

Entretien avec Patrick Alvin, pédiatre, chef du service de médecine pour adolescents, CHU de Bicêtre – Hôpitaux universitaires Paris-sud.

## « Les adolescents ont besoin d'être écoutés, mais cela ne suffit pas : il faut s'engager »

Patrick Alvin, dont l'ouvrage sur les adolescents suicidants a récemment été réédité<sup>1</sup>, explique l'importance de porter un autre regard sur les conduites suicidaires, chaque situation étant unique. Pour les professionnels de santé, cela veut dire être préparés à ce type de rencontre, offrir une référence pérenne, se mettre « au niveau » de l'adolescent et de sa famille, savoir mobiliser les autres professionnels lorsque nécessaire, et ne pas tout attendre de la psychiatrie.

**La Santé de l'homme :** Le sous-titre de votre livre invite à poser un autre regard sur les adolescents suicidants. Le regard du médecin, certes, mais aussi celui de la société et des adolescents eux-mêmes face à l'acte suicidaire. Qu'avez-vous voulu exprimer ?

Dans notre société, l'adolescence ne laisse pas indifférent. Elle attire le regard, mais elle a également besoin de ce regard pour se constituer elle-même. Grandir ne suffit pas, les adolescents doivent aussi « montrer leur croissance »<sup>2</sup>. D'où une chance, mais aussi un risque : beaucoup de choses vont dépendre de la qualité de ce regard suscité, tantôt bienveillant, tantôt malveillant, source de fierté ou désapprobateur, culpabilisant ou désemparé... L'adolescence est une période de développement rapide tous azimuts. L'enfant en sortira à la fois le même et très différent de ce qu'il était « avant », c'est-à-dire avant sa puberté. Au cours de ce passage, rien n'est fixe, l'âge physiologique n'est pas l'âge chronologique, la fille n'est pas le garçon, tout est toujours à considérer « par rapport » à autre chose (époque, culture, famille, éducation, convictions, etc.). Le regard porté sur l'adolescent doit s'affranchir de toute normalisation stéréotypée de ce que « serait » l'adolescence, avec son lot de définitions, de clichés et de comportements supposés intangibles. Comme

a pu le dire André Haïm à propos des conduites suicidaires : « *Aucun facteur ne pouvant être la cause de tous les suicides, la tentation est grande d'ériger au rang de cause l'adolescence elle-même.* » Il faut faire très attention : un adolescent en crise n'est pas nécessairement suicidaire, et si la crise d'originalité juvénile telle que l'a décrite Maurice Debesse est une chose, un adolescent en crise est tout autre chose.

**S. H. :** Pourquoi ?

Jean-Jacques Rousseau, dans *L'Émile*, a magnifiquement résumé cela : « *Mais l'homme n'est pas fait pour rester toujours dans l'enfance. Il en sort au temps prescrit par la nature. Et ce moment de crise, bien qu'assez court, a de longues influences.* » La puberté et tout ce qui l'accompagne n'est pas en effet quelque chose que l'individu choisit, mais quelque chose d'imposé, qui se passe en soi et qu'il sera difficile de parfaitement contrôler, notamment dans ses divers « effets » avec le milieu. Passage obligé, cette expérience à la fois majeure et singulière laissera obligatoirement des traces. J'ai rencontré de nombreux parents qui ne se sont jamais vraiment remis de leur propre adolescence... Pour autant, le mot « crise » n'est certainement pas ici à prendre au sens psychopathologique, mais bien au sens « physiologique », naturel : comme si nous disions « *le*

*printemps est une crise de la nature* ». Rousseau, nonobstant, se laisse aller au *crescendo* et parle du « *murmure des passions naissantes* », d'une « *fermentation sourde* » qui avertit de « *l'approche du danger* », chez un enfant devenu « *sourd à la voix qui le rendait docile* ». Passions, danger... Nos représentations contemporaines sont-elles si différentes ? Comment faut-il interpréter, à cet égard, la vogue récente dans notre pays des « maisons des adolescents » ?

**S. H. :** Vous parlez d'adolescence normale et de comportement suicidaire : la tentation du suicide est selon vous une idée « normale » ?

L'adolescent en tant que « personne » devrait toujours primer sur ses comportements. J'entends par là que l'adolescent « n'est pas » ses comportements. Il n'en est que le vecteur. Je ne dis pas qu'il est normal d'être envahi d'idées suicidaires, encore moins d'avoir fait une tentative de suicide. Je dis simplement qu'il n'est pas « surprenant », à cet âge, d'être sujet à ce type d'expérience, comme tout un chacun au cours de n'importe quelle vie. Les adolescents qui pensent au suicide (les suicidaires) sont nombreux et se fondent parmi les autres ; la plupart sont méconnus. Ceux qui ont fait ou qui font des tentatives de suicide ne sont guère plus spécifiques : un adolescent suicidant demeure avant tout l'adolescent qu'il est. Dans mon



© Valéry Jonchery

expérience, au-delà des particularités de leur état d'humeur ou de leur personnalité, ces adolescents et leurs parents se retrouvent 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'événements du passé, d'incompréhensions mutuelles, etc., le tout exacerbé par la poussée pubertaire et l'avènement de la sexualité, les histoires avec les pairs et leurs divers effets « perturbateurs ». Parfois, l'adolescent lui-même « ne sait pas » le pourquoi de son geste, 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. C'est dans cet espace relationnel tendu et douloureux, celui des *déboires sentimentaux* d'un enfant devenu grand et de ses proches, qu'il nous est le plus souvent donné d'intervenir sur le vif. Ce n'est pas un hasard si j'ai dédié cet ouvrage aux « médecins de famille »...

### **S.H. : Pourquoi est-il important d'aborder cette question des conduites suicidaires ?**

D'abord parce que des adolescents peuvent en mourir. À l'adolescence, contrairement aux âges plus avancés, les suicides accomplis (pour la plupart des garçons) sont une minorité par rapport au nombre des tentatives de suicide (des filles en majorité). Mais ces adolescents suicidés, qui n'ont d'ailleurs pas forcément tous cherché à se tuer, laissent derrière eux des familles brisées, dévastées, culpabilisées. Certaines ne s'en relèveront jamais. De là un autre problème, celui de la perception du suicide et de sa stigmatisation, tant au niveau de la société qu'au sein des professionnels que nous sommes. Le suicide possède un très lourd « héritage ». D'abord condamné comme le pire des péchés mortels, taxé de crime de surcroît, il a plus récemment intégré le domaine de la psychiatrie. Jean Esquirol, au XIX<sup>e</sup> siècle, a déclaré que *« le traitement du suicide relève du traitement des maladies mentales »*... après avoir

affirmé que *« l'homme n'attend à ses jours que lorsqu'il est dans le délire et que les suicidés sont des aliénés (sic) »*!

### **S.H. : Le suicide serait trop relié, dans la norme sociale, à la santé mentale ?**

Quand quelque chose bascule et qu'un adolescent fait une tentative de suicide, deux « explications » immédiates s'imposent généralement, que l'on peut formuler ainsi : *« C'est un geste fou, il faut être fou pour vouloir se tuer, cela ne peut se régler qu'en psychiatrie... »* versus *« Ce n'est rien de grave, c'est la crise de l'adolescence »*. Dans un cas comme dans l'autre, nous sommes très proches de l'étiquetage et du rejet. Entre dramatisation et banalisation, la véritable rencontre soignante est esquivée. Elle sera au mieux « sous-traitée », et l'adolescent risque fort de ne pas adhérer aux recommandations de suivi, surtout lorsqu'elles se limitent à devoir aller voir un « psy ». Il faut que nous sortions de cette logique encore trop souvent fondée sur la défensive.

### **S.H. : Comment se positionner en tant que professionnel de santé ?**

La réalité est que nous-mêmes, membres du corps médical, n'avons pas forcément envie, ni ne nous sentons véritablement « compétents » pour nous occuper de patients nous paraissant aussi « compliqués », voire dangereux, et dont le parcours peut si facilement nous échapper. J'en fais régulièrement le constat auprès des étudiants en médecine et des jeunes internes. Ils n'apprennent quasiment rien sur les suicidants. Lors de leurs stages aux urgences, ils constatent simplement qu'ils font la moitié des « urgences psychiatriques ». Quant aux autres médecins, en particulier les généralistes, ils éprouvent souvent de grandes difficultés à se positionner sur ces questions. Il n'existe pas pour eux de solution, de « conduite à tenir » ni de prise en charge bien spécifiée. Or, avec les adolescents, une approche intégrative globale est dans ces cas plus que nécessaire et, sauf cas particuliers, la psychiatrie ne saurait être la seule réponse envisagée. C'est pourquoi je plaide pour la diffusion de l'apprentissage d'une médecine de l'adolescent « élargie ». Soutenir cette posture, certes inhabituelle en regard des réflexes clas-

## • COMMUNIQUÉ •

siques, est une des ambitions pédagogiques de cet ouvrage.

**S. H. : Vous parlez d'« envie de vivre » face à l'envie de mourir, qu'entendez-vous par là ?**

L'envie de vivre est une chose qui va de soi, elle est un peu comme l'air qu'on respire. L'envie de mourir, en revanche, est une émotion vécue douloureusement. Chez les adolescents, on constate que cette envie de mourir est le plus souvent *une envie de vivre fortement contrariée*. À ce titre, et au risque de forcer le trait, on pourrait presque dire qu'elle procède de l'instinct de survie. C'est en tout cas ce que nous laissent entendre plus ou moins clairement les adolescents que nous rencontrons, au travers notamment de leurs lettres poignantes que j'ai reproduites dans le livre. Les conduites suicidaires à l'adolescence, tout aussi mortifères qu'elles puissent paraître, sont une « revendication de vie » doublée d'une tentative tout aussi dangereuse que désespérée de « communication par l'acte ». Ce paradoxe est au cœur de la problématique. Ce qu'on appelle la « comorbidité » est pour nous plus accessoire et ne saurait être prise pour la « cause ». Il faut ici dénoncer la tendance actuelle qui voudrait que la majorité des adolescents suicidants soit déprimée ou *borderline*... autre façon de les réduire à un « diagnostic », et partant, à un « traitement » psychotrope ou psychiatrique supposé indiqué. Certes, il est des pathologies ou des états mentaux caractérisés qui, plus que d'autres, exposent au risque suicidaire. Mais dans les faits, ces situations sont plutôt rares à l'adolescence et, même présentes, elles ne peuvent être retenues comme seule explication. C'est pourquoi j'exhorte les médecins à « se prescrire » et, sans pour autant penser devoir tout comprendre ou tout maîtriser, à être plus attentifs à ce qu'ils peuvent eux-mêmes apporter aux adolescents.

**S. H. : De l'écoute, par exemple ?**

Bien sûr, de l'écoute, même si c'est au risque de ne pas être toujours compris. Mais il faut savoir que les adolescents, en particulier lorsqu'ils vont mal, ont d'abord besoin d'évaluer l'intervenant : *il dit vouloir m'écouter, m'aider, mais est-il à la hauteur ?* Il leur faut pouvoir *tester les capacités de l'adulte à*

*faire ses preuves, c'est-à-dire à lui aussi «risquer la relation»*. La confiance n'est jamais donnée, elle se mérite, et ceci m'évoque un passage de Donald Winnicott : *«Les adolescents découvrent des sentiments nouveaux et puissants qui les effraient et ils ont besoin de savoir que les contrôles extérieurs sont toujours bien en place (...). Mais cette discipline doit être exercée par des personnes capables d'être à la fois aimées et haïes, objet de défiance et de dépendance.»* Voilà pour les parents, comme pour les professionnels.

**S. H. : Pourquoi avoir écrit cet ouvrage ?**

Cet ouvrage est d'abord un témoignage. Je souhaitais depuis longtemps partager cette expérience clinique auprès des jeunes suicidants, à partir de ce service pionnier de médecine pour adolescents que nous avons ouvert ici, voici trente ans. Et remercier au passage ces innombrables filles et garçons malades ou mal en point, qui nous ont mis à l'épreuve, tant appris, tant touchés aussi, ainsi que leurs familles. Mon sentiment est qu'aujourd'hui, à trop nous focaliser sur le suicide, sa dangerosité, sa psychopathologie supposée et le risque de « récurrence », nous pourrions totalement négliger, derrière « l'adolescent suicidant », l'adolescent normal, sa vie ordinaire, ses projets, son développement et ses divers besoins de santé. Je souhaitais également, sachant le sujet du suicide très mobilisateur au plan émotionnel, lui rendre le « respect » qu'on lui doit au travers d'un examen critique de son imposante littérature, à la croisée de l'histoire, la philosophie, la culture, la sociologie, l'épidémiologie, la psychologie, la médecine, etc. Mais en définitive, comme je l'ai déjà dit, cet ouvrage est surtout un plaidoyer pour une « autre médecine ». Une médecine de l'adolescent proactive, globale et préventive, une approche biopsychosociale à la fois généraliste et intégrative, en ville comme à l'hôpital.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**  
journaliste.

1. *Alvin P. L'envie de mourir, l'envie de vivre. Un autre regard sur les adolescents suicidants. Paris : Doin, 2011 : 288 p.*

2. « Là fleurit mainte belle fleur – Ici, à la gloire de flore – Une plante se dresse, grandit – Et veut montrer sa croissance » (*cantate de Bach*).

# Éducation Santé

## sommaire

n° 284 décembre 2012

### Initiatives

*Des communes en mouvement pour la santé de leurs habitants*  
Christian De Bock

« 0-5-30 Combinaison prévention »  
La Fondation Happy Body

*CEBAM : 10 ans de pratique médicale basée sur les preuves*  
Christian De Bock

### Réflexions

*Pour une politique de prévention*  
François Alla

*La prévention sortira-t-elle de l'ombre en France ?*  
Anne Le Pennec

### Stratégie

*Réforme de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles : état des lieux*  
Christian De Bock

### Locale

*ROSALIE, le réseau liégeois d'échanges, de partage d'expériences et de savoir-faire pour faire face aux inégalités sociales de santé*  
Carole Feulien, Valérie Coupienne, Chantal Leva et Elise Malevé

### Outils

*Comment appréhender l'hygiène corporelle dans sa vie ?*

### Lu pour vous

*La Charte d'Ottawa, référence ou archive pour la nouvelle génération ?*  
Pascale Dupuis, Awa Seck

Éducation Santé est un mensuel, réalisé par le service Infor Santé – Mutualité chrétienne, avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé. Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be). La revue papier est diffusée par abonnement (gratuit) uniquement en Belgique. Pour consulter les articles parus dans la revue depuis 2001 et/ou télécharger la revue en pdf : <http://www.educationsante.be>