



**HAL**  
open science

# Étude qualitative de l'expérience des parents après la tentative de suicide de leur adolescent

Mai Ly Boussat

► **To cite this version:**

Mai Ly Boussat. Étude qualitative de l'expérience des parents après la tentative de suicide de leur adolescent. Psychiatrie et santé mentale. 2020. dumas-03432711

**HAL Id: dumas-03432711**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03432711v1>**

Submitted on 17 Nov 2021

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

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

UNIVERSITE DES ANTILLES  
2020

FACULTE DE MEDECINE  
HYACINTHE BASTARAUD  
2020ANTI0589

# **ÉTUDE QUALITATIVE DE L'EXPERIENCE DES PARENTS APRES UNE TENTATIVE DE SUICIDE DE LEUR ADOLESCENT**

## **THESE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD  
des Antilles et de la Guyane  
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 16.11.2020

Pour obtenir le grade de

### **DOCTEUR EN MEDECINE**

Par

### **BOUSSAT MAILY**

Examineurs de la thèse :

M. Louis Jehel	Professeur, Président du Jury
M. Christophe Deligny	Professeur
M. Moustapha Drame	Professeur
M. Jean-Marc Jeremie	Docteur en Médecine
M. Michel Spodenkiewicz	Docteur en Médecine
M. Jonathan Lachal	Docteur en Médecine, Directeur de thèse



Le Président de l'Université des Antilles : Eustase JANKY  
 Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO  
 Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Christophe DELIGNY

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Pascal BLANCHET	<b>Chirurgie Urologique</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95
André-Pierre UZEL	<b>Chirurgie Orthopédique et Traumatologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 66
Pierre COUPPIE	<b>Dermatologie</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39
Thierry DAVID	<b>Ophthalmologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 55
Suzy DUFLO	<b>ORL – Chirurgie Cervico-Faciale</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16
Eustase JANKY	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel 05 90 89 13 89
François ROQUES	<b>Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 71
Jean ROUDIE	<b>Chirurgie Digestive</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71
Jean-Louis ROUVILLAIN	<b>Chirurgie Orthopédique</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 28
André CABIE	<b>Maladies Infectieuses</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE	<b>Neurologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 61
Raymond CESAIRE	<b>Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie</b>

	CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 11
Maryvonne DUEYMES-BODENES	<b>Immunologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 24
<b>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers</b> <i>(Suite)</i>	
Annie LANNUZEL	<b>Neurologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13
Louis JEHEL	<b>Psychiatrie Adulte</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 44
Mathieu NACHER	<b>Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Magalie DEMAR - PIERRE	<b>Parasitologie et Infectiologie</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
Vincent MOLINIE	<b>Anatomie Cytologie Pathologique</b> CHU de FORT DE FRANCE Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50
Philippe KADHEL	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 20
Michel DEBANDT	<b>Rhumatologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 52
Karim FARID	<b>Médecine Nucléaire</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 67
Mehdi MEJDOUBI	<b>Radiodiagnostic et imagerie Médicale</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 84
Rémi NEVIERE	<b>Physiologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
Christian SAINTE-ROSE	<b>Radiodiagnostic et imagerie Médicale</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
Sébastien BREUREC	<b>Bactériologie &amp; Vénérologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 12 80
Félix DJOSSOU	<b>Maladies infectieuses et tropicales</b>

	CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 50
Nicolas VENISSAC	<b>Chirurgie thoracique et cardiovasculaire</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
Moustapha DRAMÉ	<b>Épidémiologie, Économie de la Santé</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
Christophe DELIGNY	<b>Médecine Interne</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 55

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

*(Suite)*

Narcisse ELENGA	<b>Pédiatrie</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 77 37
Nadège CORDEL	<b>Dermatologie &amp; Vénérologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
Harold MERLE	<b>Ophtalmologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
Pierre-Marie ROGER	<b>Maladies infectieuses et tropicales</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
Maturin TABUE	<b>Médecine interne : Gériatrie et Biologie du vieillissement</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
CORDEL-WATTIER Nadège	<b>Dermato-vénérologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10

Professeur de Médecine Générale

Jeannie HELENE-PELAGE j	<b>Médecine Générale</b> CHU de Pointe-à-Pitre / Cabinet libéral Tel : 05 90 84 44 40
-------------------------	---

Professeur Associé de Médecine Générale

Franciane GANE-TROPLENT	<b>Médecine générale</b> Cabinet libéral les Abymes Tel : 05 90 20 39 37
-------------------------	--

<b>Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers</b>	
<b>Jocelyn INAMO</b> _____	<b>Cardiologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38
<b>Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE f</b> _____	<b>Endocrinologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 03
<b>Marie-Laure LALANNE-MISTRIH</b> _____	<b>Nutrition</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 00
<b>Moana GELU-SIMEON</b> _____	<b>Gastroentérologie hépatologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
<b>Véronique BACCINI</b> _____	<b>Hématologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
<b>Laurent BRUREAU</b> _____	<b>Urologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
<b>Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers (Suite)</b>	
<b>Clarisse JOACHIM-CONTARET</b> _____	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00

<b>Maître de Conférence des Université de Médecine Générale</b>	
<b>Philippe CARRERE</b> _____	<b>Médecine générale</b>

<b>Maître de Conférence Associé de Médecine Générale</b>	
<b>Franck MASSE</b> _____	<b>Médecine générale</b>
<b>KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT Walé</b> _____	<b>Médecine générale</b>

## Remerciements :

### **Aux membres du jury :**

Monsieur le Professeur Louis JEHEL,

J'ai eu la chance pendant mon parcours de bénéficier de votre expérience et de la richesse de vos enseignements. Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez accepter toute ma reconnaissance ainsi que mon plus grand respect.

Monsieur le Professeur Christophe DELIGNY,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail, vous avez toute ma reconnaissance, mon respect et ma profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Moustapha DRAME,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir mon profond respect et mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Jean-Marc JEREMIE,

Pour tes précieux conseils, ta disponibilité, ton soutien tout au long de ce travail et de mon internat. Je t'adresse ici toute mon estime et ma profonde considération.

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEVICZ,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, et ce malgré le décalage horaire. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Jonathan LACHAL

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, pour ton soutien, pour ta bienveillance et de ta confiance. Je te suis extrêmement reconnaissante pour ta disponibilité et tes précieux conseils durant mon semestre à la Maison des Adolescents où je découvrais la psychiatrie de l'adolescent, ainsi que durant ce travail de thèse, alors que je n'étais pas sur place et que le décalage horaire pouvait compliquer l'organisation. Sois assuré de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

**BOUSSAT Mai Ly**

**SUJET DE LA THESE :** Étude qualitative de l'expérience des parents après la tentative de suicide de leur adolescent

**THESE :** MEDECINE SPECIALITE PSYCHIATRIE – UAG – ANNEE 2020

**MOTS CLEFS :** Comportement suicidaire, Parents, Adolescents, Santé mentale, Recherche qualitative

**RESUME DE LA THESE :**

*Introduction :* Les tentatives de suicides sont fréquentes à l'adolescence et touchent l'ensemble de la famille, en particulier les parents qui sont par ailleurs des acteurs essentiels de l'accompagnement thérapeutique. Pourtant, peu d'études s'intéressent à leur expérience.

*Patient et méthode :* Étude qualitative basée sur des entretiens semi structurés explorant l'expérience de 13 parents d'adolescents suivi en pédopsychiatrie pour un passage à l'acte suicidaire ; analyse réalisée à l'aide de l'Interprétative Phenomenological Analysis.

*Résultats* Le bien-être et le fonctionnement des parents est directement affecté par l'état de santé mental de leur enfant. Lorsqu'ils sont informés du geste suicidaire, ils ressentent une tristesse majeure. La colère s'exprime contre l'adolescent mais aussi contre l'entourage ou les soignants. Dans l'incertitude, les parents remettent en question leur compétence éducative et empathique, et doutent aussi sur leur capacité à aider. Ils expriment le besoin d'aide et de soutien dans la compréhension du passage à l'acte, dans l'expérience émotionnelle complexe qu'ils traversent et dans la réaffirmation de leurs compétences d'aidant.

*Conclusion :* les parents sont extrêmement affectés par le passage à l'acte suicidaire de l'adolescent. Un accompagnement personnalisé doit leur être proposé en plus de leur implication dans le soin de l'adolescent. Les groupes de parents ou les interventions psycho-éducatives peuvent être des outils intéressants pour redonner aux parents les moyens d'accompagner sereinement leur enfant.

**JURY : Président : Pr Louis Jehel**

**Juges : Pr Christophe Deligny  
: Pr Moustapha Drame  
: Dr Jean Marc Jeremie  
: Dr Michel Spodenkievicz  
: Dr Jonathan Lachal, Directeur de thèse**



## **Table des matières**

*Abréviations 11*

*Résumé 11*

*Abstract 12*

*Introduction : 13*

*Méthode : 14*

**Participants : 14**

**Recueil de données : 14**

**Analyse : 14**

*Résultats : 15*

**Population : 15**

**La tristesse 15**

**La colère 16**

**Le doute autour des compétences parentales 17**

**Les besoins verbalisés par les parents 18**

*Discussion 20*

**Quelles approches proposer aux parents ? 21**

**Force et Limite de l'étude 22**

*Conclusion 22*

*Bibliographie 23*

*Annexes 27*

*Serment d'Hippocrate 28*

## Abréviations

TS : tentative de suicide

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire

MDA : Maison des adolescents

## Résumé

*Introduction* : Les tentatives de suicides sont fréquentes à l'adolescence et touchent l'ensemble de la famille, en particulier les parents qui sont par ailleurs des acteurs essentiels de l'accompagnement thérapeutique. Pourtant, peu d'études s'intéressent à leur expérience.

*Patient et méthode* : Étude qualitative basée sur des entretiens semi structurés explorant l'expérience de 13 parents d'adolescents suivi en pédopsychiatrie pour un passage à l'acte suicidaire ; analyse réalisée à l'aide de l'Interprétative Phenomenological Analysis.

*Résultats* Le bien-être et le fonctionnement des parents est directement affecté par l'état de santé mental de leur enfant. Lorsqu'ils sont informés du geste suicidaire, ils ressentent une tristesse majeure. La colère s'exprime contre l'adolescent mais aussi contre l'entourage ou les soignants. Dans l'incertitude, les parents remettent en question leur compétence éducative et empathique, et doutent aussi sur leur capacité à aider. Ils expriment le besoin d'aide et de soutien dans la compréhension du passage à l'acte, dans l'expérience émotionnelle complexe qu'ils traversent et dans la réaffirmation de leurs compétences d'aidant.

*Conclusion* : les parents sont extrêmement affectés par le passage à l'acte suicidaire de l'adolescent. Un accompagnement personnalisé doit leur être proposé en plus de leur implication dans le soin de l'adolescent. Les groupes de parents ou les interventions psycho-éducatives peuvent être des outils intéressants pour redonner aux parents les moyens d'accompagner sereinement leur enfant.

## Abstract

*Introduction:* Suicidal attempts are frequent during adolescence and concerns all the family. It gets to the affect and the emotions of every home, particularly parents, who are often in front line. In this study, we will analyse the experience of parents after the suicidal attempt of their adolescent.

*Participants & Methods:* It is a qualitative study based on semi structured interviews of 13 parents of teenagers followed in pedopsychiatry for suicidal behavior. This interview includes 5 to 6 open and conversational questions. We analyzed interviews, after transcription, by phenomenological analysis.

*Results:* The parents good-well and behavior are directly bond to their children's state of mind. When they are informed of the suicidal attempt, they feel sadness, in a form of initial distress which is part of the grief process regarding their image of idealized parents. There is anger against the teenager, seen as manipulative and dishonest, which leads to fights and pushes away. This anger is also directed against the neighborhood and the care givers, with the idea that cares can be useless or inefficient. They are uncertain and put their educative and empathetic competences in doubt, expressing a feeling of failure, a misunderstanding of their kid's emotion and a fear to be the cause of their next suicidal attempt. There so, they doubt of their ability to be helpful. Parents express the urgent need of help to understand their child's suicidal attempt. They are demanding informations about the concerning diseases and the risk factors associated with their child comportment and clear information about the care's purposes. They hope to be supported, in what they feel as a struggle and express their need of mobilisation and action to face it, while reorganizing their everyday way of life.

*Conclusion:* It appears that parents are extremely touched by their teenager suicidal attempt. They need a personal follow up, including familial medical care but also a personal space of support. Parents group, as so as psycho educative intervention, are also welcomed to give efficient method to lift their child.

## Introduction :

Le suicide demeure la deuxième cause de décès parmi les jeunes de 15-29 ans dans le monde (1) et les tentatives de suicides en sont le principal facteur de risque (2,3). Les tentatives de suicide sont vingt fois plus nombreuses à l'adolescence, avec des taux standardisés annuels d'hospitalisation pour TS particulièrement élevés, notamment chez les filles de 15 à 19 ans (4), un âge moyen à la première tentative de plus en plus jeune (13.6ans) (5). Ces chiffres sont d'autant plus préoccupants que le taux de récurrence après une tentative de suicide chez les adolescents est conséquent, d'environ 27% (6).

De nombreux facteurs de risques de comportements suicidaires, environnementaux (maltraitance, harcèlement, influence des pairs et des médias) psychologiques (troubles affectifs, impulsivité, troubles relationnels) et biologiques (pistes sérotoninergiques et inflammatoires) ont été identifiés (7)

L'environnement familial est au cœur de la vie des adolescents et est impliqué dans le processus suicidaire. Maltraitance, négligence parentale (8,9), et antécédent de suicide ou de maladie psychiatrique chez les parents (10) sont autant de facteurs de risques de suicide à l'adolescence. Plus fréquemment, les troubles dans les relations familiales sont régulièrement associés aux passages à l'acte : relations familiales difficiles ou conflictuelles, ou encore faible niveau de cohésion familiale, de soutien et de communication parents-adolescents (11-13).

Mais la tentative de suicide d'un adolescent mobilise les affects et les émotions de chacun dans le foyer, en particulier des parents qui sont le plus souvent en première ligne. Après la découverte du passage à l'acte, les parents décrivent une palette d'émotions : le choc, la colère, l'impuissance et l'incrédulité initialement, le stress et l'anxiété arrivant simultanément ou ultérieurement(14-20). Les parents expriment également des sentiments importants de culpabilité et de honte (19,21,22) et parfois même, l'apparition ou l'aggravation d'une dépression clinique (15,17,19). Les doutes quant à leur capacité à protéger et soutenir leurs enfants et les craintes d'exacerber l'automutilation sont très présents dans les discours parentaux (16,19,23). Les mères se sentent échouer dans leur rôle, expriment le rejet et la solitude que la tentative de suicide renvoie, rapportent la prudence avec laquelle elles doivent communiquer avec leur enfant, l'impression permanente de marcher sur des œufs, ainsi que le besoin de garder une distance émotionnelle (14).

Le choc du passage à l'acte peut conduire à des changements radicaux dans les stratégies parentales : redistribution du pouvoir dans la relation (14,16,19,24), désengagement ou hypercontrôle (16,21,22,24,25). À long terme, en l'absence d'amélioration, de nombreux parents s'épuisent, et peuvent présenter des contre-réactions comme de l'agacement ou de l'impatience (16). Le retentissement sur la famille est parfois majeur (15,21).

Les parents ont un rôle majeur dans le soin psychologique des adolescents et en particulier dans le contexte des passages à l'acte suicidaire. Mieux comprendre leurs réactions émotionnelles et affectives doit permettre de mieux les soutenir afin qu'ils accompagnent de la manière la plus efficace leur adolescent en souffrance. Pourtant, peu d'études se sont intéressées à leur expérience. Nous proposons donc d'explorer l'expérience des parents après une tentative de suicide de leur adolescent : Quelle place est laissée à la détresse ? A la colère ? A la culpabilité ? Quels impacts cette expérience a-t-elle sur les capacités des parents à aider l'adolescent dans une période de grande fragilité ? Tous ces éléments seront explorés afin d'adapter l'accompagnement des adolescents et de leur famille dans le contexte de crise suicidaire.

## Méthode :

Il s'agit d'une étude qualitative transversale exploratoire et phénoménologique qui interroge des parents d'adolescents qui présentent des comportements suicidaires. Le "Comité d'Évaluation de l'Éthique des projets de Recherche Biomédicale (CEERB) Paris Nord" (Institutional Review Board -IRB 00006477- of HUPNVS, Paris 7 University, AP-HP) a été sollicité et a approuvé le projet.

## Participants :

Les parents ont été recrutés dans deux services de psychiatrie de l'adolescent. Les adolescents étaient en hospitalisation temps plein ou en prise en charge ambulatoire. Lorsqu'un adolescent consultait ou était hospitalisé pour un comportement suicidaire, le médecin proposait aux parents de rencontrer l'équipe de recherche. L'étude leur était alors présentée. Après obtention d'un consentement écrit, l'équipe de recherche proposait un rendez-vous aux parents, ensemble ou séparément selon la configuration familiale.

Les critères d'inclusion étaient d'être le parent d'un adolescent âgé de 11 à 17 ans ayant réalisé une tentative de suicide durant l'adolescence. Ce passage à l'acte pouvait être de natures diverses (IMV, phlébotomie, pendaison ...). Ils devaient être reconnus comme tels par l'adolescent qui les différenciait bien de potentielles automutilations par ailleurs.

## Recueil de données :

Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-structurés. Le questionnaire comportait 5 à 6 questions ouvertes et conversationnelles. Les parents étaient reçus séparément ou conjointement et étaient invités à raconter leurs vécus autour de la tentative de suicide : leurs ressentis à la découverte du passage à l'acte, leurs compréhensions de la situation, et les représentations de ce que vivaient leurs adolescents.

Les entretiens se déroulaient dans un bureau médical, duraient 1 heure, étaient enregistrés, retranscrits littéralement et anonymisés.

## Analyse :

L'analyse des entretiens une fois retranscrits était effectuée avec l'Interpretative Phenomenological Analysis (26,27). Il s'agit d'une démarche exploratoire et inductive.

Les entretiens étaient enregistrés avec la permission des participants. Ils étaient transcrits mots à mots à l'aide d'un logiciel de traitement de texte. Ils étaient écoutés plusieurs fois afin de vérifier l'exactitude de la transcription. Les entretiens étaient ensuite codés à l'aide du logiciel Nvivo, permettant de dégager de multiples thèmes avec les verbatims correspondants : plus précisément, les entretiens étaient lus et annotés afin de dégager l'essence principale du discours. Les annotations étaient regroupées en thèmes, et les thèmes récurrents des différents entretiens étaient rassemblés en méta-thèmes décrivant l'ensemble des récits d'expérience. Chaque méta-thème était relié au thème sous-jacent, lui-même relié aux annotations originales et aux extraits d'entretiens.

La démarche d'analyse des données était inductive, l'analyse des données de la littérature ayant été faite dans un second temps. Pour renforcer la validité, un chercheur (MLB) a réalisé

l'analyse principale, et les transcriptions étaient également lues par un autre chercheur (JL) pour améliorer l'uniformité et la cohérence de l'analyse. Les verbatims présents dans ce document sont donnés tels qu'ils ont été formulés par les participants.

## Résultats :

### Population :

Le recrutement des participants s'est réalisé du mois d'octobre 2019 au mois de mai 2020. 13 parents ont accepté de participer à l'étude. Les entretiens ont été réalisés parfois auprès des parents ensemble ou individuellement qu'ils soient en couple ou séparés. Les caractéristiques de ces parents sont représentées dans le tableau ci-dessous.

N° Entretiens	Parents interviewé	Age de l'adolescent	Sexe de l'adolescent	Antécédents de TS	Situation parentale	Nature TS	Fratrie
1	Père + mère	17	F	4	En couple	IMV	1 frère
2	Père	14	F	0	En couple	IMV	0
3	Mère	14	F	0	En couple	IMV	1 frère / 1 sœur
4	Père	14	F	2	En couple	IMV	1 sœur
5	Mère	14	F	2	En couple	IMV	1 sœur
6	Père + Mère	15	F	1	En couple	IMV	1 sœur
7	Mère	15	F	0	Séparés	IMV	0
8	Père + Mère	12	F	0	En couple	IMV	1 frère
9	Mère	16	M	0	Séparés	Phlébotomie	2 sœurs
10	Mère	16	M	1	Séparés	Pendaison	1 frère

**Tableau n°1 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION**

Les 11 thèmes obtenus lors de l'analyse du vécu de ces parents ont été organisés autour de 4 méta-thèmes : la tristesse, la colère, le doute sur leurs compétences et leurs besoins.

### La tristesse

La tristesse est apparue comme centrale dans le discours parental. Elle comprenait deux thèmes : la détresse initiale puis le deuil.

La détresse initiale était ressentie par bon nombres de parents à la prise de connaissance du passage à l'acte de leurs enfants, et pouvait durer les premiers temps de l'hospitalisation. Les parents décrivaient un sentiment de choc et une détresse majeure, invalidante. La situation

était vécue comme très compliquée, ils avaient l'impression d'être groggy, comme si tout s'écroulait devant leurs yeux. Leur espace émotionnel était entièrement engagé pouvant avoir des conséquences physiques tel que des troubles du sommeil ou de la fatigue intense.

*« Père : Je ne me sentais pas bien, comme si le ciel m'était tombé sur la tête. »*

*« Mère : J'étais bouleversée quand je suis arrivée je n'ai pas réussi à parler aux policiers. Ils me demandaient mon nom je n'arrivais pas à parler donc j'ai écrit sur leurs petits carnets »*

Le deuil apparaissait également dans le discours des parents comme partie prenante de leurs émotions, la blessure initiale pouvait entraîner chez certains parents un sentiment d'anéantissement. Parfois la tentative de suicide de leur adolescent pouvait faire ré-émerger des souvenirs de leurs propres difficultés durant l'adolescence, que ce soit des idées noires, des scarifications voir même des tentatives de suicide. Le sentiment d'insécurité parentale, de culpabilité, d'échec, d'impuissance, et d'impression de liberté perdue venait nourrir le processus de deuil d'une image parentale idéalisée.

*« Mère : c'est quand même très, très dur de se dire que son enfant a failli mourir. On a failli ne pas la voir le lendemain par un geste qu'elle a causé elle-même en plus. Il y a une part de vous qui meurt. »*

*« Mère : quand on a un enfant de 15 ans on n'est plus habitué à le surveiller comme si on avait un bébé en permanence, j'ai pris un rythme de vie où je travaille, elle était autonome avant, donc moi j'avais une grande liberté que je n'ai plus du tout. »*

*« Père : des pensées un peu négatives, un peu noires. Mais effectivement, je suis de nature un peu nihiliste aussi « pourquoi je suis là », « à quoi ça sert un peu le sens de la vie ». Le fait d'essayer de comprendre ce qu'elle aurait pu vivre, ou penser, je me suis remis un petit peu dans cette époque-là, et ce n'était pas agréable »*

## La colère

L'expression de la colère était une problématique essentielle des parents. Ils exprimaient de la colère à l'encontre de trois entités distinctes : leur enfant, leur entourage et les professionnels de santé.

La colère contre leur enfant était très prégnante : les parents avaient l'impression que l'adolescent usait d'un pouvoir de chantage facile avec la menace de mort, s'inscrivant parfois dans un renversement de l'autorité, très frustrante pour les parents. L'adolescent pouvait être perçu comme manipulateur, peu honnête voir méchant, dans une dynamique de vengeance. Certains parents décrivaient la relation comme un constant combat, avec de nombreuses disputes ou au contraire une perte de communication et une mise à distance. La colère était alimentée par ailleurs par l'impression que l'adolescent refusait d'y mettre du sien pour aller mieux.

*« Mère : mais c'est vrai que quelque part, moi je lui en veux de nous faire vivre cet enfer parce qu'elle ne se saisit pas de tous les moyens qu'on lui donne pour aller mieux, et ça me rend dingue »*

« Mère : encore une fois, quelque part pendant un temps on lui en a voulu d'avoir créé cette toute puissance, elle a l'argument suprême : « si vous ne faites pas ce que je veux je me tue »

« Père : on se dit qu'elle nous manipule en fait. On a une perte d'autorité quelque part. Comme elle a pu manipuler tous les thérapeutes. »

La colère était également dirigée contre l'entourage des parents. Elle pouvait être dirigée dans le couple parental qui se retrouvait parfois en désaccord sur la manière de réagir face au passage à l'acte. Mais elle se ressentait aussi dans le reste de la famille plus élargie, entraînant tension, repli et parfois ruptures familiales.

« Mère : Moi je ne m'entendais pas très bien avec mes beaux-parents, avec ma belle-mère principalement, on arrivait à se supporter, mais suite à la première tentative de suicide de Laure on ne se voit plus, on ne se parle plus, parce que là on est arrivés à un stade je n'accepte pas »

« Père : Je dirais que c'était tendu, dans le sens où on est dans une situation extrêmement stressante, et les petites différences qu'il peut y avoir entre moi et ma femme sont agrandies. On n'a pas la même manière de digérer les situations émotionnelles. Je suis du genre à me retirer un peu, digérer ça dans mon coin, on n'a pas forcément la même analyse de la situation, de ce qu'il faut faire, les différences sont exacerbées et rajoutent une tension »

La colère contre les professionnels de santé et le système de soin était également très vive chez certains parents. Les soins pouvaient être vécus comme culpabilisants ou violents, et parfois comme non appropriés, inutiles ou inefficaces. La colère des parents pouvait également être due à un sentiment de solitude face aux professionnels de santé et au système de soin : certains parents déploraient un manque de communication des professionnels de santé entre eux et avec eux, entraînant un sentiment de confusion dans la prise en charge.

« Mère : on nous a imposé ce truc-là qui ne nous a rien apporté du tout, si ce n'est même des horreurs, parce qu'il a été dit des choses... On ne peut pas se parler comme ça, fin pour moi c'était trop trop violent »

« Mère : On est déjà suffisamment culpabilisés par le regard de la société sur la dépression, ce n'est pas pour que les soignants en rajoutent. Si même les soignants voient la dépression comme une bêtise, comme un manque de volonté du patient ou je ne sais pas quoi. »

« Mère : on est très en colère aussi parce que le jour même alors qu'elle a déjà pris les médicaments, elle est chez le psychologue, qui ne repère rien. Là on se dit que ça ne sert à rien, si même elle, elle n'est pas capable de repérer que Laure est dans le bas du bas, c'est que on n'est pas au bon endroit »

## Le doute autour des compétences parentales

Chaque parent interviewé a évoqué avoir mis en doute ses compétences parentales à plusieurs égards. Le doute peut alors porter sur les compétences éducatives, les compétences d'aidant et les capacités d'empathie.

Doute sur compétences éducatives : certains parents éprouvaient un sentiment d'échec autour de leur compétence éducative entraînant résignation et lâcher prise. D'autres éprouvaient



plutôt de l'inquiétude autour de leur manière d'éduquer leur enfant, que cette dernière puisse entraîner de nouveaux passages à l'acte.

*« Mère : c'est que quelque part, depuis que Laure ne va pas bien, et qu'en plus elle est adolescente, on la laisse tout faire, on est privé de notre rôle de parents, on ne lui refuse plus rien, de peur que ça la contrarie et qu'elle passe à l'acte. »*

*« Mère : C'est ma crainte qu'elle puisse aller mal parce qu'on va en contradiction avec elle. »*

Ils évoquaient également des doutes sur leur capacités à être aidant et soutenant pour leurs enfants, ne sachant quoi faire et comment faire pour leur apporter du réconfort, se sentant parfois obligés de prendre de la distance. La prise en charge en ambulatoire pouvait être un facteur de stress important pour eux, inquiets que l'adolescent puisse passer à l'acte à la maison

*« Mère : oui. Oui. Je voudrais pouvoir faire quelque chose pour qu'elle ne souffre pas. Mais je ne sais pas ce que je peux faire »*

*« Mère : là elle va rentrer à la maison on est dans ce qu'on considère la zone de risque maximum. Et Dr C a dit « mais vous craignez quoi ? » « Qu'est-ce que je crains ? qu'elle se tue ! », quand elle est toute seule à la maison, qu'est-ce que je crains ? qu'elle se tue... voilà. »*

Ce doute sur la faculté à être aidant était sous tendu par le doute sur leur faculté à être empathique. Ils se trouvaient dans l'incapacité de pouvoir comprendre et ressentir la douleur psychique de leur adolescent.

*« Mère : votre enfant va tellement mal qu'il veut en finir, que c'est une douleur. Alors au début, que ce soit moi ou mon mari, on ne la comprenait pas cette douleur. La douleur psychologique, c'était quelque chose qu'on n'arrivait pas à percevoir. On peut aller mal, on peut être triste, on peut avoir une grosse difficulté et avoir une déprime, ça oui, mais de là à vouloir en finir. »*

*« Mère : Je ne sais pas ce qu'il ressent. Moi je ne pense pas à me suicider. Et les gens qui se suicident je ne sais pas ce qui leur arrive dans la tête. »*

*« Mère : Je ne comprends pas ce qu'il se passe, toujours... au bout de 6 semaines, 6 semaines d'hospitalisation, on ne comprend pas la cause, ni si ça va, ni si ça ne va pas. »*

### Les besoins verbalisés par les parents

L'ensemble des parents de l'étude ont insisté sur leur besoin majeur d'aide pour comprendre le passage à l'acte de leur enfant, être soutenu dans ce qu'ils ressentent comme une épreuve et leur besoin de mobilisation et d'action pour y faire face.

Le besoin de comprendre était évoqué à de nombreuses reprises par les parents. Beaucoup y voyait comme un appel à l'aide et espérait éviter une récurrence grâce à une meilleure compréhension. L'attente d'un diagnostic identifié, des facteurs de risques associés et d'objectifs de soins clairs évoquent ce besoin d'explication et de compréhension.

« Père : il faut essayer de comprendre ce qui est plus profond et récurrent derrière ce comportement-là. Donc bien sûr, en tant que parents, ça interroge »

« Mère : est-ce que ce sont ces règles-là qui ont fait que ça a déclenché son mal être, après oui, avoir des pistes... je ne sais pas. Est-ce que ce sont les personnes qu'elle fréquente. Et puis aussi l'éducation qu'on donne. »

« Père : la seule chose, c'est important de prendre les parents comme ça de côté et leur dire, s'ils le savent, votre enfant a très probablement cette maladie ou ce diagnostic ».

Le besoin d'être soutenu était considérable. Beaucoup cherchaient du réconfort auprès de leur proches ou de parents dans la même situation, d'autres éprouvaient le besoin de débiter un suivi par un psychologue, et tous espéraient le soutien des professionnels de santé que ce soit pour des conseils concrets sur la conduite à tenir en tant que parents, ou que ce soit pour un soutien moral.

« Mère : j'ai une amie très proche à qui j'en parle et qui me soutient beaucoup. Avec elle je peux bien en parler. J'en parle à mes frères, j'en parle à mes parents, et il y a peut-être deux collègues à qui j'en ai parlé. J'ai suffisamment de personnes qui me comprennent, qui me soutiennent. »

« Mère : Et puis en plus c'est une maladie où on aurait vraiment envie d'être pris sous l'aile. (...) Donc voilà ce qu'on aimerait c'est être plus encadrés. Qu'il y ait une plus grande disponibilité des psys pour ados. »

« Mère : et, c'est ce qu'on a ressenti à la MDA, un peu de soutien pour nous, notre fille a fait des tentatives de suicide, elle a été prise en charge et nous on est à côté et on est un peu seul quoi. »

Le besoin d'agir pour faire face à ce passage à l'acte mobilisait bon nombre de parents, dans une tentative finale de protection de leur adolescent, et ce durant toutes les étapes de prise de conscience : l'organisation pratique d'appeler les secours à la prise de connaissance du passage à l'acte, l'aide et le soutien apporté aux urgences, l'organisation d'une hospitalisation ou bien encore le retour à domicile. La réorganisation de l'environnement, du quotidien et de leur travail était très fréquente. Certains parents exprimaient le besoin d'aménager la rentrée à l'école, afin que leur enfant soit dans les meilleures conditions pour le retour. Plusieurs parents révélaient par ailleurs l'espoir que l'école soit un partenaire plus impliqué dans la sensibilisation au sujet du suicide.

« Mère : Donc j'essaie d'être le moins absente possible, je lui téléphone beaucoup, avant je faisais beaucoup de sport, j'en fais moins parce qu'il ne faut pas la laisser toute seule quoi, oui forcément on se rend disponible. »

« Père : Des fois quand elle n'a pas l'air très bien, on se demande si on ne va pas bosser un peu à la maison, être plus près géographiquement d'elle aussi »

« Mère : je suis allée voir tous les professeurs avec elle, et je leur ai dit « aujourd'hui là où elle est, c'est au prix d'un effort qui est trop important pour elle et sa santé est en jeu ».

## Discussion

L'analyse de l'expérience de nos participants montre que les comportements suicidaires de l'adolescent touchent l'ensemble de la famille. Les parents sont particulièrement bousculés par le passage à l'acte suicidaire de leur enfant, ils décrivent une palette émotionnelle complexe qui va de la tristesse à la colère, et aux doutes.

Le bien-être et le fonctionnement des parents est directement affecté par l'état de santé mental de leur enfant. (21,23) Lorsqu'ils sont informés du geste suicidaire, ils ressentent initialement horreur, choc et anxiété (15,20,28) qui peut ensuite perdurer dans le temps et même évoluer vers de la tristesse ou des symptômes dépressifs (15). La colère qui s'exprime contre l'adolescent mais aussi contre l'entourage ou les soignants, peut entraîner une réaction paradoxale avec une prise de distance de l'adolescent (14). Lorsque le doute s'installe, la remise en question des compétences conduit à des modifications profondes des stratégies parentales, du contrôle excessif à la paralysie, empêchant de poser la moindre limite (14,21,23).

Pourtant, de nombreux travaux montrent l'importance de la relation parents-enfants dans le bien être émotionnel et la santé à l'adolescence (29–31). Les difficultés relationnelles intrafamiliales sont parmi les facteurs de risque le plus souvent identifiés dans les passages à l'acte suicidaire à l'adolescence (32): disputes, environnement familial stressant, difficultés relationnelles avec la mère, pères éloignés ou indisponibles. La rigidité du cadre éducatif et les difficultés de communications sont des éléments contribuant à une dynamique familiale problématique, et un risque de passage à l'acte (13,18,33).

Certains gestes suicidaires sont clairement identifiés par l'adolescent comme une tentative de dire la souffrance à son entourage (34), dans le but d'améliorer les relations avec lui (33). Pourtant, les réactions émotionnelles des parents telles que la tristesse ou la colère conduisent à des difficultés à être empathique avec l'adolescent et au doute sur sa capacité à l'aider. Les parents prennent alors de la distance avec l'adolescent et se sentent incapables de le soutenir. Nombreux adolescents décrivent ainsi la réponse de leur parent comme inutile, non aidante lorsque l'émotion est trop forte (13,35,36).

Les adolescents suicidant sont parmi les patients les moins observant aux soins (37), et les soutenir dans leur investissement de la prise en charge est un enjeu majeur. L'adhésion des parents aux soins et leur soutien actif dans le processus thérapeutique sont des facteurs pronostics importants de l'adhésion de l'adolescent (38). Nos résultats montrent que la colère ressentie par les parents est souvent dirigée contre le système de soin qu'ils jugent inutiles et inefficaces.

Ainsi, alors que la participation des parents dans l'accompagnement et le soutien des adolescents semble primordiale, leurs compétences sont figées par la charge émotionnelle qui fait suite au geste suicidaire. La tristesse gêne le soutien, la colère provoque des réactions paradoxales qui peuvent se révéler contre-productives, et le doute conduit à un éloignement, une mise en retrait du parent qui a l'impression de ne plus savoir faire.

Il apparait donc indispensable de soutenir et guider les parents confrontés à cette situation afin qu'eux-mêmes puissent accompagner leur adolescent dans les meilleures conditions.

Pour *aider les aidants à aider*, les professionnels de santé doivent établir une collaboration active avec les parents. L'objectif est de les aider à donner du sens au passage à l'acte de l'adolescent, à leurs réactions en écho, afin de les accompagner vers une révision de leur rôle

et de celui de l'adolescent. Ce travail doit s'effectuer en complémentarité avec l'accompagnement du jeune et de la famille. Le modèle du soin centré sur le patient est dans ce cas utile pour installer la famille dans une position de partenariat avec l'équipe de soins de santé (39). La confiance placée dans les soins par les parents est non seulement un des pivots de l'adhésion aux soins des adolescents, mais aussi un facteur de protection efficace de récurrence de tentative de suicide chez l'adolescent (40). En d'autres termes, l'implication des parents est primordiale pour des interventions efficaces chez les adolescents suicidaires (8,41,42).

### Quelles approches proposer aux parents ?

Pour commencer, c'est en formant les équipes à travailler avec les ressentis négatifs et les contre attitudes que le passage à l'acte suicidaire d'un adolescent entraîne indéniablement (18,43), que les échanges entre équipes et familles pourront être améliorés (43). Puis, l'accompagnement des parents nécessite d'être diversifié et modulable en proposant des prises en charges à la fois individuelles et de groupe.

Les résultats de notre étude montrent à quel point les parents sont affectés par une multitude de facteurs de stress, qui peuvent devenir handicapants lorsqu'ils perdurent dans le temps (16). Plusieurs de nos parents indiquent ainsi qu'ils aimeraient bénéficier d'un soutien personnel pour discuter et gérer les émotions négatives (19). Les services de santé qui prennent en charge ces jeunes doivent dans un premier lieu proposer une écoute thérapeutique destinée aux parents à des temps différents de ceux proposés à l'adolescent et à sa famille (44).

Cette écoute peut prendre différentes formes adaptées à chaque situation. Lorsque les parents disent éprouver beaucoup de difficultés à comprendre le sens du passage à l'acte de leur enfant (28), un travail sur la narrativité peut permettre de limiter la récurrence et d'améliorer l'adhésion aux soins (16,45). Pour les parents en demande d'informations sur les raisons du passage à l'acte et sur comment y faire face, (19), et ceux montrant des difficultés à reconnaître les signes avant-coureurs de suicide (46), des interventions plus pragmatiques de type psycho-éducatives peuvent se révéler efficaces (47). De nombreux parents cherchent à acquérir des connaissances par leur propres moyens afin de mieux comprendre le geste de leur enfant (28), et une guidance sur les ressources de bonne qualité peut être également proposée (48). Les ressources devraient être proposées par différents canaux, dans les multiples lieux recevant des adolescents. Promouvoir des informations plus largement accessibles et plus générales, en milieu scolaire par exemple, permettraient aux jeunes et à leurs parents de dépasser l'isolement qu'ils disent ressentir.

Afin de lutter contre l'isolement, le sentiment de solitude et l'impression d'être incompris (15,22), les parents espèrent recevoir un soutien social grâce aux groupes de parents(21,25). Encore peu proposé dans ce type de prise en charge, les interventions de groupe de parents offrent la possibilité de parler à des familles qui partagent des expériences similaires et facilitent ainsi l'encouragement, l'assistance, la guidance et l'entraide (49,50). La mise en place de tels groupes pour les parents d'adolescents ayant fait un passage à l'acte suicidaire se montre prometteuse et pourrait être extrêmement bénéfique. (51)

Enfin, parallèlement au soutien des parents, dans certaines situations, la thérapie familiale est une option thérapeutique permettant la reprise du dialogue chez les familles en mal de communication (52). L'accompagnement par le biais des thérapies familiales améliore non seulement la qualité de la relation parent-enfant (53) mais promet aussi une diminution des comportements suicidaires et leur répétition(53-56).

## Force et Limite de l'étude

Notre étude a permis d'explorer en profondeur l'expérience de 13 parents d'adolescents suicidants. La méthode qualitative permet d'apporter un éclairage nouveau sur les besoins des adolescents et de leur famille (57). Les parents inclus dans l'étude étaient des parents d'adolescents et adolescentes de 11 à 17 ans. L'échantillon était varié, composé de pères et mères célibataires, ainsi que de parents vivants maritalement. La population étudiée était donc diversifiée bien qu'elle soit limitée à une population urbaine d'Ile de France. Étant donné l'importance que pose aujourd'hui la problématique suicidaire chez les adolescents dans le monde, il serait intéressant de développer ce type de recherche dans une perspective transculturelle(58)

Nous avons décidé de limiter les inclusions aux parents d'adolescents ayant présenté un geste suicidaire. Il serait important d'élargir l'étude aux parents d'adolescents présentant des idées suicidaires sans passage à l'acte et d'adolescents qui ont présenté des passage à l'acte automutilatoire sans intentionnalité suicidaire, du fait de la proximité des réactions parentales dans ces contextes (59).

Enfin, si la limite d'âge (11-17ans) est en cohérence avec l'organisation des soins (séparation des soins adultes et pédopsychiatrique autour de 18ans), il aurait pu être pertinent d'interroger de jeunes adultes et leur famille (18-24 ans) qui présentent une expérience et une clinique souvent proches des adolescents autour des comportements suicidaires.

## Conclusion

Notre étude montre que les parents d'adolescents sont éminemment affectés par le passage à l'acte suicidaire de leur adolescent et sont traversés par une vague d'émotions de tristesse de colère et de doute qui gêne leurs capacités de soutien. C'est pourquoi il est nécessaire d'apporter aux parents l'assistance et le soutien thérapeutique dont ils ont besoin afin qu'ils puissent ensuite s'associer efficacement aux professionnels de santé pour les soins de leurs enfants. Donner aux parents les moyens d'épauler efficacement un jeune ayant fait une tentative de suicide est essentiel pour prévenir la répétition du passage à l'acte, promouvoir la recherche future d'aide et réduire le risque de suicide.

### Déclarations des liens d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Statut de l'article :

Article soumis à la revue l'Encéphale le 15.10.2020

## Bibliographie

1. OMS | Prévention du suicide [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 29 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/fr/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/)
2. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and Non-Fatal Repetition: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 28 févr 2014;9(2):e89944.
3. Christiansen E, Frank Jensen B. Risk of Repetition of Suicide Attempt, Suicide or all Deaths after an Episode of Attempted Suicide: A Register-Based Survival Analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. mars 2007;41(3):257-65.
4. Chan-Chee C. Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017 / hospitalizations fort attempted suicide in acture care facilities in France : trends between 2008 and 2017. :7.
5. Observatoire National Du suicide. Suicide, Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence [Internet]. 2018 Fev. Report No.: 3è rapport. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>
6. Hawton K, Bergen H, Kapur N, Cooper J, Steeg S, Ness J, et al. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England: Repetition and suicide after self-harm. *J Child Psychol Psychiatry*. déc 2012;53(12):1212-9.
7. Cha CB, Franz PJ, M. Guzmán E, Glenn CR, Kleiman EM, Nock MK. Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. avr 2018;59(4):460-82.
8. Brent DA, Melhem NM, Oquendo M, Burke A, Birmaher B, Stanley B, et al. Familial Pathways to Early-Onset Suicide Attempt: A 5.6-Year Prospective Study. *JAMA Psychiatry*. 1 févr 2015;72(2):160.
9. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*. mars 2016;387(10024):1227-39.
10. Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. *BMJ*. 19 avr 2017;j1334.
11. Bifulco A, Schimmenti A, Moran P, Jacobs C, Bunn A, Rusu AC. Problem parental care and teenage deliberate self-harm in young community adults. *Bull Menninger Clin*. juin 2014;78(2):95-114.
12. Klemra E, Brooks FM, Chester KL, Magnusson J, Spencer N. Self-harm in adolescence: protective health assets in the family, school and community. *Int J Public Health*. juill 2017;62(6):631-8.
13. Wadman R, Vostanis P, Sayal K, Majumder P, Harroe C, Clarke D, et al. An interpretative phenomenological analysis of young people's self-harm in the context of interpersonal stressors and supports: Parents, peers, and clinical services. *Soc Sci Med*. sept 2018;212:120-8.
14. Daly P. Mothers living with suicidal adolescents: a phenomenological study of their experience. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. mars 2005;43(3):22-8.
15. Ferrey AE, Hughes ND, Simkin S, Locock L, Stewart A, Kapur N, et al. The impact of self-harm by young people on parents and families: a qualitative study. *BMJ Open*. janv

2016;6(1):e009631.

16. Ferrey AE, Hughes ND, Simkin S, Locock L, Stewart A, Kapur N, et al. Changes in parenting strategies after a young person's self-harm: a qualitative study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. déc 2016 [cité 31 août 2020];10(1). Disponible sur: <http://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-016-0110-y>
17. Hughes ND, Locock L, Simkin S, Stewart A, Ferrey AE, Gunnell D, et al. Making Sense of an Unknown Terrain: How Parents Understand Self-Harm in Young People. *Qual Health Res*. janv 2017;27(2):215-25.
18. Lachal J, Orri M, Sibeoni J, Moro MR, Revah-Levy A. Metasynthesis of Youth Suicidal Behaviours: Perspectives of Youth, Parents, and Health Care Professionals. Dalal K, éditeur. *PLOS ONE*. 22 mai 2015;10(5):e0127359.
19. Raphael H, Clarke G, Kumar S. Exploring parents' responses to their child's deliberate self-harm. *Health Educ*. janv 2006;106(1):9-20.
20. Wagner BM, Aiken C, Mullaley PM, Tobin JJ. Parents' Reactions to Adolescents' Suicide Attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. avr 2000;39(4):429-36.
21. Byrne S, Morgan S, Fitzpatrick C, Boylan C, Crowley S, Gahan H, et al. Deliberate Self-harm in Children and Adolescents: A Qualitative Study Exploring the Needs of Parents and Carers. *Clin Child Psychol Psychiatry*. oct 2008;13(4):493-504.
22. McDonald G, O'Brien L, Jackson D. Guilt and shame: experiences of parents of self-harming adolescents. *J Child Health Care*. déc 2007;11(4):298-310.
23. Curtis S, Thorn P, McRoberts A, Hetrick S, Rice S, Robinson J. Caring for Young People Who Self-Harm: A Review of Perspectives from Families and Young People. *Int J Environ Res Public Health*. 10 mai 2018;15(5):950.
24. Oldershaw A, Richards C, Simic M, Schmidt U. Parents' perspectives on adolescent self-harm: Qualitative study. *Br J Psychiatry*. août 2008;193(2):140-4.
25. Ferrey AE, Hawton K, Simkin S, Hughes N, Stewart A, Locock L. "As a parent, there is no rulebook": a new resource for parents and carers of young people who self-harm. *Lancet Psychiatry*. juill 2015;2(7):577-9.
26. Brown C, Lloyd K. Qualitative methods in psychiatric research. *Adv Psychiatr Treat*. sept 2001;7(5):350-6.
27. J.A. Smith, P. Flower and M. Larkin L. Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research. *Qual Res Psychol*. 25 nov 2009;6(4):346-7.
28. Hughes ND, Locock L, Simkin S, Stewart A, Ferrey AE, Gunnell D, et al. Making Sense of an Unknown Terrain: How Parents Understand Self-Harm in Young People. *Qual Health Res*. janv 2017;27(2):215-25.
29. Brooks F, Zaborskis A, Tabak I, Carmen Granado Alcon M d., Zemaitiene N, de Roos S, et al. Trends in adolescents' perceived parental communication across 32 countries in Europe and North America from 2002 to 2010. *Eur J Public Health*. 1 avr 2015;25(suppl 2):46-50.
30. Cava M-J, Buelga S, Musitu G. Parental Communication and Life Satisfaction in Adolescence. *Span J Psychol* [Internet]. 2014 [cité 21 juill 2020];17. Disponible sur: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1138741614001073/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1138741614001073/type/journal_article)
31. Rothon C, Goodwin L, Stansfeld S. Family social support, community "social capital" and adolescents' mental health and educational outcomes: a longitudinal study in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. mai 2012;47(5):697-709.
32. Consoli A, Peyre H, Speranza M, Hassler C, Falissard B, Touchette E, et al. Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7(1):8.
33. Grimmond J, Kornhaber R, Visentin D, Cleary M. A qualitative systematic review of experiences and perceptions of youth suicide. Seedat S, éditeur. *PLOS ONE*. 12 juin



2019;14(6):e0217568.

34. Grandclerc S, Spiers S, Spodenkiewicz M, Moro MR, Lachal J. The Quest for Meaning Around Self-Injurious and Suicidal Acts: A Qualitative Study Among Adolescent Girls. *Front Psychiatry* [Internet]. 5 avr 2019 [cité 24 juill 2020];10. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2019.00190/full>
35. Berger E, Hasking P, Martin G. 'Listen to them': Adolescents' views on helping young people who self-injure. *J Adolesc.* oct 2013;36(5):935-45.
36. Self-injurious behaviors among adolescents. A qualitative study of characteristics, meanings, and contexts. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 1 déc 2018 [cité 22 juill 2020];116(6). Disponible sur: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n6a06e.pdf>
37. Burns CD, Cortell R, Wagner BM. Treatment Compliance in Adolescents After Attempted Suicide: A 2-Year Follow-up Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* août 2008;47(8):948-57.
38. Granboulan V, Roudot-Thoraval F, Lemerle S, Alvin P. Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand.* juill 2001;104(1):31-6.
39. Committee on hospital care and institute for patient - and family - centered care. Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *PEDIATRICS.* 1 févr 2012;129(2):394-404.
40. Reardon T, Harvey K, Baranowska M, O'Brien D, Smith L, Creswell C. What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* juin 2017;26(6):623-47.
41. Glenn CR, Franklin JC, Nock MK. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2 janv 2015;44(1):1-29.
42. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* févr 2015;54(2):97-107.e2.
43. Lachal J, Grandclerc S, Spodenkiewicz M, Moro MR. Comment améliorer l'adhésion aux soins des adolescents suicidants après une prise en charge aux urgences : une revue de la littérature. *L'Encéphale.* nov 2018;44(5):465-70.
44. Rissanen M-L, Kylmä J, Laukkanen E. Helping adolescents who self-mutilate: parental descriptions. *J Clin Nurs.* juin 2009;18(12):1711-21.
45. Oldershaw A, Richards C, Simic M, Schmidt U. Parents' perspectives on adolescent self-harm: Qualitative study. *Br J Psychiatry.* août 2008;193(2):140-4.
46. Czyz EK, Horwitz AG, Yeguez CE, Ewell Foster CJ, King CA. Parental Self-Efficacy to Support Teens During a Suicidal Crisis and Future Adolescent Emergency Department Visits and Suicide Attempts. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 21 déc 2018;47(sup1):S384-96.
47. Spirito A, Boergers J, Donaldson D, Bishop D, Lewander W. An Intervention Trial to Improve Adherence to Community Treatment by Adolescents After a Suicide Attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* avr 2002;41(4):435-42.
48. Stewart A, Hughes ND, Simkin S, Locock L, Ferrey A, Kapur N, et al. Navigating an unfamiliar world: how parents of young people who self-harm experience support and treatment. *Child Adolesc Ment Health.* mai 2018;23(2):78-84.
49. Hammarberg K, Sartore G, Cann W, Fisher JRW. Barriers and promoters of participation in facilitated peer support groups for carers of children with special needs. *Scand J Caring Sci.* déc 2014;28(4):775-83.
50. Davies S, Hall D. « Contact A Family »: professionals and parents in partnership.



Arch Dis Child. 7 juin 2005;90(10):1053-7.

51. Power L, Morgan S, Byrne S, Boylan C, Carthy A, Crowley S, et al. A pilot study evaluating a support programme for parents of young people with suicidal behaviour. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. déc 2009 [cité 10 sept 2020];3(1). Disponible sur: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/1753-2000-3-20>

52. Klemmera E, Brooks FM, Chester KL, Magnusson J, Spencer N. Self-harm in adolescence: protective health assets in the family, school and community. *Int J Public Health*. juill 2017;62(6):631-8.

53. Diamond GS, Wintersteen MB, Brown GK, Diamond GM, Gallop R, Shelef K, et al. Attachment-Based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. févr 2010;49(2):122-31.

54. Brent DA, McMakin DL, Kennard BD, Goldstein TR, Mayes TL, Douaihy AB. Protecting Adolescents From Self-Harm: A Critical Review of Intervention Studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. déc 2013;52(12):1260-71.

55. Huey SJ, Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins CA, Cunningham PB, Pickrel SG, et al. Multisystemic Therapy Effects on Attempted Suicide by Youths Presenting Psychiatric Emergencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. févr 2004;43(2):183-90.

56. Pineda J, Dadds MR. Family Intervention for Adolescents With Suicidal Behavior: A Randomized Controlled Trial and Mediation Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. août 2013;52(8):851-62.

57. Lefèvre H, Moro MR, Lachal J. Research in adolescent healthcare: The value of qualitative methods. *Arch Pédiatrie*. oct 2019;26(7):426-30.

58. Boussat S. Psychiatries « transes-culturelles ». *Perspect Psy*. janv 2005;44(1):14-30.

59. Spiers S, Grandclerc S, Guénolé F, Moro MR, Lachal J. Relations parents-adolescents autour des automutilations : une étude qualitative. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. janv 2020;68(1):46-54.

## Annexes

### Guide d'entretien

**TITRE :** Etude qualitative de l'expérience des parents après une tentative de suicide de leur adolescent

- Pourriez-vous me parler de l'état de votre enfant actuellement ? Comment va-t-il ? Comment va la famille ?
- Pouvez-vous me raconter précisément le moment où vous avez appris que votre enfant s'était fait du mal ? Comment vous êtes-vous sentis à ce moment-là ? Qu'avez-vous fait dans l'immédiat ?
- Quelles représentations sont associées à la tentative de suicide de votre enfant ?
- Comment cela a-t-il modifié les perceptions que vous avez de votre enfant ? Cela a-t-il entraîné des changements au sein de votre foyer et de votre famille ?
- Comment imaginez-vous que l'on puisse améliorer l'aide qui vous a été apporté à la suite de cette tentative de suicide ?
- De manière générale, comment parleriez-vous de la souffrance à l'adolescence ? et concernant plus précisément votre enfant ?

## Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers. Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science. Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

NOM : BOUSSAT

PRENOM : Mai Ly

**Sujet de la thèse :** Étude qualitative de l'expérience des parents après la tentative de suicide de leur adolescent

**Thèse :** Médecine - Université des Antilles et de la Guyane  
Année 2020

MOTS-CLES : Comportement suicidaire, Parents, Adolescents, Santé mentale, Recherche qualitative

**RESUME :**

*Introduction :* Les tentatives de suicides sont fréquentes à l'adolescence et touchent l'ensemble de la famille, en particulier les parents qui sont par ailleurs des acteurs essentiels de l'accompagnement thérapeutique. Pourtant, peu d'études s'intéressent à leur expérience.

*Patient et méthode :* Étude qualitative basée sur des entretiens semi structurés explorant l'expérience de 13 parents d'adolescents suivi en pédopsychiatrie pour un passage à l'acte suicidaire ; analyse réalisée à l'aide de l'Interprétative Phenomenological Analysis.

*Résultats* Le bien-être et le fonctionnement des parents est directement affecté par l'état de santé mental de leur enfant. Lorsqu'ils sont informés du geste suicidaire, ils ressentent une tristesse majeure. La colère s'exprime contre l'adolescent mais aussi contre l'entourage ou les soignants. Dans l'incertitude, les parents remettent en question leur compétence éducative et empathique, et doutent aussi sur leur capacité à aider. Ils expriment le besoin d'aide et de soutien dans la compréhension du passage à l'acte, dans l'expérience émotionnelle complexe qu'ils traversent et dans la réaffirmation de leurs compétences d'aidant.

*Conclusion :* les parents sont extrêmement affectés par le passage à l'acte suicidaire de l'adolescent. Un accompagnement personnalisé doit leur être proposé en plus de leur implication dans le soin de l'adolescent. Les groupes de parents ou les interventions psycho-éducatives peuvent être des outils intéressants pour redonner aux parents les moyens d'accompagner sereinement leur enfant.

**JURY :**

- Président : Pr Louis Jehel
- Juges :
  - o Pr Christophe Deligny
  - o Pr Moustapha Drame
  - o Dr Jean Marc Jeremie
  - o Dr Michel Spodenkievicz
- Directeur de Thèse : Dr Jonathan Lachal