



HAL
open science

Relations parents-adolescents autour des automutilations : une étude qualitative

Solène Spiers, Salomé Grandclerc, Fabian Guénolé, Marie Rose Moro,
Jonathan Lachal

► To cite this version:

Solène Spiers, Salomé Grandclerc, Fabian Guénolé, Marie Rose Moro, Jonathan Lachal. Relations parents-adolescents autour des automutilations : une étude qualitative. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2020, 68 (1), pp.46 - 54. 10.1016/j.neurenf.2019.09.003 . hal-03489712

HAL Id: hal-03489712

<https://hal.science/hal-03489712v1>

Submitted on 21 Jul 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Titre : Relations parents-adolescents autour des automutilations : une étude qualitative

Title : Adolescents-parents relationships around deliberate self-harm behaviours : a qualitative exploration

Solène Spiers^{1,2}, Salomé Grandclerc^{3,4,5}, Fabian Guénolé^{1,2}, Marie Rose Moro^{3,4,5}, Jonathan Lachal^{3,4,5}

¹ CHU de Caen, service de pédopsychiatrie, Caen, F-14000, France.

² Université Caen Normandie, UFR de médecine, Caen, F-14000, France.

³ AP-HP, Cochin Hospital, Maison de Solenn, Paris, France.

⁴ Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France.

⁵ CESP, Fac. de médecine - Univ. Paris-Sud, Fac. de médecine - UVSQ, INSERM, Université Paris-Saclay, 94805, Villejuif, France.

La correspondance relative au manuscrit est à effectuer avec :

Solène Spiers

Centre Hospitalier Régional

Service de pédopsychiatrie

14 avenue Georges Clémenceau

14000 CAEN

02 31 27 23 09

spiers-s@chu-caen.fr

Le "Comité d'Evaluation de l'Ethique 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.

1 Relations parents-adolescents autour des automutilations : une étude 2 qualitative

3 4 Adolescents-parents relationships around deliberate self-harm behaviours: a 5 qualitative exploration 6 7

8 Résumé

9 Buts de l'étude : Les automutilations sont fréquentes à l'adolescence et génèrent de nombreuses
10 difficultés relationnelles entre parents et adolescents. Nous nous proposons dans cette étude
11 d'explorer la fonction des automutilations au cœur de la relation parent-adolescent.

12 Patient et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative basée sur des entretiens semi-structurés auprès
13 d'adolescents suivis en pédopsychiatrie pour des automutilations et de leurs parents analysés avec la
14 méthode *Interpretative Phenomenological Analysis*.

15 Résultats : 25 entretiens ont été recueillis (11 adolescents, 14 parents). Ils ont permis de dégager 10
16 thèmes que nous avons classés en trois méta-thèmes : les difficultés relationnelles entre parents et
17 adolescents, le bouleversement émotionnel induit par la découverte des automutilations, et les
18 réorganisations relationnelles secondaires à la découverte des automutilations.

19 Conclusions : La dynamique familiale est largement modifiée par la découverte des automutilations.
20 La souffrance des parents, leur incompréhension, et leur demande d'aide est importante à entendre
21 dans le soin. Les automutilations mettent en évidence des liens familiaux fragiles, et les parents
22 souvent désemparés essaient de reprendre le contrôle de la situation par des réactions qui semblent
23 parfois aggraver la souffrance des adolescents. Inclure les parents davantage dans la prise en charge
24 thérapeutique, à la fois en tant que personne impactée et en même temps en tant que co thérapeute
25 apparaît indispensable.

26 Abstract

27 Objectives: Non-suicidal self-injury (NSSI) is a frequent issue during adolescence responsible
28 for many difficulties in the relationship between parents and adolescents. This study explores
29 the function of self-harm in parent-adolescent relationships.

30 Methods: This is a qualitative study based on semi-structured interviews with adolescents,
31 who are receiving psychiatric care for DSH (deliberate self harm), and their parents. Data are
32 analysed using the Interpretative Phenomenological Analysis.

33 Results: Twenty-five interviews were carried out with 11 adolescents and 14 parents. Ten
34 themes were organized around three super-ordinate themes. The relationship difficulties
35 between parents and adolescents are marked by the lack of communication, fragile links and
36 great difficulty to trust one another. The discovery of DSH behaviour by the parents triggers
37 an emotional turmoil described as an extremely violent experience associated with very
38 painful feelings. Finally, parents describe a change in the family dynamics induced by DSH.
39 These changes are perceptible through a movement of independence and regaining of the
40 control from the adolescent, and a wish for mutual protection of adolescents and their parents.
41 Including parents more in the therapeutic care, both as an impacted person and at the same
42 time as a co therapist, appears to be indispensable.

45 Mots clés:

46 Automutilations, adolescence, parents, étude qualitative, famille

47 Key words:

48 Deliberate-Self-Harm, Adolescence, parents, Qualitative Study, family

49

51 Introduction

52 Les automutilations – traduction choisie du concept anglais NSSI, Non-suicidal self-Injury – sont
53 définies comme la destruction directe et délibérée d’une partie de son propre tissu corporel,
54 socialement désapprouvée, et ce en l’absence d’intention de mourir (1,2).

55 Il s’agit de comportements fréquents chez les adolescents et les jeunes adultes. Selon les études, elles
56 concernent entre 14 et 18 % de la population générale des adolescents (3–5).

57 Les raisons des automutilations sont multiples et souvent singulières à chaque situation. Lorsqu’on les
58 interroge, les adolescents évoquent fréquemment la libération d’une tension interne (6), la reprise du
59 contrôle de soi, ou la validation d’une souffrance psychique (7). Elles peuvent évoluer vers des
60 tentatives de suicide dont elles sont parfois difficiles à distinguer (8).

61 Les automutilations génèrent ou aggravent le plus souvent des difficultés de communication entre les
62 parents et les adolescents. Elles semblent peu compréhensibles, et l’entourage qui les perçoit éprouve
63 bien des difficultés à les tolérer (9). Plusieurs études mettent en évidence les effets des
64 automutilations des adolescents sur l’interaction parent-adolescent (10,11). Les parents se disent en
65 souffrance face à un adolescent dont ils ne comprennent pas le comportement (12). Les mères
66 rapportent le sentiment de ne pas être de bonnes mères, la solitude, le rejet, la difficulté à devoir
67 garder une distance émotionnelle ou à devoir exercer leur rôle de mère avec prudence (13). Les
68 adolescents, de leur côté, pensent ne pas pouvoir se tourner vers leurs familles pour parler (10,11).
69 Les difficultés de communication dans l’enfance avec les parents, le sentiment de peur d’abandon et
70 les difficultés de séparation sont fréquemment rapportés par les adolescents (10).

71 Pourtant, aucune étude ne propose jusqu’à aujourd’hui de mettre en perspective les discours des
72 parents et des adolescents sur l’expérience des comportements automutilatoires. C’est ce que nous
73 proposons dans cette étude dont l’objectif est d’explorer la fonction des automutilations sur les
74 modalités de la relation parent-adolescent. Cette mise en perspective pourrait permettre de mieux
75 comprendre l’effet des comportements automutilatoires sur la communication, les rapprochements
76 et les ruptures qui sont des éléments centraux dans le processus automutilatoire comme suicidaire.

77

78 Méthode

79 Il s’agit d’une étude qualitative transversale exploratoire et phénoménologique qui interroge des
80 parents et des adolescents qui présentent des comportements automutilatoires. Le “Comité
81 d’Evaluation de l’Ethique des projets de Recherche Biomédicale (CEERB) Paris Nord”
82 (Institutional Review Board -IRB 00006477- of HUPNVS, Paris 7 University, AP-HP) a été sollicité et a
83 approuvé le projet.

84

85 Participants

86 Les adolescents et leurs parents ont été recrutés dans deux services de psychiatrie de l’adolescent. Les
87 adolescents étaient en hospitalisation temps plein ou partiel. Lorsqu’un adolescent était admis pour
88 des comportements automutilatoires, le médecin lui proposait de rencontrer l’équipe de recherche.
89 L’étude était alors présentée à l’adolescent et à ses parents. Après obtention d’un consentement écrit,
90 l’équipe de recherche proposait un rendez-vous à l’adolescent, et un rendez-vous aux parents
91 ensemble ou séparément selon la configuration familiale.

92 Les critères d’inclusion de l’adolescent étaient d’avoir entre 12 et 18 ans et d’avoir présenté des
93 comportements automutilatoires durant l’adolescence. Ces comportements automutilatoires
94 pouvaient être de nature diverses (coups auto portés, gifles, scarifications, brûlures, grattages...). Ils

95 devaient être reconnus comme tels par l'adolescent qui les différenciait bien de potentielles tentatives
96 de suicide par ailleurs.

97

98 Recueil de donnée

99 Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-structurés. Le questionnaire comportait 4 à
100 5 questions ouvertes et conversationnelle (**tableau 1**). L'adolescent et les parents étaient reçus
101 séparément et invités à raconter leur vécu autour des automutilations. Les adolescents étaient
102 interrogés sur les raisons du passage à l'acte, l'attitude de leurs parents à la découverte des
103 automutilations et leurs représentations de ce que leurs parents vivaient. Les parents étaient invités,
104 en miroir, à évoquer leur vécu de la découverte des automutilations chez l'adolescent, leur
105 compréhension de la situation, et les représentations de ce que vivait leur adolescent.

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

108

109 Analyse

110 L'analyse des entretiens une fois retranscrits était effectuée avec l'Interpretative Phenomenological
111 Analysis (14,15). Il s'agit d'une démarche exploratoire et inductive.

112

113 Les entretiens étaient enregistrés avec la permission des participants. Ils étaient transcrits mots à mots
114 à l'aide d'un logiciel de traitement de texte. Ils étaient écoutés plusieurs fois afin de vérifier l'exactitude
115 de la transcription. Les entretiens étaient ensuite codés, permettant de dégager de multiples thèmes
116 qui étaient inscrits dans la marge. Les thèmes des différents entretiens étaient ensuite inscrits dans un
117 document avec les verbatims correspondants. Cela permettait de mettre en évidence les thèmes
118 récurrents à travers les différents entretiens et de dégager ceux qui avaient un caractère plus
119 informatif.

120

121 La démarche d'analyse des données était inductive, l'analyse des données de la littérature ayant été
122 faite dans un second temps. Pour renforcer la validité, un chercheur (SS) a réalisé l'analyse principale,
123 et les transcriptions étaient également lues par un autre chercheur (JL) pour améliorer l'uniformité et
124 la cohérence de l'analyse. Les verbatims présents dans ce document sont donnés tels qu'ils ont été
125 formulés par les participants. Ils ont été anonymisés en remplaçant les prénoms par des pronoms
126 personnels ou le numéro du participant (par exemple *Fille 1*). Les 3 points symbolisent une pause dans
127 le discours. Les 3 points entre crochets signifient qu'une partie de la phrase a été coupée.

128

129 Résultats

130

131 Population

132 Les caractéristiques des 11 adolescents et 15 parents interrogés sont présentées dans le **Tableau 2**. La
133 participante 9 a refusé l'entretien mais a accepté que son père participe. Les situations familiales
134 étaient variées en ce qui concerne l'organisation du couple et la fratrie, de même que les situations
135 cliniques rencontrées.

136

137 Analyse des thèmes

138 Nous proposons d'organiser les dix thèmes obtenus dans l'analyse autour de trois méta-thèmes : les
139 difficultés relationnelles entre parents et adolescents, le bouleversement émotionnel induit par la
140 découverte des automutilations et les changements intra familiaux induits par les automutilations. Les
141 citations associées à chaque thème sont présentées dans le **Tableau 3**.

142

143 **A. Les difficultés relationnelles entre parents et adolescents**

144

145 **1. Le sentiment de manque de communication**

146

147 Les difficultés relationnelles entre les adolescents et leurs parents sont au premier plan de l'expérience
148 décrite dans les entretiens. Les adolescents et leurs parents décrivent des difficultés de communication
149 entre eux. De leur côté, les parents remarquent un manque de communication avec l'adolescent qui
150 cache ses difficultés et sa souffrance. Les adolescents quant à eux affirment leur volonté de ne pas
151 communiquer avec leur parent sur nombre de sujets qu'ils considèrent comme personnels ou trop
152 sensibles. Parmi ces sujets, leur santé, dont les automutilations, sont le plus souvent volontairement
153 cachées.

154

155 **2. Un lien fragile**

156

157 Les automutilations peuvent aggraver des difficultés relationnelles déjà compliquées entre
158 l'adolescent et ses parents. Plusieurs mères évoquent une relation fusionnelle avec leur enfant. La
159 proximité est parfois si forte que les automutilations génèrent une souffrance physique chez elles. Le
160 sentiment d'abandon est aussi au cœur de certaines relations parent enfant, suggérant des difficultés
161 d'attachement. C'est par exemple le cas de Fille 3 qui a été adoptée très jeune. Elle décrit la
162 réactivation d'un sentiment d'abandon après le départ de la maison en colère de sa mère lors d'une
163 dispute autour de scarifications de la jeune fille. La peur de l'abandon et l'insécurité relationnelle est
164 au cœur du discours des adolescents.

165

166 **3. Confiance et reproches**

167

168 Les relations parents-adolescent sont marquées par la question de confiance en l'autre. Chacun exige
169 de l'autre qu'il change pour répondre à ses propres attentes. La question de la confiance résonne en
170 écho dans ces entretiens mère-fille. Au contraire, Fille 10 ne peut faire confiance à sa mère qu'elle ne
171 considère pas comme suffisamment protectrice.

172

173 **B. Le bouleversement émotionnel induit par la découverte des automutilations**

174

175 C'est sur ces bases relationnelles parfois fragiles que la découverte des automutilations par les parents
176 provoque un bouleversement émotionnel qui affecte les parents et les adolescents. Il est à noter que
177 les discours des adolescents ont été moins développés, moins expressifs, et avec moins d'affects que
178 ceux de leurs parents. Les données développées ici sont donc surtout celles provenant des entretiens
179 avec les parents.

180

181 **1. L'expérience d'une violence extrême**

182

183 La découverte des automutilations de l'adolescent apparaît pour les parents comme un choc d'une
184 « *extrême violence* ». Le mouvement psychique passe de la *surprise* au *choc* jusqu'au *bouleversement*.
185 Des ressentis d'une extrême intensité sont parfois décrits, comme *un sentiment d'horreur*. Les
186 souvenirs marquent profondément les parents comme en témoigne *Mère 3* alors qu'elle raconte avoir
187 demandé à sa fille de lui montrer ses scarifications. L'acte auto agressif est parfois décrit comme
188 quelque chose que les parents n'auraient pas pu anticiper tellement cela leur semble inconcevable.

189

190 **2. Une souffrance psychique importante**

191

192 Les émotions des parents au décours de l'annonce des automutilations sont diverses. Ils ressentent
193 aussi bien de *l'impuissance*, que de la *tristesse*, de *l'angoisse* ou de la *culpabilité*. Parfois toutes ces
194 émotions sont présentes chez un même parent. Ainsi bouleversé, le parent a l'impression que
195 l'agressivité lui est destinée.

196 La colère contre l'adolescent est alors présente même si aucun parent ne l'a exprimée durant les
197 entretiens. Une adolescente (*Fille 7*) raconte la colère de sa mère lorsque celle-ci a découvert les
198 automutilations (mère décédée depuis qui n'a pas pu témoigner).

199

200 **3. Réaction de colère envers les tiers**

201

202 La colère lorsqu'elle apparaît dans le discours des parents, est dirigée vers des tiers comme l'institution
203 scolaire, l'institution soignante ou encore de potentiels agresseurs. Pour certains parents, l'école n'a
204 pas été assez à l'écoute et n'a pas agi assez rapidement. Les institutions soignantes qui sont d'une
205 grande aide, peuvent aussi être source de colère quand le parent s'y sent incompris.

206

207 **4. Le besoin d'explication rationnelle**

208

209 Face à l'incompréhension, les parents cherchent à expliquer ce qui peut entraîner ces comportements
210 auto agressifs. Le sens se construit à partir de l'histoire familiale ou personnelle de l'adolescent. Les
211 automutilations sont ainsi associées aux décès familiaux, aux séparations, à un harcèlement scolaire
212 ou un évènement douloureux dans l'entourage. Les explications peuvent également être recherchées
213 dans la spiritualité, les connaissances scientifiques ou culturelles, voire même des croyances
214 surnaturelles.

215

216 Les adolescents, davantage dans le passage à l'acte que dans l'élaboration verbale et psychique,
217 semblent ainsi provoquer à l'inverse chez leurs parents des ressentis extrêmes.

218

219

220 **C. Réorganisations relationnelles secondaires à l'apparition des automutilations**

221

222 **1. Mouvement d'indépendance**

223

224 Les automutilations sont décrites comme incompréhensibles par les parents.

225 Cela peut être mis en miroir avec la volonté pour les adolescents de garder ce fait secret. Ils ne
226 souhaitent généralement pas que les soignants informent leurs parents et certains considèrent que
227 cela ne regarde pas leurs parents. Ils font ainsi de l'automutilation un mouvement identitaire, de quête
228 d'indépendance, ou d'autonomisation. Ils expliquent leur volonté de garder le secret par le sentiment
229 de honte ou la volonté de protéger leurs parents.

230

231

232 **2. Mouvement de reprise du contrôle**

233

234 Les automutilations sont aussi prises dans des enjeux de contrôle des deux côtés de la relation.

235 Les adolescents décrivent une impression de maîtrise, voire une tentative de reprise de contrôle de la
236 situation par les automutilations. L'impression de pouvoir décider quand continuer ou arrêter de
237 s'automutiler laisse les parents impuissants dans leur volonté de prendre soin de leur enfant. Cette
238 impuissance est souvent mal vécue par les parents, décrite comme anxiogène. L'enfant devient alors
239 parfois méconnaissable à leurs yeux. Cette impression de maîtrise est modérée par d'autres
240 adolescents qui reconnaissent l'aspect addictif des automutilations.

241

242 **3. Protection des adolescents, protection des parents**

243

244 La violence dégagée par les automutilations résonne sur les parents et vient mettre en péril leur
245 position protectrice. Les parents ne savent alors plus comment réagir : ce qu'ils disent va-t-il aggraver
246 les actes ou les déclencher ? Les parents interrogés décrivent une lente et profonde réorganisation de
247 la famille qui peut passer par une protection matérielle de l'adolescent en supprimant les objets
248 coupants ou blessants, ou une protection psychique en augmentant l'attention portée à l'adolescent
249 souffrant. Cette volonté de surprotection des parents fait écho à la volonté des adolescents de
250 protéger leur parent de la souffrance que l'annonce des automutilations va leur causer.

251

252 **Discussion**

253

254 A travers l'analyse des données issues de 25 entretiens, notre étude propose une exploration des
255 modifications relationnelles parents - adolescents induites par les comportements automutilatoires de
256 l'adolescent. A travers les résultats il apparaît que le moment de la découverte par les parents des
257 automutilations est le déclenchement de modifications profondes de la dynamique familiale.

258

259 L'adolescent tient au secret des passages à l'acte qu'il considère comme intimes et personnels. Il
260 souhaite que ses parents restent en dehors de tout cela (16,17). Les motivations au secret sont
261 diverses, autonomisation, honte, ou encore volonté de protéger ses proches. On peut lire le besoin de
262 secret qui isole comme une tentative d'individuation de l'adolescent (18). Tentative la plus souvent
263 manquée, puisque les automutilations induisent une dépendance forte aux parents et aux adultes.

264

265 Les parents qui découvrent les automutilations avec toute la violence qui y est associée, se sentent en
266 difficulté pour comprendre ce qui arrive à leur adolescent (19). Une partie de celui-ci leur échappe, en
267 même temps qu'elle les effraie. L'incompréhension et le sentiment d'impuissance génèrent une
268 souffrance importante chez les parents. Souvent fragilisés par d'autres raisons (dépression, séparation,

269 isolement...), culpabilisés et ayant peur de mal agir, ils ne vont pas savoir comment répondre à leur
270 adolescent et la communication entre eux peut se détériorer.

271
272 Nos résultats mettent en évidence une profonde différence dans le récit des parents et des adolescents
273 sur le moment de la découverte des automutilations. L'absence d'expression émotionnelle chez les
274 adolescents dans le passage à l'acte (20) contraste avec l'intensité du vécu émotionnel parental. On
275 peut ici poser l'hypothèse que le couple parent – adolescent fonctionne comme un système à part
276 entière où l'adolescent viendrait révéler à son parent, par un moyen inconscient, l'intensité de sa
277 douleur à lui (21).

278
279 Les parents décrivent une réorganisation profonde des interactions familiales lors de la découverte
280 des automutilations. Ils cherchent à protéger leur adolescent en supprimant les objets coupants et
281 dangereux et en redoublant d'attention envers leur adolescent. Mais cette réorganisation, quand elle
282 se met en place, est à risque d'escalade : plus les parents se sentent impuissants et mis à l'écart, plus
283 ils cherchent à intervenir auprès du jeune pour qu'il cesse, plus celui-ci intensifie et cache les
284 automutilations. La protection peut alors entraîner une plus grande mise en danger. La course vers le
285 contrôle entraîne paradoxalement une perte de contrôle (22,23). Le recours à un tiers est alors
286 indispensable pour diminuer l'intensité des symptômes, même si ce tiers symbolise le double échec
287 de l'adolescent à gérer ses angoisses de manière autonome, et des parents à protéger leur adolescent.
288 La colère des parents, initialement dirigée contre l'adolescent, est alors souvent déplacée vers un tiers
289 qui devient alors agresseur. Cette donnée est à prendre en compte dans la prise en charge
290 thérapeutique car elle peut venir complexifier le rapport parents / soignants et mettre en péril la prise
291 en charge de l'adolescent si elle n'est pas entendue. Des mouvements de colère qui peuvent sembler
292 injustifiés sont à recevoir et à entendre de la part des soignants.

293
294

295 Implications pour la clinique

296
297 Les prises en charge actuelles des automutilations insistent sur la prise en charge individuelle du jeune
298 (24–26). Bien que leur intérêt soit bien démontré (27) ou qu'elles soient intégrées dans certaines prises
299 en charge comme la mentalisation (28), les prises en charges familiales sont encore le plus souvent
300 réservées à des contextes particuliers ou des problématiques systémiques identifiées (29,30).
301 Pourtant, à la lumière de nos résultats, il paraît important d'inclure plus systématiquement les parents
302 dans les prises en charge, à différents niveaux.

303
304 Les parents en souffrance réagissent et entraînent des modifications relationnelles profondes qui
305 peuvent venir limiter l'efficacité des soins. Lorsque l'alliance est difficile à trouver avec les parents, elle
306 peut être difficile à se mettre en place avec l'adolescent (31). La souffrance des parents, leurs moyens
307 de défenses et leurs stratégies de coping doivent donc être entendus et évalués lors des prises en
308 charge. Ces éléments peuvent être abordés lors d'entretiens réguliers avec les parents en présence de
309 l'adolescent. Ils pourront ensuite être repris lors de groupes de parents permettant d'échanger sur les
310 vécus d'incompréhension, de culpabilité et d'impuissance (32). Par ailleurs, les dispositifs
311 multifamiliaux qui ont montré leur efficacité dans les comportements suicidaires, et les troubles
312 alimentaires, pourraient être élargis à tous les comportements automutilatoires à l'adolescence (33–
313 36). Ces dispositifs permettent un soutien aux parents en même temps qu'une élaboration commune
314 de la famille.

315

316 Mais plus encore, les parents peuvent être des co-thérapeutes précieux dans le soin de l'adolescent,
317 et leurs compétences pourraient être recherchées et valorisées (23,37,38). Comme nous le disions
318 précédemment, les parents pourront être reçus au cours d'entretiens réguliers, en présence de leur
319 adolescent, parallèlement à la prise en charge individuelle de l'adolescent. Il s'agit alors
320 d'accompagner le parent à devenir l'accompagnateur de son adolescent. Son implication dans la
321 thérapie permettrait non seulement de ne pas laisser le système parents – adolescent s'enfoncer dans
322 des cercles vicieux délétères aux soins mais aussi i) de renouer le lien parent – adolescent, et ii) de faire
323 circuler la communication (39) de manière détoxifiée entre parents et adolescents grâce à la présence
324 du tiers soignant. Ainsi en présence d'un tiers, en s'interrogeant et en comprenant mutuellement le
325 ressenti de l'autre (28), parents et adolescents deviendraient ensemble co thérapeutes de la situation.
326

327 Des recherches doivent être entreprises pour déterminer quelle modalité d'intervention répond le plus
328 efficacement à cette double contrainte : accompagner la souffrance parentale, et valoriser les
329 compétences parentales dans les soins.
330

331 Limites de l'étude

332 Notre étude interroge 11 adolescents suivis pour des automutilations et 14 parents sur deux centres
333 d'inclusions de populations très différentes à * et dans une ville de taille moyenne (**). Les adolescents
334 étaient recrutés dans des contextes et des lieux de soins divers. Interroger les parents des adolescents
335 inclus a permis de croiser les regards entre les représentations des adolescents et celles de leurs
336 parents. Il s'agit à notre connaissance de la première étude à réaliser ce travail.

337 Si notre groupe est très diversifié, il n'a pourtant pas été possible d'inclure de patients issus de la
338 migration, chez qui les automutilations peuvent prendre des significations très différentes en fonction
339 de l'aire culturelle d'origine des parents (23). Nous n'avons également pu inclure qu'un seul garçon.
340 Les automutilations peuvent avoir des significations très différentes entre les garçons et les filles (40).
341 Cependant, les garçons verbalisent moins leurs difficultés et consultent moins souvent, ce qui rend
342 leur détection et leur étude moins facile (41). L'expérience du garçon que nous avons interrogé et de
343 ses parents était très similaire à celle des filles nous amenant à ne pas la singulariser dans nos résultats.
344

345 Conclusion

346
347 Il est nécessaire d'associer les parents aux soins de leur adolescent lors de la présence
348 d'automutilations. Leur implication peut se faire à différents niveaux, de la prise en charge de leur
349 souffrance à la valorisation de leurs compétences de co-thérapeutes. Le travail se concentrera sur
350 l'accompagnement des modifications de la dynamique familiale, et des modalités de communication
351 autorisant l'adolescent à modifier ses comportements. La mise en évidence du déplacement de la
352 violence sur les tiers aidant est un préalable initial à ce travail et doit être également entrepris.
353

354
355 Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

356 Bibliographie

- 357 1. Nixon MK, Heath NL. *Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and*
358 *Intervention*. Taylor & Francis; 2008. 352 p.
- 359 2. Nock MK, Favazza AR. *Nonsuicidal self-injury: Definition and classification*. In:
360 *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington,
361 DC, US: American Psychological Association; 2009. p. 9-18.
- 362 3. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of
363 adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry*
364 *Ment Health*. 30 mars 2012;6(1):10.
- 365 4. Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based
366 survey. *CMAJ Can Med Assoc J*. 29 janv 2008;178(3):306-12.
- 367 5. Ross S, Heath N. A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample
368 of Adolescents. *J Youth Adolesc*. 1 févr 2002;31(1):67-77.
- 369 6. Corcos M, Pham-Scottez A, Speranza M. *Troubles de la personnalité borderline à*
370 *l'adolescence*. Dunod. 2013. 463 p.
- 371 7. Adams J, Rodham K, Gavin J. Investigating the « self » in deliberate self-harm. *Qual*
372 *Health Res*. déc 2005;15(10):1293-309.
- 373 8. Grandclerc S, Lachal J. Liens entre conduites automutilatoires et suicidaires chez les
374 adolescents. *Soins Psychiatr*. 1 mai 2018;39:14-6.
- 375 9. Gicquel L, Marcelli D, Corcos M. Les scarifications à l'adolescence : quelles
376 significations ? *Arch Pédiatrie*. juin 2009;16(6):840-1.
- 377 10. Bureau J-F, Martin J, Freynet N, Poirier AA, Lafontaine M-F, Cloutier P. Perceived
378 dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *J Youth Adolesc*.
379 mai 2010;39(5):484-94.
- 380 11. Tulloch AL, Blizzard L, Pinkus Z. Adolescent-parent communication in self-harm. *J*
381 *Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. oct 1997;21(4):267-75.
- 382 12. Wedig MM, Nock MK. Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *J Am*
383 *Acad Child Adolesc Psychiatry*. sept 2007;46(9):1171-8.
- 384 13. Daly P. Mothers living with suicidal adolescents: a phenomenological study of their
385 experience. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. mars 2005;43(3):22-8.
- 386 14. Brown C, Lloyd K. Qualitative methods in psychiatric research. *Adv Psychiatr Treat*.
387 sept 2001;7(5):350-6.
- 388 15. Smith J, Flowers P, Larkin M. *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory,*
389 *Method and Research*. Vol. 6. 2009.
- 390 16. Arbuthnott AE, Lewis SP. Parents of youth who self-injure: a review of the literature
391 and implications for mental health professionals. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*.
392 28 sept 2015;9(1):35.

- 393 17. Pommereau X. Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence, Summary.
394 *Enfances Psy.* 1 oct 2006;no 32(3):58-71.
- 395 18. Jeammet P, Sarthou-Lajus N. Les contradictions de l'adolescence. *Études.* 1 juill
396 2008;Tome 409(7):30-40.
- 397 19. Raphael H, Kumar S, Clarke G. Exploring parents' responses to their child's deliberate
398 self-harm. *Health Educ.* 1 janv 2006;106(1):9-20.
- 399 20. Jeammet P. Adolescence et processus de changement. In: *Traité de psychopathologie.*
400 Puf. 2005. (quadrige).
- 401 21. Houzel D. Influence des facteurs familiaux sur la santé mentale des enfants et des
402 adolescents. *Psychiatr Enfant.* 2003;Vol. 46(2):395-434.
- 403 22. Everall RD. The Meaning of Suicide Attempts by Young Adults. *Can J Couns.*
404 2000;34(2):111-25.
- 405 23. Grandclerc S, Moro MR, Lachal J. Étude des spécificités de l'expérience automutilatoire
406 et suicidaire chez des adolescentes en situation transculturelle. *Neuropsychiatr Enfance*
407 *Adolesc.* 1 déc 2016;
- 408 24. Gonzales AH, Bergstrom L. Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) interventions. *J*
409 *Child Adolesc Psychiatr Nurs Off Publ Assoc Child Adolesc Psychiatr Nurses Inc.* mai
410 2013;26(2):124-30.
- 411 25. Taylor LMW, Oldershaw A, Richards C, Davidson K, Schmidt U, Simic M.
412 Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment
413 package for adolescent self-harm. *Behav Cogn Psychother.* oct 2011;39(5):619-25.
- 414 26. Verheul R, Van Den Bosch LMC, Koeter MWJ, De Ridder MAJ, Stijnen T, Van Den
415 Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder:
416 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* févr
417 2003;182:135-40.
- 418 27. Glenn CR, Esposito EC, Porter AC, Robinson DJ. Evidence Base Update of
419 Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. *J Clin*
420 *Child Adolesc Psychol.* 4 mai 2019;48(3):357-92.
- 421 28. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a
422 randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* déc
423 2012;51(12):1304-1313.e3.
- 424 29. Hughes E, Allan E, Le Grange D. Family Therapy for Eating Disorders and Non-suicidal
425 Self-Injury. *Non-Suicidal Self-Inj Eat Disord Adv Etiol Treat.* 1 oct 2013;147-62.
- 426 30. Kissil K. Attachment-Based Family Therapy for Adolescent Self-Injury. *J Fam*
427 *Psychother.* 1 oct 2011;22:313-27.
- 428 31. Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Miller S, Graae F, Dunne E, Cantwell C. Toward
429 Improving Treatment Adherence among Adolescent Suicide Attempters. *Clin Child*
430 *Psychol Psychiatry.* 1 janv 1996;1(1):99-108.

- 431 32. Solal J-F. Le groupe de parents d'adolescents : offrir une parole ouverte, Summary.
432 Enfances Psy. 22 juin 2009;(42):82-91.
- 433 33. Baetens I, Claes L, Hasking P, Smits D, Grietens H, Onghena P, et al. The Relationship
434 Between Parental Expressed Emotions and Non-suicidal Self-injury: The Mediating
435 Roles of Self-criticism and Depression. J Child Fam Stud. 1 févr 2015;24(2):491-8.
- 436 34. Byrne S, Morgan S, Fitzpatrick C, Boylan C, Crowley S, Gahan H, et al. Deliberate self-
437 harm in children and adolescents: a qualitative study exploring the needs of parents and
438 carers. Clin Child Psychol Psychiatry. oct 2008;13(4):493-504.
- 439 35. Connor JJ, Rueter MA. Parent-child relationships as systems of support or risk for
440 adolescent suicidality. J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43.
441 mars 2006;20(1):143-55.
- 442 36. Cook-Darzens S, Doyen C, Brunaux F, Rupert F, Bouquet M-J, Bergametti F, et al.
443 Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique, Multifamily group treatment of
444 adolescent anorexia nervosa., Terapía multifamiliar del adolescente anoréxico. Thérapie
445 Fam. 2005;26(3):223-45.
- 446 37. Kruesi MJP, Grossman J, Pennington JM, Woodward PJ, Duda D, Hirsch JG. Suicide
447 and Violence Prevention: Parent Education in the Emergency Department. J Am Acad
448 Child Adolesc Psychiatry. 1 mars 1999;38(3):250-5.
- 449 38. Lachal J, Grandclerc S, Spodenkiewicz M, Moro MR. Comment améliorer l'adhésion
450 aux soins des adolescents suicidants après une prise en charge aux urgences : une revue
451 de la littérature. L'Encéphale. 1 mars 2018;
- 452 39. Watzlawick P, Jackson D deAvila. Une logique de la communication. Editions du seuil;
453 1967.
- 454 40. Observatoire national du suicide. Suicide : Enjeux éthiques de la prévention, singularités
455 du suicide à l'adolescence. 2018.
- 456 41. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-
457 injury: A meta-analysis. Clin Psychol Rev. juin 2015;38:55-64.

458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468

1 **Tableau 2 - Caractéristiques de la population étudiée**

N°	Sexe	Âge	Moyen automutilation	Adoption	Couple parental	Fratrerie	Hosp	Entretiens
1	F	16	Grattages, coupures aux poignets et aux cuisses	non	Mariés, vit avec ses deux parents	1 petite sœur	2	mère
2	F	14	Scarifications aux bras	oui	Ensemble, vit avec ses deux parents	1 petit frère	2	parents ensemble
3	F	15	Grattages, scarifications aux bras et aux jambes	oui	mère seule, vit avec celle-ci	0	3	mère
4	F	16	Scarifications sur « des parties cachées du corps », grattages des bras et du cou	non	Divorcés, vit chez sa mère	1 frère	1	mère et père
5	F	16	Scarifications poignets et vomissements	non	séparés	1 sœur	1	mère
6	G	14	Mutilations du visage et du bras, coups	non	Divorcés, vit chez sa mère	1 sœur, 2 1/2 frères	1	père
7	F	18	scarifications, grattages aux bras	non	séparés, mère décédée, vit chez son père	1 frère	1	père
8	F	14	Scarifications bras et jambes	non	Divorcés, alternance chez le père et la mère	1 grand frère	2	mère et père
9	F	14	scarifications	non	divorcés	1 frère	1	père
10	F	17	Scarifications bras et jambes, grattage	non	mariés, père décédé, vit chez sa mère	1 grand frère et un jumeau	2	mère
11	F	17	Scarifications sur les bras et les cuisses, se frapper, frapper dans les murs	non	Séparation en cours, vit chez ses parents	1 sœur et 4 frères	5	mère
12	F	17	Scarifications des gencives	non	Mariés, vit chez ses parents	2 sœurs	5	mère

Légende : Hosp : nombre d'hospitalisations en pédopsychiatrie

2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13

14 **Tableau 1 : guide des entretiens semi-structurés**

15

16 Entretiens adolescents :

- 17 - Comment as-tu été amené à te faire du mal ? Raconte-moi de quoi il s'agit.
18 - Comment se passent les relations dans ta famille ?
19 - Comment tes parents ont-ils vécu tes automutilations ? Comment ont-ils réagi ? Comment
20 penses-tu qu'ils auraient dû réagir ?
21 - Si tu rencontrais un adolescent qui se faisait du mal d'une façon ou d'une autre, que lui dirais
22 tu ? quels conseils donnerais-tu à ses parents ?

23

24 Entretiens avec les parents :

- 25 - Racontez-moi comment vous avez découvert les automutilations de votre enfant et ce que
26 vous avez ressenti ? Comment avez-vous réagi ?
27 - Quelles modifications les automutilations ont-elles entraînées dans la relation que vous
28 entreteniez avec votre enfant ?
29 - Comment comprenez-vous les automutilations de votre enfant ?
30 - Si vous rencontriez les parents d'adolescent qui présente des automutilations, que leur
31 diriez-vous ? Quels conseils donneriez-vous au jeune ? à ses parents ?

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

Tableau 3 : Citations telles qu'elles ont été dites par les participants

A.1.	manque de communication ressenti par les parents	<p>« C'est une enfant qui est très réservée, très... qui ne s'exprime pas... quand elle s'exprime, elle s'exprime d'une manière intelligente, mais qui ne s'exprime pas spontanément comme ça. » mère 1</p> <p>« Elle n'a jamais laissé paraître de mal-être... de... Elle n'a jamais dit... Fin, elle ne nous a jamais dit que ça n'allait pas et puis nous on s'est rendu compte de rien non plus. » mère 2</p> <p>« elle a besoin de se faire du mal, je sais pas si c'est pour me dire « Maman fais attention je suis là ou... » je sais pas, c'est vrai que c'est difficile, entre moi et ma fille c'est... c'est difficile, le dialogue est difficile parce qu'on a des caractères très forts toutes les deux, très susceptible on peut pas parler avec elle comme on veut, faut toujours aller dans son sens, si on est dans son sens tout va bien, si on n'est pas dans son sens et bah... je sais pas ce qui arrive. » Mère 11</p> <p>« pendant un an elle a refusé tout contact avec moi » Père 4</p> <p>« Non, non, moi, j'étais plutôt contente, parce que j'avais pas vraiment envie qui... Pour moi ça ne les regarde pas en fait. Ce qui se passe, au niveau des scarifications... » Fille 5</p> <p>« ça va tant qu'on ne parle pas des choses... un peu de tout ce que j'ai vécu, de mon mal-être, si on n'en parle pas, ça va. [...] Parce que j'aime pas trop en parler avec ma famille. C'est quelque chose que j'aime pas parler avec eux. » fille 2</p>
2.	volonté de non communication des adolescents	<p>« Non, non, moi, j'étais plutôt contente, parce que j'avais pas vraiment envie qui... Pour moi ça ne les regarde pas en fait. Ce qui se passe, au niveau des scarifications... » Fille 5</p> <p>« ça va tant qu'on ne parle pas des choses... un peu de tout ce que j'ai vécu, de mon mal-être, si on n'en parle pas, ça va. [...] Parce que j'aime pas trop en parler avec ma famille. C'est quelque chose que j'aime pas parler avec eux. » fille 2</p>
3.	lien mère-fille fusionnel	<p>« Avec Fille1 on a toujours été très fusionnelles. » Mère 1</p> <p>« La seule chose c'est que ça me fait mal de savoir qu'elle se fait du mal » Mère 2</p> <p>« Je me sentais agressée moi-même. Ça me faisait mal. Vraiment mal. Moi vous savez j'ai essayé de me scarifier pour voir ce qu'elle pouvait ressentir. Elle se détruit... et par voie de conséquence, elle me détruit » Mère 3</p> <p>« Mais ses crises je les ai passé avec elle. Les nuits que j'ai passé avec elle, dans son lit à la rassurer, à la consoler, à attendre qu'elle s'endorme. Mais c'est des centaines de nuit [...] Donc oui, on a vécu ces deux années en osmose forte. » Mère 4</p>
	sentiment d'abandon	<p>« je ne savais même pas si elle allait revenir d'ailleurs » Fille 3</p> <p>« Après il y a ma famille qui s'en fout de moi... qui... Je leur sers un peu de souffredouleur, je suis là pour les soulager, les apaiser... ils ont besoin de moi que pour les aider sinon ils ne m'aiment pas. Ils me détestent... Je ne sais pas... ça vient comme ça peut être, c'est bizarre... » Garçon 6</p>
	manque de confiance	<p>« . C'est juste que l'ado, il est borné, et qu'il veut de l'aide de personne parce qu'il a confiance en personne, [...] les gens n'avaient plus confiance en moi [...] Du coup c'est plus dur de faire confiance après... C'est-à-dire qu'il y a des gens qui peuvent vraiment être sincères quand ils disent qu'ils vont aider » Fille 3</p> <p>« Je ne suis plus dans une relation de confiance avec elle. » Mère 3</p> <p>Au contraire, Fille 10 ne peut faire confiance à sa mère qu'elle ne considère pas comme suffisamment protectrice :</p>

		<p>« je voulais qu'elle soit plus protectrice. Après avec ma mère ça a toujours été compliqué, donc heu... c'est une partie de mes problèmes mais heu... je sais pas je voulais qu'on me dise d'arrêter ou je ne sais pas qu'elle fasse signe d'un signe maternel ou quoi... » Fille 10</p>
B.1.	ressenti de violence extrême	<p>« parce que prendre une lame de rasoir et se mutiler c'est d'une violence extrême, fin vraiment je trouve ça d'une violence extrême. » Mère 1</p> <p>« c'est vrai que là, c'est un... pas un choc, mais si... un bouleversement, parce que moi, je ne pensais pas qu'on puisse arriver à des souffrances telles quoi... chez des... chez des jeunes... donc c'est c'est vrai que la souffrance elle est vraiment profonde quoi... » Mère 2</p> <p>« Quand on comprend pas, qu'on est confronté à la violence, et qu'on sait pas pourquoi, [...] c'est d'une grande violence » Mère 4</p>
	un souvenir marquant	« je pense que c'est quelque chose que j'oublierai jamais. C'était horrible. C'était horrible. » Mère 2
	un acte inconcevable	« j'étais surprise, oui j'étais surprise de voir qu'elle pouvait faire des choses pareilles, que je pensais inimaginables, hum, j'étais surprise de... d'entendre son ressenti que je n'imaginai pas en fait... » Mère 1
2.	ressentis douloureux	<p>« De ne pas avoir vu ça, de ne pas avoir été capable de l'accompagner dans ses angoisses, il y a tout ça derrière. Pour moi c'est un constat d'échec énorme, évidemment quoi. Avec un sentiment d'impuissance et de manque de solution pour l'accompagner dans ces phases difficiles là, quoi. » Père 8</p> <p>« C : qu'est ce que vous avez ressenti ? M : bah beaucoup de peine déjà et une prise de conscience du réel mal être de Fille 8. » Mère 8</p> <p>« c'est vraiment voilà oui d'une violence extrême. Ça m'évoque de la peur en fait, c'est sa peur, ma peur aussi évidemment, parce qu'après en fait jusqu'où va-t-on... en fait, ça aussi j'ai eu très peur... jusqu'où on peut aller comme ça dans la... parce qu'elle m'a dit « je suis allée plus loin que ce que je voulais physiquement » comme ça mais jusqu'où on peut aller...? » Mère 1</p> <p>« Elle n'a jamais laissé paraître de mal-être... de... Elle n'a jamais dit... Fin, elle nous a jamais dit que ça n'allait pas et puis nous on s'est rendu compte de rien non plus. [...] c'est que l'on vit avec elle sous le même toit... Et on s'est pas rendu compte qu'il y avait qu'il y avait quelque chose qui, qui lui faisait autant de mal. Ça c'est dur en tant que parents » Mère 2</p>
	sentiment que l'agressivité lui est destinée	« Fin voyez, c'est vraiment super désagréable. Fin c'est vraiment très dur pour moi. Elle me rejette vraiment comme si j'étais mal traitante alors que j'ai toujours essayé d'être là pour elle, quoi... Et en même temps, elle cherche à être en lien avec moi, donc il y a une ambivalence » Mère 10
	colère envers l'adolescent	« elle était en colère, sur le coup. Je pense qu'elle était très inquiète surtout. Mais, heu, bah, La première réaction c'était la colère en tous cas. » Fille 7
3.		<p>« Tout ce que je peux dire c'est que j'ai pas l'impression que Fille 8 ait eu une grande écoute au niveau du collège. A chaque fois ils ont essayé d'atténuer un peu les choses. Je pense que le collège, fin au moins l'infirmier aurait du prendre appui sur les... voilà... Une équipe de psychologue... » Mère 8</p> <p>« ... il y a peu de gens à l'écoute ou bienveillants et il faut quand même beaucoup se débrouiller tout seul. Je pense que c'est ce ressenti là ... Et je pense que c'est extrêmement vrai pour le coup au collège, au lycée, enfin à l'école. » Mère 12</p>

		<p>« Sérieusement, fin je veux dire... et le prof de physique qui interroge les gens ; Fille 4 a fondu en larme un jour quand ça lui est tombé dessus. Qui pose une question, l'élève répond, répond pas... l'élève répond pas : « T'as zéro ». Excusez-moi mais dans ce pays, qu'on soit dans un établissement privé ou public, en fait, on n'a pas le droit de faire ça. [...] Voilà, une des réflexions, là, par exemple, que j'ai par rapport à la souffrance et la fragilité des adolescents, bah, c'est en amont, c'est ça, d'interroger les attitudes des adultes... Je, je comprends pas, et quand je vous dis que je vais réagir, je pense que je vais demander un rendez vous à ces deux enseignants pour leur demander comment ils justifient ça et s'ils sont conscients de ce qu'ils font. Sérieusement, fin, je veux dire... c'est juste qu'on a pas le droit, on arrête de discuter. Le type a dit, « oui, je suis comme ça ». Il y a des parents qui se sont plain, le type, paraît-il, a répondu, « oui je suis comme ça, il faut me prendre comme je suis »... mais, mais... mec, si t'as besoin d'une psychanalyse, va faire une psychanalyse, n'emmerde pas les mômes avec ça. C'est juste pas possible. Il y en a qui se suicident. Voilà. Ma fille a fait une TS en gros, cette année. Ça interpelle ? interpelle pas ? j'sais pas, fin bref. Primo, il a pas le droit, deuxio s'il a des problèmes psychologiques, il va les soigner et puis c'est pas les mômes qui prennent ça... fin, je... on est d'accord, quoi. Voilà, première chose que ça m'inspire. J'veux dire... » Père 4</p> <p>« Puis malheureusement, à ce moment-là, je ne suis pas du tout aidée par le service. [...] Je ne suis pas aidée par le service. Quand j'arrive avec elle, dans l'état où elle est, on me dit, « mais madame, pourquoi vous vous mettez dans cet état-là ? » parce que je pleurais. C'est vrai, faut pas s'inquiéter, hein. Votre fille a les jambes, a la jambe tailladée de haut en bas mais pourquoi je me mets dans cet état-là ? [...] J'ai pas du tout été aidée là-bas. Du tout du tout. Absolument pas. » Mère 3</p>
4.	Le besoin d'explication rationnelle	<p>« Peut-être que je me trompe, hein, mais j'ai eu ce sentiment en fait et c'est une fois que nous sommes venus ici, etc... qu'elle a commencé à en parler, qu'elle nous a dit qu'on l'avait abandonné, que c'était inhumain, que toute l'attention était sur la petite sœur, et que c'était difficile à vivre pour elle. Ce qui est évidemment très compréhensible quoi. » Mère 1</p> <p>« Moi j'ai beaucoup de colère vis-à-vis de ce... de ces ados-là... J'ai l'impression qu'ils m'ont privé, qu'ils m'ont privé d'une partie de notre vie avec notre fille. » Mère 2</p> <p>« des décès, mais bon déjà assez anciens, des décès récents, ce qui a été très marquant pour elle c'est aussi le décès récent, fin juste avant l'été, des deux chiens auxquels elle était très très attachée. Bon, la séparation d'avec mon mari, mais qui date d'il y a un an et demi mais quand même qui n'a pas pu être vraiment discutée avec elle » Mère 5</p>

		<p>« moi dans mon histoire personnelle, ça renvoi à quelque chose de très particulier puisque j'étais séparé de ma mère pendant mon enfance à peu près à l'âge de quatre ans, heu... je l'ai revue quand j'avais vingt-sept ans, [...] Et ça a été une surprise [...] de découvrir que justement elle avait des traces heu... voilà de scarification sur les bras. [...] Voilà, donc j'ai pensé aussi à ça. Forcément, parce qu'il y avait, il y a comme un lien, qui se... qui se... [...] il y a un certain nombre de choses qui ont une résonance avec des choses ou bien que j'ai vécu moi ou bien qui ont été vécues dans ma lignée et ça fait pas mal de trucs qu'elle ne sait pas » père 4</p> <p>« M : comment je l'interprète ? de sa part ? pour moi je ne peux pas comprendre ça. Pour moi, ça ne vient pas d'elle en fait. C : Expliquez-moi... M : en fait, alors là, on rentre dans un domaine qui est assez spécial mais heu... pour moi ça vient de l'extérieur, c'est quelqu'un qui lui a envoyé cela en fait. C : hum [...] qui est ce qui pourrait lui avoir envoyé ça ? M : pour moi c'est quelqu'un qui pratique le vaudou, la magie noire... » mère 10</p>
<p>C.1.</p>	<p>Incompréhension pour les parents</p> <p>l'importance du secret</p> <p>Le sentiment de honte</p> <p>le besoin de protéger leurs parents</p> <p>2. les scarifications comme moyen de contrôle</p>	<p>« Euh ... Bah c'est euh ... euh c'est quelque chose de très violent. Euh ... c'est quelque chose euh ... qui, enfin ... ça dépasse un petit peu la compréhension. Enfin c'est ... oui c'est assez difficile en fait de comprendre euh ... enfin d'accepter en fait. » Mère 12</p> <p>« Il y avait de l'adrénaline, parce que bah je ne voulais pas que mes parents le voient donc heu, donc heu, bah je faisais ça le soir, je m'enfermais dans ma chambre, j'avais toujours peur qu'ils reviennent, parfois ils passaient dans ma chambre je devais tout cacher en deux minutes, le fait d'être caché comme ça, d'avoir quelque chose, puis aussi d'avoir un truc dont personne n'est au courant, avoir un peu un secret, c'est agréable. » Fille 1</p> <p>« C : le fait de ne pas en parler... leur façon de réagir ? est-ce que tu te serais attendue à autre chose ?</p> <p>E : Non... Non, non, moi, j'étais plutôt contente, parce que j'avais pas vraiment envie qui... Pour moi ça ne les regarde pas en fait. Ce qui se passe, au niveau des scarifications... [...] j'aurais vraiment mal supporté qu'ils m'assaillent de questions puis qui me demandent à voir ou alors qu'ils m'interdisent l'accès à tout objet coupant... ce genre de choses. Je pense que c'est pas la bonne méthode. » Fille 5</p> <p>« c'est un peu intime ou quoi, donc j'ai pas forcément envie que... ma mère le sache ou quoi. » Fille 10</p> <p>« ben je crois qu'en soi j'ai un peu honte. Je suis mal à l'aise par rapport à cela. Fin d'en parler, tout déjà c'est une peu dur, avec ma mère » Fille 10</p> <p>« C : Pourquoi tu voulais pas qu'ils le sachent ? F : Parce que je voulais continuer dans le secret et je voulais pas les blesser non plus. » Fille 11</p> <p>« Ce n'est pas des moments où je suis très anxieuse, où j'ai peur de quelque chose de précis, c'est certainement plutôt des moments où je me sens vide, et la douleur c'est très concret, donc euh... ça apporte quelque chose, et euh, c'est aussi un moyen d'avoir du contrôle sur quelque chose. » Fille 7</p>

3.	<p>la perte du contrôle</p> <p>protections réciproques</p>	<p>« E : Elles ont quel sens actuellement ? C : Bah le fait que je contrôle rien moi, j'étais pas partisan de venir ici au début, parce que moi je voulais absolument commencer une thérapie avant de prendre un traitement. » Fille 5</p> <p>« tu penses que tu maîtrises tout, mais... finalement tu maîtrises rien du tout. » Fille 3</p> <p>« J'ai toujours tout dirigé pour moi, mes enfants... on sortait, on faisait plein de choses et du jour au lendemain c'est comme un trou noir, y'a plus rien quoi, on a une ado en face de nous mais on connaît rien, enfin moi je connais plus rien d'elle. » Mère 11</p> <p>« une prise de conscience du réel mal être de Fille 8 » mère 8</p> <p>« qu'on ferme nous aussi certaines pièces de la maison. [...] Les enfants n'ont plus accès à certaines pièces parce que, voilà... ça peut être potentiellement dangereux pour Fille 2 » parents 2</p> <p>« Une nouvelle appréhension sur la discussion qu'on peut avoir avec elle. C'est-à-dire que lui expliquer les choses, je vais le dire vulgairement mais l'engueuler parce qu'elle a fait quelque chose qui était mal, commence, moi, à me poser question. Heu... ça va provoquer quoi comme réaction ? Et heu... ça complexifie un peu ma relation... fin ma relation, vu de mon côté, elle j'en sais rien » Père 9</p> <p>« Mon beau-père doit rencontrer mes psychiatres ici donc je sais qu'ils vont lui en parler. J'appréhende un petit peu, parce que j'ai pas envie de le choquer, ou de le blesser, ou... je veux un peu le protéger. Mais j'ai peur qu'il l'apprenne autrement, d'une autre façon, donc il vaut peut-être mieux que... » Fille 7</p>
----	---	--