-traumatique <input type="checkbox"/>	Tentative de suicide <input type="checkbox"/>
Trouble bipolaire <input type="checkbox"/>	Trouble psychotique type schizophrénie <input type="checkbox"/>
	Trouble de personnalité <input type="checkbox"/>

Nombre d'enfants :

Au sujet de votre enfant :

Age : ans

Sexe : F G

Classe :

Lieu(x) de vie au moment de la (première) tentative de suicide :

Chez ses deux parents Chez son père Chez sa mère Foyer
Famille d'accueil Membre de la famille Autre précisez :

Cette tentative de suicide (TS) était-elle la première de votre enfant ? Oui Non

Age au moment de la (première) tentative : ans

Votre enfant a-t-il déjà été suivi par un (pédo) psychiatre ? Non Oui

Si oui, pour quel(s) motif(s) ?

Dépression <input type="checkbox"/>	Trouble envahissant du développement, autisme <input type="checkbox"/>
Trouble anxieux (TOC, phobie, trouble anxieux généralisé, anxiété de séparation) <input type="checkbox"/>	Addiction (alcool, drogues, jeux, autres...) <input type="checkbox"/>
Etat de stress post-traumatique <input type="checkbox"/>	Troubles du comportement alimentaire <input type="checkbox"/>
Retard mental <input type="checkbox"/>	Troubles du comportement (violences, conduites à risque) <input type="checkbox"/>
	Trouble psychotique type schizophrénie <input type="checkbox"/>

C. Le RSQ

Le Relationship Scale Questionnaire

Le RSQ est un auto-questionnaire de 30 items qui définit quatre types d'attachement : craintif, sécure, préoccupé, détaché. Vous devrez coter chaque item sur une échelle de Likert en cinq points, en fonction du degré auquel la description de l'item s'applique à vous. Vous entourerez le niveau qui vous correspond pour chacun des 30 items.

	Pas du tout comme moi	1	2	3	4	5	Un peu comme moi	Tout à fait comme moi
1. Je trouve difficile de dépendre des autres.	1	2	3	4	5			
2. C'est très important pour moi de me sentir indépendant(e).	1	2	3	4	5			
3. C'est facile pour moi de me sentir proche des autres par rapport aux émotions.	1	2	3	4	5			
4. Je veux ne pouvoir faire qu'un avec une autre personne.	1	2	3	4	5			
5. Je crains d'être blessé(e) si je me permets de devenir trop proche des autres.	1	2	3	4	5			
6. Je me sens bien sans relations affectives proches.	1	2	3	4	5			
7. Je ne suis pas sûr(e) de pouvoir toujours compter sur la présence des autres lorsque j'en ai besoin.	1	2	3	4	5			
8. Je veux être dans une intimité totale avec les autres quand il s'agit des émotions.	1	2	3	4	5			
9. Je suis inquiet (e) de me retrouver seul (e).	1	2	3	4	5			
10. Je me sens à l'aise quand j'ai besoin des gens.	1	2	3	4	5			
11. Je crains souvent que mes partenaires amoureux (ses) ne m'aient pas vraiment.	1	2	3	4	5			
12. Je trouve que c'est difficile de faire totalement confiance aux gens.	1	2	3	4	5			
13. Je m'inquiète du fait que les autres deviennent trop proches de moi.	1	2	3	4	5			
14. Je veux des relations proches quand il s'agit des émotions.	1	2	3	4	5			
15. Je me sens bien lorsque les gens ont besoin de moi.	1	2	3	4	5			
16. J'ai peur que les gens ne me donnent pas autant d'importance que je leur en donne.	1	2	3	4	5			
17. Les gens ne sont jamais là quand vous avez besoin d'eux.	1	2	3	4	5			
18. Mon désir de ne faire qu'un avec les gens les fait parfois fuir.	1	2	3	4	5			
19. C'est très important pour moi de sentir que je me suffis à moi-même.	1	2	3	4	5			
20. Je suis mal à l'aise quand quelqu'un se rapproche trop de moi.	1	2	3	4	5			
21. J'ai souvent peur que mes partenaires amoureux (ses) ne veuillent pas rester avec moi.	1	2	3	4	5			
22. Je préfère n'avoir personne qui dépende de moi.	1	2	3	4	5			
23. J'ai peur d'être abandonné (e).	1	2	3	4	5			
24. Je me sens un peu mal à l'aise quand je suis proche des gens.	1	2	3	4	5			
25. Je trouve que les gens ne veulent pas être aussi proches de moi que je le souhaiterais.	1	2	3	4	5			
26. Je préfère ne pas dépendre des autres.	1	2	3	4	5			
27. Je sais que les autres seront là quand j'en aurai besoin.	1	2	3	4	5			
28. J'ai peur que les gens ne m'acceptent pas.	1	2	3	4	5			
29. Mes partenaires amoureux (ses) veulent souvent que je sois plus proche d'eux/elles que je ne le supporte.	1	2	3	4	5			
30. Je trouve relativement facile d'être proche des gens.	1	2	3	4	5			

D. Le TCI-125

INVENTAIRE DE TEMPERAMENT ET DE CARACTERE (TCI-125 *)

Vous allez trouver dans ce questionnaire des affirmations sur les opinions, les réactions ou les sentiments personnels. Pour chaque affirmation vous devrez répondre vous-même par Vrai ou Faux, en entourant une seule des deux réponses V ou F.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, choisissez uniquement la réponse qui vous ressemble le plus.

Répondez à toutes les questions, même si vous n'êtes pas très sûr(e) de la réponse.

Faites attention aux formulations négatives de certaines propositions.

VRAI FAUX

V F

Exemple : pour répondre Vrai ⇒

J'essaie souvent des choses nouvelles uniquement pour le plaisir ou pour avoir des sensations fortes, même si les autres estiment que c'est une perte de temps	V	F	1
J'ai habituellement confiance dans le fait que tout ira bien, même dans des situations qui inquiètent la plupart des gens	V	F	2
J'ai souvent l'impression d'être victime des circonstances	V	F	3
Habituellement j'accepte les autres tels qu'ils sont, même s'ils sont très différents de moi	V	F	4
Je prends plaisir à me venger des gens qui m'ont fait du mal	V	F	5
J'ai souvent l'impression que ma vie n'a pas de but ou manque de sens	V	F	6
J'aime aider les autres à résoudre leurs problèmes	V	F	7
J'en aurais probablement les capacités, mais je ne vois pas l'intérêt de faire plus que le strict minimum	V	F	8
Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) dans des situations nouvelles même lorsque les autres pensent qu'il y a peu de soucis à se faire	V	F	9
Je fais souvent les choses selon mon impression du moment sans tenir compte des méthodes habituelles	V	F	10
Je fais habituellement les choses à ma façon plutôt qu'en fonction des souhaits des autres	V	F	11
Généralement, je n'aime pas les gens qui ont des idées différentes des miennes	V	F	12
Je suis prêt(e) à tout, dans les limites de la légalité, pour devenir riche et célèbre même au risque de perdre la confiance de nombreux vieux amis	V	F	13
Je suis beaucoup plus réservé(e) que la plupart des gens	V	F	14
J'aime discuter de mes expériences et de mes sentiments ouvertement avec des amis plutôt que de les garder pour moi-même	V	F	15
J'ai moins d'énergie et je me fatigue plus vite que la plupart des gens	V	F	16

Je me sens rarement libre de mes choix	V	F	17
Je prends souvent en compte les sentiments des autres autant que mes propres sentiments	V	F	18
J'évite souvent de rencontrer des inconnus parce que je manque de confiance face aux gens que je ne connais pas	V	F	19
J'aime faire plaisir aux autres autant que je le peux	V	F	20
J'ai souvent le désir d'être la personne la plus intelligente	V	F	21
Ma détermination me permet habituellement de poursuivre une tâche longtemps après que les autres ont abandonné	V	F	22
J'attends souvent des autres qu'ils trouvent une solution à mes problèmes	V	F	23
Je dépense souvent de l'argent au point de ne plus en avoir ou de m'endetter à force de vivre à crédit	V	F	24
J'ai souvent des éclairs inattendus d'intuition ou de compréhension quand je me détends	V	F	25
Je ne me soucie pas tellement du fait que les autres m'aiment ou qu'ils approuvent ma manière de faire	V	F	26
Habituellement je pense d'abord à mon propre intérêt car de toute façon il n'est pas possible de satisfaire tout le monde	V	F	27
Je n'ai pas de patience avec les gens qui n'acceptent pas mes points de vue	V	F	28
Parfois je me sens tellement en accord avec la nature que tout me semble faire partie d'un même organisme vivant	V	F	29
Quand je dois rencontrer un groupe d'inconnus, je suis plus timide que la plupart des gens	V	F	30
Je suis plus sentimental(e) que la plupart des gens	V	F	31
On dirait que j'ai un "sixième sens" qui me permet parfois de savoir ce qu'il va se passer	V	F	32
Quand quelqu'un m'a fait du mal, j'essaie en général de me venger	V	F	33
Mes opinions sont en grande partie influencées par des éléments que je ne contrôle pas	V	F	34
Je souhaite souvent être plus fort(e) que tous les autres	V	F	35
Je préfère réfléchir longtemps avant de prendre une décision	V	F	36
Je suis plus travailleur(-euse) que la majorité des gens	V	F	37
Habituellement, je reste calme et confiant(e) dans des situations que la plupart des gens trouverait physiquement dangereuses	V	F	38

Je ne pense pas que ce soit une bonne idée d'aider les gens faibles qui ne peuvent pas s'aider eux-mêmes	V	F	39
Je n'ai pas la conscience tranquille si je traite d'autres gens de manière injuste, même s'ils n'ont pas été justes avec moi	V	F	40
Les gens me confient habituellement leurs sentiments	V	F	41
J'ai parfois eu l'impression d'appartenir à quelque chose sans limite dans le temps et dans l'espace	V	F	42
Je ressens parfois un contact spirituel avec d'autres personnes que je ne peux pas exprimer avec des mots	V	F	43
J'apprécie que les gens puissent faire ce qu'ils veulent sans règles ni contraintes strictes	V	F	44
Je resterai probablement détendu(e) en rencontrant des inconnus, même si on m'a prévenu(e) qu'ils sont inamicaux	V	F	45
Je suis fréquemment plus préoccupé(e) que la plupart des gens par l'idée que les choses pourraient mal se passer dans l'avenir	V	F	46
D'habitude, j'examine tous les détails d'un problème avant de prendre une décision	V	F	47
Il m'arrive souvent de souhaiter avoir des pouvoirs spéciaux comme Superman	V	F	48
Les autres me contrôlent trop	V	F	49
J'aime partager ce que j'ai appris avec les autres	V	F	50
Je suis souvent capable de convaincre les autres, même de choses que je sais exagérées ou fausses	V	F	51
Parfois, j'ai eu l'impression que ma vie était dirigée par une force spirituelle supérieure à tout être humain	V	F	52
J'ai la réputation d'être quelqu'un de très réaliste qui n'agit pas sous le coup des émotions	V	F	53
Je suis très sensible aux "bonnes causes" (lorsqu'on demande d'aider des enfants handicapés par exemple)	V	F	54
Je me pousse habituellement plus durement que la plupart des gens parce que je veux faire du mieux possible	V	F	55
J'ai tellement de défauts que je ne m'aime pas beaucoup	V	F	56
Je manque de temps pour rechercher des solutions durables à mes problèmes	V	F	57
Souvent je n'arrive pas à affronter certains problèmes car je n'ai aucune idée sur la manière de m'y prendre	V	F	58
Je préfère dépenser de l'argent plutôt que de le mettre de côté	V	F	59
Je parviens souvent à déformer la réalité afin de raconter une histoire plus drôle ou de faire une farce à quelqu'un	V	F	60

Je me remets très vite d'avoir été embarrassé(e) ou humilié(e)	V	F	61
Il m'est très difficile de m'adapter à des changements dans mes activités habituelles car je deviens alors tendu(e), fatigué(e) ou inquiet(e)	V	F	62
En général, il me faut de très bonnes raisons pour accepter de modifier mes habitudes	V	F	63
Le plus souvent, je suis capable de rester rassuré(e) et détendu(e) même lorsque presque tout le monde est inquiet	V	F	64
Je trouve les chansons et les films tristes plutôt ennuyeux	V	F	65
Les circonstances m'obligent souvent à faire des choses malgré moi	V	F	66
Lorsque quelqu'un me blesse, je préfère rester aimable plutôt que me venger	V	F	67
Je suis souvent si absorbé(e) par ce que je fais que j'en deviens perdu(e) comme si je me détachais de l'espace et du temps	V	F	68
Je ne pense pas avoir réellement un but dans la vie	V	F	69
Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) dans des situations non familières, même si les autres pensent qu'il n'y a rien à craindre	V	F	70
J'obéis souvent à mon instinct ou à mon intuition, sans réfléchir à tous les détails de la situation	V	F	71
Les autres pensent souvent que je suis trop indépendant(e) car je ne fais pas ce qu'ils voudraient que je fasse	V	F	72
Je me sens souvent en forte communion spirituelle ou émotionnelle avec les gens qui m'entourent	V	F	73
J'essaie souvent de m'imaginer à la place des autres afin de vraiment les comprendre	V	F	74
Les principes tels que la justice et l'honnêteté jouent peu de rôle dans ma vie	V	F	75
Je suis plus efficace que la plupart des gens pour mettre de l'argent de côté	V	F	76
Même si les autres pensent que ce n'est pas important, j'insiste souvent pour que les choses soient faites de manière précise et ordonnée	V	F	77
Je me sens très confiant(e) et sûr(e) de moi dans presque toutes les situations sociales	V	F	78
Mes amis trouvent qu'il est difficile de connaître mes sentiments car je leur confie rarement mes pensées intimes	V	F	79
J'aime imaginer que mes ennemis souffrent	V	F	80
J'ai plus d'énergie et me fatigue moins vite que la plupart des gens	V	F	81
L'inquiétude me pousse souvent à interrompre mes activités, même si mes amis me disent que tout ira bien	V	F	82

J'ai souvent le désir d'être plus puissant(e) que n'importe qui	V	F	83
Les membres d'une équipe sont rarement récompensés de manière équitable	V	F	84
Je ne sors pas de ma route pour faire plaisir aux autres	V	F	85
Je ne suis pas du tout timide avec des inconnus	V	F	86
Je passe la plupart de mon temps à faire des choses qui semblent nécessaires mais qui ne sont pas en fait réellement importantes pour moi	V	F	87
Je ne pense pas que les principes religieux ou moraux concernant le bien et le mal doivent avoir beaucoup d'influence sur les décisions d'affaires	V	F	88
J'essaie souvent de mettre mes propres jugements de côté afin de mieux comprendre ce que les autres vivent	V	F	89
Beaucoup de mes habitudes m'empêchent d'obtenir de bons résultats	V	F	90
J'ai fait de réels sacrifices personnels pour que le monde soit meilleur (lutter contre la guerre, la pauvreté ou l'injustice par exemple)	V	F	91
Je préfère attendre que quelqu'un d'autre décide de ce qui doit être fait	V	F	92
En général, je respecte les opinions des autres	V	F	93
Mon comportement m'est dicté par certains objectifs que je me suis fixés dans la vie	V	F	94
En général, il est absurde de contribuer au succès des autres	V	F	95
En général j'aime rester froid(e) et détaché(e) vis-à-vis des autres	V	F	96
J'ai plus tendance à pleurer devant un film triste que la plupart des gens	V	F	97
Je me rétablis plus rapidement que la plupart des gens de légers problèmes de santé ou de situations stressantes	V	F	98
J'enfreins souvent les lois et les règlements lorsque je pense ne pas risquer de sanction	V	F	99
J'ai encore de bonnes habitudes à acquérir pour réussir à résister aux tentations	V	F	100
Je souhaiterais que les autres parlent moins qu'ils ne le font	V	F	101
Chacun devrait être traité avec respect et dignité, même les gens qui semblent sans importance ou mauvais	V	F	102
J'aime prendre des décisions rapidement afin de poursuivre mes activités	V	F	103
Habituellement, je peux faire facilement des choses que la plupart des gens considèrent comme dangereuses (comme conduire rapidement une voiture sur une route mouillée ou verglacée)	V	F	104

J'aime explorer de nouvelles méthodes pour faire les choses	V	F	105
J'aime mettre de l'argent de côté plutôt que le dépenser pour des divertissements ou des sensations fortes	V	F	106
J'ai eu des expériences personnelles au cours desquelles je me suis senti(e) en communion avec une force divine et spirituelle merveilleuse	V	F	107
J'ai eu des moments de grand bonheur au cours desquels j'ai eu soudainement la sensation claire et profonde d'une communauté avec tout ce qui existe	V	F	108
La plupart des gens semblent être plus efficaces que moi	V	F	109
J'ai souvent la sensation de faire partie de la force spirituelle dont toute la vie dépend	V	F	110
Même avec des amis, je préfère ne pas trop me confier	V	F	111
Je pense que mon comportement naturel est en général en accord avec mes principes et mes objectifs de vie	V	F	112
Je crois que toute vie dépend d'un certain ordre ou pouvoir spirituel qui ne peut pas être complètement expliqué	V	F	113
Souvent quand je regarde certaines choses de la vie courante, j'ai une sensation d'émerveillement comme si je les voyais d'un œil nouveau pour la première fois	V	F	114
Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) lorsque je dois faire quelque chose d'inhabituel pour moi	V	F	115
Je me pousse souvent jusqu'à l'épuisement ou j'essaie de faire plus que je ne le peux réellement	V	F	116
Ma volonté est trop faible pour résister aux tentations très fortes, même si je sais que je souffrirai de leurs conséquences	V	F	117
Je déteste voir n'importe qui souffrir	V	F	118
Si je n'ai pas le moral, je préfère être entouré(e) d'amis plutôt que de rester seul(e)	V	F	119
Je souhaiterais être la personne la plus belle	V	F	120
J'aime l'éclosion des fleurs au printemps autant que de revoir un vieil ami	V	F	121
Habituellement, je considère une situation difficile comme un défi ou une bonne occasion	V	F	122
Les gens qui travaillent avec moi doivent apprendre à faire les choses selon mes méthodes	V	F	123
Habituellement, je me sens beaucoup plus confiant(e) et dynamique que la plupart des gens, même après de légers problèmes de santé ou des événements stressants	V	F	124
Lorsque rien de nouveau ne se passe, je recherche en général quelque chose de passionnant ou d'excitant à faire	V	F	125

** Temperament and Character Inventory - Version 9 (1992) 125 items © CR Cloninger.
Traduction française 2-1996 (A.Pélissolo, M.Téhérani, R.-M.Bourgault, C.Musa, J.-P.Lépine) .*

E. Le FACES III

Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III

Décrivez votre famille telle qu'elle était au moment de la (première) tentative de suicide de votre enfant en cochant une case par question. Choisissez le numéro qui correspond le mieux à la façon dont vous évaluez votre famille pour chaque question. S'il vous plaît, veillez à répondre à toutes les questions.

	1 Presque jamais	2 Une fois de temps en temps	3 Parfois	4 Souvent	5 Presque toujours
1. Les membres de notre famille se demandent de l'aide les uns aux autres.					
2. Les suggestions des enfants sont suivies lorsqu'il y a un problème à régler.					
3. Dans notre famille, chacun accepte les amis des autres					
4. Les enfants ont leur mot à dire au sujet de la discipline.					
5. Nous aimons faire des choses seulement en famille, juste entre nous.					
6. Plusieurs personnes partagent le rôle de chef dans notre famille.					
7. Les membres de notre famille se sentent plus proches les uns des autres que des personnes extérieures à notre famille.					
8. Notre famille est souple dans sa façon d'accomplir les tâches quotidiennes.					
9. Les membres de notre famille aiment passer du temps libre ensemble.					
10. Les parents et les enfants de notre famille discutent des punitions ensemble.					
11. Les membres de notre famille se sentent très proches les uns des autres.					
12. Ce sont les enfants qui prennent les décisions dans notre famille.					
13. Lorsque notre famille se réunit pour faire quelque chose, tout le monde est là.					
14. Les règles changent dans notre famille.					
15. Nous trouvons facilement des choses à faire en famille.					
16. Nous prenons à tour de rôle la responsabilité des tâches ménagères.					
17. Quand un membre de notre famille a une décision à prendre, il consulte les autres avant de le faire.					
18. Il est difficile de dire qui est le chef dans notre famille.					
19. Nous pensons qu'il est très important d'être une famille unie.					
20. Dans notre famille, il est difficile de dire qui fait quelle tâche ménagère.					

Annexe 2. Scores de référence au RSQ

Tableau 2 Scores « prototypiques » du RSQ et scores des échelles correspondant aux facteurs issus de l'analyse factorielle du RSQ : moyenne, écart-type, coefficient alpha de Cronbach ($n1 = 126$) et coefficient intraclasse pour le test–retest (CIC) ($n2 = 106$).

	Moyenne (S.D.) ($n1$)	Cronbach ($n1$)	CIC (intervalle de confiance 95 % minimum–maximum) ($n2$)
Score du prototype sécure	3,13 (0,55)	0,41	0,53 (0,37–0,66)
Score du prototype craintif	3 (0,90)	0,54	0,57 (0,42–0,69)
Score du prototype préoccupé	2,97 (0,74)	0,22	0,67 (0,53–0,76)
Score du prototype détaché	3,22 (0,86)	0,64	0,59 (0,44–0,70)
Facteur 1 « évitement »	22,01 (5,23)	0,66	0,80 (0,70–0,86)
Facteur2 « anxiété dans les relations »	12,01 (4,28)	0,69	0,85 (0,77–0,90)
Facteur 3 « sécurité »	15,01 (4,28)	0,60	0,78 (0,68–0,85)

La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew : étude de validation du construit, N. Guédény, 2010 [192]

Annexe 3 : Scores de référence au FACES

Table 5: Comparison of parent scores across studies

	Mean scores (S.D.)				z scores		
	1	2	3	4	4 vs. 1	4 vs. 2	4 vs. 3
	Olson et al. (1985)	Dundas (1994)	Tubiana-Rufi et al. (1991)	Vandeleur et al.			
Parents combined	N = 1315	N = 50		265 ¹			
Cohesion	37.1 (6.1)	41.6 (4.7)		39.7 (5.5)	6.88***	-2.54*	
Adaptability	24.3 (4.8)	28.8 (5.4)		28.3 (5.7)	10.61***	-0.59	
Mothers			N = 441	N = 156 ²			
Cohesion			38.2 (5.8)	39.8 (5.7)			2.91**
Adaptability			24.3 (5.5)	27.8 (5.7)			6.41***
Fathers			N = 422	N = 109			
Cohesion			37.7 (6.2)	39.6 (5.2)			3.13***
Adaptability			24.2 (5.2)	29.1 (5.5)			8.19***

* p < 0.05; ** p < 0.01 ; *** p < 0.001

¹ N = 265 for cohesion and N = 261 for adaptability

² N = 156 for cohesion, N = 152 for adaptability

Construct validity and internal reliability of a French version of FACES III in adolescents and adults, Vandeleur C., Preisig M., 1999 [103]

Annexe 4. Scores de référence au TCI-125

Table 1. Mean scores (Standard deviations) of the Temperament dimensions and subscales by sex- and age-subgroups

Temperament dimensions & facets	Age cohorts																		Statistics
	18-29 (n = 224)			30-39 (n = 181)			40-49 (n = 230)			50-59 (n = 236)			60-69 (n = 169)			> 70 (n = 141)			
	Total score (SD)	Men score (SD)	Women score (SD)	Total score (SD)	Men score (SD)	Women score (SD)	Total score (SD)	Men score (SD)	Women score (SD)	Total score (SD)	Men score (SD)	Women score (SD)	Total score (SD)	Men score (SD)	Women score (SD)	Total score (SD)	Men score (SD)	Women score (SD)	
Novelty Seeking	9.4 (3.9)	10.3 (4.5)	8.9 (3.4)	9.0 (3.3)	9.0 (3.3)	9.0 (3.2)	8.5 (3.3)	8.6 (3.2)	8.5 (3.4)	8.2 (3.5)	8.9 (3.3)	7.8 (3.6)	7.7 (3.0)	7.4 (2.9)	8.0 (3.1)	7.0 (2.7)	6.7 (2.4)	7.0 (3.0)	Age: $F = 13.1, df = 5, p < .001, \eta_p^2 = .053$; Sex: $F = 2.9, df = 1, p = .09, \eta_p^2 = .0023$; Age x Sex: $F = 3.5, df = 1, p = .06, \eta_p^2 = .00$
NS1	2.9 (1.4)	2.9 (1.4)	3.0 (1.4)	2.7 (1.2)	2.8 (1.2)	2.7 (1.2)	2.5 (1.3)	2.5 (1.2)	2.6 (1.3)	2.4 (1.3)	2.5 (1.3)	2.3 (1.3)	2.5 (1.3)	2.4 (1.3)	2.6 (1.3)	2.0 (1.1)	2.0 (1.1)	2.0 (1.2)	Age: $F = 11.4, df = 5, p < .001, \eta_p^2 = .046$; Sex: $F = .3, df = 1, p = .56, \eta_p^2 = .000$; Age x Sex: $F = 0.3, df = 1, p = .86, \eta_p^2 = .000$
NS2	2.1 (1.5)	2.2 (1.6)	2.0 (1.5)	2.1 (1.3)	2.0 (1.2)	2.3 (1.4)	2.2 (1.5)	2.1 (1.4)	2.2 (1.5)	2.2 (1.4)	2.4 (1.4)	2.0 (1.4)	2.2 (1.3)	2.0 (1.3)	2.3 (1.3)	2.3 (1.3)	2.0 (1.2)	2.5 (1.4)	Age: $F = .3, df = 5, p = .93, \eta_p^2 = .001$; Sex: $F = .4, df = 1, p = .53, \eta_p^2 = .000$; Age x Sex: $F = .84, df = 1, p = .36, \eta_p^2 = .001$
NS3	2.4 (1.4)	2.7 (1.5)	2.3 (1.3)	2.5 (1.2)	2.4 (1.2)	2.6 (1.3)	2.2 (1.3)	2.1 (1.2)	2.3 (1.3)	2.0 (1.3)	2.3 (1.3)	1.9 (1.2)	1.7 (1.2)	1.7 (1.1)	1.7 (1.3)	1.5 (1.2)	1.4 (1.1)	1.5 (1.2)	Age: $F = 17.9, df = 5, p < .001, \eta_p^2 = .071$; Sex: $F = .55, df = 1, p = .46, \eta_p^2 = .000$; Age x Sex: $F = .83, df = 1, p = .36, \eta_p^2 = .001$
NS4	1.9 (1.4)	2.5 (1.4)	1.6 (1.2)	1.6 (1.2)	1.9 (1.2)	1.4 (1.2)	1.6 (1.2)	1.8 (1.2)	1.4 (1.1)	1.6 (1.2)	1.7 (1.3)	1.5 (1.1)	1.3 (1.0)	1.3 (1.0)	1.2 (1.0)	1.1 (1.0)	1.2 (0.9)	1.1 (1.0)	Age: $F = 10.2, df = 5, p < .001, \eta_p^2 = .041$; Sex: $F = 29.7, df = 1, p < .001, \eta_p^2 = .025$; Age x Sex: $F = 12.0, df = 1, p = .001, \eta_p^2 = .010$
Harm Avoidance	10.6 (4.9)	8.7 (5.0)	11.7 (4.5)	10.1 (4.6)	9.4 (4.8)	10.4 (4.5)	11.2 (4.5)	10.3 (4.5)	11.8 (4.3)	11.2 (4.9)	10.5 (5.0)	11.8 (4.8)	11.3 (5.0)	11.1 (4.3)	11.4 (5.4)	11.7 (4.9)	10.3 (4.0)	12.7 (5.2)	Age: $F = 2.5, df = 5, p = .028, \eta_p^2 = .011$; Sex: $F = 29.6, df = 1, p < .001, \eta_p^2 = .024$; Age x Sex: $F = 1.5, df = 1, p = .23, \eta_p^2 = .001$
HA1	2.4 (1.5)	1.9 (1.6)	2.7 (1.5)	2.4 (1.5)	2.2 (1.6)	2.6 (1.5)	2.6 (1.5)	2.3 (1.5)	2.7 (1.5)	2.6 (1.5)	2.5 (1.6)	2.8 (1.5)	2.6 (1.6)	2.6 (1.6)	2.7 (1.6)	2.6 (1.5)	2.1 (1.3)	2.9 (1.6)	Age: $F = 1.0, df = 5, p = .42, \eta_p^2 = .004$; Sex: $F = 23.7, df = 1, p < .001, \eta_p^2 = .02$; Age x Sex: $F = .34, df = 1, p = .56, \eta_p^2 = .000$
HA2	3.0 (1.5)	2.3 (1.5)	3.3 (1.3)	2.8 (1.5)	2.3 (1.5)	3.0 (1.4)	3.0 (1.5)	2.6 (1.5)	3.3 (1.3)	2.9 (1.5)	2.6 (1.6)	3.2 (1.4)	3.2 (1.5)	3.2 (1.4)	3.2 (1.5)	3.3 (1.4)	2.8 (1.3)	3.7 (1.4)	Age: $F = 3.1, df = 5, p = .009, \eta_p^2 = .013$; Sex: $F = 52.6, df = 1, p < .001, \eta_p^2 = .043$
HA3	2.8 (1.6)	2.3 (1.6)	3.1 (1.5)	2.6 (1.6)	2.7 (1.7)	2.6 (1.6)	2.9 (1.6)	2.8 (1.5)	3.0 (1.5)	2.9 (1.6)	2.8 (1.6)	2.9 (1.6)	2.9 (1.6)	2.8 (1.6)	3.0 (1.6)	2.9 (1.7)	2.8 (1.4)	3.0 (1.8)	Age: $F = 1.2, df = 5, p = .30, \eta_p^2 = .005$; Sex: $F = 6.9, df = 1, p = .009, \eta_p^2 = .006$; Age x Sex: $F = 1.7, df = 1, p = .19, \eta_p^2 = .001$
HA4	2.4 (1.4)	2.1 (1.5)	2.6 (1.4)	2.3 (1.4)	2.2 (1.5)	2.3 (1.4)	2.6 (1.5)	2.5 (1.4)	2.7 (1.5)	2.8 (1.6)	2.6 (1.6)	2.9 (1.6)	2.6 (1.6)	2.7 (1.4)	2.5 (1.7)	2.9 (1.5)	2.6 (1.5)	3.0 (1.5)	Age: $F = 3.6, df = 5, p = .003, \eta_p^2 = .015$; Sex: $F = 6.0, df = 1, p = .014, \eta_p^2 = .005$; Age x Sex: $F = .23, df = 1, p = .63, \eta_p^2 = .000$
Reward Dependence	9.7 (2.8)	8.9 (2.8)	10.3 (2.7)	9.7 (2.7)	9.0 (2.8)	10.0 (2.6)	9.6 (2.6)	9.0 (2.6)	10.0 (2.6)	9.0 (2.5)	8.7 (2.7)	9.3 (2.4)	9.0 (2.5)	8.1 (2.6)	9.5 (2.4)	8.4 (2.6)	8.1 (2.8)	8.6 (2.6)	Age: $F = 7.0, df = 5, p < .001, \eta_p^2 = .029$; Sex: $F = 41.8, df = 1, p < .001, \eta_p^2 = .031$; Age x Sex: $F = 1.3, df = 1, p = .26, \eta_p^2 = .001$
RD1	3.2 (1.2)	3.0 (1.3)	3.4 (1.2)	3.4 (1.2)	3.2 (1.1)	3.4 (1.1)	3.6 (1.1)	3.2 (1.1)	3.8 (1.0)	3.4 (1.1)	3.3 (1.2)	3.5 (1.0)	3.5 (1.0)	3.3 (0.9)	3.7 (1.0)	3.3 (1.0)	3.0 (1.1)	3.5 (1.0)	Age: $F = 2.5, df = 5, p = .03, \eta_p^2 = .011$; Sex: $F = 27.8, df = 1, p < .001, \eta_p^2 = .023$; Age x Sex: $F = .05, df = 1, p = .83, \eta_p^2 = .000$
RD3	3.2 (1.6)	2.8 (1.6)	3.5 (1.5)	3.1 (1.5)	2.8 (1.5)	3.3 (1.5)	2.9 (1.5)	2.7 (1.5)	3.0 (1.5)	2.7 (1.5)	2.7 (1.6)	2.8 (1.5)	2.7 (1.5)	2.3 (1.4)	2.9 (1.4)	2.8 (1.4)	2.8 (1.4)	2.8 (1.4)	Age: $F = 4.6, df = 5, p < .001, \eta_p^2 = .019$; Sex: $F = 21.7, df = 1, p < .001, \eta_p^2 = .018$; Age x Sex: $F = 3.5, df = 1, p = .06, \eta_p^2 = .003$
RD4	3.3 (1.3)	3.1 (1.2)	3.4 (1.3)	3.2 (1.2)	3.0 (1.3)	3.3 (1.3)	3.1 (1.3)	3.0 (1.3)	3.2 (1.3)	2.9 (1.3)	2.8 (1.3)	2.9 (1.3)	2.7 (1.2)	2.5 (1.3)	2.9 (1.2)	2.3 (1.4)	2.4 (1.3)	2.2 (1.4)	Age: $F = 13.3, df = 5, p < .001, \eta_p^2 = .054$; Sex: $F = 9.9, df = 1, p = .002, \eta_p^2 = .008$; Age x Sex: $F = .09, df = 1, p = .76, \eta_p^2 = .000$
Persistence	2.9 (1.5)	2.8 (1.5)	3.0 (1.5)	2.9 (1.4)	2.9 (1.4)	3.0 (1.5)	2.9 (1.5)	2.8 (1.5)	3.0 (1.5)	2.7 (1.4)	2.6 (1.4)	3.0 (1.4)	3.0 (1.5)	2.7 (1.5)	3.2 (1.4)	3.0 (1.4)	2.9 (1.4)	3.0 (1.4)	Age: $F = .2, df = 5, p = .96, \eta_p^2 = .001$; Sex: $F = 8.7, df = 1, p = .003, \eta_p^2 = .007$; Age x Sex: $F = 1.8, df = 1, p = .18, \eta_p^2 = .002$

Notes. df = Degrees of freedom; η_p^2 = Partial eta squared; NS1 = Exploratory excitability; NS2 = Impulsiveness; NS3 = Extravagance; NS4 = Disorderliness; HA1 = Anticipatory worry; HA2 = Fear of uncertainty; HA3 = Shyness; HA4 = Fatigability; RD1 = Sentimentality; RD3 = Attachment; RD4 = Dependence.

Table 2. Mean scores (Standard deviations) of the Character dimensions and subscales by sex- and age-subgroups

Character dimensions & facets	Age cohorts																		Statistics
	18-29 (n = 224)			30-39 (n = 181)			40-49 (n = 230)			50-59 (n = 236)			60-69 (n = 169)			> 70 (n = 141)			
	Total score (SD) n =	Men score (SD) n =	Women score (SD) n =	Total score (SD) n =	Men score (SD) n =	Women score (SD) n =	Total score (SD) n =	Men score (SD) n =	Women score (SD) n =	Total score (SD) n =	Men score (SD) n =	Women score (SD) n =	Total score (SD) n =	Men score (SD) n =	Women score (SD) n =	Total score (SD) n =	Men score (SD) n =	Women score (SD) n =	
Self-Directedness	17.7 (4.9)	16.9 (5.2)	18.2 (4.6)	18.3 (5.1)	17.2 (5.1)	18.8 (5.0)	17.1 (5.0)	16.8 (5.0)	17.4 (4.9)	17.7 (4.5)	17.4 (4.5)	17.9 (4.4)	17.7 (4.3)	18.2 (4.0)	17.3 (4.5)	17.0 (4.0)	17.3 (4.0)	17.0 (4.1)	Age: $F = 1.5, df = 5, p = .19, \eta_p^2 = .006$; Sex: $F = 4.4, df = 1, p = .04, \eta_p^2 = .004$; Age x Sex: $F = 6.1, df = 1, p = .01, \eta_p^2 = .005$
SD1	3.8 (1.3)	3.4 (1.5)	4.0 (1.2)	3.7 (1.5)	3.3 (1.6)	3.8 (1.4)	3.3 (1.5)	3.2 (1.6)	3.5 (1.5)	3.4 (1.5)	3.3 (1.4)	3.5 (1.5)	3.2 (1.4)	3.5 (1.1)	3.0 (1.5)	3.2 (1.3)	3.3 (1.4)	3.2 (1.3)	Age: $F = 5.2, df = 5, p < .001, \eta_p^2 = .022$; Sex: $F = 4.8, df = 1, p = .03, \eta_p^2 = .004$; Age x Sex: $F = 11.6, df = 1, p = .001, \eta_p^2 = .010$
SD2	3.6 (1.4)	3.4 (1.5)	3.7 (1.3)	3.5 (1.4)	3.1 (1.4)	3.7 (1.3)	3.1 (1.4)	3.1 (1.3)	3.2 (1.4)	3.2 (1.2)	3.2 (1.3)	3.3 (1.2)	3.3 (1.3)	3.4 (1.3)	3.3 (1.3)	3.1 (1.3)	3.2 (1.3)	3.1 (1.3)	Age: $F = 3.3, df = 5, p = .006, \eta_p^2 = .014$; Sex: $F = 2.9, df = 1, p = .09, \eta_p^2 = .002$; Age x Sex: $F = 3.2, df = 1, p = .07, \eta_p^2 = .003$
SD3	3.5 (1.3)	3.6 (1.4)	3.5 (1.3)	3.6 (1.4)	3.7 (1.4)	3.6 (1.4)	3.3 (1.4)	3.3 (1.3)	3.3 (1.4)	3.4 (1.3)	3.4 (1.3)	3.4 (1.3)	3.3 (1.4)	3.4 (1.3)	3.3 (1.4)	2.8 (1.3)	3.0 (1.4)	2.8 (1.3)	Age: $F = 6.4, df = 5, p < .001, \eta_p^2 = .027$; Sex: $F = .2, df = 1, p = .63, \eta_p^2 = .000$; Age x Sex: $F = 0.7, df = 1, p = .80, \eta_p^2 = .000$
SD4	3.4 (1.5)	3.2 (1.5)	3.5 (1.4)	3.9 (1.3)	3.8 (1.3)	4.0 (1.3)	3.9 (1.2)	3.8 (1.2)	4.0 (1.2)	4.1 (1.1)	4.0 (1.3)	4.2 (1.0)	4.3 (1.1)	4.3 (1.2)	4.3 (1.0)	4.4 (1.0)	4.6 (0.8)	4.3 (1.0)	Age: $F = 16.6, df = 5, p < .001, \eta_p^2 = .066$; Sex: $F = 2.2, df = 1, p = .14, \eta_p^2 = .002$; Age x Sex: $F = 2.8, df = 1, p = .10, \eta_p^2 = .002$
SD5	3.4 (1.4)	3.2 (1.5)	3.6 (1.3)	3.5 (1.3)	3.2 (1.4)	3.7 (1.2)	3.4 (1.4)	3.4 (1.5)	3.5 (1.4)	3.5 (1.2)	3.4 (1.3)	3.5 (1.2)	3.5 (1.3)	3.6 (1.2)	3.5 (1.3)	3.5 (1.2)	3.3 (1.2)	3.5 (1.2)	Age: $F = .17, df = 5, p = .97, \eta_p^2 = .001$; Sex: $F = 5.9, df = 1, p = .02, \eta_p^2 = .005$; Age x Sex: $F = 2.3, df = 5, p = .13, \eta_p^2 = .002$
Cooperativeness	19.7 (3.8)	18.6 (4.3)	20.4 (3.3)	19.6 (3.9)	19.4 (4.4)	19.7 (3.7)	19.8 (3.1)	19.2 (3.3)	20.1 (2.8)	19.5 (3.3)	18.4 (3.7)	20.1 (2.7)	19.7 (3.0)	18.4 (3.3)	20.5 (2.5)	19.5 (3.3)	19.3 (3.7)	19.8 (3.1)	Age: $F = .24, df = 5, p = .94, \eta_p^2 = .001$; Sex: $F = 45.9, df = 1, p < .001, \eta_p^2 = .037$; Age x Sex: $F = .2, df = 1, p = .67, \eta_p^2 = .000$

(Continued on next page)

Character dimensions & facets	Age cohorts																		Statistics
	18-29 (n = 224)			30-39 (n = 181)			40-49 (n = 230)			50-59 (n = 236)			60-69 (n = 169)			> 70 (n = 141)			
	Total score (SD) n =	Men score (SD) n =	Women score (SD) n =	Total score (SD) n =	Men score (SD) n =	Women score (SD) n =	Total score (SD) n =	Men score (SD) n =	Women score (SD) n =	Total score (SD) n =	Men score (SD) n =	Women score (SD) n =	Total score (SD) n =	Men score (SD) n =	Women score (SD) n =	Total score (SD) n =	Men score (SD) n =	Women score (SD) n =	
C1	4.4 (0.9)	4.3 (1.0)	4.5 (0.9)	4.4 (0.9)	4.4 (1.0)	4.4 (0.9)	4.3 (1.0)	4.2 (1.1)	4.5 (0.9)	4.3 (1.0)	4.1 (1.1)	4.5 (0.8)	4.3 (1.0)	4.0 (1.0)	4.4 (0.8)	4.3 (1.0)	4.2 (1.1)	4.3 (1.0)	Age: $F = .68, df = 5, p = .63, \eta_p^2 = .003$; Sex: $F = 18.4, df = 1, p < .001, \eta_p^2 = .015$; Age x Sex: $F = 0.5, df = 1, p = .49, \eta_p^2 = .000$
C2	3.7 (1.2)	3.3 (1.4)	4.0 (1.0)	3.7 (1.2)	3.5 (1.2)	3.7 (1.1)	3.6 (1.2)	3.3 (1.2)	3.8 (1.1)	3.5 (1.1)	3.1 (1.2)	3.8 (1.0)	3.5 (1.1)	3.0 (1.2)	4.0 (0.9)	3.5 (1.2)	3.3 (1.3)	3.6 (1.1)	Age: $F = 1.4, df = 5, p = .24, \eta_p^2 = .006$; Sex: $F = 64.5, df = 1, p < .001, \eta_p^2 = .052$; Age x Sex: $F = .01, df = 5, p = .95, \eta_p^2 = .000$
C3	3.8 (1.0)	3.7 (1.0)	3.8 (1.0)	3.7 (1.0)	3.7 (1.0)	3.7 (1.0)	3.8 (0.9)	3.6 (1.0)	3.8 (0.8)	3.6 (1.0)	3.3 (1.1)	3.7 (0.9)	3.5 (1.0)	3.2 (1.1)	3.7 (0.9)	3.3 (1.0)	3.3 (1.1)	3.3 (0.9)	Age: $F = 6.1, df = 5, p < .001, \eta_p^2 = .025$; Sex: $F = 14.9, df = 1, p < .001, \eta_p^2 = .012$; Age x Sex: $F = .8, df = 1, p = .38, \eta_p^2 = .001$
C4	3.7 (1.5)	3.4 (1.6)	3.9 (1.4)	3.9 (1.3)	3.8 (1.3)	3.9 (1.4)	4.1 (1.1)	4.1 (1.2)	4.2 (1.1)	4.1 (1.2)	3.9 (1.4)	4.4 (1.0)	4.3 (1.1)	4.2 (1.0)	4.4 (1.0)	4.5 (1.0)	4.4 (1.0)	4.6 (1.0)	Age: $F = 9.3, df = 5, p < .001, \eta_p^2 = .038$; Sex: $F = 13.0, df = 1, p < .001, \eta_p^2 = .011$; Age x Sex: $F = .00, df = 1, p = .96, \eta_p^2 = .000$
C5	4.0 (0.9)	3.9 (1.0)	4.1 (0.9)	3.9 (1.0)	4.0 (1.1)	3.9 (0.9)	4.0 (0.9)	4.0 (1.0)	4.0 (0.9)	4.0 (0.8)	3.9 (0.9)	4.0 (0.8)	4.0 (1.0)	4.0 (1.0)	4.0 (0.9)	4.0 (0.9)	4.0 (1.0)	4.0 (0.9)	Age: $F = .6, df = 5, p = .7, \eta_p^2 = .003$; Sex: $F = 1.6, df = 1, p = .21, \eta_p^2 = .001$; Age x Sex: $F = .02, df = 1, p = .90, \eta_p^2 = .000$
Self-Transcendence	4.3 (3.3)	4.7 (3.4)	4.1 (3.2)	4.3 (3.0)	4.5 (2.9)	4.2 (3.2)	5.3 (3.3)	5.3 (3.3)	5.4 (3.4)	5.2 (3.2)	5.1 (3.0)	5.3 (3.4)	7.0 (3.4)	6.5 (3.2)	7.3 (3.6)	7.3 (3.4)	7.5 (3.7)	7.2 (3.3)	Age: $F = 26.2, df = 5, p < .001, \eta_p^2 = .10$; Sex: $F = .2, df = 1, p = .68, \eta_p^2 = .000$; Age x Sex: $F = 2.1, df = 5, p = .15, \eta_p^2 = .002$
ST1	1.3 (1.4)	1.4 (1.4)	1.3 (1.4)	1.4 (1.3)	1.4 (1.3)	1.4 (1.3)	1.6 (1.4)	1.6 (1.4)	1.7 (1.4)	1.5 (1.4)	1.5 (1.4)	1.5 (1.4)	2.0 (1.5)	2.0 (1.6)	2.1 (1.5)	2.1 (1.5)	2.1 (1.6)	2.1 (1.5)	Age: $F = 19.8, df = 5, p < .001, \eta_p^2 = .04$; Sex: $F = .01, df = 1, p = .91, \eta_p^2 = .000$; Age x Sex: $F = 0.5, df = 1, p = .50, \eta_p^2 = .000$
ST2	1.9 (1.4)	2.1 (1.4)	1.8 (1.4)	1.7 (1.3)	1.8 (1.3)	1.6 (1.3)	2.0 (1.3)	2.1 (1.3)	2.0 (1.4)	2.1 (1.3)	2.0 (1.4)	2.1 (1.4)	2.5 (1.4)	2.4 (1.4)	2.6 (1.4)	2.4 (1.3)	2.5 (1.4)	2.4 (1.3)	Age: $F = 9.9, df = 5, p < .001, \eta_p^2 = .041$; Sex: $F = 1.3, df = 1, p = .26, \eta_p^2 = .001$; Age x Sex: $F = 4.6, df = 1, p = .03, \eta_p^2 = .004$
ST3	1.1 (1.1)	1.1 (1.3)	1.0 (1.0)	1.2 (1.1)	1.3 (1.1)	1.2 (1.1)	1.7 (1.2)	1.6 (1.3)	1.7 (1.2)	1.7 (1.2)	1.7 (1.2)	1.7 (1.2)	2.4 (1.4)	2.2 (1.4)	2.6 (1.3)	2.8 (1.3)	2.8 (1.4)	2.7 (1.3)	Age: $F = 49.1, df = 5, p < .001, \eta_p^2 = .173$; Sex: $F = .00, df = 1, p = .10, \eta_p^2 = .000$; Age x Sex: $F = .58, df = 1, p = .45, \eta_p^2 = .000$

Notes. df = degrees of freedom; η_p^2 = Partial eta squared; SD1 = Responsibility; SD2 = Purposeful; SD3 = Resourcefulness; SD4 = Self-acceptance; SD5 = Congruent second nature; C1 = Social acceptance; C2 = Empathy; C3 = Helpfulness; C4 = Compassion; C5 = Pure-hearted; ST1 = Self-forgetful; ST2 = Transpersonal identification; ST3 = Spiritual acceptance.

Age and Sex Differences in Temperament and Character Dimensions in a French Nonclinical Population, Calvet B. et al., 2016 [193]

Annexe 5. Relations entre approches dimensionnelle et catégorielle de la personnalité

Corrélations entre troubles de la personnalité et dimensions du tempérament et du caractère (TCI)

Troubles de la personnalité	Dimensions de tempérament et de caractère du TCI (rho corrigé)						
	RN	ED	DR	P	D	C	T
Paranoïaque	NS	0,28**	-0,28**	NS	-0,62***	-0,28**	0,49***
Schizoïde	-0,27**	0,24*	-0,35***	0,24*	-0,31**	NS	0,26**
Schizotypique	NS	0,29**	-0,29**	0,19*	-0,63***	NS	0,44***
Antisociale	0,52***	NS	NS	NS	-0,49***	-0,19*	0,28**
Borderline	0,21*	0,35***	NS	NS	-0,74***	NS	0,45***
Histrionique	0,30**	0,21*	NS	0,27**	-0,69***	-0,34***	0,46***
Narcissique	0,21*	NS	NS	NS	-0,56***	-0,36***	0,40***
Évitante	NS	0,52***	NS	NS	-0,62***	NS	0,36***
Dépendante	NS	0,56***	NS	NS	-0,69***	NS	0,39***
Obsessionnelle-compulsive	NS	0,31**	-0,24*	0,43***	-0,53***	NS	0,41***
Passive-agressive	NS	0,22*	NS	NS	-0,54***	-0,21*	0,38***
Sadique	0,21*	NS	NS	NS	-0,25**	-0,42***	NS
À conduite d'échec	NS	0,34***	NS	0,36***	-0,66***	NS	0,45***

RN : recherche de nouveauté ; ED : évitement du danger ; DR : dépendance à la récompense ; P : persistance ; D : autodétermination ; C : coopération ; T : transcendance ; NS : non significatif. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Bricaud M., Calvet B, Viéban F., Prado-Jean A., Clément J.-P., *L'Encéphale*, 2012 [200]

V. TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableaux :

Tableau I : Les critères pour le diagnostic de trouble addictif au danger.....	49
Tableau II : La Cohésion Familiale.....	70
Tableau III : La Flexibilité Familiale.....	71
Tableau IV : La Communication dans la famille.....	72
Tableau V : Architecture du FACES IV.....	74
Tableau VI : Styles d'attachement chez l'adulte.....	93
Tableau VII : Clusters de personnalités selon le DSM 5.....	104
Tableau VIII : Dimensions du tempérament et neuromédiateurs associés	106
Tableau IX : Dimensions et facettes du <i>Temperament and Character Inventory</i>	108
Tableau X : Relations entre les dimensions d'attachement, les styles de personnalité, les modèles de travail de soi et des autres et les croyances assimilatives qui les précèdent.....	110
Tableau XI : Scores moyens (en valeurs absolues) des dimensions de personnalité de la population générale.....	118
Tableau XII: FACES III : <i>Linear Scoring and Interpretation</i>	120
Tableau XIII : Comparaison des deux groupes selon le sexe des parents.....	126
Tableau XIV : Comparaison des deux groupes selon le sexe des adolescents.....	126
Tableau XV : Comparaison des deux groupes selon l'âge des adolescents.....	127
Tableau XVI : Comparaison des deux groupes selon la situation parentale.....	127
Tableau XVII : Comparaison des deux groupes selon le lieu de vie des adolescents.....	128
Tableau XVIII : Motifs de non-inclusion.....	129
Tableau XIX : Comparaison des résultats obtenus au RSQ par rapport à ceux de la population de référence	130
Tableau XX : Comparaison des résultats obtenus au FACES III par rapport à ceux de la population de référence.....	131
Tableau XXI : Comparaison des résultats obtenus au TCI-125 par rapport à ceux de la population de référence.....	132

Tableau XXII : Comparaison des résultats les plus significatifs aux facettes de personnalité par rapport à ceux de la population de référence.....	133
--	-----

Figures :

Figure 1 : Répartition du nombre d'enfants par parent.....	122
Figure 2 : Répartition des antécédents psychiatriques des parents.....	123
Figure 3 : Répartition des âges des adolescents.....	123
Figure 4 : Répartition des motifs de suivi pédopsychiatriques avant la TS.....	124
Figure 5 : Répartition des âges de la 1 ^{ère} TS.....	125

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.

Admise 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 reconnaissante envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Consciente 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.

Environnement familial des adolescents suicidants : attachement et personnalité des parents, fonctionnement familial

Thèse Médecine Limoges, 2016, 190 p.

Résumé :

Les tentatives de suicide de l'adolescent sont définies aujourd'hui comme une des priorités de Santé Publique. De multiples facteurs de risque ont été identifiés (individuels, familiaux et environnementaux). Les facteurs de risque familiaux sont principalement représentés par la psychopathologie des parents et la qualité des interactions familiales.

L'objectif principal de cette étude est la comparaison des styles d'attachement et des dimensions de personnalité de parents d'adolescents suicidants à ceux d'une population de référence, et la comparaison des fonctionnements familiaux sur les critères de cohésion et d'adaptabilité.

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, portant sur une population de 29 parents d'adolescents suicidants âgés de 13 à 18 ans. Elle a été conduite du 1er janvier au 30 juin 2016, au sein du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges. Les données ont été évaluées par trois auto-questionnaires : le Relationship Scale Questionnaire (RSQ), le Temperament and Character Inventory (TCI-125) et le Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III).

Les parents d'adolescents suicidants ont un attachement plutôt sécurisé avec cependant une tendance au détachement et à la distance émotionnelle. Les pères ont une détermination et une coopération élevées, les mères ont un évitement du danger plus élevé et une recherche de nouveauté plus basse que dans la population de référence. Ces parents décrivent des fonctionnements familiaux désengagés et flexibles.

Ces résultats ne permettent pas de définir un profil parental généralisable. Mais ils confirment qu'une évaluation systématique de l'environnement familial de l'adolescent suicidant est absolument nécessaire dans la prise en charge. De plus, ils nous permettent aussi d'envisager tout l'intérêt du travail thérapeutique avec ces familles capables de flexibilité et d'adaptation pour atteindre un nouvel équilibre.

Mots-clés : tentative de suicide, adolescent, parents, attachement, personnalité, fonctionnement familial

Abstract :

Suicide attempts among teenagers are considered nowadays as public health priorities. Several causes have already been identified (individual, family and environmental). The family factors are mostly parental psychopathology and quality of familial interactions.

The aim of this study is to compare attachment styles and personality dimensions of teenage suicide attempters parents to a reference population, but also to compare family functioning, on cohesion and adaptability criteria.

A descriptive transversal study has been performed between January the first and June 30th 2016 in the Department of children and adolescents, of Esquirol Psychiatric Hospital, Limoges. 29 parents of suicide attempters between 13 and 18 years, have completed 3 self-questionnaires : the Relationship Scale Questionnaire (RSQ), the Temperament and Character Inventory (TCI-125) and the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III).

Parents of teenage suicide attempters showed secure attachment profiles, but also detachment and emotional distance. Fathers had higher cooperativeness and self-directedness, and mothers showed higher harm avoidance and lower novelty seeking than controls. This parents mentioned disengaged and flexible family functioning.

These results didn't allow us to identify a generalizable parental profile. But it confirmed that a systematic evaluation of the teenage suicide attempter family environment is absolutely necessary. Furthermore, they also allow us to envisage all the interest of the therapeutic work with these families capable of flexibility and adaptation to reach a new balance.

Keywords : suicide attempt, adolescent, parents, attachment, personality, family functioning.