



L'article fait état de notre expérience clinique et de nos réflexions autour de la prise en charge en pédiatrie d'adolescent(e)s après une tentative de suicide. Cette porte d'entrée somatique dans ce moment de crise est l'occasion d'ouvrir des questionnements d'ordre individuel et familial afin de faire émerger la souffrance indicible du jeune, de la reconnaître et de mobiliser les ressources autour de lui. Ce travail nécessite une alliance avec l'adolescent, sa famille et une collaboration constructive avec les équipes pédiatriques, ce qui peut se révéler être un travail de funambule.

PRISE EN CHARGE DANS UN SERVICE DE PÉDIATRIE D'ADOLESCENT(E)S AYANT EFFECTUÉ UNE TENTATIVE DE SUICIDE. ÉTAT DES LIEUX DE NOTRE PRATIQUE CLINIQUE



**Carole Maquoi, Mélissa Lambion,
Emmanuel de Becker**
Service de psychiatrie infanto-juvénile,
Cliniques universitaires St Luc, Bruxelles

N3281F

Introduction

L'article propose de partager nos réflexions et supports théoriques lors de la prise en charge de jeunes adolescents hospitalisés après une tentative de suicide, à partir de notre expérience d'équipe de liaison pédopsychiatrique intervenant en pédiatrie. Pour guider ce récit, nous utiliserons la métaphore de l'aventurière...

La psychologue ou l'assistante en pédopsychiatrie qui arrive dans un service de pédiatrie est comme une aventurière fraîchement débarquée sur la planète «Octo Pediatrica». Cette aventurière a grandi sur une planète voisine, la «Sedes Psychiatrica». Là-bas,

elle a appris à parler et à utiliser les dialectes locaux, à connaître la météo avec ses signes avant-coureurs de changement de temps et le rythme des saisons. Elle a reçu des outils pour comprendre le monde qui l'entoure et poser certains actes pertinents. Elle a appris à s'en servir et les a ensuite mis dans son sac-à-dos. Puis, elle part toute vaillante vers «Octo Pediatrica»...

hôpital académique bruxellois. Qui dit hôpital académique dit services hyper-spécialisés et prises en charge de 2^e ou 3^e ligne, quand bien même un service d'urgences générales introduit dans l'institution des situations «tout venant». Nous intervenons dans 6 services pédiatriques différents avec des réalités de terrain spécifiques. Nos interlocuteurs somaticiens sont donc multiples, aux

Débuter une prise en charge par une porte d'entrée somatique peut être moins stigmatisant, et permettre au jeune et à sa famille de «baisser un peu la garde»...

Arrivée sur place elle constate – comme les Anciens le lui avaient dit – qu'elle peut respirer et se mouvoir sans difficultés. Elle découvre alors cette planète inconnue. Le premier aspect que l'on apprend en arrivant sur cette planète, c'est que les autochtones sont des marathoniens hors-pairs qui courent plutôt qu'ils ne marchent. L'aventurière apprend ensuite que la météo n'a pas les mêmes caprices et que le déroulement des jours et des saisons est accéléré. Une fois le rythme de course atteint, elle peut alors se rapprocher des autochtones et tenter de leur parler. Ceux-ci semblent utiliser une langue qui lui est commune mais un dialecte différent du sien. Il sera donc possible de communiquer, même si l'incompréhension univoque ou mutuelle peut se manifester à chaque échange.

L'aventurière vous propose de parcourir quelques kilomètres avec elle sur 'Octo Pediatrica'... Vous l'y accompagnez?

Cadre et contexte

L'Octo Pediatrica qui nous concerne regroupe les services pédiatriques d'un

hôpital académique bruxellois. Qui dit hôpital académique dit services hyper-spécialisés et prises en charge de 2^e ou 3^e ligne, quand bien même un service d'urgences générales introduit dans l'institution des situations «tout venant». Nous intervenons dans 6 services pédiatriques différents avec des réalités de terrain spécifiques. Nos interlocuteurs somaticiens sont donc multiples, aux

besoins divers et variés. Les équipes en question sont spécialisées en sous-unités de pédiatrie sans impliquer la pédopsychiatrie. Cette complexité nécessite une grande adaptabilité pour pouvoir jongler avec ces réalités institutionnelles et cliniques plurielles.

Revenons à notre aventurière. De temps en temps les autochtones – après avoir testé ses compétences – lui demandent son avis sur le chemin à suivre. Il faut savoir que les outils reçus sur Sedes Psychiatrica demandent habituellement une mise en place soignée et prennent du temps pour avoir un effet sur l'environnement, aspects qui paraissent souvent incompatibles avec le mode de vie de cette planète. C'est sans compter sur la créativité et la souplesse de notre aventurière. Elle va apprendre à piocher dans son sac-à-dos tout en courant et à ouvrir certains outils sur la paume de sa main plutôt que sur le sol. Parfois elle devra quand même – avec une mine de diplomatie et une connaissance poussée de leurs coutumes – demander aux autochtones de ralentir voire de s'arrêter un instant afin de lui permettre de déployer ses

ressources propres. Cette modalité s'avère incontournable étant donné que certaines situations n'offrent pas d'autre possibilité que de s'arrêter pour les clarifier et les travailler. Fort heureusement, la plupart du temps cela se fait sans encombre. La réalité du travail en liaison conduit à disposer de peu de temps pour comprendre une situation et orienter au mieux sa prise en charge. La pression exercée sur nos collègues pédiatres de par les contraintes budgétaires (financement des lits) et de par la nécessité de mise à disposition de lits lors d'épidémie peut aller à l'encontre du temps nécessaire pour intervenir valablement dans ces situations complexes intriquant volet physique et volet psychique. Un respect mutuel et une communication claire sont deux éléments indispensables pour définir un terrain d'entente propice à un partenariat efficace (1).

Le travail en pédiatrie comporte son lot d'obstacles mais aussi d'opportunités. Ainsi, par exemple, un service pédiatrique est moins sécurisant et contenant qu'un service pédopsychiatrique face à des symptômes «psychiatriques», d'autant quand ils sont externalisés. Le défi à notre niveau consiste alors à compenser «ce manque de contenance» et à co-créer. Ceci étant, débuter une prise en charge par une porte d'entrée somatique peut être moins confrontant, moins stigmatisant, et permettre au jeune et à sa famille de «baisser un peu la garde»... et d'ainsi nous laisser être introduits par nos collègues somaticiens afin d'ouvrir d'autres portes....

Définitions

Sans être exhaustifs, délimitons les termes centraux de l'article, à savoir l'adolescent et les conduites suicidaires.

Pour Humbeeck (2), l'adolescent «est un être hybride. Plus un enfant, pas encore un adulte, il se définit à partir

d'une période trouble au cours de laquelle les changements neuropsychologiques, les bouleversements physiologiques, les modifications hormonales et les perturbations identitaires se combinent, s'entre-mêlent et créent un déséquilibre somato-psycho-social qui peut donner l'impression de naviguer en pleine tempête ou de ne pouvoir avancer que par crises successives.» Cette première «mise en abîme» du processus adolescente montre combien il s'agit d'une période complexe, tumultueuse, tant pour le jeune que pour le système familial qui l'entoure.

Le suicide comprend trois éléments: l'issue fatale, une action initiée par la personne elle-même et un pré-requis avec une intention ou un désir de mourir.

Dans nos sociétés, cette étape de vie relativement longue d'expérimentations multiples et de formations diverses, conduit idéalement à la maturation sociale. Elle est marquée par essence par le questionnement sur le sens et la valeur de l'existence. Il peut s'agir d'un temps de suspension où les significations relativement bien déterminées de l'enfance prennent distance tandis que celles qui devraient advenir peinent à se profiler. Les étapes infantiles maturantes, intégrant des incidences symboliques fortes, ne constituent dès lors plus des points de références identitaires solides. Rappelons combien il est légitime et vital de s'interroger et d'interroger à cette phase de la vie, lorsqu'on est confronté à la fois au principe de réalité, concrétisé par exemple par l'obligation scolaire et le respect du cadre familial, et à celui du plaisir et de ses multiples opportunités; défi de taille quand on considère la mouvance intrinsèque de l'identité à

l'adolescence... Les cliniciens d'adolescents perçoivent combien les aspects liés à la construction identitaire constituent les enjeux essentiels de cette période de vie. Au-delà des métamorphoses somatiques, l'adolescence représente par essence le temps des remaniements psychiques dans ses diverses dimensions, qu'elles soient cognitives, instrumentales, psychoaffectives ou encore relationnelles. Elle caractérise ainsi un tournant dans les réaménagements des mouvements pulsionnels et des liens d'attachement qui façonnent la destinée identitaire du jeune individu (3).

Par ailleurs, la notion de «conduites suicidaires» englobe généralement trois conduites distinctes:

- 1) La première est le suicide proprement dit. Il s'agit de l'acte mortel par lequel son auteur devient, à titre posthume, un suicidé. Le suicide comprend trois éléments, à savoir l'issue fatale, une action initiée par la personne elle-même et un pré-requis avec une intention ou un désir de mourir. L'OMS en donne la définition suivante: «*Pour que l'acte de se tuer soi-même soit considéré comme suicide, il doit être initié délibérément et réalisé par la personne concernée dans l'attente d'une issue mortelle*».
- 2) La deuxième, qui nous concerne plus précisément, est la tentative de suicide. Cet acte non fatal fait du rescapé un suicidant. L'OMS précise

qu'il s'agit d': «*un acte non fatal initié et exécuté par l'individu au travers de comportements inhabituels, dans l'attente ou avec le risque de mourir, dans le but d'amener les changements souhaités*». Une nuance importante concerne la notion de changement souhaité. La tentative de suicide (TS) est vue comme une tentative de solution à un problème et présente cela comme moyen d'atteindre un but, et non une fin en soi (4). La mort n'est plus vue comme un choix volontaire mais comme l'unique option disponible en vue d'amener un changement dans une situation insoutenable. Des liens évidents viennent alors se tisser avec la définition de l'adolescent soulevée plus haut, à savoir cet être qui n'a parfois l'impression de ne pouvoir avancer que par crises successives...

- 3) La troisième conduite est celle des idéations suicidaires, qui correspond au projet d'en finir avec la vie, ce qui conduit à dénommer suicidaire le sujet animé par de telles pensées. Ici, il s'agit de la représentation mentale de l'acte suicidaire définie comme l'idée de mettre fin à ses jours. Certains auteurs distinguent les idées passagères des idées chroniques (5). Cette distinction amène à considérer la sévérité des idées suicidaires en fonction de certains critères tels que la durée ou la mise en place d'un scénario précis.

La clinique: l'importance du premier contact avec le jeune

En général, comme le risque de récurrence est élevé chez l'adolescent «suicidant», il y a lieu de ne jamais banaliser et de ne pas s'arrêter au discours du jeune qui se voudrait «rassurant». Par honte, malaise, culpabilité... inconscience, la famille participe fréquemment à ce

processus de réassurance. On observe ainsi une absence de conscience morbide de part et d'autre, adolescent et entourage se renforçant mutuellement. La banalisation ou la réassurance excessive que présente le jeune font écho à des attitudes de négation quant à la gravité de l'acte et de la perspective de l'issue fatale. Ces mécanismes défensifs ont toutefois leur utilité car ils permettent d'atténuer l'angoisse liée à la perspective de la mort, mais ils peuvent aussi confiner le jeune sujet dans sa solitude et l'isolement (1).

Lors d'un entretien avec un adolescent qui vient d'effectuer une tentative de suicide, trois points d'attention nous semblent importants à relever:

L'anamnèse et l'examen clinique

À côté des questions de base concernant l'école, la vie de famille et les hobbies s'ajoutent celles de l'anamnèse médicale axées sur les antécédents psychologiques ou psychiatriques et sur les idées noires. Le processus (déroulé) de la tentative de suicide [ce qui s'est passé avant, pendant et après] nous semble primordial à rechercher et ce dans les détails concrets. Quelques interrogations aident à se positionner:

Avant

Où était le jeune? Avait-il planifié son geste? Avec quelle facilité a-t-il pu le faire? Un jeune qui explique avoir avalé une plaquette de paracétamol sur un coup de tête ne va pas nous inquiéter de la même manière que celui qui confie avoir collecté la même molécule, comprimé par comprimé, pendant deux semaines pour ensuite les avaler d'un coup.

Pendant

Cela concerne le type de tentative de suicide et à quel point le jeune s'est mis en danger.



Une métaphore qui guide notre approche est celle des perches.

Après

Le jeune a-t-il énoncé l'acte à quelqu'un? Après combien de temps? Comment a réagi cette personne? A-t-il été emmené aux urgences? Immédiatement?... Un jeune qui s'est confié tout de suite après la tentative à ses parents et qui a été directement amené aux urgences va nous interpeller différemment que celui qui a refusé de s'énoncer sur les faits alors même qu'il était en train de vomir devant l'urgentiste qui essayait de comprendre...

Un autre aspect à prendre est l'accroche (lien thérapeutique) que l'on peut avoir avec le jeune: «comment est-ce que je le sens (contre-transfert)? Se dévoile-t-il facilement? Comment réagit-il à mes tentatives de connexion à son égard? Paraît-il soulagé de me parler?...». Si ces questions sont des points de repère qui guident notre réflexion, elles ne résument évidemment pas la difficulté du jeune.

Le contact avec le réseau de soin

Nous prenons quasi-systématiquement contact avec le réseau d'aide et de soins du jeune pour tenter d'appréhender le contexte, le système relationnel dans

lequel il évolue, ceci dans la perspective de sortir de l'événementiel de la tentative de suicide. Il nous semble indispensable d'avoir ces contacts aussi pour réfléchir ensemble, se coordonner et définir de manière cohérente et consensuelle la suite de la prise en charge. En effet, celle-ci ne peut habituellement s'arrêter au temps de l'hospitalisation.

La mobilisation de l'entourage

Nous partons du postulat qu'un jeune qui est en difficulté va, consciemment ou non, envoyer des signaux de détresse à son entourage. Ceux-ci peuvent consister en un désintéressement de l'école ou des hobbies, une irritabilité, des mutilations, de la consommation, une tentative de suicide... Tant qu'il ne trouve pas de solution ou d'apaisement, le jeune va amplifier et/ou diversifier les signes de détresse et se mettre de plus en plus en danger. C'est ce risque d'escalade qui nous fait prendre au sérieux toute attitude de menace et/ou de risque de passage à l'acte, même si au départ elle paraît dérisoire.

Une métaphore qui guide notre approche est celle des perches. Le jeune tend des perches à son entourage... en espérant

que quelqu'un en saisisse une. Parfois plus inconsciemment que consciemment! Saisir une perche c'est écouter le jeune, prendre la mesure de sa souffrance, la reconnaître et agir. En suivant cette métaphore, prendre une perche nécessite une action qui tend vers le jeune et qui agrippe le bâton tendu sans le lâcher. Nous sommes guidés par cette modalité lors de notre première rencontre, suscitant quelques interrogations: «Quelqu'un a-t-il pris une des perches de ce jeune? La tient-il toujours? Cela a-t-il aidé?»... Ces pistes ouvrent sur la mobilisation éventuelle de l'entourage autour des difficultés de l'adolescent.

Après s'être fait une idée de cette mobilisation, vient le moment d'aider ce jeune à faire bouger ses perches. Comment pouvons-nous soutenir l'entourage déjà mobilisé ou comment pouvons-nous aider l'entourage à se mobiliser si ce n'est pas encore fait?... Concrètement, il s'agit de rencontrer (parfois en insistant!) chaque parent, avoir une discussion avec eux dans laquelle nous nommons nos inquiétudes; il peut s'avérer nécessaire de garder le jeune en pédiatrie plus longtemps pour tenter de mobiliser... Si cela ne donne pas d'effet, c'est alors à nous de saisir davantage la perche. Dans ce cas-là il y a lieu d'être capable de théâtralité, l'idée étant de secouer suffisamment fermement la perche pour que le jeune en face sente que nous sommes présents, solides, stables. Nous pouvons alors tenir le jeune informé de nos démarches vers le réseau et du temps qu'il nous faut pour obtenir une réponse, insister sur le fait que les soignants sont inquiets, ce qui justifie la prolongation de l'hospitalisation. Nous organisons des temps de rencontre avec le jeune, sa famille, les somaticiens d'Octo Pediatrica et l'équipe pédopsychiatrique. Nous proposons des entretiens fréquents pendant l'hospitalisation et le cas échéant

après sa sortie. Cette prise de position fonctionne d'autant mieux que l'accroche est bonne avec le jeune.

Quelles sont les principales hypothèses pour comprendre les tentatives de suicide?

Il nous semble important, au-delà de cette première phase de prise en charge de la crise, d'amener un temps de réflexion afin de construire les prémisses des hypothèses cliniques pouvant permettre de comprendre le passage à l'acte et le processus dans lequel se trouve l'adolescent.

Le geste suicidaire peut parfois être compris comme une tentative de réponse douloureuse mais adaptative à l'impossible identification à son histoire familiale. Le Breton (6) met en exergue une dimension ordalique dans laquelle l'adolescent «jouerait» son existence contre la mort pour, paradoxalement, donner sens et valeur à sa vie. Le jeune s'impose de frôler la mort pour se transformer, renaître et revivre pour finalement exister...

Le geste suicidaire peut parfois être compris comme une tentative de réponse douloureuse mais adaptative à l'impossible identification à son histoire familiale.

Par ailleurs, nous nous appuyons sur les travaux de Goldsztein (7-8). Dans une épistémologie systémique, les recherches et thèses de l'auteure testent l'hypothèse selon laquelle le geste suicidaire chez les jeunes de 15 à 22 ans constituerait une réponse aux questionnements liés au sentiment d'exister. Cette hypothèse s'est construite à partir de plusieurs éléments et postulats théoriques. Parmi ceux-ci, l'identification à un réseau d'appartenance contenant semble constituer

un élément crucial dans la construction identitaire et de facto dans le sentiment d'exister.

Goldsztein propose de déterminer quatre groupes distincts de jeunes ayant commis une TS. Rappelons que cette proposition est loin d'être exhaustive et qu'il faut rester attentif à aller à la rencontre de l'histoire singulière de chaque adolescent.

En quête de contenant

Ces jeunes sont avec une souffrance et un mal-être diffus à l'avant plan. Les trajectoires de vie personnelle et familiale sont terrifiantes avec des traumatismes psychiques multiples et sur différentes générations (abus sexuel, maltraitance, violence...). Dans un contexte avec des traumatismes psychiques, le geste suicidaire est envisagé comme un appel à l'aide pour se mettre à la recherche d'un lieu de sécurité, d'apaisement contenant dans une réalité quotidienne déstructurée et angoissante (par exemple: hospitalisation prolongée en pédopsychiatrie ou dans des structures résidentielles).

En quête de maîtrise

Ce groupe de jeunes ramène dans leur trajectoire de vie des vécus d'intrusion et d'attaque de l'intime, soit de manière intra ou extra familiale. La narration de ces adolescents est émaillée de non-respect d'une intégrité physique au sein de la cellule familiale ou d'une ambiance incestueuse. Les familles de ce groupe sont souvent isolées, coupées du monde extérieur et perçues comme de véritables forteresses imprenables.

La TS apparaît alors comme l'expression d'un vécu d'intrusion insupportable. Le geste se comprend tel un auto-traitement; il correspond à une solution imaginée par le jeune pour se donner une illusion de contrôle et de réappropriation de son propre corps. Dans ce cas de figure, c'est le lien imprégné de honte avec sa famille ou son abuseur que le jeune veut perdre et pas la vie.

En quête de lien

Ces jeunes possèdent un parcours de vie jalonné par des expériences de rejet, d'abandon. Ces expériences concernent le jeune lui-même et/ou les générations antérieures. Avec ce geste, l'adolescent semble alors souvent en quête de lien, dans une famille où l'on observe une absence de cohésion familiale. La TS est alors une mise en acte de la rupture tant redoutée et une volonté, paradoxalement, de créer et vérifier la solidité du lien.

En quête de reconnaissance

Les jeunes, ici, vivent des difficultés relationnelles et communicationnelles avec un parent voire les deux. À la différence des jeunes des autres groupes, ceux-ci connaissent habituellement bien leur généalogie, ne présentant pas de difficulté à se repérer et à s'identifier à leur histoire familiale. La TS peut être vue comme une quête de reconnaissance; il s'agit alors de chercher à être reconnu, à être pris en considération, à faire entendre une différence, à montrer qu'on existe comme une personne unique et pas uniquement via la place que la famille attribue...

Cette distinction en plusieurs groupes nous paraît être utile pour explorer les enjeux individuels et familiaux, sans omettre les multiples impacts du contexte sociétal sur les jeunes en question.

Quel positionnement adopter?

Face au jeune patient et à son entourage

En tant que cliniciens spécialisés dans la santé mentale, il est essentiel de garantir d'offrir au jeune patient un espace de reconnaissance de son humanité, de sa singularité; espace où nous le reconnaissons en tant que sujet et dans lequel nous réservons une place à sa souffrance. Dans la survie psychique, la reconnaissance par un autre est primordiale. Cet espace offert fait vivre un temps d'arrêt, de réflexion pour différencier ce processus, du passage à l'acte qui vient d'avoir lieu.

Le positionnement de l'équipe médicale et paramédicale est alors parfois périlleux car il oscille entre réassurance, maintien de ce vécu de crise qui permet tout changement plus en profondeur dans les dynamiques relationnelles et familiales, alliance tout en faisant sentir le poids d'une éventuelle décision médicale plus directive voire imposée et construction d'un réseau de soin ou étayage de celui-ci. Concrètement, les rendez-vous de «post-crise» (un mois après l'hospitalisation) sont par exemple une modalité de réassurance de la suite qui a été donnée au passage à l'acte.

Face aux collègues et à l'institution

Nous sommes constamment appelés à nous questionner sur notre positionnement par rapport aux équipes pédiatriques. Nous jonglons entre le fait de «tenir bon», de respecter nos limites ainsi que celles de l'institution et ce en fonction du rôle, du mandat et de la place qui sont les nôtres. Ces principes se construisent en lien avec la déontologie et l'éthique professionnelle, tout en gardant à l'esprit les cadres légaux qui régissent notre pratique. Nous avons la responsabilité d'amener un avis clinique qui peut toutefois aller à l'encontre de ce

qui est attendu de nous par les autochtones. Il nous faut alors trouver un équilibre entre une adaptation nécessaire au contexte de travail et une ténacité face aux décisions cliniques. En pratique, il arrive en effet que l'aventurière propose un changement de direction ou demande à ce que le groupe s'arrête...

Conclusion

À la lumière de ces données théorico-cliniques, il y a lieu de tenir compte de la diversité des situations et des motifs qu'il semble possible d'associer aux tentatives de suicide. À travers ces actes, il n'est pas question seulement d'une résolution avortée d'en finir ou de disparaître, mais tout également d'une manière de composer avec l'échec, de renégocier son destin ou encore de protester ou de s'opposer à la volonté des tiers, lorsqu'aucun autre recours n'a pu être saisi (9-10).

Et puis, après avoir parcouru quelques contrées d'Octo Pédiatrica, l'aventurière a pour habitude de retourner sur Sedes Psychiatrica pour se reposer, entretenir et consolider ses outils ainsi que pour recevoir des conseils des Anciens et des Amis. Elle vous propose de se dire au revoir et, qui sait, de se recroiser un jour sur une de ces planètes...

Références

1. Haute Autorité de Santé. Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent: prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Les bonnes pratiques: recommandations. France, 2021.
2. Humbeek B. Les métamorphoses de l'adolescent. 2019 > Les métamorphoses de l'adolescent - BRUNO HUMBEECK, site Officiel (outilsderesilience.eu)
3. de Becker E. L'adolescent aux diagnostics multiples ou le trouble dissociatif de l'identité à l'adolescence, Annales Médico-Psychologiques 2019;DOI: 10.1016/j.amp.2019.07.001.
4. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM et al. Definitions of Suicidal Behaviour. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, A. Schmidtke (Eds.). Suicidal behaviour: Theories and research findings (17-39). Hogrefe and Huber Publishers, Newburyport, (Massachusetts), 2004.
5. Senterre et al. Prévention du suicide: aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en communauté française de Belgique, CERESP-ESP/ULB, Bruxelles, 2006.
6. Le Breton D. Disparaître de soi. Une tentation contemporaine. Éditions Métailié, Paris, 2015.
7. Goldsztein S, Duret I. Des héritages familiaux au sentiment d'existence chez l'adolescent suicidant. Thérapie familiale 2013;34(2):301-15.
8. Goldsztein S, Ghysse B, Duret I. Se donner la mort, survivre et...exister. Quelques réflexions sur les tentatives de suicide à l'adolescence. Cahier critique de thérapie familiale et de pratique de réseau 2007;1:38, De Boek Supérieur, Louvain-la-Neuve.
9. de Kernier N. Le geste suicidaire à l'adolescence. PUF, Paris, 2015.
10. de Kernier N. Le Suicide. Eds Que sais-je?, Paris, 2020.