

## L'envie de mourir, l'envie de vivre », un autre regard sur l'adolescent suicidant

---

*Patrick Alvin,  
Professeur de pédiatrie, chef de service de médecine des  
adolescents Groupe hospitalier universitaire du Kremlin-Bicêtre*

---

*« Ainsi n'existe-t-il pas de solution miracle  
en ce qui concerne le traitement de ces adolescents.  
Et nous ne devons pas non plus en chercher »<sup>1</sup>.*

Années 1990, heure de grande écoute, la télévision traite du suicide des jeunes. Sont présents sur le plateau un certain nombre de personnalités et de témoins, dont une jeune fille « ex suicidante ». Celle-ci ne dit mot durant toute l'émission. Sur la fin, des questions lui sont très directement posées sur son geste. Elle ne répond pas... La gêne et l'impatience deviennent de plus en plus palpables, cette jeune ne doit pas décevoir, elle est là pour que l'on comprenne. On lui demande de dire ce qu'elle a ressenti exactement à ce moment là, comment elle explique qu'elle ait pu faire ce geste... Tout le monde est suspendu à ses lèvres, comme si la grande énigme du suicide, trouvant là sa réponse, allait enfin pouvoir être levée. Après un long silence, l'adolescente lance finalement, laconique : « *si je suis venue à cette émission, c'est pour dire que nous les jeunes, si on a fait des tentatives de suicide, ça ne veut pas dire qu'on est fou* ». Dont acte.

Plus d'un adolescent scolarisé sur dix pense souvent au suicide, près d'une fille sur dix et un garçon sur vingt rapportent avoir déjà fait une tentative de suicide. Le risque de répétition après une tentative de suicide est d'au moins un tiers. Ces chiffres sont à peu près les mêmes dans l'ensemble des pays industrialisés. En France, et ce de façon stable depuis des décennies, environ 200 jeunes âgés de 15 à 19 ans meurent chaque année par suicide. A l'adolescence, les suicides accomplis sont surtout le fait de garçons et sont beaucoup moins nombreux que les tentatives de suicide, qui elles concernent surtout des filles.

### 1 - « Ca ne veut pas dire qu'on est fou »

---

<sup>1</sup> Laufer M. Le modèle psychanalytique. In : F. Ladame, J. Ottino, C. Pawlak. Adolescence et suicide. Paris, Masson 1995 : 142-6

Aussi troublant que cela puisse paraître, notre jeune fille n'a pas tort. Le suicide n'est pas une « psychopathologie » au sens classique du terme et les adolescents suicidants, en particulier, défient tous les stéréotypes. Les conduites suicidaires *ne figurent pas au rang des diagnostics psychiatriques*<sup>2</sup>. Même si une minorité s'observe au cours de maladies mentales avérées<sup>3</sup>, elles sont au mieux un symptôme, à la fois non spécifique et « transnosographique ». Certes, il y a bien ce qu'on appelle la comorbidité et nous aurons l'occasion d'y revenir, en particulier pour ce qui concerne la dépression, l'impulsivité ou la « fragilité narcissique ». Mais il serait tout à fait simpliste de faire d'un diagnostic associé ou d'un type de personnalité la « cause » du suicide, tout comme du traitement de tel ou tel facteur psychiatrique sous-jacent, le « traitement » du suicide.

Le sujet n'en fait pas moins l'objet d'une intense préoccupation de la part des professionnels en santé mentale. Les quelques extraits suivants se passent de commentaires :

*L'acte suicidaire est le signe d'une tragique défaillance narcissique et objectale (Pommereau, 2005) ; Je n'ai pas connaissance de tentative de suicide d'adolescent qui ne soit ancrée dans une psychopathologie et, le plus souvent, une psychopathologie sévère (Ladame, 1981) ; Cette entreprise délicate et complexe nécessite une prise en charge spécialisée, car la plupart de ces sujets ne sont pas en mesure d'effectuer seuls un travail d'élaboration de leur souffrance (Pommereau, 2005) ; La mise en place d'un traitement psychanalytique représente une urgence... il s'agit de traitements à raison de cinq séances par semaine (Laufer, 1994) ; Les psychothérapeutes, eux, sont déjà convaincus de la nécessité du long terme pour une importante proportion de suicidants (Ladame, 1994) ; De nombreux praticiens font état de leurs difficultés à proposer une prise en charge « psy » satisfaisante (Pommereau, 2005) ; D'une manière générale, plus de la moitié des suicidants ne donnent pas suite aux propositions thérapeutiques qui leur sont faites (Hardy, 1997) ; Le suivi des suicidants est particulièrement difficile à réaliser (Le Heuzey, 2001) ; La prescription d'un traitement adéquat ne met toutefois pas à l'abri du suicide (Hardy, 1997) ; On attend (du psychiatre) qu'il*

---

<sup>2</sup> En nombre par ailleurs sans cesse croissant : du DSM I (1952) au DSM III (1980), la liste des diagnostics psychiatriques est passée de 100 à plus de 250. Le DSM IV (actuel) en compte presque 400 (!).

<sup>3</sup> Sachant encore que « le suicide des jeunes malades mentaux ne peut s'expliquer par la seule maladie puisque la majorité des malades mentaux ne se suicident pas » [A. Haïm A. Les suicides d'adolescents. Paris, Payot 1969 (p.267)].

*puisse donner une prédiction suicidaire exacte et instaurer une prévention (Bourgeois, 1999). Le médecin doit mettre en œuvre une énergie maximale pour faire obtenir la compliance optimale aux traitements prescrits : traitements médicamenteux et psychothérapeutiques (ou autres) en mettant en garde sur le risque de récurrence si le suivi n'est pas correctement respecté (Le Heuzey, 2001).*

Il y aurait donc de quoi sérieusement s'inquiéter. Pour résumer : les adolescents suicidants nécessitent une approche spécialisée et intensive menée par les professionnels en santé mentale ; à y regarder de près, cette approche, tout comme chez les adultes, est au mieux aléatoire, au pire décevante ; le médecin traitant doit adresser ses jeunes suicidants chez le psychiatre, puis s'efforcer de faire appliquer les prescriptions du psychiatre... sous peine de récurrence (et sous-entendu de risque de décès). Mission impossible ou impossible malentendu?

De ces jeunes décrits comme à la fois dangereux pour eux-mêmes et contrevenants vis-à-vis des soins ressort une image pour le moins inquiétante, imprévisible et peu engageante. Des suicidants à secourir, certes, mais qui se « jouent » de façon bien désinvolte des principes fondamentaux de la vie et de la bienfaisance psychologique. Pourquoi ces adolescents acceptent-ils si mal les propositions thérapeutiques qui leurs sont faites ?

Qui fait peur à qui ? Une des explications possibles, inspiration de cet ouvrage, est qu'à trop nous focaliser sur le suicide, sa dangerosité, sa psychopathologie supposée et le risque de récurrence, nous avons fini par totalement négliger, derrière « l'adolescent suicidant », l'adolescent « normal », sa vie ordinaire, son développement et ses divers besoins de santé. Il y va sans doute en partie de nos propres défenses, comme de nos réflexes professionnels.

## **2- Des professionnels mal préparés**

La violence et le caractère apparemment irrationnel des comportements suicidaires ont toujours suscité toutes sortes d'attitudes défensives individuelles, familiales ou institutionnelles. Le suicide, comme tout ce qui s'y rapporte, provoque tour à tour effroi, sidération, compassion, colère, fascination, incrédulité... Vu de la psychiatrie, qui historiquement s'en est retrouvée à la fois l'héritière et le séquestré<sup>4</sup>, le suicide est d'autant plus

---

<sup>4</sup> Les suicidants font la moitié des « urgences psychiatriques » hospitalières.

menaçant qu'il est en effet suspendu, tel une épée de Damoclès, au-dessus de la tête de nombreux malades mentaux<sup>5</sup>. En société, les morts par suicide et les conduites suicidaires, lorsqu'elles ne sont pas simplement maquillées en accidents, demeurent encore souvent des « secrets de famille » plus ou moins bien dissimulés. Tout cela n'est pas nouveau mais explique pourquoi les professionnels n'ont pas été bien préparés pour aborder cette problématique. D'autant qu'une fois passée la période des premiers secours, les suicidants ne se soumettent pas facilement à l'orthodoxie de la mise en « signes, diagnostic, traitement ». Au-delà de l'émotion légitime ou de la conviction réflexe que l'affaire relève de la psychiatrie, la « marche à suivre » reste très difficile à imaginer.

Avec les adolescents, chez lesquels la mortalité par suicide est la plus basse, les professionnels sont livrés à deux représentations contradictoires : identifier la conduite suicidaire à la « maladie mentale », ou à l'opposé, la réduire à une « manifestation de l'adolescence ». Ainsi peuvent-ils penser : *toutes les personnes qui attendent à leur vie sont des malades mentaux*. Pourquoi ? « Parce que seules des personnes souffrant de maladies mentales peuvent commettre un suicide ». En même temps, ils peuvent se dire : *les adolescents ne sont pas de « vrais suicidants »*. Pourquoi ? « Parce qu'ils n'ont pas l'air de vrais malades mentaux ». En attendant, de nombreux services hospitaliers recevant des adolescents continuent, sous couvert des meilleures intentions, à bien marquer la différence, quand ce n'est pas le clivage, entre les « TS » et les « autres ».

Quant au mot « suicide », il est souvent évité par les médecins et les soignants, qui lui préfèrent des euphémismes conjuratoires<sup>6</sup>. La tentation peut être en effet très forte de minimiser les choses, de ne pas vraiment « y croire »... Ailleurs, on parle au contraire de « commettre » un suicide, ou de « récidiver » une tentative, comme on dénoncerait un acte répréhensible. Pour les adolescents suicidants, ces façons de parler sont d'autant plus déplacées que ces filles et garçons sont les premiers à se sentir « mal aimés ». Beaucoup sont carencés, victimes de violences ou issus de milieux maltraitants...

---

5 Le suicide est la principale cause de mortalité précoce chez les schizophrènes et globalement parlant, les patients psychiatriques ont une mortalité suicidaire multipliée par dix. Le risque de suicide, pour les patients sortis d'un service de psychiatrie depuis moins d'un mois, est multiplié par 100 pour les femmes et 200 pour les hommes... [Hardy P, La prévention du suicide. Rôle des praticiens et des différentes structures de soins. Doin (coll. Références en Psychiatrie), 1997 (p. 12)].

6 Tentative d'autolyse ou « TA », Intoxication médicamenteuse volontaire ou « IMV », etc. (en Suisse, autre exemple, on parle de « tentamen »)

### 3 - Des adolescents pourtant « presque » comme les autres...

Pourquoi un adolescent tente-t-il de se suicider?

Lui-même ne saurait répondre exactement...

C'est un tas de petits trucs qui s'entassent, s'entassent,

Et qui finissent par former une montagne de soucis.

On se sent exclu, en trop...

On tente de parler mais personne ne peut nous comprendre.

Nous les ados, on se croit capable d'assumer tous nos actes,

On ne veut personne derrière notre dos, surtout pas les parents!

Au fond d'eux-mêmes, ils pensent nous aider,

Mais ils ont tout faux, ils ne savent pas s'y prendre.

A 15 ans, malgré tout, nous sommes fragiles ; il ne faut pas nous brusquer.

Nous voulons, et la liberté, et la sécurité...

Vous, les adultes, vous pouvez nous aider,

Sans pour autant être insupportables, mais en étant patients et en nous comprenant.

Texte titré : « L'envie de mourir chez les adolescents »

Patricia, 15 ans, hospitalisée dans le service après TS (années 1980)

Les adolescents qui pensent au suicide (les « suicidaires ») se fondent parmi les autres et sont pour la plupart méconnus. Les adolescents qui font des tentatives de suicide (les « suicidants ») ne sont quant à eux guère plus spécifiques : un adolescent suicidant demeure avant tout l'adolescent qu'il est. Comme le résumait bien les auteurs d'une enquête hospitalière : « *S'il s'agit surtout de filles, les suicidants sont, sur bien des points, comparables aux autres jeunes : ils ont des loisirs diversifiés et multiples, un réseau d'amis, une grande diversité sociale. Ainsi, ils n'ont pas de « stigmates » aisément perceptibles par l'entourage professionnel* »<sup>7</sup>. Rappelons en outre qu'à la suite de leur geste, ces adolescents sont assez peu hospitalisés. Et lorsqu'ils le sont, la moitié « échappe » ensuite au suivi. Cette réalité est certainement difficile à admettre, mais il faut savoir la regarder en face.

### 4 - Des questions que l'on préférerait ne pas se poser

Comme le rappelle André Haïm, « l'intensité pulsionnelle de la jeunesse en fait le symbole de l'instinct de vie presque à l'état pur » ; en conséquence,

---

<sup>7</sup> Marie Choquet M, Granboulan V. Les jeunes suicidants à l'hôpital (Inserm & Fondation de France). EDK 2004

beaucoup d'adultes ont du mal à supporter qu'un adolescent puisse simplement « penser » à se donner la mort... Avec beaucoup d'adolescents, en fait la majorité, aborder la question du suicide n'est pas vraiment nécessaire. Ils n'y songent tout simplement pas et ne sont pas personnellement concernés. Pour autant, rien ne dit qu'ils ne le pourraient pas... Est-il vraiment concevable de s'occuper d'adolescents, de pratiquer la médecine de l'adolescent sans être prêt à discuter un jour, le stéthoscope autour du cou, de tristesse, de colère, d'idées suicidaires ou de tentative de suicide ? Comment prétendre engager une relation de soins digne de ce nom avec un adolescent tout en étant par ailleurs, pour des raisons personnelles ou de principe, « étranger » au suicide ou trop effrayé par le sujet ?

Un adolescent, qu'il soit malade ou bien portant, se demande toujours s'il est normal et attend de nous une forme de réponse à cette question. Derrière ce « suis-je normal ? », qui peut concerner la taille, le cœur, la corpulence, les caractères sexuels, les rapports aux parents ou tout autre aspect de l'expérience pubertaire, se cache aussi une autre question : « êtes-vous prêts à m'accepter et à me respecter *comme je suis, comme je pense, et comme je pense que je suis* ? ». Pour un adolescent *qui va mal*, cette assurance préalable est essentielle car elle concerne surtout ce qui fait mal, ce qui fait problème à la fois « en lui » et dans ses relations avec ses proches ; autrement dit ce qui le rend vulnérable, qu'il ne maîtrise pas et dont il doit naturellement « se protéger ». Cette assurance d'être respecté sans être jugé l'autorise donc à s'ouvrir sur « ce qui ne va pas », ce qui au passage peut inclure des idées suicidaires ou un antécédent de tentative de suicide. Mais surtout, elle seule pourra lui procurer le sentiment qu'il peut être entendu *y compris dans ce qu'il acceptera ou non de l'aide proposée*. Car paradoxalement, venir en aide à un adolescent ne va jamais de soi, *a fortiori* lorsqu'il se présente « en souffrance ». Etre en souffrance, même à la suite d'un « appel au secours », ne veut pas dire être passif et prêt à saisir n'importe quelle main tendue. Avoir fait une tentative de suicide, en particulier, témoigne d'un sentiment de désespoir doublé d'une *affirmation*, d'un mouvement de rupture hostile très actif qui n'est pas le fruit du hasard et qu'il convient avant tout de respecter comme tel, jusqu'à plus ample information.

Le passage à l'acte suicidaire opère une « substitution aigue du somatique au penser »<sup>8</sup>. Disons qu'il est parfois le seul à permettre

---

<sup>8</sup> Expression de Philippe Gutton

l'extinction d'une conscience devenue insupportable... De la même manière, l'acte-suicide ne peut être tenu pour un langage<sup>9</sup>. Nous sommes d'accord. Mais à partir de là, est-il exact de dire que les adolescents suicidants souffrent forcément de difficultés de « mentalisation » ? Ce point de vue procède du parti pris théorique et surtout expose aux malentendus dans la relation de soins. Il serait sans doute plus pertinent de dire que la tentative de suicide « a tenté de dire quelque chose par un acte, là où la communication verbale était devenue impossible »<sup>10</sup> ou totalement stérile. ...

C'est pourquoi insister sur le fait que l'urgence, à la suite d'une tentative de suicide, est de lui « donner du sens » mérite un minimum de précautions. Tout dépend de ce que l'on entend par « sens », et la manière dont on pense devoir « donner » ce sens. Pour le psychanalyste, non seulement le suicidant ignore ce qu'il fuit et ce qu'il vise à travers son geste... mais en plus, les motifs qu'il avance sont des leurre. Le problème, c'est que les adolescents suicidants ont souvent leurs propres « bonnes raisons » immédiates d'avoir fait ou d'avoir été contraints de faire ce qu'ils ont fait et entendent généralement les faire valoir. Ils ont tendance à se méfier des intervenants qu'ils jugeraient trop assurés d'un « savoir » sur ce qu'eux-mêmes ne seraient pas censés connaître de la signification de leurs propres actes ; des bons samaritains trop à même d'envahir ou d'interpréter à leur guise leur « monde interne »<sup>11</sup>... Chez les adolescents, il est des « non-sens » et des « sens interdit » qu'il importe absolument de savoir respecter, le temps nécessaire..., sous peine de déroutantes fins de non recevoir<sup>12</sup>.

En revanche, au-delà des particularités de son état d'humeur ou de sa personnalité, l'adolescent suicidant et ses parents se trouvent presque toujours dans une impasse relationnelle plus ou moins patente. Cette impasse est faite de ruptures de communication, d'incidents montés en épingle, de reviviscences conflictuelles d'évènements du passé,

---

<sup>9</sup> Pour André Haïm, voir dans le suicide un langage serait même un « contre sens majeur » [A. Haïm, 1969. Op. cité (p.277)]

<sup>10</sup> Pour reprendre les termes de Victor Courtecuisse

<sup>11</sup> « A ce niveau d'intervention, l'acte de foi... peut difficilement faire l'économie d'une certaine pédagogie (pour ne pas dire séduction) : l'un sait, et l'autre est encore dans l'ignorance ! » [Ladame F. Adolescence et suicide : quelles perspectives thérapeutiques ? In : F. Ladame, J. Ottino, C. Pawlak. Adolescence et suicide. Paris, Masson 1995 (p.136)]

<sup>12</sup> « (...) encore tout fleuri des roses vermeilles de la jeunesse et des roses blanches de l'enfance, vous avez senti des ardeurs qui vous ont effrayé ; conçu des pensées qui vous ont glacé d'horreur ; de tels rêves ont hanté vos veilles et vos nuits, que leur seule évocation vous ferait monter le rouge au visage. – Assez ! balbutia Dorian Gray, assez ! vous me bouleversez. Je ne sais que dire. Il y aurait une réponse à vous faire, mais je ne la trouve pas. Ne parlez plus. Laissez-moi réfléchir, ou plutôt m'efforcer de ne pas réfléchir ». (Oscar Wilde, Le portrait de Dorian Gray, 1890, chap.2).

d'incompréhensions mutuelles..., le tout exacerbé par la poussée pubertaire et ses divers effets « perturbateurs ». Parfois, cette problématique est inapparente en surface, masquée par l'évènement conjoncturel déclenchant ou par les sentiments de culpabilité : c'était une « bêtise ». Parfois au contraire, elle se devine facilement derrière un : « pourquoi tu m'as (nous) a fait ça ? »... ou encore un : « ils verront maintenant de quoi je suis capable ». Ailleurs, l'adolescent « ne sait pas »... tout en étant clairement l'enjeu, la victime ou le problème désigné d'une violence ambiante ou de conflits parentaux dont il se sent responsable mais qui le dépassent. Quelle que soit la présentation, c'est finalement dans cet espace relationnel tendu, celui de l'histoire des *déboires sentimentaux* d'un enfant devenu grand et de sa famille, qu'il est certainement le plus intéressant et le plus utile d'intervenir sur le vif. C'est d'ailleurs bien souvent le seul à partir duquel il soit possible d'engager un travail immédiat et de faire ressortir, non tant le sens caché, que la « fonction » et d'une certaine façon la « valeur » révélatrice de la tentative de suicide en tant qu'« acte dédié », au sens positif et heuristique du terme.

## 5 - Aider un adolescent qui va mal : les dangers de l'illusion de l'évidence

*« L'adolescent ressent du mal-être ; il consulte son médecin généraliste ; ce dernier l'oriente vers un psychiatre ; à l'école, l'adolescent se sent mal en cours ; il consulte l'infirmière (ou le médecin scolaire) ; elle le réadresse vers le médecin généraliste qui lui-même réoriente le jeune vers son psychiatre, etc. »*<sup>13</sup>. Il y a encore quelques années, on dénonçait l'insuffisance de détection et de prise en compte des adolescents en difficulté, tout comme les dangers de la banalisation des tentatives de suicide. Aujourd'hui, ces mises en garde aux accents fortement comminatoires<sup>14</sup> ayant porté leurs fruits, c'est volontiers l'inverse qui se produit. L'entourage familial ou médicosocial s'inquiète ou se retrouve en difficulté avec un adolescent. S'en suit une sur-sollicitation anxieuse, exaspérante et finalement souvent contre-productive à l'adresse des « pys », eux-mêmes embarrassés car débordés, insuffisamment formés ou tout simplement non disposés (voir chapitres 5 et 11). A défaut d'autre chose ou « en attendant », certains de ces adolescents

---

<sup>13</sup> Pommereau X. L'adolescent suicidaire. Paris, Dunod 2005 (p. 173)

<sup>14</sup> Par exemple, cette tirade étonnante : « Le concept de « crise de l'adolescence » banalisé, vulgarisé a certainement contribué à la mort de plus d'adolescents que les maladies sexuellement transmissibles » (sic !) [Le Heuzey MF. Suicide de l'adolescent. Paris, Masson (coll. Consulter prescrire), 2001 (p.31)]

se verront prescrire des psychotropes, le plus souvent inutiles et de surcroît utilisables pour une tentative de suicide...

Ce climat fait d'attentes démesurées ou de dépendance « instituée » à l'égard des spécialistes de la psyché est délétère. Certes très en vogue aujourd'hui<sup>15</sup>, cette fixation sur la psychiatrie masque en réalité ici une peur, là une méconnaissance ou une paresse, là encore un rejet. Surtout, elle dissuade de toute alternative. Beaucoup de jeunes, parfois pétris d'attente mais très vite mis sur la défensive, se retrouvent ainsi de fait « lâchés » et en retour facilement désabusés.

En cas de tentative de suicide, considérer que les choses relèvent au final *exclusivement* de la responsabilité de la santé mentale<sup>16</sup>, c'est de fait - même si on s'en défend - attribuer à tous les adolescents suicidants une même et inquiétante « étrangeté » pathologique. C'est surtout les réduire et les isoler durablement à leur seul comportement. C'est enfin s'en séparer au plus tôt pour les inviter, et leurs parents avec eux, à se faire soigner avec leurs problèmes supposés « ailleurs ». En caricaturant à l'extrême, ils devraient se résoudre à ne pousser qu'une seule porte, celle d'un « psy » auprès duquel il leur serait demandé de rester fidèle. Cette façon de faire n'est rendre service ni à bon nombre d'adolescents suicidants, qui tôt ou tard signifieront leur désaccord à leur manière, ni à nos collègues en santé mentale, soumis au même vice de forme et son lot de rendez-vous manqués.

Hormis la consultation dite « d'évaluation psychiatrique », un travail psychothérapeutique ne relève ni d'une prescription ni d'un choix véritablement réfléchi, mais plutôt d'un encouragement et d'une acceptation. C'est particulièrement vrai dans le domaine du suicide où l'on aurait généralement tendance à imaginer le contraire. L'erreur simplificatrice commune n'est-elle pas de « confondre » un peu trop facilement suicide et dépression<sup>17</sup>? Et quand bien même, ne cédon pas à *l'illusion de l'évidence* : s'il est de notre compétence de soigner les maladies, soulager la souffrance

---

15 Voir par exemple le rapport thématique 2007 de la défenseure des enfants : « Adolescents en souffrance ».

16 Entre autre exemple, voir le référentiel d'observation pour le repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent à l'usage des médecins, édité en 2006 par la Fédération française de psychiatrie.

17 Nous ne détaillerons pas ici, dans cet ouvrage, les nombreux travaux effectués chez les adultes mais aussi les adolescents, qui ont tenté de préciser, parfois même « démontrer », les liens existant entre dépression et tentative de suicide.

et comprendre le malheur, il n'existe pas pour autant de recette du bonheur<sup>18</sup>, encore moins de « traitement » univoque et éprouvé - psychiatrique ou autre -, de la vulnérabilité suicidaire.

## 6 - Au-delà de l'envie de mourir...

Aider un adolescent qui va mal, c'est disposer d'un certain nombre d'outils et savoir s'en servir. Mais c'est surtout être prêt à *s'investir*, pour peu que l'adolescent et ses parents le demandent ou y sont disposés. Cela veut dire donner de sa personne, entendre les doléances et supporter les tensions, faire un inventaire et répondre aux besoins de santé de base, être à disposition, conseiller mais ne pas se contenter d'« orienter ». Ce constant souci d'adaptation, cette nécessité de s'entendre avec l'adolescent et sa famille tels qu'ils sont, en les rejoignant d'abord *là où chacun se trouve ici et maintenant*, voilà ce qui caractérise la clinique médicale de l'adolescent<sup>19</sup> (voir chapitre 11.4,5 et Conclusion), en particulier celle de l'adolescent suicidant. Voilà également ce qui mériterait d'être enseigné partout, sans limiter la question au « dépistage », à l'« hospitalisation » ou à la seule « surveillance » d'un hypothétique traitement psychiatrique. « Il n'existe pas de solution miracle », insiste Laufer. Ce que cela implique, c'est donc d'abord de faire taire les arguments d'incompétence et comprendre que l'enjeu n'est pas tant « d'augmenter notre savoir que de diminuer nos résistances à la rencontre »<sup>20</sup>. C'est ensuite ne pas se voiler la face et accepter, sans se contenter de le déplorer, que beaucoup de ces jeunes ne bénéficieront jamais - ou jamais « vraiment » -, d'une prise en charge par les professionnels en santé mentale. C'est enfin savoir surmonter les *a priori*, rester ouvert à l'inconnu et tolérer de travailler sans toujours tout « comprendre » ni tout maîtriser<sup>21</sup>.

Tout omnipraticien un tant soit peu engagé et intéressé devrait *sûrement* se sentir autorisé à travailler auprès d'un adolescent suicidant et à

---

18 A propos de la recherche du bonheur, Pascal n'a-t-il pas déclaré: « C'est le motif de toutes les actions de tous les hommes, jusqu'à ceux qui vont se pendre » ? (Pensées, chap. 21)

19 Alvin P. Médecine de l'adolescent : une pratique, une vocation. *Neuropsychiatrie Enfance Adolesc* 2007 ; 55 : 31-4

20 Binder P. Le mal-être des adolescents mobilise. *La Revue du Praticien MG* 2007 ; 21 (790) : 1117

21 André Haïm, dans le dernier chapitre de son ouvrage, évoque avec grande honnêteté la difficulté posée par les jeunes suicidants qui refusent tout traitement. « Chez eux, la susceptibilité à la blessure narcissique est extrême (...). Ils posent les problèmes les plus délicats, et parfois le moins dangereux est de ne rien faire » (nous rajouterions : ne rien faire sans pour autant abandonner..., toute la différence est là).

partir de là, aller « au contact » et tout mettre en œuvre pour créer les conditions d'une alliance réelle, tolérable et durable<sup>22</sup>. Nombre de menaces ou de crises suicidaires - nonobstant leurs inévitables zones d'ombre -, auront ainsi le plus de chances d'être prises en compte, de révéler ce qui mérite de l'être, susciter les changements nécessaires et surtout, ne pas finir « lettre morte ». Un adolescent qui pense au suicide ou qui a fait une tentative de suicide est toujours à prendre très au sérieux. Mais c'est avant tout, la plupart du temps, un adolescent comme un autre qui réclame d'être reconnu et abordé comme tel. Au-delà de son envie de mourir, toute réelle puisse-t-elle être, se cache et bien souvent coexiste *une autre et « folle » envie*, celle de vivre, de « vivre autrement ».

---

22 Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Revue du Praticien 2005 ; 55 (10) : 1073-7