

# Jouer avec la mort - les conduites à risques

## Compte-rendu du colloque systémique de l'IEFA, Genève, 6/12/2013

---

### Les conduites à risque chez les adolescents

David Le Breton, anthropologue et sociologue français, Université de Strasbourg

Les conduites à risque rassemblent beaucoup de choses : suralcoolémie, non protection sexuelle, tentatives de suicides, alcool au volant, drogue...

**20% des ados français ont des conduites à risques.** Des ados en détresse qui "se cognent contre le monde"

**Trois points d'analyse clef : la perception de la souffrance, de la mort, et le passage à l'âge adulte**

- 1. La spécificité de la souffrance à l'adolescence et pendant l'enfance : impossibilité de prendre de la distance** et du recul car on n'a pas assez d'histoire de vie avant pour comparer, se distancer, etc... la souffrance d'un enfant est un abîme, une tragédie personnelle, même lors d'événements de vie qui paraissent moins importants aux yeux des adultes (pour l'adulte : obstacle, difficulté. Pour l'enfant : fin d'un monde. Ex : séparation des parents)  
→ attention à "l'adultocentrisme", discours d'en haut, il faut arriver à comprendre les enfants, les jeunes, leur monde. Prendre en compte la manière d'être "écorché vif" des ados
- 2. La représentation de la mort est différente chez l'enfant et l'ado de chez l'adulte.** On arrive à comprendre le concept de mort irréversible vers 6-7 ans, mais on se conçoit tous comme immortels. Pour l'enfant, la mort n'est pas réelle. Pour l'ado, la mort est + réelle mais "c'est pour les autres, moi je gère", c'est une mort sans cadavres. Ils voient dans les films des morts très trash, des tortures et découpages, mais quand il y a une vraie mort c'est "le choc du réel". (attention à l'effet de contagion). Ados qui surévaluent leurs compétences (en sport, conduite...) en expérimentant tous seuls : on est pas dans une société de la transmission mais dans "l'invention de soi", donc il y a + d'expérimentations. Découvrir qui on est en "testant" les limites du monde et ses limites propres (compétences, douleur, effort...)
- 3. Le moment où l'on devient un adulte, un homme ou une femme est un moment fragilisant.** Il y a moins de rites et d'institutions qu'avant : le bac, le service militaire, la profession de foi, le premier boulot et l'autonomie, la construction de la famille... → aujourd'hui ça peut prendre du temps, c'est difficile d'entrer dans la vie, c'est long de trouver le premier travail, on est moins encadré par la famille car on a des plus petites fratries, il y a moins de "transmissions évidentes", dans ces nouveaux modèles de famille plus séparées, décomposées, recomposées, monoparentales. Les inégalités de traitement entre les enfants dans des familles recomposées se retrouvent souvent chez les jeunes aux "conduites à risque". **La déstructuration du lien familial** + les difficultés sociales pour la jeunesse dans un contexte de crise économique (sentiment d'injustice) vont avec l'augmentation des conduites à risque



## Les conduites à risque : tentatives de vivre plus que désir de mort

**Le risque est une manière de fabriquer du sens en trouvant des limites, fabriquer de "l'intensité d'être".**

Coté souffrance, le risque interroge la mort et la vie en se rendant vulnérable. Le risque est une manière de reprendre corps dans le monde.

**Les conduites à risque sont une forme de résistance**, pas de résilience. Jeunes ballotés, mis à mal, mais ils résistent, ils sont acteurs, ils sont toujours là, ils ne meurent pas et trouvent des conduites de survie.

**Les conduites à risque ne sont que les symptômes d'un passage (à l'âge adulte)**, où les jeunes "se débattent dans la zone de turbulence", ils "forcent le passage", ressentent un manque de reconnaissance et cognent à la porte. On peut voir ces conduites comme des tentatives de ritualiser le passage à l'âge adulte

La grande majorité de ces jeunes « amateurs de risque » s'en sort (d'où le passage et le symptôme) → ce sont **des tentatives de vivre plutôt que des tentatives de mort, des moyens de ne pas mourir, pas des conduites suicidaires mais des chemins de traverse pour s'en sortir**. Pour les comprendre, il faut comprendre l'ambivalence des enfants/ados.

*8 à 900 ados se tuent chaque année en France, alors qu'on estime qu'il y a + de 100000 tentatives (le rapport tentative/mort est bien moindre sur les personnes + âgées)*

Les conditions sociales et culturelles jouent, mais c'est les **conditions affectives** qui sont le plus déterminantes dans les conduites à risques.

Conduites à risques : des **rites de passages intimes et individuels**, des **rites privés** très différents des rites de passage des sociétés traditionnelles où il y a un rôle de transmission très important et un grand encadrement.

Dans nos sociétés, **les jeunes se sentent seuls au monde avec leur vécu parfois difficile**, se démolissent "seuls dans leurs coins", se mettent à l'épreuve sans encadrement, ils fabriquent du sens tout seul, dans un contexte de société d'individus. Bizarre : les rites privés sont pourtant très partagés, chacun dans son coin (ex : les scarifications des jeunes filles) *"rien ne ressemble + à une adolescente mal dans sa peau de Genève qu'une autre ado mal dans sa peau à Vancouver"*.

Grandes figures anthropologiques présentes dans les conduites à risque :

- la mort
- le sacrifice : payer le prix de la vie, qui n'est pas donné, s'acquitter du coût de poursuivre l'existence
- la blancheur : la disparition de soi, se défaire de toutes les contraintes de l'identité (disparaître via le coma, boire jusqu'à s'effacer, on ne boit pas comme avant pour montrer sa virilité ou pour l'ivresse mais pour la recherche du coma, comme dans le jeu du foulard, ou encore l'errance ou la cyberaddiction où on se défait de son identité...)
- la dépendance



## Deux aspects clef pour le soin

- ◆ Jeu de **la douleur pour désamorcer la souffrance** : la douleur peut être une forme de soin pour désamorcer une souffrance dans la vie (on se fait mal pour diminuer sa souffrance de la vie, "homéopathie symbolique", un petit mal physique contre un grand mal de vivre)
- ◆ Le **temps** : le 1<sup>er</sup> remède aux souffrances adolescentes. Tache d'adulte : accompagner, soutenir, comprendre, essayer de transmettre, accueillir et reconnaître les jeunes pendant cette transition.

\*\*\*

## Des héritages familiaux au sentiment d'existence chez les adolescents

Isabelle Duret, psychothérapeute familiale, systémicienne, Belge

### Pas de distinction claire entre conduite à risques et tentatives de suicide : frontière ténue, floue.

Exemples issu de ses premières expériences de psy :

- ◆ A Charleroi (zone sinistrée) : jeune fille de 15 ans à l'hosto car crise de spasmophilie. Avait joué à la roulette russe avec des amies et avait vu une de ses amies mourir, et n'avait pas compris qu'elle même aurait pu mourir.. Réaction très dure du médecin en charge.
- ◆ Jeunes gens qui faisaient le tour du ring en sens inverse en voiture le week end : "la roulette urbaine"
- ◆ A Bruxelles, un jeune homme aisé prenait le ring de Bruxelles à moto en sens inverse, a été tué à 19 ans sur le ring. Les psys avaient dit qu'il était sans doute suicidaire, et les proches n'ont pas compris ce diagnostic et se sont sentis très coupables. "il est mort donc il a voulu mourir" (effet pour la cause)

→ on explique souvent les conduites à risque pour dire que les personnes sont en fait suicidaires, sont des dépressifs sous jacents et que personne n'a vu ça venir ! → grande douleur pour les familles. Or, il n'y a pas toujours cette intentionnalité cachée

→ il est important de sortir d'une logique binaire ou de causalité.

Remarques :

- Intentionnalité de se donner la mort : un critère très subjectif. Les soignants croient qu'il y a intention de mourir alors que pas forcément, à l'adolescence
- Il est normal de se croire invulnérable et tout puissant à l'adolescence + il y a une envie de "vous montrer qui je suis"
- Ce n'est pas la gravité de l'acte qui détermine l'intentionnalité (on peut avoir + d'intention de mourir en prenant 5 paracétamol qu'en prenant le ring à l'envers...)

→ il n'est pas facile de distinguer les conduites à risque des conduites suicidaires



Il y a des comportements suicidaires + clairs : se pendre, avaler du médicament ou du desktop, se couper les veines, se défenestrer... et donc on dit "tentative de suicide" et pas "conduite à risque" → **le jeune, dit suicidant, intrigue beaucoup ses proches et éveille un sentiment de "contre nature", d'inacceptable, car il incarne 2 notions antinomiques : la mort et la jeunesse**

→ ce caractère inacceptable explique sans doute le silence qui entoure ce phénomène

On distinguait souvent les suicidants et les suicidés, comme si c'était 2 populations distinctes (les déprimés, qui font des tentatives, et les cas psy, qui vont jusqu'au bout...) : aujourd'hui on parle de "dynamique suicidaire", qui est plus en phase avec la réalité.

Michel Dubout, médecin légiste français à St Etienne, témoigne d'un changement sur des dizaines d'années de médecine légale : les "suicides réussis" qu'il voit sont selon lui majoritairement des "tentatives de suicide ratés" : il n'y avait pas forcément intentionnalité.

Depuis 2004, l'OMS distingue les tentatives des suicides manqués. Tentative : *Un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'autrui, causera des dommages auto-infligés; ou bien l'ingestion délibérée d'une substance en quantité supérieure à celle prescrite ou au dosage généralement admis, et qui a pour but d'amener, via des conséquences physiques réelles ou supposées, les changements que le sujet désire.*

Si on estime qu'une grande partie des tentatives ne sont pas des suicides ratés, mais une volonté de "provoquer un changement", la distinction avec les conduites à risque est moins évidente.

## Interroger les jeunes suicidants sur leurs héritages familiaux

Thèse de Sasha Goldstein, a interrogé de jeunes suicidants hospitalisés en unité psy dans une perspective "conduites à risques" : quels changements voulaient occasionner les jeunes en tentant de se suicider ? Echantillon : pas représentatif des ados qui font des tentatives puisque seuls 6% des jeunes qui font des tentatives se retrouvent à l'hôpital.

Méthode d'investigation systémique autour de leurs familles. Article publié dans "thérapies familiales" avec les principaux résultats (Duret - Goldstein).

Dénominateur commun aux jeunes : sont en doute ou en souffrance par rapport à leurs héritages familiaux

1/3 estiment qu'une rupture sentimentale est la première cause de leur geste, mais à travers l'analyse on voit qu'il s'agit plutôt d'un élément déclencheur

4 type de quêtes/de profils de jeunes :

- Quête de contenant

Ex : line, enfant issue d'un viol, destinée à l'adoption mais a été gardée par sa mère finalement. Aînée de 5 enfants, tombée par la fenêtre à 5 ans, maltraitée physiquement et psychologiquement à 10-12 ans par le compagnon de sa mère... toute la famille est placée. Elle a sauté dans le vide plusieurs fois. "Je me sentais morte. La vie pour moi c'était la mort. Je voulais mourir pour pouvoir vivre". En recherche d'un cocon protecteur.

- Quête de lien

Ex : Expériences traumatiques "héritées". Jeune fille qui prend des médicaments suite à une rupture avec son copain, par ailleurs sa famille parait sans histoires ni problèmes. Par contre, ses 2 parents ont vécu des "ruptures de lien", la jeune sait que ses parents ont été rejetés par leur famille, estime que ses parents s'occupent bien d'elle mais a peur qu'ils la rejettent un jour et sent qu'ils ne lui ont rien transmis → elle



hérite d'une expérience non vécue. Ces jeunes souffrent d'autant plus quand on les change d'hôpital (besoin d'un suivi, d'un lien qui tienne)

- Quête de maîtrise

Ex : atmosphères familiales incestueuses, marquées par des abus sexuels, familles totalitaires où le père ou le beau père ne respecte pas l'intimité des autres et a tout pouvoir. Jeunes se sont automutilés et se sont suicidés par médicaments. Ils se suicident pour se "réapproprier leur corps", se débarrasser d'un lien honteux, échapper à l'ambiance familiale.

- Quête de reconnaissance dans leur altérité/caractère unique

Ils expliquent leur geste pas leur difficulté relationnelle avec un des parents.

Ex : Clothilde qui s'est défenestrée, estime que c'était "un ultimatum pour ses parents", et pas une tentative de suicide, trouve que ses parents ne la comprennent pas... elle décrit pas son geste comme un désir de mort mais une manière de "créer du changement" ("Je vais me casser les jambes devant eux pour les faire réagir"). Explication de Clothilde : la place de 2eme dans la fratrie est compliquée car la grand tante de Clothilde est morte à 5 ans, et la grand mère a hérité de la soeur morte dont personne n'a fait le deuil. La mère de Clothilde et Clothilde sont les 2emes de la fratrie.

Héritage lourd et pesant, qui entrave l'autonomisation des jeunes, qui ressentent que c'est à eux de trouver la solution pour se dégager de cet héritage familial.

**CCL 1 : jeunes très heureux d'avoir l'occasion de s'exprimer sur leur familles** et sur ces changements souhaités. Jeunes cherchent à "exister autrement", alors qu'ils ont des difficultés à s'inscrire dans leur filiation.

**CCL 2 : il est essentiel de ne pas exclure les familles du processus thérapeutique** pour essayer de relancer la transmission, mobiliser le groupe pour travailler sur les héritages familiaux. C'est aussi une forme de prévention pour les générations futures

