



Idéations et actes suicidaires d'adolescentes : comment les comprendre et y répondre ?

Emmanuel de Becker, Anne-Sophie Quintart

DANS **LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT** 2024/1 (VOL. 67), PAGES 125 À 143
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 0079-726X

ISBN 9782130861287

DOI 10.3917/psy.671.0125

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2024-1-page-125.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

IDÉATIONS ET ACTES SUICIDAIRES D'ADOLESCENTES : COMMENT LES COMPRENDRE ET Y RÉPONDRE ?

EMMANUEL DE BECKER ¹
ANNE-SOPHIE QUINTART ²

IDÉATIONS ET ACTES SUICIDAIRES D'ADOLESCENTES : COMMENT LES COMPRENDRE ET Y RÉPONDRE ?

Les adolescentes qui commettent un acte suicidaire souffrent d'un trouble de gravité très variable et ne présentent pas nécessairement une pathologie mentale identifiable d'un point de vue nosographique. Ainsi, il y a lieu de tenir compte de la diversité des situations et des motifs qu'il semble possible d'associer aux intoxications volontaires. À travers cet acte, 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. Cette contribution propose de discuter de quelques aspects liés aux idéations et aux passages à l'acte suicidaires et de proposer un canevas de prise en charge de ces jeunes adolescentes et de leur entourage.

Mots-clés : Adolescence, crise, mort, passage à l'acte, suicidalité, suicide, tentative de suicide

SUICIDAL IDEATIONS AND ACTS IN ADOLESCENT GIRLS: HOW TO UNDERSTAND AND RESPOND TO THEM?

Adolescent girls who commit a suicidal act suffer from disorders of varying severity and do not necessarily present an identifiable mental pathology from a nosographic perspective. Therefore, it is important to consider the diversity of situations and motives that seem to be associated with voluntary intoxications. Through this act, it's not just about an aborted resolution to end it all or disappear, but also about a way to cope with failure, renegotiate one's destiny, or even to protest or oppose the will of others, when no other recourse has been possible. This contribution aims to discuss some aspects related to suicidal ideations and acts and to propose a framework for the care of these young adolescents and their environment.

Keywords: Adolescence, crisis, death, acting-out, suicidality, suicide, suicide attempt

IDEACIONES Y ACTOS SUICIDAS EN ADOLESCENTAS: ¿CÓMO ENTENDERLOS Y RESPONDER A ELLOS?

Las adolescentes que cometen un acto suicida sufren de trastornos de gravedad muy variable y no presentan necesariamente una patología mental identificable desde una perspectiva nosográfica. Por lo tanto, es importante considerar la diversidad de situaciones y motivos que parecen estar asociados con intoxicaciones voluntarias. A través de este acto, no se trata

1. Psychiatre infanto-juvénile aux Cliniques universitaires Saint-Luc, B-1200 Bruxelles, Belgique

2. Psychologue clinicienne, psychanalyste, Chaussée de Wavre, 520, B-1040 Bruxelles, Belgique.

solo de una resolución abortada de terminar con todo o desaparecer, sino también de una forma de lidiar con el fracaso, renegociar su destino, o incluso de protestar o oponerse a la voluntad de otros, cuando no ha sido posible encontrar otro recurso. Esta contribución tiene como objetivo discutir algunos aspectos relacionados con las ideaciones y actos suicidas y proponer un marco para el cuidado de estas jóvenes adolescentes y su entorno.

Palabras clave: *Adolescencia, crisis, muerte, actuación impulsiva, suicidalidad, suicidio, intento de suicidio*

INTRODUCTION

Depuis les mesures sanitaires liées à la crise Covid, nous observons une augmentation significative des idéations suicidaires et des tentatives de suicide principalement chez les jeunes adolescentes. Ainsi, les salles d'urgence des hôpitaux généraux comme les contextes de consultations en santé mentale sont à ce point sollicités pour ces aspects que les modalités d'accueil et d'accompagnement sont largement mises en défaut, participant *de facto* à l'aggravation de la situation. Aux urgences, la présentation devenue classique est celle de l'arrivée d'une jeune de 14 ans ayant absorbé de grandes doses de médicaments dérobés dans la pharmacie domestique. Il s'agit habituellement de Paracétamol, d'Ibuprofène ou d'autres molécules facilement disponibles à la maison. Il arrive également que l'adolescente ingère les psychotropes prescrits pour elle-même ou pour un familier.

Cette contribution propose de discuter de quelques aspects liés aux idéations et aux passages à l'acte suicidaires et de proposer un canevas de prise en charge de ces jeunes adolescentes et de leur entourage. Il nous paraît en effet opportun de préciser les tenants et aboutissants de ces situations particulièrement éprouvantes, au risque sinon de tomber dans la stigmatisation voire l'inadéquation dans les interactions thérapeutiques.

L'abord de ces questions se base sur nos expériences issues d'une part de la consultation générale « tout-venant » en santé mentale pour les enfants, les adolescents et leur famille, et d'autre part de la supervision d'une salle d'urgences et de crises psychiatriques au sein d'un hôpital général.

MULTIPLES ENJEUX À L'ADOLESCENCE

Sans être exhaustifs, évoquons quelques enjeux psychiques et relationnels de l'adolescence, période qui constitue pour certaines jeunes un « facteur suicidogène » en lui-même. 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 référence identitaires solides. Pour des auteurs comme Jaïs (2023), beaucoup d'adolescents naviguent dans les affres d'un « pot au noir », oscillant entre refoulement et régression. Les mesures sanitaires prises lors de la récente pandémie ont d'ailleurs précipité nombre de jeunes dans cet état de doutes anxiogènes, générant tout un cortège de symptômes. Combien ne rencontrons-nous pas d'adolescentes aux prises avec un TCA quand ce ne sont pas d'insidieuses idéations suicidaires qui les taraudent. La métaphore du « pot au noir » provient de l'observation pertinente de Winnicott (1962) lorsqu'il considère que le jeune doit traverser « ce moment de l'adolescence où on ne sait pas de quel côté le vent va tourner et s'il va y avoir du vent » (1962, p. 398). Pourtant, cette période particulière de l'existence est loin d'être perçue comme calme, même si nous l'observons parfois chez certains individus inhibés et/ou déprimés. Comme le souligne Jaïs (2023), il peut s'agir d'un paradoxe apparent, relatif chez l'adolescent qui, s'il se montre instable physiquement, connaît une pause dans l'évolution de sa psyché, son agitation corporelle étant à comprendre comme une lutte contre l'immobilisation psychique. Si Winnicott considère cette traversée comme une période normale à l'adolescence, « une phase où ils se sentent futiles parce qu'ils ne se sont pas encore trouvés » (*ibid.*, p. 405), le pot au noir est, dans une conception maritime, une zone où l'affrontement de vents parfois violents, soufflant en sens opposés, peut totalement immobiliser le navire. Nommée zone de convergence intertropicale sur le plan météorologique, elle est décrite par les marins comme un lieu de calme apparent tout en étant un lieu redouté et potentiellement dangereux. Dans cette traversée de l'adolescence, les forces psychiques en présence ne seraient-elles pas comme ces vents qui s'affrontent ? Du normal au pathologique, l'immobilisation psychique adolescente pourrait correspondre le cas échéant aux effets de forces contraires qui s'opposeraient lors de la poussée pulsionnelle pubertaire.

À la suite d'Ewanzo et de Jung (2023) nous considérons l'adolescence tel un temps de « configuration œdipienne », qui se décline dans l'entrée dans « l'adultité » (Gutton, 2013). L'éveil du génital enclenche différentes métamorphoses à la fois pulsionnelles et corporelles qui impliquent des réaménagements identificatoires, intersubjectifs et intrasubjectifs. Le sujet adolescent se trouve sollicité dans ses fondements narcissiques et objectaux, que ce soit dans la poursuite de sa construction identitaire et l'intégration d'une nouveauté pulsionnelle ou le réaménagement de ses liens avec son environnement, comprenant ses objets primordiaux et la réalité externe. Pour Ewanzo et Jung (2023), « ces différents remaniements amènent le sujet à se lancer dans une conquête de soi particulière où le sol à conquérir, à s'approprier, est un sol en cours de transformation, notamment hérité des objets miroirs premiers et qu'il s'agit de faire siens en s'y reconnaissant » (Ewanzo, Jung, 2023, p. 466). Cette conquête de soi passe entre autres par un processus de différenciation, de désaliénation de l'emprise de l'autre. Selon Roussillon (2006), « l'appropriation subjective est un processus qui répond à un « impératif "surmoïque" » au sein duquel le sujet est contraint d'assimiler ce qui lui a été transmis » (Roussillon, 2006, p. 63). L'auteur souligne que l'appropriation subjective, répondant à un impératif narcissique, se construit dans l'intersubjectivité, dans un espace « d'entre-je(u) » où se chevauchent l'aire du sujet et celle de l'objet-autre-sujet. Ewanzo

et Jung poursuivent en soulignant que « c'est par un jeu de miroirs intersubjectif que l'enfant apprend à reconnaître, à sentir, à intégrer, à voir, à entendre ce qui se passe en lui et autour de lui. Et c'est par le reflet de l'environnement que le sujet vu par son environnement peut se permettre de voir et de regarder le monde avec créativité, mais aussi de se voir lui-même pour se sentir exister (Winnicott, 1971). Il s'agit dès lors pour le sujet adolescent de ressaisir son propre miroir intérieur à l'aune des transformations/pubertaires » (Ewanzo, Jung, 2023, p. 466-467).

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... Si de nombreux jeunes se disent perdus, démunis par l'absence entre autres de portes d'entrée rituelle, d'autres parviennent à se frayer un trajet personnel à travers une culture juvénile portée en l'occurrence par les lois du marché ou par des repères idéologiques. 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.

Il paraît évident que depuis des années le nombre d'adolescents en souffrance psychique augmente. Empêchés de trouver les modalités d'une réalisation de soi ceux-ci sont profondément abîmés par les conditions socio-affectives qui les baignent. Le Breton (2015) considère que leur souci n'est pas tant de trouver une place dans la société que de trouver une place dans leur propre existence. Les références sociales et culturelles, qui se multiplient et qui se concurrencent, se confrontent, se relativisent les unes aux autres, alimentent ce climat de confusions et d'absence de consensus. Les discours ambiants d'auto-détermination dès le plus jeune âge risquent de former une société d'individus pétris d'une individualisation du sens, conduisant à une nécessité de s'instituer par soi-même ; l'adolescent, à défaut de figure stable et bienveillante d'autorité, est amené à devenir auteur de lui-même. En recherche de limite de sens et de sensation d'exister, dans la perspective de se sentir vivant et réel, de ressentir devenir une vraie personne, il court le risque d'emprunter des chemins de traverse, par exemple en tombant sous le charme des sirènes du radicalisme... Ainsi, comme le soulignent Rousseau et Miconi (2020), certains jeunes peuvent être attirés par une polarisation les conduisant dans des processus de radicalité. Nicolas et Goguel d'Allondans (2023) avancent l'idée selon laquelle, « la radicalité dont peut faire preuve un adolescent (dans la mise en défaut des générations qui le précède) peut faire écho à sa dualité interne quant aux conditions de sa propre existence. En effet, comme l'annonce le philosophe Badiou dans « la vraie vie » (2016), le jeune se trouve en difficulté à se situer dans le nouveau monde, car il se trouve face à des horizons antagonistes : « Au fond, quand on est jeune, on est souvent en proie à ces deux possibles orientations de l'existence : la passion de brûler sa vie, la passion de la construire »

(*ibid.*, p. 116). Autrement dit, lorsqu'il s'agit de son avenir, le jeune navigue entre le nihilisme de sa propre trajectoire (citons ici un poète particulièrement plébiscité par la jeunesse, Arthur Rimbaud, et son aphorisme : « La vraie vie est absente. Nous ne sommes pas au monde » (Rimbaud, 1873)). C'est donc à la fois cette lutte interne de l'adolescent et ce combat mené à l'encontre de la société tout entière qui imprègnent les discours adolescents sur le monde. C'est avec ce mouvement paradoxal que nous cherchons à lier la question de la revendication adolescente à celle de la transmission entre les générations. Aux injonctions sociales et parentales, l'adolescence pose la question de son libre arbitre : « Puis-je choisir de ne pas choisir ? » (Nicolas et Goguel d'Allondans, 2023, p. 357-358). Comme le rappellent Lanjalley et Moro (2021), s'engager demande de s'agréger à un nouveau groupe et à ses valeurs réelles ou supposées.

Comme les adolescents sont assignés à une place par la génération antérieure, ils sont tenus en réaction à développer un processus actif qui les pousse à interroger ce monde afin d'y trouver ensuite leur place personnelle, à déployer leur singularité. Le défi consiste à déterminer une identité narrative, c'est-à-dire à pouvoir s'énoncer et à nommer les affiliations, les appartenances, les histoires collectives à travers le prisme de la subjectivité. L'adolescence n'est pas seulement la période de l'idéalité dans le sens de la construction d'idéaux ; elle recouvre aussi celle des croyances et surtout des engagements. La soif d'idéal fait écho à une soif d'engagement. Comme cette transformation s'accompagne de nombreux défis, elle génère potentiellement une sensation d'anéantissement chez le jeune. Un sentiment de vide laisse alors place à la question de la vie et de la mort...

Des auteurs tels Le Breton (2015) ou Matot (2012) considèrent la conquête d'une identité personnelle comme l'enjeu premier auquel est confronté l'adolescent. Par ses interrogations sur le sens de l'existence, sur ses origines et son avenir, l'adolescent questionne fondamentalement son identité, régulièrement étonné par les restructurations et reconfigurations liées aux multiples projections et identifications qu'il établit. C'est ainsi qu'il peut connaître une traversée adolescente marquée par une succession voire une juxtaposition d'identités pour aboutir à celle qu'il incarnera à terme. L'adolescent doit également passer par un travail de déconstruction de son passé, de son héritage familial, élaboration à ne pas comprendre comme « un deuil à faire de son enfance ». Loin d'être assimilé à un renoncement, ce mouvement permet l'ouverture à la violence transformatrice, à l'élan vital. Tout l'enjeu du clinicien consiste à distinguer déconstruction et destructivité dans le chef du jeune. En effet, la confusion fait émerger la haine. Matot (2012) souligne que c'est trop souvent le cas dans nos sociétés occidentales. Il met en cause la manière dont elles empêchent les processus de déconstruction, sollicitant de ce fait la destructivité qui naît de cette impossibilité. Le jeune sujet tombe alors dans la pathologie, sous l'emprise d'un narcissisme mortifère. En corollaire, le mouvement de déconstruction nécessite de disposer d'un autre vecteur psychique pour pouvoir se développer, celui de l'enchantement, qui se manifeste entre autres par le besoin des adolescents de plonger dans des mondes imaginaires, magiques ou virtuels, les autorisant à transformer la toute-puissance, reflet du Moi idéal. Soulignons combien partir en quête d'une identité mobilise la tension entre Idéal du Moi et Moi idéal. Sollicitant la balance établie entre recherche de

sécurité et stratégies d'exploration, l'adolescent est attendu à se situer sur plusieurs volets comme la mutation des liens, les rapports à la loi et à la mort, les enjeux en lien à la jouissance interdite, les aspects liés à la sexualité et à l'identité. À la suite de Freud qui estimait que l'humain ne renonce jamais (mais qu'il échange une chose contre une autre), le jeune individu va explorer, tenter de faire reculer les limites, pousser les bords de ce qui fait autorité, en réinterrogeant le sentiment de toute-puissance qu'il a plus ou moins vécu antérieurement. Le processus de déconstruction fait écho au désenchantement et à la désidéalisiation. Dans la suite, la construction de l'individu social vise à pouvoir basculer d'une place assignée vers une place idéalisée dans la perspective d'investir une place engagée.

Par ailleurs, l'un des enjeux du passage adolescent concerne l'intégration de la représentation du corps sexué dans ses liens à l'organisation fantasmatique, ce qui ne peut se réaliser sans encombre. Golse (2016) rappelle que cette période particulière implique des renoncements, des « deuils développementaux ». À l'adolescence, les changements liés à l'action pubertaire peuvent faire traumatisme. Au temps adolescent, le lien entre le corps et la psyché peut sembler rompu, le corps étant vécu comme étranger au risque extrême d'une dépersonnalisation. Selon Laufer repris par Matot (2012), « les changements corporels de la puberté sont ressentis non seulement comme une perte de contrôle, mais surtout comme l'effet d'un pouvoir extérieur aux adolescents qui agit sur leur corps, les confrontant à des vécus persécutifs, d'impuissance, de passivation, liés inconsciemment à l'action d'une mauvaise mère omnipotente » (Matot, 2012, p. 221). L'entrée en adolescence fait aussi bouger toute la construction identitaire mise en place au cours de l'enfance. L'adolescence dans le mouvement développemental qu'elle induit provoque un déséquilibre réactivant potentiellement des angoisses, des peurs, des sentiments d'insécurité, de solitude, de colère, de culpabilité, de honte à la mesure du manque de souplesse et de suppléances des mécanismes qui ont été mis en œuvre pendant l'enfance, au niveau intrapsychique et des modes relationnels familiaux et extra-familiaux.

À la suite de ces considérations, nous rencontrons des jeunes en crise dont les manifestations critiques sont habituellement aiguës, intenses et spectaculaires. L'agir est au premier plan et peut adopter les multiples facettes de ce qu'on appelle les troubles externalisés du comportement. Ce n'est pas toujours le cas et l'attention doit être portée aux crises dites « silencieuses » (de Becker, 2018), lorsque le jeune se replie sur lui-même, décroche de ses centres d'intérêt et de ses liens privilégiés. L'absence d'éclats peut erronément rassurer un entourage socio-familial trop préoccupé par d'autres sources de stress. Rappelons combien les représentations sociales de la crise sont variées et variables ; pour telle famille, certains événements seront compris comme critiques alors qu'une autre les intégrera dans le décours des péripéties dites normales de l'existence. Ces réflexions nous amènent à évoquer le diagnostic à l'adolescence et les dimensions qui l'étaient d'autant qu'il demeure sujet à controverses et à débats. Il est vrai qu'il n'est guère aisé pour le clinicien de se positionner entre les risques liés à une suspension diagnostique et ceux inhérents au « surdiagnostic ». Pour notre part, nous nous inscrivons dans les propos de Corcos et Lamas (2016), entre autres lorsque ceux-ci étudient la psychopathologie des fonctionnements limites à adolescence. Ces auteurs pro-

posent ainsi une « approche résolument dynamique et économique, relativisant la notion de structure appliquée à la réalité intrapsychique (que ce soit dans sa forme catégorielle (DSM IV-TR ; DSM 5 ; CIM 10), ou psychanalytique (psychose, névrose, perversion)) et nous avons une grande réserve à l'égard d'une approche structurale à cet âge. Nous préférons ainsi parler d'organisation ou de « modes de fonctionnement », ce qui suppose des mouvements de désorganisation et de réorganisation, et des modalités diverses de fonctionnement. Celles-ci peuvent se juxtaposer sans que la prédominance d'une modalité soit encore assurée. Et ce sera souvent l'effet de l'adolescence que de conduire à cette prédominance » (Corcos, Lamas, 2016, p. 16).

Sur un autre registre, soulignons l'importance des réseaux sociaux, définis comme l'ensemble des plateformes et d'applications en ligne, de création et de partage de contenus ; ils font partie intégrante de la vie des adolescents depuis deux décennies. Ces réseaux sociaux, par leur dimension figurative, à partir des images qu'ils promeuvent, mais également grâce à leur utilisation collective dans des groupes des pairs, offrent aux jeunes une scène sur laquelle s'extériorisent les principaux conflits émergeant chez l'adolescent. Comme le soulignent Ikiz et Houssier (2022), « la régression formelle et la pensée régrédiente au sein du travail de figurabilité constituent le travail psychique nécessaire afin de rendre intelligible un vécu traumatique et de lui donner un sens (Botella C. et S., 2007). La pensée régrédiente maintient un lien indissociable avec « une zone de non-représentation » de la psyché (*ibid.*, p. 159). Les éléments non-représentés, s'ils ne sont pas transformés par le travail de figurabilité, seront vécus par le Moi comme un trop-plein d'excitations traumatiques impossibles à contenir. Si ce travail de transformation échoue, le risque est alors le surinvestissement du pôle sensoriel et de la perception, pouvant mobiliser massivement les potentialités hallucinatoires, jusqu'à remettre en question la différence entre le rêve et la réalité » (Ikiz et Houssier, 2022, p. 341). Il y a dès lors lieu de tenir compte de la portée de ces processus dans le contexte de suicidalité.

DE QUELQUES DÉFINITIONS

Au regard des multiples discussions sémantiques, veillant à la clarté des propos, nous proposons de parcourir quelques définitions en lien avec la thématique. On ne peut aborder la question du suicide sans faire un détour par celle de la mort et de la position du sujet à son égard. Intégrer le concept de mort demande le temps de la maturation cognitive et psycho-affective, en s'organisant autour de deux axes essentiels que sont la perception de l'absence et l'appréhension de la permanence de l'absence. Le sujet doit donc assimiler un vécu d'anéantissement de soi ou de l'autre et réagir à la perte et à la séparation. Les caractères d'irréversibilité, d'irrévocabilité et d'universalité font ainsi l'objet d'un long cheminement intégratif même si l'on reconnaît que les aspects de la conscience de la mort demeurent complexes pour tout humain. En effet, comme Freud l'a évoqué, l'inconscient n'admet pas plus aujourd'hui que jamais l'idée de sa propre mortalité. La mort n'est connue que comme la mort de l'autre. Et si elle habite toute destinée humaine, c'est pour mieux être déniée pendant tout le cours de celle-ci. Précisons encore que la question de la mort

ne peut se réduire à sa connaissance notionnelle. Et il n'est pas nécessaire d'avoir une idée précise de la notion de mort pour désirer se tuer. Rappelons que l'intégration du concept de la mort détermine une certaine représentation de l'état de « non-être » ; l'individu est ainsi confronté à l'acceptation réaliste de toute destinée humaine. En parallèle, le sens moral de la mort se modifie en passant d'un possible sentiment de culpabilité, des éventuels aspects de vengeance et de punition, vers l'acceptation d'un processus naturel, partie intégrante du cycle de vie biologique.

Le suicide représente une des principales causes de mortalité chez les adolescents et les jeunes adultes (Jobes, 2019). Par son étymologie, il désigne une mort violente provoquée délibérément, accomplie par une personne qui en connaît pleinement, ou en espère, l'issue fatale. S'il nous paraît inapproprié de parler de « suicide réussi », étant donné qu'on ne peut qualifier un décès par suicide de réussite, l'expression de « suicide complété » a aussi laissé la place à celle de « mort par suicide ». Comme la mort est imprévisible, celui ou celle qui décide de se suicider aura le sentiment de prendre le pouvoir sur cette imprévisibilité. Le suicidaire qui se sentait victime ou passif de son existence devient acteur de sa mort. D'une certaine manière, il maîtrise son existence en optant pour la mort.

Quand bien même il est inéluctable que tout humain évoque peu ou prou la mort, l'idée suicidaire constitue le fait de penser à mourir. Le versant « passif » de cette idée correspond à vouloir être mort sans projeter de se suicider ; le versant « actif » traduit la perspective de se tuer. Pour distinguer les deux versants, nous retenons pour le second le terme « d'idéation », qui reflète un mécanisme singulier de production, de développement d'une idée jusqu'à son éventuel achèvement. Le processus suicidaire est défini comme un spectre s'étendant des idées suicidaires au suicide, en passant par les tentatives de suicide et l'ensemble des attitudes préparatoires au passage à l'acte, ces deux derniers types de manifestations recouvrant la part agie du processus. La tentative de suicide se comprend comme un comportement autodirigé, potentiellement préjudiciable, dont l'issue n'est pas fatale et pour lequel on peut retrouver des éléments explicites ou implicites de l'intention de mourir. Cette définition suscite de nombreuses interrogations. En effet, l'intention de suicide se révèle souvent difficile à évaluer du fait, d'une part, de l'ambivalence fréquemment retrouvée chez les adolescents et, d'autre part, des possibilités de sa dissimulation. Il peut arriver que des cas de décès dus à une auto-agression sans intention de suicide, ou à des tentatives de suicide avec intention initiale de suicide mais au cours desquelles les jeunes suicidants ont changé d'avis trop tard, soient inclus dans les données relatives aux décès par suicide. La distinction entre les deux se révèle subtile et il est complexe de vérifier combien de cas sont imputables à l'auto-agression avec ou sans intention de suicide. Il s'avère dès lors impossible de différencier dans certaines conduites suicidaires à l'adolescence les manifestations « d'auto-agressivité non suicidaire » des comportements où l'intentionnalité de mort est au premier plan. Il y a lieu de considérer la représentation du geste pour la personne, la détermination qu'elle avait au moment de le poser car il n'existe pas de « petites ou de fausses tentatives de suicide ». La gravité du geste suicidaire n'est pas déterminée uniquement par la dangerosité du moyen utilisé. Une tentative de suicide n'est jamais anodine, quels que soient les moyens mis en œuvre. Par ailleurs, on entend parfois

l'expression d'une « tentative de suicide échouée » ou encore « l'échec de l'acte ». De façon quelque peu réductrice, nous pourrions retenir que « rater une tentative de suicide, c'est mourir... alors que rater un suicide, c'est vivre ». Quoi qu'il en soit, la prudence est de mise étant donné qu'une tentative de suicide peut dramatiquement se transformer en suicide comme un suicide « raté » être malencontreusement interprété en tant que « simple » tentative... Et un suicidaire qui rate son suicide va plus que probablement réitérer son geste, déterminé qu'il est à parvenir à ses fins.

Quant à la crise suicidaire, elle traduit un état réversible et temporaire dont le risque majeur est le suicide. Ainsi, confronté à l'insuffisance de ses moyens de défense et à sa vulnérabilité, le jeune individu se retrouve en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec lui-même et son environnement (Irigoyen *et al.* 2019). Étymologiquement, la notion de « crise » renvoie d'une part au latin « crisis » signifiant un assaut (par exemple de la nature) ou une manifestation grave (par exemple d'une maladie) et d'autre part au grec « κρίσις » traduisant une décision, un jugement. La racine indo-européenne « krei » signifie séparer, juger, distinguer ou encore passer au tamis, au crible. En termes simples, une crise est une rupture d'équilibre, correspondant à un moment temporaire d'instabilité et de substitution rapide qui remet en question l'équilibre normal ou pathologique d'un sujet ou d'un système. L'aspect « temporaire » est certes variable ; mais, avec le temps nous nous éloignons du « passager », du « provisoire », ce qui explique probablement combien la crise actuelle « se chronicisant » marque profondément la société. Cela étant, la crise joue également le rôle d'un filtre qui sélectionne mais qui est aussi la conséquence de décisions prises antérieurement. Toute crise représente donc un moment crucial, grave et parfois décisif dans la vie d'un individu ou d'un groupe, reflétant entre autres l'inadéquation entre son organisation et la réalité. Une crise est un événement personnel et/ou social qui se caractérise par un paroxysme de souffrances, de contradictions ou d'incertitudes, pouvant produire entre autres des explosions de violence. Notons qu'une crise possède plusieurs caractéristiques. Sans être exhaustifs, citons d'abord le fait qu'elle survient de manière rapide, et ce davantage à notre époque propulsée dans l'instantanéité, avec un pic de crise atteint soudainement. Une crise est aussi habituellement incertaine ; en effet, nul n'est en mesure d'en déterminer les issues, quelles qu'elles soient. Ensuite, une crise présente toujours une certaine visibilité ; elle est perçue par d'autres personnes que celle qui y est directement confrontée. Puis, l'aspect inattendu la marque régulièrement ; qui pourrait en effet déterminer quand elle surviendra et quand elle finira ? Par ailleurs, une crise est par essence marquante ; elle laisse des empreintes sur le fonctionnement de l'individu ou du système qui la traverse. Pour revenir à la crise suicidaire, relevons que celle-ci comprend habituellement des idées de suicide, des manifestations d'une crise psychique et un contexte de vulnérabilité (Alvin, 2011).

CONTEXTES, SIGNIFICATIONS ET FONCTIONS ATTRIBUÉS À L'ACTE

Sans être exhaustifs, évoquons quelques aspects en lien avec les contextes, significations et fonctions pour comprendre l'incompréhensible. À la lumière

des situations rencontrées, l'acte suicidaire peut être compris comme un acte réactionnel (à une déception, un échec, un harcèlement, un abandon, une frustration), une expression d'auto-agressivité ou encore une manifestation de l'imaginaire ; ici l'adolescente reproduit un comportement en le recréant selon certains éléments fantasmatiques, dans un sens parfois totalement étranger à celui de l'acte qu'elle veut reproduire. L'impact de la fiction et du virtuel alimente ce versant.

D'autres significations sont retrouvées dans la littérature comme le suicide impulsif, émotif ou passionnel. Dans bien des cas, il s'agit d'un appel à l'aide, d'une adresse, qui fait suite à un état que la jeune ne peut pas ou plus accepter. Au-delà de toute catégorisation, des éléments de nature diverse complexifient les tableaux cliniques, différentes significations possibles connotant l'acte suicidaire. Quoi qu'il en soit, lorsqu'une adolescente réalise une tentative de suicide, c'est habituellement parce qu'elle veut vivre mais autrement, cherchant à se séparer d'une enfance, à éteindre une excitation envahissante ou encore à se libérer d'un contexte de vie inadéquat. Celui-ci peut être intrafamilial, extrafamilial voire les deux. La maltraitance subie en famille comme le harcèlement scolaire et/ou via les réseaux sociaux constituent des tableaux de présentation classiques. L'agir adolescent peut recouvrir et camoufler les conséquences à court ou à longs termes d'un trauma irréprésentable, impensable, indicible. Toute une panoplie de conduites dites à risque peut aussi être adoptée par la jeune fille, en marge des actes suicidaires ; il s'agit des « équivalents suicidaires ».

En général, on ne peut pas décrire une organisation psychopathologique précise qui puisse être systématiquement rattachée à la tentative de suicide, même s'il existe des lignes de tension et des axes conflictuels communs aux diverses modalités de l'agir en question (Marcelli, Berthaut, 2001). Le poids respectif des deux dimensions prévalentes (dépressive et impulsive) explique la diversité des tableaux sémiologiques et psychopathologiques rencontrés. Ainsi, les jeunes filles qui commettent ce geste manifestent un trouble de gravité très variable et ne présentent pas nécessairement une pathologie mentale identifiable d'un point de vue nosographique.

Selon Delhaye (2023), on retrouve dans le contexte de vie des jeunes ayant posé un acte suicidaire des familles dissociées dans 25 à 50 % des cas ainsi que des antécédents psychiatriques familiaux et des climats incestueux. D'après l'auteur, il n'est pas rare de mettre en évidence un état-limite chez le jeune concerné, marqué entre autres par une grande anxiété, des symptômes dépressifs et des manifestations névrotiques protégeant toutefois insuffisamment contre l'angoisse. Ici, le passage à l'acte court-circuite le vide et la pensée ; en outre, on constate habituellement un attachement de type désorganisé et des mécanismes défensifs tels le clivage, le déni, l'idéalisation, l'identification projective. Cela étant, tous les adolescents, et certainement les jeunes filles, n'appartiennent pas nécessairement à ce registre des pathologies dites limites, quand bien même une évaluation du fonctionnement psychique s'avère pertinente (Corcos, Lamas, 2016).

Se servir d'antidouleurs ou d'anti-inflammatoires n'est guère anodin. Dans notre pratique, il apparaît que beaucoup d'adolescentes recourent à l'agir pour éviter de ressentir, pour se soustraire à l'affect et/ou à des représentations pénibles. En d'autres termes, il s'agit d'une entrave de la conduite mentalisée.

Comme le rappellent Marcelli, Braconnier et Tandonnet (2018), le passage à l'acte constitue souvent une des conséquences de la séparation des pulsions libidinales et des pulsions agressives. Ce faisant, la jeune échappe à la souffrance tout en voyant ses possibilités fantasmatiques et cognitives en partie empêchées. Les auteurs soulignent que les « significations psychologiques et psychopathologiques de l'agir soit comme entrave de la conduite mentalisée soit au contraire comme mécanisme de défense renvoient en partie à la distinction faite par les psychanalystes entre "l'acting-out" et les "actes symptômes" ». Cette distinction permet également de jeter des ponts entre passage à l'acte impulsif, que le caractère brusque, répétitif et la détermination inconsciente rapprochent de l'acting-out et le passage à l'acte compulsif, véritable activité symptôme, accompagnée d'un sentiment de contrainte et dont la fonction défensive apparaît parfois clairement » (Marcelli, Braconnier et Tandonnet, 2018, p. 516-517).

Par ailleurs, les enjeux relationnels sont parfois à ce point élevés qu'ils empêchent la jeune à atteindre un point d'équilibre stable entre appartenance et indépendance, soit que le lien s'avère trop instable, soit que le poids de la relation est excessif. Ce déséquilibre définit un continuum allant des situations d'abandon aux contextes d'emprise, en passant par les relations conflictuelles. Plus ces dernières se chronifient, générant par exemple des conflits de loyauté au sein de la famille, plus l'adolescente est fragilisée. Un sentiment d'abandon est souvent associé à des contextes de vie marqués par l'absence d'un parent, sinon des deux. Cette situation peut conduire la jeune à n'exister qu'à travers les autres et à concevoir des tentatives de réparation plus ou moins adroites, notamment en cherchant à créer du lien à travers des relations sexuelles précoces ou des conduites addictives. Le geste de détresse peut faire écho à des liens trop exclusifs avec le parent ou traduire un vécu de rejet et/ou d'abandon. Quoi qu'il en soit, il n'est pas rare de mettre en évidence une carence narcissique, un manque de valorisation socio-familiale chez l'adolescente « suicidante », qui tente de la sorte d'échapper à l'idée de ne pas être aimée ou d'être « trop » aimée.

Une dimension à prendre en compte, certainement à l'adolescence, concerne l'inscription au sein d'une communauté, corollaire aux aspects de liens, de relations. Ainsi, la jeune personne qui fait une tentative de suicide n'a plus l'impression d'avoir une place dans son groupe d'appartenance. Elle est toujours liée avec les autres individus mais elle ressent la fragilité des liens, estimant que la place qu'elle occupe n'est pas la bonne. Une menace d'enfouissement concret et psychique n'est alors pas à exclure (Bidaud, 2023). La tentative de suicide représente un acte extrême afin que le groupe se mobilise ; la jeune joue avec la vie pour tenter de se l'approprier. De Kernier (2020) précise également que « le geste suicidaire atteste d'un refus de vivre une fausse vie : le sujet ne trouve pas sa propre identité et ne parvient pas à se réconcilier avec lui-même. Tuer l'infans... signifie tuer un autre en soi, occire cette part de soi résignée à demeurer mutique, faute de recevoir de réponse adéquate à ses tentatives de sollicitations de l'entourage. Pour le sujet qui y survit, le geste suicidaire peut constituer une occasion de mettre en forme et en sens les messages jusqu'alors restés lettres mortes » (de Kernier, 2020, p.74).

Un autre aspect apparaît dans le chef des jeunes concernées, celui de l'exigence de réussite ou de performance. Actuellement, et certainement pour les

jeunes filles, la question de la reconnaissance transite par le fait de (réussir à) briller. Se confronter à l'échec oblige à faire l'aveu d'un espoir déçu, voire d'une forme d'incompétence, d'une absence de talents. Garder le cap dans pareille circonstance n'est guère évident. Ces situations d'échec contiennent la menace d'une dévalorisation personnelle qui peut susciter l'envie de disparaître, d'en finir. Cela étant, la tentative de suicide peut être investie, de manière plus ou moins consciente, pour que soit révisée l'attribution des responsabilités. Pour certaines jeunes, la conduite suicidaire, ou sa menace, prend alors l'aspect d'un processus au bout duquel elles espèrent reprendre le contrôle de leur destin (Ikiz, 2021). Pour d'autres, l'agir est à comprendre comme modalité réactionnelle face à l'absence de perspective. Il y a aussi lieu de se mettre en quête d'une possible dépression, occasionnellement camouflée de manière subtile, qui tараude l'adolescente parfois depuis longtemps.

ÉLÉMENTS DE PRISE EN CHARGE

Au-delà de la présence éventuelle d'éléments psychopathologiques, le geste suicidaire lui-même doit toujours être compris comme un comportement qui nécessite une évaluation et qui appelle des aménagements aussi bien en termes de dynamiques intrapsychiques qu'au niveau des interactions socio-familiales. Comme le souligne de Kernier (2020), « aucune causalité linéaire ne peut expliquer une crise suicidaire et ses conséquences. Il importe de saisir plus profondément les enjeux dynamiques. Gardons toujours à l'esprit que chaque parcours est singulier avec toute la complexité de son histoire » (de Kernier, 2020, p. 23). Rappelons aussi que l'apparition et l'évolution d'un trouble, quel qu'il soit, dépendent d'une part de facteurs de risques biologiques, psychologiques, familiaux, sociétaux et culturels qui interagissent en synergie, et d'autre part de la période du développement du sujet pendant laquelle ces facteurs agissent. Les mêmes facteurs peuvent avoir des effets différents selon le moment et la durée de leur action. Les relations sociales de l'enfant influencent le fonctionnement de son système nerveux et vice versa. Par ailleurs, la question du diagnostic en clinique pédopsychiatrique demeure délicate. Certains écueils existent. Ainsi, il n'est pas rare qu'on trouve ce qu'on cherche et qu'on cherche ce qu'on pense pouvoir traiter. Dans la suite, on traite en fonction de ses croyances diagnostiques et thérapeutiques personnelles, pouvant difficilement croire en plusieurs référentiels en même temps. Dès lors, émerge le risque de ne considérer l'adolescente en question qu'en fonction d'un seul prisme de lecture. Soulignons combien une des spécificités de la clinique infanto-juvénile est de confronter le professionnel à l'absence régulière de diagnostic stable, fixe, en devant poser une évaluation d'un processus développemental en pleine évolution (de Becker, 2018). De plus, un symptôme perçu comme pathologique dans une région ou une culture ne l'est pas forcément ailleurs.

Toute prise en charge d'un acte suicidaire devrait respecter un temps évaluatif incluant la prise en compte d'un diagnostic différentiel le plus ouvert possible (Geulayov *et al.*, 2019). Un acte n'a pas la même signification selon l'adolescente et son contexte socio-familial. Il y a lieu de déterminer le statut du geste, le définir et le situer sur un curseur qui va de l'accident malencon-

treux au désir massif de mourir, en passant par différents cas de figure (Choquet *et al.*, 2004). Quoi qu'il en soit, l'acte suicidaire est par essence un moment d'extrême solitude et de déshumanisation dans le sens d'une rupture avec la communauté des vivants. Concrètement, devant toute tentative de suicide, nous soutenons l'idée d'une hospitalisation de l'adolescente (le plus fréquemment dans un service de pédiatrie générale), de 72 heures, ou plus si nécessaire, certainement en présence d'une comorbidité. Dans la mesure du possible (et surtout des moyens), nous préconisons une consultation pédopsychiatrique systématique, quels que soient les discours tenus par la jeune et son entourage. Si la jeune « suicidante » refuse les soins, il y a lieu d'envisager une sécurisation avec information aux autorités judiciaires, ceci dans la finalité de réaliser rapidement une expertise afin de procéder à une éventuelle mise en observation en urgence (MEO). Cette attitude s'appuie sur les bases fondamentales de tout acte de soins ; certes le principe de ne pas nuire et celui de non-assistance à personne en danger se confrontent... mais l'assistance à personne en danger demeure prioritaire !

L'évaluation de la crise suicidaire de l'adolescent procède d'une démarche clinique, s'étayant le cas échéant sur des outils validés d'évaluation standardisée (comme la Columbia Suicide Severity Rating Scale). Ceux-ci peuvent en guider la conduite sans pour autant s'y substituer ; l'utilisation d'outils validés standardisés n'est ni indispensable, ni suffisante à l'évaluation d'une crise suicidaire de l'adolescent. Il existe également différentes échelles d'estimation du risque de suicidalité et de gravité lié aux tentatives de suicide (comme l'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence). Dans un moment de crise à la fois physique et psychique, il s'avère intéressant de recourir à l'une ou l'autre procédure (RUD) pour estimer les paramètres de risque, d'urgence et de dangerosité (Florea, 2010). L'évaluation dans ces cas de figure particuliers consiste en une démarche clinique intégrée, permettant de contextualiser et de pondérer l'évaluation de l'urgence suicidaire ainsi que d'identifier des leviers d'action (Castaigne, Hardy, Mouaffak, 2017). Quoi qu'il en soit, il y a lieu de ne jamais sous-estimer une urgence suicidaire en veillant à intégrer les facteurs de risque et de protection présentés par la jeune et son entourage (HAS, 2021). Concrètement, sont explorés entre autres le niveau de souffrance ou de douleur psychique, la critique du passage à l'acte, l'intention de réitération,... Au niveau des facteurs de risque, nous serons attentifs aux antécédents personnels de tentative de suicide ainsi qu'aux antécédents familiaux de tentative de suicide et/ou de suicide, à l'existence d'un trouble psychiatrique (dépression), et/ou d'un trouble lié à l'usage de substance, à l'existence d'un trouble de santé physique ou d'une maladie chronique (Buron *et al.*, 2016). D'autres caractéristiques psycho-affectives et contextuelles sont à prendre en compte comme l'impulsivité, une dysrégulation émotionnelle, une insécurité d'attachement, le recours à l'auto-agressivité, l'existence d'un harcèlement, les contextes de maltraitance (quelle qu'en soit la forme), les parcours migratoires, la présence de difficultés d'ordre familial (notamment les conflits intrafamiliaux et les troubles relationnels parent-enfant). Quant aux facteurs de protection, ils consistent entre autres en un bon niveau développemental de l'adolescente, avec en particulier des capacités d'élaboration et de verbalisation, une cohésion familiale, une qualité de la relation parent-enfant, un soutien social (Irigoyen *et al.*, 2019). Par ailleurs, l'apport du matériel des tests

projectifs (Rorschach et TAT) se révèle régulièrement pertinent pour affiner l'évaluation, ceux-ci étant réalisés dans un temps différé de la crise.

Ainsi, au cours des premiers contacts, il y a lieu de « marquer le coup » sans culpabiliser mais en responsabilisant. Nous sommes attendus à analyser rigoureusement la situation en tenant compte de l'âge de l'adolescente, de son fonctionnement psychique, de la nature et de l'intensité de ses probables angoisses, de la qualité du soutien familial. Quand elle est possible, l'élaboration par la jeune de sa propre mort s'accompagne de l'évocation des effets de celle-ci sur sa famille. Les angoisses sont liées à l'idée de la disparition, de l'inconnu, à la crainte de l'abandon, à la peur de l'isolement et à cette menace que l'adolescente sent peser sur son statut narcissique. L'attitude soignante vise à accompagner la jeune en « se laissant porter » par ses questions (quand elle en a) sans les éluder, en donnant des réponses claires et simples, reconnaissant son impuissance ou sa méconnaissance face aux interrogations liées à la mort, tentant essentiellement à ne pas laisser la jeune s'enfermer dans le silence et la solitude. Comme le risque de récurrence est élevé chez l'adolescente « suicidante », il y a lieu de ne jamais banaliser et de ne pas s'arrêter au discours de la jeune qui se voudrait « rassurant » (Batt *et al.*, 2007). 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, adolescente et entourage se renforçant mutuellement. La banalisation ou la réassurance excessive que présente la 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.

Lorsqu'on rencontre l'entourage familial, les réactions affectives sont variables. On retrouve de la tristesse, de la préoccupation, de la sollicitude à l'égard de la jeune. Beaucoup de parents manifestent un « engourdissement psychique », estimant que ce qui s'est passé est incompréhensible, impensable ; pour eux, cela ne paraît pas réel... « L'acte n'a pas vraiment existé, n'a pas pu avoir lieu ». Ils peuvent d'ailleurs aller jusqu'à réécrire l'événement en parlant d'un « accident, sans plus... ». Nous pouvons ainsi observer dans les suites immédiates de la tentative de suicide un déni de la gravité de l'acte. D'autres parents manifestent de la colère, de la rage, alternant avec diverses attitudes d'activisme. Ce dernier peut prendre un caractère compulsif dont la fonction vise à colmater les angoisses inhérentes à la crise. Il est clair que l'acte suicidaire de la jeune renvoie le parent à son positionnement personnel par rapport à sa propre mort. Quoi qu'il en soit, une tentative de suicide représente une menace pour l'équilibre familial, confronté à une contrainte de changement. Cette rupture transitoire d'équilibre amène des remaniements constructifs voire une rigidification dans les mécanismes interactifs familiaux. Deux facteurs sont importants à identifier dans l'évaluation de la dynamique familiale. Si le premier concerne la capacité à reconnaître la gravité de l'acte (opposée à sa banalisation), le deuxième implique l'acceptation (ou non) de la réalité de la souffrance de la jeune. La tentative de suicide de l'adolescente correspond à une attaque du corps... mais de quel corps s'agit-il ? À ce propos, Marcelli (2003) interroge : « est-ce le corps de l'enfant et les liens qu'il entretient avec les images parentales issues du passé infantile ?... Est-ce le corps sexué et les images parentales de

l'actualité fantasmatique incestueuse et excitante ? D'une certaine manière on peut opposer à l'adolescence la tentative de suicide qui vise d'abord à tuer le corps infantile et la tentative de suicide qui vise à tuer le corps sexué » (Marcelli, 2003, p. 22). Le déni parental et la banalisation du geste par les parents conduisent alors à un figement de la situation. Il maintient la jeune dans la dépendance et la disqualification. Le risque de récurrence est alors très présent, en général sur le même mode, d'autant que l'adolescente perçoit le pouvoir qu'elle possède sur sa famille grâce à la menace réitérée du suicide (Picon, 2019). D'une certaine manière, l'adolescente s'approprie par cette modalité une maîtrise sur son entourage, en miroir de celle que l'entourage exerce dans un climat de rigidité transactionnelle. Le déni des affects voire la culpabilisation de la jeune renforcent souvent une alliance pathologique entre l'adolescente et sa famille, dont la finalité, non dite, vise à maintenir comme telles les modalités interactives familiales. Ces tentatives de suicide recèlent un fort potentiel de récurrence avec en outre une escalade, une aggravation du geste pouvant aboutir au suicide accompli (Garny De La Rivière *et al.*, 2019).

Dans ces problématiques suicidaires, la pratique de réseau se révèle particulièrement utile, que ce soit à l'hôpital ou en dehors. Soignants du corps et de la psyché sont convoqués par l'acte suicidaire de l'adolescente, intervenant de manière complémentaire et idéalement concertée. Par ailleurs, différents professionnels dont le médecin de famille constituent des relais dans l'accompagnement thérapeutique. L'implication des professionnels scolaires doit se concevoir avec prudence. Il s'agit d'envisager la balance des avantages et des inconvénients quant au maintien strict du secret professionnel ou à l'ouverture sur un secret partagé, par lequel diverses informations à propos de la jeune concernée, de son intimité, sont échangées. En effet, il n'est pas nécessairement souhaitable que l'institution scolaire soit informée du geste suicidaire. La stigmatisation comme une grande bienveillance collective, traduisant certes un élan positif, risquent d'empêcher le processus de mentalisation et de distanciation des pulsions mortifères. La perspective générale vise à réaliser un maillage médico-psycho-social incluant les différents partenaires autour de l'adolescente en question. Plus de facteurs de risque sont présents, plus les mailles de ce réseau doivent être serrées pour constituer une « enveloppe partenariale » solide, protectrice et soutenance à son égard.

La pratique de réseau consiste à intervenir au-delà de la seule famille d'appartenance de l'adolescente en souffrance. Prioritairement, elle vise à mobiliser les diverses organisations humaines auxquelles la cellule familiale est connectée de façon significative et symbolique. Celles-ci jouent un rôle dans la tendance de la famille à maintenir l'homéostasie naturelle. Certainement dans les grandes agglomérations, on constate une paupérisation des liens familiaux et sociaux, état renforcé dans les situations de migration ou d'errance. Quoi qu'il en soit, le réseau est loin d'être statique. Il évolue dans sa constitution et dans l'application qui en découle dans le quotidien d'un individu et de son entourage direct. La stabilité d'un réseau s'avère dès lors une notion théorique étant donné la variation constante des différents types de liens qui se créent, se nouent, se resserrent, se distendent ou se rompent. La dynamique de sédentarité ou de nomadisme, adoptée voire contrainte, influence la nature du réseau autour du groupe familial. Certes, certains réseaux se révèlent solides, efficaces dans l'aide et la qualité des échanges. Le paramètre de la

taille est loin d'être absolu pour définir l'efficacité ; certains réseaux au format modeste se montrent d'une rare efficacité en termes d'aide et de soutien. De façon générale, une pratique de réseau tente de stimuler le processus complexe de « refonctionnalisation » d'un champ social dispersé, éclaté quand il n'est pas réduit à l'impuissance. Les réseaux professionnels doivent d'ailleurs habituellement être mobilisés dans les situations d'anomie, état générateur d'exclusion, de « ghettoïsation ». Notons que les systèmes humains étiquetés « à problèmes » induisent et entretiennent habituellement des relations ambivalentes avec les professionnels qui interviennent de façon isolée. Ces derniers s'épuisent au risque de « dysfonctionner » eux-mêmes. La pratique de réseau s'étaye sur la mise en place d'un « espace-intermédiaire » et d'une « enveloppe partenariale », la jeune étant par essence prise dans un système de liens, plus ou moins denses, construits habituellement avant sa conception, d'abord dans une dimension fantasmatique.

Rappelons que toute rencontre, quel que soit le format, a valeur « d'espace-intermédiaire » dans lequel sont travaillés les savoirs ainsi que les représentations et les émotions. La finalité thérapeutique tente de rencontrer des personnes, membres d'une famille en souffrance ; il s'agit d'une co-construction, à travers l'écoute mutuelle, dans l'objectif d'aider à reconnaître, à comprendre, à analyser, à élaborer afin de soutenir les aménagements nécessaires. Loin d'être là pour dispenser un savoir, le professionnel revisite les représentations véhiculées. Par l'écoute, il laisse place aux connaissances des protagonistes concernés, ceux-ci étant reconnus comme acteurs et experts de leurs modalités interactionnelles. La co-construction gagne à se réaliser par un travail d'équipe étant donné la complexité des situations rencontrées. Une collaboration entre les différents acteurs de l'aide et des soins gravitant autour de la jeune patiente et de son environnement socio-familial garantit une cohérence des attitudes thérapeutiques, évitant de mettre l'adolescente en dissonance face à des interventions qui seraient contradictoires (Berrouiguet *et al.*, 2018). C'est dans cet « espace-intermédiaire » que les professionnels créent une « enveloppe partenariale ».

Cette notion s'inspire entre autres des travaux d'Anzieu qui a observé qu'un groupe constitue une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus (de Becker, 2020). Tant que cette enveloppe n'est pas construite, il peut se trouver un agrégat humain mais il n'y a pas de groupe. Nous relevons aussi la notion d'enveloppe du groupe en relation avec celle de « fonction contenante », permettant de penser le tissage de l'attention nécessaire pour contenir les symptômes de la jeune et les éventuels mouvements psycho-affectifs des parents, qu'ils soient par exemple dépressifs ou agressifs. Accueillir et accompagner l'autre, c'est mettre en place un système d'enveloppe qui autorise l'expression des émotions quelles qu'elles soient. Pour l'individu comme pour le groupe, il est nécessaire de se constituer une enveloppe qui le délimite, qui le protège tout en permettant des échanges avec l'extérieur. Chez l'adolescente, les développements psycho-affectif et cognitif sont intimement liés aux expériences sensorimotrices qui s'éprouvent avant tout par la peau. Ce que ressent physiquement tout individu au cours des premières expériences est réintroduit et participe à la construction de son appareil psychique. Ainsi, à l'image de cet appareil interne complexe, la peau détermine une frontière avec l'autre, sa perméabilité filtrant les tensions et émotions. Aussi, le groupe est conçu

comme une enveloppe vivante ayant une membrane à double face. L'une est tournée vers la réalité extérieure, physique et sociale, notamment vers d'autres individus ou groupes. Par cette face, l'enveloppe groupale maçonne une barrière protectrice contre l'extérieur. Si nécessaire, elle fonctionne également comme filtre des informations à recevoir. L'autre face est tournée vers la réalité intérieure des membres du groupe, constituée à partir de la projection des vécus et fantasmes des professionnels. La notion « d'enveloppe partenariale » s'étaye également sur les travaux de Parret et d'Iguenane (2001) qui soulignent certaines fonctions recherchées comme construire un contenant, avoir une fonction de protection des mouvements pulsionnels (« pare-excitation »), établir une limite entre intérieur et extérieur dans l'objectif d'une cohérence de la réalité. La tâche des professionnels est de créer une enveloppe psychique d'équipe qui puisse assurer ces différentes fonctions dans l'objectif du travail d'évaluation et de traitement des multiples retentissements de la tentative de suicide.

Soulignons que la pluridisciplinarité ne doit pas se concevoir comme la juxtaposition des compétences propres à chaque discipline, ce qui pourrait être perçu comme une « pluridisciplinarité contrainte ». Cette façon d'aborder le travail risquerait d'amener à devoir concilier, voire arbitrer différents points de vue inhérents aux logiques d'intérêts propres à chaque profession. Nous soutenons le fait de rechercher et de construire des modèles de fonctionnement axés sur un programme consensuel. Tout acte d'aide et de soins doit s'inscrire dans l'agir humain nécessitant une mémoire, une sorte d'alliance autour de laquelle les professionnels peuvent se retrouver, aider et soigner ensemble. Cette mémoire et cette alliance sont alors les garants d'une véritable concertation donnant une cohérence au projet de prise en charge et aux décisions qui en découlent.

CONCLUSION

Comme le rappelle Pommereau (2013), « l'usage courant a retenu le syntagme "crise d'adolescence" pour désigner les débordements comportementaux et les crispations relationnelles qui apparaissent à partir de la puberté. Grandir, se transformer, se distinguer, se démarquer, s'essayer pour se sentir exister, mais aussi "faire corps" avec les pairs, constituent les principaux traits de cette métamorphose marquée par les changements et les réaménagements corporels, psychiques et interpersonnels. Tout cela mobilise une énergie considérable. La fatigue, les élans et les replis, les moments de dépressivité, l'anxiété et le doute, sont donc inévitables. L'agir tient une place importante et les conflits entre le jeune et ses proches sont habituels. En somme, même si tout se passe bien, cette période n'est facile, ni pour le sujet, ni pour son entourage. De toute évidence, il n'y a pas d'adolescence "tranquille" ou "économique" » (Pommereau, 2013, p. 257).

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 intoxications volontaires. 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 (de Kernier, 2015). De ce point de vue, les intoxications volontaires permettent d'appréhender comment, face aux exigences contemporaines de la personnalisation de l'acte social, le médicament peut être investi, plus ou moins consciemment, dans la finalité de renégocier son image et sa relation aux autres.

RÉFÉRENCES

- Alvin, P. (2011). *L'Envie de mourir, l'envie de vivre*. Paris : Doin Lamarre.
- Badiou, A. (2016). *La Vraie Vie*. Paris : Fayard.
- Batt, A., Campeon, C., Leguay, D. & Lecorps, P. (2007). Épidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention. *EMC-Psychiatrie*. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(07\)43505-2](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(07)43505-2)
- Berrouguet, S., Courtet, P., Larsen, M.-E., Walter, M. & Vaiva, G. (2018). Suicide prevention: Towards integrative, innovative and individualized brief contact interventions. *European Psychiatry*, 47, 25-26. Doi:10.1016/j.eurpsy.2017.09.006
- Bidaud, E. (2023). L'adolescent : un temps d'« enfouissement... ». *Adolescence*, 411(1), 103-112. <https://doi.org/10.3917/ado.111.0103>
- Botella, C. & S. (2007). *La Figurabilité psychique*. Paris : In Press.
- Burón, P., et al. (2016). Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. *Archives of Suicide Research*, 20(1), 45-58. Doi : 10.1080/13811118.2015.1004481.
- Castaigne, E., Hardy, P. & Mouaffak, F. (2017). La veille sanitaire dans la prise en charge des suicidants. *L'Encéphale*, 43(1), 75-80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.08.004>
- Choquet, M., Granboulan, V., Huerre, P. & Jeammet, P. (2004). *Les Jeunes Suicidants à l'hôpital*. Paris : EDK.
- Corcos, M. & Lamas, C. (2016). Fonctionnements limites à l'adolescence : psychopathologie et clinique psychodynamique. *L'information psychiatrique*, 92(1), 15-22. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1429>
- de Becker, E. (2018). Le processus d'admission dans un centre thérapeutique pour adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 66(2), 122-128. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.01.002>
- de Becker, E. (2019). L'adolescent aux diagnostics multiples. *Annales Médico-Psychologiques*, 178(4), 366-372. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.07.001>
- de Becker, E. (2022). *La Maltraitance institutionnelle en temps de crise*. Buxelles : Yapaka, ministère de la Communauté française.
- de Kernier, N. (2015). *Le Geste suicidaire à l'adolescence*. Paris: Puf.
- de Kernier, N. (2020). *Le Suicide*. Paris : Puf.
- Delhayé, M. (2023). *Aspects pédopsychiatriques liés aux maltraitances juvéniles. Cours donné dans le cadre du certificat inter-Universités « maltraitances infanto-juvéniles »*, Bruxelles.
- Ewanzo, L. & Jung, J. (2023). De l'effacement de soi à l'appropriation subjective. *Adolescence*, 412(2), 463-476. <https://doi.org/10.3917/ado.112.0463>
- Florea, M.-L. (2010). Évaluation et prise en charge des suicidants dans les services d'urgences. Dans P. Courtet (Ed.), *Suicides et tentatives de suicide* (p. 287-292). Paris : Lavoisier.
- Garny de La Rivière, S., Cruz Rufino, N., Notredame, C. E & Mirkovic, B. (2019). Tentatives de suicide à l'adolescence : comment lutter contre la récurrence ? *French Journal of Psychiatry*, 1(2), 14-15. Doi :10.1016/j.fjpsy.2019.10.178
- Geulayov, G., et al. (2019). Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm. *Lancet Psychiatry*, 6(12), 1021-1030. Doi: 10.1016/S2215-0366(19)30402-X

- Golse, B. (2016). Plus de suicides en préadolescence ? *Adolescence*, 342, 385-404. <https://doi.org/10.3917/ado.096.0385>
- Gutton, P. (2013). L'autre humain adulte pour l'adolescence. *Adolescence*, 314, 949-964. <https://doi.org/10.3917/ado.086.0949>
- Haute Autorité de Santé. (2021). *Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Les bonnes pratiques : recommandations*.
- Ikiz, S. (2021). Le « projet adulte » de l'adolescent. *Topique*, 151, 61-76. <https://doi.org/10.3917/top.151.0065>
- Ikiz, S. & Houssier, F. (2022). Régression et haine dans le groupe de pairs. *Adolescence*, 402, 337-348. <https://doi.org/10.3917/ado.110.0337>
- Irigoyen, M., et al. (2019). Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters. *Journal of Affective Disorders*, 247, 20-28. Doi : 10.1016/j.jad.2018.12.050
- Jaïs, É. (2023). Naviguer dans le pot au noir, entre refoulement et régression. *Adolescence*, 411, 91-102. <https://doi.org/10.3917/ado.111.0091>
- Jobes, D.A. (2019). The CAMS approach to suicide risk. *Suicidologie*, 14(1), 1-5. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.1978>
- Jonathan, N. & Goguel d'Allondans, Th. (2023). (Ré-)invention de soi et revendication identitaire. *Adolescence*, 412(2), 353-365.
- Le Breton, D. (2015). *Disparaître de soi. Une tentation contemporaine*. Paris : Éditions Métailié.
- Lenjalley, A. & Moro, M.-R. (2021). *À l'adolescence, s'engager pour exister*. Paris : Fabert Eds.
- Marcelli, D. (2003). Tentative de suicide de l'adolescent, rôle de l'attitude des parents dans l'évolution au long cours. *Le Carnet PSY*, 85, 21-24. <https://doi.org/10.3917/lcp.085.0021>
- Marcelli, D. & Berthaut, E. (2001). *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence*. Paris : Masson.
- Marcelli, D., Braconnier, A. & Tandonnet, L. (2018). *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Elsevier Masson.
- Matot, J.-P. (2012). *L'Enjeu adolescent : Déconstruction, enchantement et appropriation d'un monde à soi*. Paris : Puf.
- Parret, C. & Iguenane, J. (2001). *Accompagner l'enfant maltraité et sa famille*. Paris : Dunod.
- Picon, M. (2019). *Incidence de la récurrence suicidaire dans l'année qui suit un premier passage à l'acte : étude RAPPAS*. Médecine humaine et pathologie. [ffdumas-02430164](https://doi.org/10.3917/ffdumas-02430164)
- Pommereau, X. (2013). *L'Adolescent suicidaire*. Paris : Dunod.
- Rimbaud, A. (1999). *Poésies. Une saison en enfer. Illuminations*. Paris : Gallimard.
- Rousseau, C. & Miconi, D. (2020). Protecting Youth Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Challenging Engagement and Learning Process. *Clinical Perspectives*, 59(11), 1203-1207. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.08.007>
- Roussillon, R. (2006). Pluralité de l'appropriation subjective. In F. Richard & S. Wainrib (Éds.), *La Subjectivation*. Paris : Dunod.
- Winnicott, D. W. (1969). L'adolescence. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 398-408). Paris : Payot.
- Winnicott, D. W. (1975). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. Dans *Jeu et réalité. L'espace potentiel* (p. 153-162). Paris : Gallimard.