UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

T/NCY /2005/BARRAULT
DOUBLE

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
ANNÉE 2005

FACULTÉ DE MÉDECINE
THÈSE N° 143

183933
2005
A

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 31 octobre 2005

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Caroline BARRAULT

L'ADOLESCENCE À FLEUR DE PEAU

Se couper pour exister

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur D. SIBERTIN-BLANC	Président
M. le Professeur J.-L. SCHMUTZ	Juge
M. le Professeur J.-P. KAHN	Juge
M. le Docteur P. MORET	Juge

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1
D 007 251369 0

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1 — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 2005 — THÈSE N°

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 31 octobre 2005

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Caroline BARRAULT

L'ADOLESCENCE À FLEUR DE PEAU

Se couper pour exister

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur D. SIBERTIN-BLANC	Président
M. le Professeur J.-L. SCHMUTZ	Juge
M. le Professeur J.-P. KAHN	Juge
M. le Docteur P. MORET	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs	
du 1er Cycle :	**Mme le Docteur Chantal KOHLER**
du 2ème Cycle :	**Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
du 3ème Cycle :	**Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI**
de la Vie Facultaire :	**Mr le Professeur Bruno LEHEUP**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT
Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Jean-Pierre NICOLAS –
Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : ***(Biologie cellulaire)***

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale)***

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes)*

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie)*

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)*

Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie)*

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : *(Cardiologie)*

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL – Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie)*

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : *(Chirurgie digestive)*

3ème sous-section : *(Néphrologie)*

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : *(Urologie)*

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne)*

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4ème sous-section : ***(Endocrinologie et maladies métaboliques)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5ème sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUEL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Docteur Didier QUILLIOT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur François ALLA
4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*
Docteur Pierre GILLOIS

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Docteur François SCHOONEMAN
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Docteur Anne KENNEL
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)*
Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Docteur Jean PAYSANT

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)*
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE
Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET –
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND – Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A notre maître et président de thèse,

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur des Universités en Pédopsychiatrie
Praticien hospitalier
Chef de service hospitalo-universitaire de Pédopsychiatrie

Vous nous faîtes l'honneur de présider cette thèse.

Votre gentillesse, votre disponibilité et la qualité de votre enseignement ont marqué notre internat. Nous avons pu apprécier également votre humour, notamment lorsque vous nous avez mimé *Le cri* d'Edvard Munch avec une justesse sans égale, au cours d'une « séance du mercredi ».

Veuillez recevoir ici l'expression de notre profond respect.

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

Professeur des Universités en Dermato-vénéréologie

Praticien hospitalier

Chef de service hospitalo-universitaire de Dermato-vénéréologie

Vous nous faîtes l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Nous remercions toute votre équipe pour la qualité de leur accueil et pour leur compétence.

Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère considération.

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN
Professeur des Universités en Psychiatrie adulte
Praticien hospitalier
Chef de service hospitalo-universitaire de Psychologie médicale

Vous nous faîtes l'honneur de juger cette thèse.

En cette année 2005, nous n'avons pas chômé. Nous avons passé notre mémoire de D.E.S, notre mémoire de Diplôme Universitaire de Psychiatrie et psychologie légales, et maintenant notre thèse de Docteur en Médecine. Vous avez été présent à chacune de ces présentations.

Veuillez recevoir ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre juge,

Monsieur le Docteur Philippe MORET
Docteur en Médecine
Praticien hospitalier
Chef de service de Pédopsychiatrie

Vous nous faîtes l'honneur de diriger cette thèse.

C'est au sein de votre service que sont nées les bases de ce travail.
Votre accueil, votre écoute, votre disponibilité et vos connaissances nous ont permis de progresser dans notre réflexion.

Veuillez recevoir ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A mes parents.

A mon frère Nicolas.

A la mémoire de mes arrière-grands-parents Eva et Julot.

A la mémoire de mes grands-parents Yvette et Marcel.

A Madame le Docteur Michèle Bignon-Laigneau.

A mes amis.

A tous mes collègues.

A Madame le Professeur Annick Barbaud.

A toutes les équipes soignantes qui ont participé à ma formation.

Aux patients et à ce qu'ils nous apportent.

A la météo de l'été 2005.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

SOMMAIRE

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

INTRODUCTION **19**

PREMIERE PARTIE : LES ASPECTS THÉORIQUES **21**

1. QU'EST-CE QUE L'ADOLESCENCE ? **22**

1.1. L'ADOLESCENCE ET SES ENJEUX **22**
1.1.1. Les modifications physiologiques de la puberté **22**
1.1.1.1. Chez la fille 22
1.1.1.2. Chez le garçon 23
1.1.2. Début et fin de l'adolescence **23**
1.1.2.1. L'adolescence dans l'histoire 24
1.1.2.2. Dans la société d'aujourd'hui 27
1.1.3. Les aspects psychopathologiques de l'adolescence **28**
1.1.3.1. Les fondements psychanalytiques 28
1.1.3.2. Le travail psychique de l'adolescence 30
1.1.3.3. Remaniement des instances et les mécanismes de défense 33
1.2. CORPS ET AGIR A L'ADOLESCENCE **34**
1.2.1. Le corps à l'adolescence **34**
1.2.1.1. La place du corps 34
1.2.1.2. Le langage du corps 36
1.2.1.3. Le concept de Moi-peau 37
1.2.2. L'agir et les passages à l'acte à l'adolescence **38**
1.2.2.1. Place du passage à l'acte à l'adolescence 39
1.2.2.2. Fonctions du passage à l'acte 40
1.2.2.3. Approche psychanalytique de l'agir 41
1.2.2.4. La violence de l'agir 42

2. LES SCARIFICATIONS **43**

2.1. GÉNÉRALITÉS **43**
2.1.1. Définitions **43**
2.1.2.1. Scarifications et Phlébotomies 44
2.1.2.2. Scarifications et Automutilations 45
2.1.2. Données épidémiologiques **46**
2.2. LES RITES D'INITIATION **48**
2.2.1. Le schéma initiatique **48**
2.2.2. Exemples de pratiques, en Afrique Noire **49**
2.3. LES PRATIQUES RELIGIEUSES **51**
2.3.1. Rituels et Cérémonies religieuses **51**
2.3.2. Rituels de purification **53**
2.3.3. Le courant gothique **54**
2.4. DIMENSIONS ARTISTIQUE ET ESTHÉTIQUE **55**
2.4.1. Un nouvel esthétisme **55**
2.4.2. Le Body Art **56**
2.4.3. Le « primitivisme » **58**
2.5. LES LIMITES ENTRE LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE **59**
2.5.1. La question de la structure de la personnalité à l'adolescence **59**
2.5.2. Psychose et adolescence **61**
2.5.3. Etat limite et adolescence **63**
2.5.4. Conduites psychopathiques et adolescence **65**
2.5.5. Les conduites névrotiques à l'adolescence **66**
2.5.6. Les troubles factices **66**
2.5.6.1. Les pathomimies 66
2.5.6.2. Le syndrome de Lasthénie de Ferjol 67

DEUXIEME PARTIE : LES OBSERVATIONS CLINIQUES **68**

VIGNETTE CLINIQUE N° 1 : Céline, 18 ans **70**
VIGNETTE CLINIQUE N° 2 : Laure, 14 ans **72**
VIGNETTE CLINIQUE N° 3 : Alice, 14 ans **80**
VIGNETTE CLINIQUE N° 4 : Françoise, 17 ans **89**

TROISIEME PARTIE : SYNTHÈSE ET DISCUSSION **93**

1. APPROCHE CLINIQUE **94**

1.1. LA DESCRIPTION CLINIQUE **94**
1.1.1. La séquence comportementale **94**
1.1.2. La localisation et les moyens utilisés **95**
1.1.3. La douleur **96**
1.1.4. Exhibition ou dissimulation **97**
1.1.5. Terrain et co-morbidités **98**
1.1.5.1. Les antécédents 98
1.1.5.2. Les facteurs de risque 99
1.1.5.3. Relations avec les menstruations 100
1.1.5.4. Symptomatologies associées 100
1.1.5.5. Les troubles de la personnalité 101
1.2. LE STATUT NOSOGRAPHIQUE **102**
1.2.1. Le « deliberate self-harm syndrome » de Pattison et Kahan **102**
1.2.2. Le « repetitive self-mutilation syndrome » de Favazza et Rosenthal **104**
1.2.3. Le D.S.M. IV **105**

2. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE **106**

2.1. LA PEAU **106**
2.1.1. Le choix de la peau **106**
2.1.2. Distinctions entre scarifications, piercings et tatouages **107**
2.2. A LA RECHERCHE DE SENS **108**
2.2.1. A défaut de langage **108**
2.2.2. Un rite individuel de passage **109**
2.2.3. Une conduite à risque **110**
2.2.4. Une pathologie du lien **111**
2.3. ADOLESCENCE ET EFFRACTION TRAUMATIQUE **112**
2.4. DOULEUR, PLAISIR ET MASOCHISME **115**

2.5. ADDICTION, DÉPENDANCE ET ADOLESCENCE 117
2.5.1. La dépendance 117
2.5.2. Les conduites addictives 119
2.5.3. La dépendance des parents 121
2.6. SCARIFICATIONS ET SUICIDE 122
2.6.1. Quelques chiffres 122
2.6.2. Les scarifications et les gestes suicidaires sont-ils équivalents ? 122
2.6.2.1. Le geste suicidaire 123
2.6.2.2. Les scarifications sont-elles un geste anti-suicidaire ? 123
2.6.2.3. L'adolescence, une situation particulière 124
2.7. LA SOCIÉTÉ : SES MODIFICATIONS ET LEURS EFFETS 125
2.7.1. Une société de consommation 125
2.7.2. Le culte du corps 126
2.7.3. Le culte de la jeunesse 127
2.7.4. L'effacement des rites de passage 128

3. APPROCHE THÉRAPEUTIQUE 130

3.1. LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES 130
3.1.1. Mises en garde 130
3.1.2. Les différentes molécules 131
3.1.2.1. Les neuroleptiques 131
3.1.2.2. Les antidépresseurs 131
3.1.2.3. Les thymo-régulateurs 132
3.1.2.4. Les anxiolytiques 132
3.1.2.5. Les anti-morphiniques 132
3.2. LES TRAITEMENTS PSYCHOTHÉRAPIQUES 133
3.2.1. Définition 133
3.2.2. La relation thérapeutique 134
3.3. LE TRAVAIL INSTITUTIONNEL 135
3.3.1. L'espace transitionnel 136
3.3.2. Les réponses institutionnelles 137
3.3.2.1. Le cadre institutionnel 137
3.3.2.2. Les résistances au traitement 138

SCD-UHP - NANCY
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

3.4. UNE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE 139
3.4.1. L'hospitalisation 140
3.4.2. Les soins 141
3.4.2.1. Face à l'agir 141
3.4.2.2. Le contrat de soins 142
3.4.2.3. Les médiations corporelles 143
3.4.2.4. Le travail familial 143
3.4.2.5. Rôle et place des soignants 143
3.4.3. La prévention 144

CONCLUSION 145

BIBLIOGRAPHIE 147

FILMOGRAPHIE 159

INTRODUCTION

SCD-UHP - NANCY
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

Depuis une trentaine d'années, la spécificité de la psychiatrie de l'adolescent a pu être progressivement reconnue (87). L'adolescence se caractérise par un ensemble de phénomènes psychologiques liés aux transformations physiques et physiologiques de la puberté, ainsi qu'au changement de statut social (102).
Il s'agit d'une période de transformations déterminantes pour l'individu dans ses rapports à lui-même et aux autres. La puberté modifie profondément le corps et le statut du sujet ; l'accès à la sexualité génitale qu'elle implique doit être psychiquement élaboré par l'individu qui en vit les conséquences narcissiques et relationnelles. L'adolescence met donc en jeu un processus engageant cette élaboration, qui porte sur l'intégration de l'identité sexuelle, le réaménagement des relations infantiles et l'amorce d'un travail de séparation, et aboutit à une réorganisation des instances psychiques (37).

Au cours de cette période d'adolescence, le corps occupe une place essentielle, à la croisée de l'intime et du relationnel. Il offre aussi un lieu d'exposition des revendications alliant exhibition et déguisement : vêtements, parures, tatouages, piercings attirent le regard et l'attention des autres (99). Mais, dans le même temps, les adolescents assument mal ce qu'ils montrent. Ils vont alors recourir aux passages à l'acte pour tenter de maîtriser son environnement et se défendre contre le sentiment d'étrangeté qui l'envahit.

Dans le film *Thirteen* (USA, 2003), nous assistons à la métamorphose d'une jeune fille, Tracy, âgée de treize ans. En quelques mois, elle passe du statut de sage écolière jouant à la poupée à celui d'une jeune fille qui ment, vole et présente des conduites à risque. Elle s'inflige des scarifications, des piercings douloureux et des conduites de privations masochiques. Ce changement correspond à la rencontre avec une amie qui va lui servir de modèle. Les parents de Tracy sont divorcés. Son père est absent de la vie de Tracy et sa mère est alcoolique. Livrée à elle-même, il semble que rien ne puisse l'arrêter dans ses conduites d'autodestruction. Bien qu'il existe quelques clichés dans ce film, il illustre bien les situations cliniques que nous sommes amenés à rencontrer (152).

Une patiente nous confiait « cela me fait du bien de me faire du mal et quand j'ai mal, je me sens vraiment exister ». Comme la plupart des agirs, les actes de scarification se présentent comme une énigme (116).

Nous avons donc souhaité nous pencher sur cette question clinique que sont les scarifications pratiquées au cours de l'adolescence. D'autant plus que nous avons tous constaté une augmentation du nombre d'adolescents qui s'infligent des blessures corporelles.

La première partie de notre travail concerne les aspects théoriques de l'adolescence et des scarifications. Après une analyse historique de l'évolution de la notion de l'adolescence, nous avons étudié les remaniements psychiques, ainsi que la place du corps et de l'agir au cours de l'adolescence. Nous avons ensuite défini le terme de « scarification » et envisagé les différents domaines où les scarifications apparaissaient. Nous les avons repérées au cours de rites d'initiation, de rites religieux et dans des domaines artistique et esthétique. Il nous est apparu alors nécessaire de définir ce qui était de l'ordre du normal et du pathologique dans de telle pratique confrontée au processus de l'adolescence.

Dans la deuxième partie, nous avons rapporté quatre observations d'adolescentes qui s'entaillent la peau volontairement. Suite à la rencontre avec ces jeunes filles et aux difficultés auxquelles nous avons été confrontée au cours de ces prises en charge, nous avons été amenée à pousser notre réflexion, en espérant trouver quelques réponses à nos interrogations.

Dans la troisième partie, l'analyse de cet agir a permis d'individualiser une séquence comportementale et de dégager des facteurs associés à ce comportement. Certains auteurs ont d'ailleurs proposé de définir un syndrome à partir des éléments répertoriés. Ensuite, par l'approche psychopathologique du geste, nous avons étudié les différents sens que pouvaient avoir les scarifications. Nous avons également fait le lien entre l'accroissement des conduites agies dans les pays occidentaux et les changements de notre société. Enfin, les différentes possibilités thérapeutiques, pharmacologiques, psychothérapiques et institutionnelles, sont abordées.

PREMIERE PARTIE :
LES ASPECTS THÉORIQUES

1. QU'EST-CE QUE L'ADOLESCENCE ?

La notion d'adolescence s'avère complexe. Période de passage de l'état d'enfant à celui d'adulte, elle se caractérise par d'importantes transformations physiques, psychologiques et sociales. L'adolescent doit à la fois acquérir le sens de son identité personnelle, imposer aux autres sa propre originalité et s'intégrer au sein de son environnement.

1.1. L'ADOLESCENCE ET SES ENJEUX

1.1.1. Les modifications physiologiques de la puberté

La puberté est marquée par des transformations morphologiques externes évidentes et correspond à la mise en route de mécanismes neuro-endocriniens contemporains de la maturité sexuelle qui annonce l'aptitude à la reproduction (61).
Le réveil des sécrétions hormonales se produit vers 8-10 ans. Les glandes surrénales et leurs sécrétions d'androgènes, précédant la réactivation des ovaires (oestrogènes) et des testicules (testostérones) sont responsables du développement des organes sexuels et de l'induction des modifications morphologiques (29, 68).

1.1.1.1. Chez la fille

Les premiers signes apparents de la puberté peuvent être aperçus entre 8 et 13 ans.
Les caractères sexuels secondaires apparaissent en premier. Il s'agit du développement des mamelons, d'une augmentation du volume mammaire, de l'apparition d'une pilosité pubienne typique, triangulaire, couvrant le pubis. La pilosité se développe également dans les creux axillaires.
Les organes génitaux externes se modifient : les grandes lèvres se développent, les petites font relief, la peau se pigmente. La masse utérine s'accroît.
Cette période s'accompagne d'une prise de poids, en particulier à la taille, aux hanches et aux cuisses. La taille augmente pour se stabiliser vers 16 ans. La silhouette devient nettement gynoïde, la largeur du bassin est supérieure à celle des épaules.
Au plan hormonal, le taux de FSH augmente, les cortico-surrénales et les ovaires sont stimulés. Les premiers cycles menstruels apparaissent. Le point de repère que constitue la

première menstruation chez les filles est sujet à de grandes variations individuelles et raciales. Elle se situe dans 90 % des cas entre 11 et 15 ans. Mais ce n'est que 8 mois à 2 ans plus tard que l'ovulation – et donc la mise en place de la fonction de reproduction - sera effective (29, 61, 68).

1.1.1.2. Chez le garçon

La puberté n'est visible que vers 12 ou 14 ans.

On note essentiellement une augmentation du volume des testicules, une pigmentation de la peau des bourses, une croissance en longueur de la verge, des érections réflexes, une pilosité pubienne dont la limite supérieure n'est pas horizontale, mais remonte un peu en direction de l'ombilic. Des poils axillaires apparaissent, ainsi que sur les joues, le menton et la lèvre supérieure. Plus tard, les poils apparaissent également sur le thorax, les avant-bras, le dos. La masse musculaire augmente, en particulier au niveau des membres et des ceintures, du thorax, associée à une phase de croissance. L'apogée de la croissance est atteinte vers 14-15 ans.

Le fait spectaculaire lors de la puberté du garçon est le développement du cartilage thyroïdien, appelé « pomme d'Adam » et la mue. La voix, jusque là aigue et enfantine, se casse, s'éraille et devient grave.

Le phénomène pubertaire est sous la dépendance des sécrétions hormonales : FSH, androgènes. La production de spermatozoïdes intervient dans 90 % des cas entre 11 et 16 ans (29, 61, 68).

Le corps se transforme donc à un rythme variable mais de manière globale : la silhouette change aussi bien pour le sujet lui-même que pour ceux qui le regardent.

Pour autant, la puberté est-elle le signe de l'entrée dans l'adolescence ?

La puberté est une condition nécessaire mais non suffisante de l'adolescence. Au pire, il y a des pubertés sans adolescence, par exemple dans des états d'arriération mentale, mais aussi dans des psychoses infantiles (102).

1.1.2. Début et fin de l'adolescence

A travers les époques, l'adolescence n'a pas toujours été reconnue. Mais, depuis une trentaine d'années, l'adolescence est devenue un véritable phénomène de société.

1.1.2.1. L'adolescence dans l'histoire

Les anthropologues et les historiens ont mis en évidence que la jeunesse était une construction sociale et culturelle. Chaque société, à chaque époque, cherche à imposer à sa manière un ordre et un sens à ce qui paraît transitoire, voire désordonné et chaotique. Les sociétés ont manifesté au fil du temps, à l'égard de l'adolescence, une attention particulière mêlant attentes et soupçons, idéalisation et projection négative. Le statut de l'adolescence ne connaît donc pas une évolution linéaire mais des états variables (37).

« La jeunesse d'aujourd'hui aime le luxe ; elle manque de tenue, raille l'autorité et n'a aucun respect pour ses aînés. Les enfants… ne se lèvent plus quand une personne d'âge entre dans la pièce où ils sont, ils contredisent leurs parents, se tiennent à table comme des gloutons et font une vie d'enfer à leurs maîtres. » Socrate, 5ème siècle avant Jésus-Christ (29).

Dans l'Antiquité, l'enfant et son développement ne sont pas une fin en soi. Le but ultime est la formation de l'homme adulte.

A Athènes, le garçon âgé de 18 ans a atteint sa majorité civile. Il sera « éphèbe » pendant deux années. Le temps d'éphébie serait l'équivalent d'un service militaire. Pour les filles, les rites du mariage seraient le pendant des rites éphébiques. Nous constatons qu'à Athènes il n'y a pas de temps d'adolescence.

A Rome, l'*adulescens* désigne un homme âgé de 17 à 30 ans. C'est au cours d'une cérémonie que le *puer* (enfant âgé de 7 à 17 ans) passe au statut d'*adulescens*. C'est à ce moment que le garçon accède à la citoyenneté. Le terme n'est pas utilisé pour les Romaines. Ce sont les obligations civiles et militaires qui déterminent les étapes de la vie d'un homme, et la non moins noble obligation de se marier et d'avoir des enfants qui détermine celles de la vie d'une femme. A l'âge où le jeune homme est un *adulescens*, la jeune fille n'est pas devenue une « jeune femme », mais une « épouse ». Son statut dans la société n'est considéré que par rapport aux liens qui la rendent dépendante à son mari (68).

Au Moyen Age, c'est désormais l'autorité parentale qui prévaut. L'enfant est censé se prendre totalement en charge dès quatorze ans. A la puberté, il est adulte.

A la Renaissance, apparaît dans le système éducatif la notion de classes et de programmes scolaires. De 1 à 6 ans, les enfants sont à la maison où ils doivent recevoir une éducation de base. De 7 à 12 ans, tous doivent recevoir une éducation élémentaire dans leur langue

maternelle. De 12 à 18 ans, l'éducation vise à favoriser l'évolution du raisonnement. Enfin, de 18 à 24 ans, c'est la maîtrise de soi et de la volonté qui doit être développée. Ainsi l'organisation des collèges commence à séparer les enfants des adultes.
Ambroise Paré (1509-1590) fait figure de précurseur lorsqu'il tente de définir l'adolescence : « L'adolescence qui commence depuis 18 ans jusqu'à 25 est la tempérée et moyenne entre tous excès ».

Sous l'Ancien Régime, le mot « adolescence » existe mais dans le sens latin : celui qui grandit. Le terme ne figure pas dans le dictionnaire français de Furetière (1690).
Jusqu'au 18ème siècle, il y avait trois âges nommés : l'enfance, la jeunesse (que nous appellerions aujourd'hui l'âge mur) et la vieillesse. Selon P. Ariès, il n'y a donc pas de place en France pour l'adolescence comme statut (6).

Le siècle du Roi-Soleil consacre enfin l'emploi du mot. Le dictionnaire de Richelet, en 1860, y voit « le premier âge après l'enfance » ; quant aux dictionnaires de Furetière et de l'Académie, « fleur de jeunesse » pour l'un et « âge entre puberté et majorité » pour l'autre, ils semblent s'accorder sur une « tranche d'âge » qui se situerait entre 14 et 25 ans.

Durant tout le 18ème siècle et une bonne partie du 19ème, on ne voit guère dans l' adolescent, de quatorze à vingt-cinq ans, qu'un « morveux puceau », et un « novice un peu niais ». Cette période est considérée comme dangereuse pour l'individu et pour la société. La peur que suscitent les adolescents chez les adultes tient au fait que la jeunesse de cette époque se mobilise, se politise et devient une menace pour le pouvoir politique.

La Révolution Française marquera de son empreinte un certain nombre de lois témoignant d'une évolution radicale des mentalités et des droits régissant les rapports entre générations. C'est ainsi qu'en 1790, la majorité est ramenée à dix-huit ans pour les deux sexes. Le passage de l'enfance à l'âge adulte ne correspond pas encore à aucune notion clairement établie. Ce passage est bref et se traduit par une entrée dans la vie active, qui signe l'accès à l'âge adulte.
Après la Révolution Française, des différences vestimentaires sont des éléments signant l'âge : la hauteur du chapeau du pubère, la taille de la canne, la longueur de la robe de la jeune fille. Les marques, désignant de plus en plus un groupe intermédiaire, se mettent en place.

A partir de 1850, le terme « adolescent » perd sa connotation railleuse et s'installe peu à peu dans le lexique. Le Littré (1872) et le Grand Dictionnaire universel de Larousse (1866) donnent deux définitions complémentaires de l'adolescence : « Age qui succède à l'enfance et qui commence avec les premiers signes de la puberté » selon le Littré. Pour le Larousse, l'adolescence se situe entre 14 et 20 ans, « l'adolescence est circonscrite entre deux limites précises, à savoir d'une part la puberté ou époque du complet développement des organes génitaux, d'autre part l'arrêt définitif de l'accroissement en hauteur qui continue après la première manifestation des facultés génératrices ». Ainsi, le mot « adolescence » s'est installé de manière définitive dans les dictionnaires au moyen commode d'une « tranche d'âge », le groupe des 14-25 ans.
La démocratisation de l'enseignement est maintenant considérée comme un facteur de stabilité sociale. La scolarisation est obligatoire, précoce et prolongée. La création des lycées contribue à instituer l'adolescence comme un véritable âge intermédiaire.

Les dictionnaires du 20ème siècle entérinent l'idée d'une adolescence aux limites différentes selon le sexe : entre douze et vingt ans pour les filles, entre quatorze et vingt-deux ans pour les garçons. Progressivement, cependant, ils semblent faire preuve de quelque prudence en ce qui concerne toute délimitation chiffrée, soit en les ignorant délibérément, soit en choisissant de se référer à des notions plus générales.
Le 20ème siècle connaît de grands bouleversements politiques, sociaux, économiques et scientifiques. Les repères changent. Le temps s'accélère. A la succession régulière des générations et à la transmission progressive des savoirs se substitue une remise en question rapide des connaissances. La discontinuité, l'immédiateté, voire le « tout, tout de suite » prennent la place d'un temps linéaire, de l'anticipation et de l'attente.
L'adolescent est introduit dans un système où plaisir et marché sont intimement liés. Il faut acheter du matériel hi-fi, des disques, des vêtements, dont une mode active impose de fréquents changements.

Par l'évolution de l'utilisation du mot « adolescence » dans l'histoire, nous pouvons voir que toutes sortes de notions et de groupes d'âge se confondent. Il apparaît clairement que le phénomène de l'adolescence est étroitement lié à l'évolution de notre société. Selon Ariès, tout se passe comme si, à chaque époque, correspondait un âge privilégié et une périodisation particulière de la vie humaine, la jeunesse est l'âge privilégié du 17ème siècle, l'enfance celui du 19ème siècle et l'adolescence celui du 20ème siècle (6).

1.1.2.2. Dans la société d'aujourd'hui

Au cours du 20ème siècle, la société occidentale a connu des changements sociaux et économiques. La famille s'est modifiée sur plusieurs points : baisse du nombre des mariages, baisse du taux de fécondité, augmentation des couples non mariés, du taux de divorce. L'espérance de vie s'est allongée. L'accès des femmes au travail s'est généralisé.

Dans ce contexte, nous constatons une modification du fonctionnement familial avec un affaiblissement du consensus social sur les règles éducatives, une atténuation de la valorisation sociale du père, un repli sur la vie familiale, un effacement des barrières entre les générations. Ces modifications pourraient entraîner des changements dans l'expression de l'adolescence (70, 75).

« Plus la société est complexe, plus l'adolescence est longue et conflictuelle. »

Nous assistons, en effet, à un éclatement et à un étirement de l'adolescence, entre la « pré-puberté » avec les phénomènes de Lolita et la « post-adolescence » (69, 75). L'allongement de la scolarité obligatoire pour tous et l'accès d'un nombre accru d'adolescents au baccalauréat et à des études supérieures constituent aujourd'hui un premier facteur de prolongation de l'adolescence. Par ailleurs, l'allongement de la durée moyenne des études, la difficulté à trouver un premier emploi et à le garder, le taux faible des premières rémunérations retardent le départ du domicile parental. Cet ensemble de facteurs joue un rôle dans le recul de l'âge de l'installation en couple et d'accès à la parentalité. Pour les sociologues, il contribue à constituer la post-adolescence, étape intermédiaire entre état d'adolescence et état d'adulte. D'une manière générale, la dépendance des adolescents vis-à-vis des parents est prolongée (37).

P. Blos a décrit plusieurs étapes dans le processus psychologique caractéristique des adolescents « normaux » :

L'installation de l'adolescence ou pré-adolescence se caractérise par les transformations corporelles, l'augmentation quantitative de la force pulsionnelle et la résurgence de la prégénitalité. Ce début est marqué par un besoin de repli sur soi pour affronter tous ces changements, une quête de solitude, mais aussi des mouvements affectifs de plus en plus intenses, affirmés et contradictoires à l'égard des autres et en particulier des parents.

La première adolescence est marquée par la primauté du génitale et le rejet des « objets internes parentaux ». C'est l'époque de la recherche de l'ami idéalisé, à la fois confident et autre soi-même.

Au cours de l'adolescence proprement dite, le réveil du complexe oedipien et le détachement des premiers objets d'amour dominent. C'est l'époque du premier amour et de la recherche d'une relation sexuelle ou de ses équivalents.
La fin de l'adolescence est une phase de consolidation de la représentation de soi en tant que sujet. Il s'agit à proprement parler de la phase de formation du caractère. L'adolescent établit peu à peu ses choix personnels, professionnels, amicaux et amoureux.
La dernière phase est celle de la post-adolescence. Entré dans le monde des adultes et manifestant ses orientations, ses idéaux, son caractère personnel, le sujet reste encore attaché au monde de l'enfance par certains aspects (22, 109). La fin de l'adolescence devient de plus en plus difficile à cerner. D'autant plus que nombre d'adultes n'aspirent qu'à retrouver cet état de jeunesse.

Mais, l'adolescence ne saurait se limiter à un fait de société. L'adolescence est également une phase de transition entre la dépendance et l'autonomie, une période d'apprentissage (17).

1.1.3. Les mécanismes psychopathologiques de l'adolescence

D'un point de vue psychologique, le surcroît pulsionnel, les modifications corporelles, le travail de désengagement de l'enfance, les réaménagements défensifs, les nouveaux systèmes d'idéalisation, les quêtes identificatoires, les nouvelles formes d'adhésion au groupe sont des caractéristiques spécifiques de l'adolescence (22).

1.1.3.1. Les fondements psychanalytiques
Avec la naissance de la psychanalyse, différents courants de pensée vont se développer et étudier la question de l'adolescence.

En 1905, S. Freud publie *Trois essais sur la théorie sexuelle*. C'est le premier écrit de la littérature psychanalytique à s'intéresser aux mutations psychologiques qui accompagnent la puberté. « Avec le commencement de la puberté, apparaissent des transformations qui amèneront la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale » (51).
Dans ces conceptions, l'adolescence n'existe ni comme classe d'âge, ni comme période particulière du développement humain. D'un coté l'enfant, de l'autre l'adulte portant « de l'enfant » en lui. Entre les deux, la puberté. Il ne s'agit que de la reprise et de la poursuite de la petite enfance et particulièrement des questions concernant la sexualité et les relations aux

autres qui s'y posent (68). La puberté constitue un temps où les fantasmes infantiles acquièrent, en après-coup, un potentiel traumatique : inceste et meurtre parental prennent un caractère de proximité qui rend leur seule évocation angoissante (37)
A partir de S. Freud, nous pouvons définir l'adolescence comme un travail de deuil de la toute puissance de l'Autre. En d'autres termes, le deuil du père est à l'adolescence ce que le deuil de la mère est à l'Œdipe.

Le psychanalyste Ernest Jones va introduire le terme « adolescence » pour remplacer celui de « puberté » dans son article intitulé « Quelques problèmes de l'adolescence », publié en 1922. Il y reprend et y poursuit l'une des thèses de S. Freud, en montrant comment « l'individu récapitule et développe dans la deuxième décennie l'évolution qu'il a accomplie pendant les cinq premières années de sa vie » (68).

En 1958, A. Freud établit un parallèle entre les états de deuil et les caractéristiques de l'adolescence. « Un certain deuil des objets du passé est inévitable » écrit-elle.
Par la suite, plusieurs auteurs, dont M. Laufer, reprirent cette comparaison entre processus de deuil et travail psychologique.

Les concepts de M. Mahler ont amené plusieurs psychanalystes d'adolescents à comparer le processus d'adolescence avec le processus de séparation du petit enfant décrit par celle-ci. Si le jeune enfant s'est dégagé de sa mère par internalisation, l'adolescent se dégage des objets internalisés pour aimer les objets extérieurs et extrafamiliaux (109).
Pour P. Blos, l'adolescence représente un second processus de séparation-individuation. « En renonçant à ses parents oedipiens, l'adolescent subit une perte réelle et il fait l'expérience d'un vide intérieur, de l'accablement, de la tristesse qui accompagnent toute espèce de deuil » (122). A l'adolescence, second processus de séparation-individuation et processus identificatoire sont intimement liés.

M. Laufer précise que l'adolescence donne forme à « l'organisation sexuelle définitive ». Il fait de la qualité de cette organisation la tâche essentielle de l'adolescence. L'adolescent doit parvenir à percevoir son corps non comme une extension de celui de sa mère, mais comme sa propriété. La pathologie de l'adolescent représente une cassure dans le processus d'intégration du corps physique mature, dans la représentation de soi, qu'il relie à un trouble de la vie

sexuelle. L'adolescent est dans une relation passive à son corps et à la vie fantasmatique qui lui est reliée. Le corps sexué est son ennemi et représente son anormalité (81, 87).

E. Kestemberg insiste sur le caractère de période de transition de l'adolescence, marquée par le réveil massif du conflit oedipien et les défenses « forcenées » qu'il mobilise. « Le passé s'y joue définitivement, c'est-à-dire l'enfance, et, si tout se prépare dans l'enfance, voire dans la toute petite enfance, peut-être même dans les premiers jours de vie, tout se joue à l'adolescence. » (87).
Cette période entraîne un remaniement des investissements au profit des investissements narcissiques et au détriment de ceux objectaux trop marqués par le conflit oedipien. Le conflit se cristallise autour de la relation de l'adolescent à son corps sexué, porteur de ses relations avec les imagos parentales. Cette relation d'étrangeté avec son corps, en relation avec ses conflits identificatoires, met en cause l'identité même de l'adolescent et confère à cet âge une potentialité dépressive profonde. Rendu ainsi vulnérable, l'adolescent est particulièrement tributaire de la qualité de son étayage sur le monde environnant (81, 83).

Plus récemment, l'accent mis sur les transformations physiques de la puberté a conduit à décrire un véritable processus psychique appelé « pubertaire ». Selon Gutton, « le pubertaire est aux phénomènes psychiques ce que la puberté est au corps : remaniements sexuels dont l'interprétation est oedipienne ». Le pubertaire est théorisé comme un processus rendant compte de la pression exercée par le réel biologique de la puberté sur les trois instances psychiques (Moi, Surmoi, Ça). Cette pression vient se heurter contre la barrière de l'inceste léguée par l'élaboration du développement oedipien (59).

L'adolescence n'est plus seulement envisagée comme la récapitulation des étapes antérieures, mais sa problématique et sa finalité propres se sont dégagées.

1.1.3.2. Le travail psychique de l'adolescence
Par la puberté, l'ordre du monde de l'enfance est bouleversé. L'adolescent est confronté à partir de la flambée pulsionnelle imposée par la puberté, à la reprise du conflit oedipien, à la nécessité d'élaborer la problématique de séparation, qui remet en jeu la position dépressive, tout cela fragilisant ses assises narcissiques (37).

- Pertes et séparations

Le sujet est confronté à une série de pertes : celle de la période de quiétude corporelle infantile, interrompue par la poussée pubertaire, qui réactive la pulsion sexuelle et implique de nouveaux besoins ; celle de la stabilité de l'image du corps, à laquelle les transformations physiques de l'adolescence viennent mettre fin ; celle du sentiment d'omnipotence de l'enfant, lié à sa bisexualité potentielle, à laquelle l'apparition des caractères sexuels secondaires, en assignant au sujet un sexe et un seul, le contraint de renoncer. Enfin, l'adolescent doit se désengager de son lien aux objets oedipiens de l'enfance. P. Blos a décrit ce processus d'« individuation » : « ce qui dans l'enfance est l'éclosion de la membrane symbiotique pour laisser advenir un bambin individu est à l'adolescence la rupture des liens de dépendance à la famille, la perte des objets infantiles afin de devenir un membre de la société à part entière ou plus simplement un membre du monde des adultes ». Cette mise à distance de l'objet oedipien est d'autant plus nécessaire que l'intensité pulsionnelle avive les besoins, les fantasmes incestueux et rend encore plus impérieux la nécessité pour l'adolescent de mettre une distance entre lui/elle et son objet oedipien, d'autant que ce mouvement intrapsychique se complique du fait de la présence réelle, concrète des parents.

L'adolescence est donc le temps des remaniements. Elle nécessite un réajustement de la personnalité antérieure pour s'adapter aux modifications corporelles. Sujet et objet de cette transformation, l'adolescent ne se reconnaît plus et se sent différent dans l'image que les autres lui renvoient. Ce vécu « d'inquiétante étrangeté » l'oblige à renoncer à l'image de lui enfant et à accepter ce nouveau corps sexué. La non-intégration de cette nouvelle donne ou même son déni peut être responsable d'une rupture de développement ou *breakdown*, comme le décrit M. Laufer (87, 91).

- Les pulsions sexuelles et leur dimension agressive

La poussée pubertaire s'accompagne d'une intensification des pulsions dans le corps et la psyché de l'adolescent, qu'il s'agisse de la pulsion sexuelle, mais aussi de la pulsion agressive (87). Cet accroissement pulsionnel se traduit par une tension interne que l'adolescent éprouve d'abord, cherche à évacuer ensuite, avant d'y trouver des issues à travers les voies de sublimation. Les pulsions agressives, en s'intensifiant, accroissent la culpabilité et poussent à l'élaboration de défenses psychiques nouvelles.

Winnicott résume ce point de vue en déclarant que « grandir est par nature un acte agressif ». Il ajoute « qu'au temps de la puberté et de l'adolescence il y a dans ce fantasme la mort de quelqu'un et le sentiment de triomphe qui l'accompagne » (149).

Contre cette excitation pulsionnelle et cette agressivité, le jeune met en place un certain nombre de défenses psychiques et/ou comportementales. Ces défenses sont importantes car dans la clinique elles occupent souvent le devant de la scène. La plus classique peut être le retournement contre soi de l'agressivité.

- Les néo-identifications

L'adolescence entraîne un remaniement de l'équilibre entre investissements objectaux et investissements narcissiques. La nécessité de protéger l'objet contre le risque de destruction lié à l'excitation pulsionnelle agressive et le besoin de rupture par rapport aux intérêts de l'enfance entraînent une réduction de investissements objectaux (104). L'adolescence se caractérise par un repli narcissique. Le retour des investissements objectaux se présente cette fois sur un mode génital (92).
L'idéal du Moi se met progressivement en place. Certains auteurs considèrent l'idéal du Moi comme l'héritier direct de l'adolescence de même que le Surmoi serait l'héritier de la période oedipienne. L'idéal du Moi constitue un modèle auquel le sujet doit se conformer. Il est issu de l'idéalisation de l'enfant par les parents, de l'idéalisation des parents par l'enfant et de l'idéalisation de l'enfant par lui-même (37, 90).

Au cours de l'adolescence, les deux premières sources de l'idéalisation sont mises en péril. L'adolescent n'idéalise plus ses parents, voire même les dévalorise. Ce mouvement de retrait constitue l'essence même du « meurtre parental symbolique ». Dans le même temps où il dévalorise ses parents, il se met à idéaliser le monde extérieur. De leur côté, les parents retirent une partie de l'idéalisation dont ils paraient leur enfant (22, 92).
Le deuil des identifications infantiles est un mouvement douloureux et périlleux, s'il ne s'accompagne pas d'une quête identificatoire qui apporte au sujet de nouvelles certitudes, qui n'auront qu'un temps, elles aussi (92).
Mais, cette séparation est avant tout interne. « Se séparer » ne consiste pas seulement à mettre une distance entre deux personnes. Cela consiste aussi à être dans l'ignorance plus ou moins temporaire de ce que fait l'autre, où il est, avec qui il est, etc. Les parents ne peuvent plus

« tout » et ne sont plus « tout » pour leur adolescent, contrairement à ce qu'ils représentaient pour leur enfant. Les parents doivent accepter le fait qu'« ailleurs », c'est mieux.
Concernant la troisième source d'idéalisation, celle de soi par soi-même, on observe des oscillations dans l'idéalisation de soi. L'adolescent passe par des périodes de contentement de soi-même, sorte de narcissisme exacerbé, puis par des périodes de repli, de mésestime de soi et d'inquiétude. La ligne de partage est étroite entre la dévalorisation d'autrui, surtout des parents, et la dévalorisation de soi- même (104).

1.1.3.3. Remaniement des instances et les mécanismes de défense
En 1923, Freud décrit l'organisation de l'appareil psychique avec le Moi, le Ça et le Surmoi. L'homme naît avec un réservoir d'exigences pulsionnelles chaotiques et contradictoires. Ce réservoir de pulsions instinctuelles, dont chacun cherche à se satisfaire, constitue le Ça. Le Moi s'approprie des portions du Ça et se modèle à la suite d'identifications successives à des objets extérieurs. Le Moi apparaît comme l'instance qui assure la stabilité et l'identité de la personne. Le Ça est régit par le principe de plaisir, c'est-à-dire qu'il cherche la satisfaction immédiate de toutes les pulsions sans s'occuper de l'ensemble de l'organisme. Il cherche également à éviter la douleur. A mesure que l'enfant grandit, le principe de plaisir cède peu à peu au principe de réalité. Le Moi est l'instance régulatrice qui concilie les exigences de la réalité extérieure, le Ça et ses exigences pulsionnelles et le Surmoi. Le Surmoi est le produit de l'éducation et se forme par identification avec les parents et plus précisément au Surmoi parental (45, 49).

Au cours de l'adolescence, les relations Moi / Ça changent essentiellement du fait de la transformation du Moi. Le sujet a alors recours à des mécanismes de défense. Certains se retrouvent tout au long de la vie, comme le refoulement, le déplacement et l'isolation. Mais d'autres sont plus fréquents à l'adolescence, comme l'intellectualisation, le clivage et la mise en acte. Ce sont des manifestations défensives vis-à-vis des pulsions sexuelles (109).

L'intellectualisation permet de mieux contrôler les pulsions au niveau de la pensée. L'adolescent ne fuit pas devant ses pulsions mais tourne plutôt vers elles un intérêt purement abstrait, intellectuel. Chacun connaît ces adolescents qui passent des heures en discussion, pour reconstruire le monde.
L'ascétisme relève d'un rejet massif du corps. Le Moi interdit toute expression de désir et toute satisfaction pulsionnelle. Le corps est sous contrôle.

Intellectualisation et ascétisme ont les mêmes fonctions : contention et maîtrise des pulsions, et sont souvent utilisés de pair.
Le clivage et les mécanismes associés (identification projective, idéalisation primitive et projection persécutive) sont considérés comme les mécanismes de la petite enfance et sont souvent abandonnés au cours de la phase de latence. A l'adolescence, ils réapparaissent et se manifestent par de brusques passages d'un extrême à l'autre, d'une opinion à une autre, d'un idéal à un autre.
La mise en acte est caractérisée par une tendance à l'agir ou à l'impulsivité. Elle protège l'adolescent de la réflexion, de la prise de conscience d'un conflit interne ou d'une souffrance psychique.

Toutes ces défenses ont pour fonction de protéger le sujet contre une désorganisation dans son développement psychologique.

1.2. CORPS ET AGIR A L'ADOLESCENCE

1.2.1. Le corps à l'adolescence

1.2.1.1. La place du corps
Le corps vient tout naturellement au premier plan à l'adolescence puisque le processus même de l'adolescence est intimement lié aux transformations physiologiques de la puberté, c'est-à-dire aux modifications du corps et au passage d'un corps d'enfant à un corps devenu apte à agir les pulsions dans la double dimension de la sexualité et de l'agressivité (71). Le corps est ainsi l'élément pivot de l'adolescence (74).

Moyen d'expression et d'échange avec l'entourage, ce corps, en pleine transformation pubertaire, est au centre de la plupart des conflits de l'adolescent.
« Le recours au corps est à l'adolescence un moyen privilégié d'expression. Ce corps est en effet un repère fixe pour une personnalité qui se cherche et qui n'a qu'une image de soi encore flottante. Il est un point de rencontre entre le dehors et le dedans en marquant les limites [...]. Le corps est une présence tout à la fois familière et étrangère : il est simultanément quelque chose qui vous appartient et quelque chose qui représente autrui et notamment les parents [...]. Enfin le corps est un message adressé aux autres. » (76)

L'accession à un corps apte à agir les pulsions a des effets sur la psyché de l'adolescent et notamment celui de lui donner le sentiment d'être confronté à quelque chose qui s'impose à elle sans qu'elle l'ait choisi. La psyché assiste impuissante à ces transformations corporelles. L'adolescent est alors renvoyé à une situation de passivité, qui fait écho à celle de la petite enfance. A cette passivité, l'adolescent est tenté d'opposer le recours à l'agir qui lui offre une possibilité de maîtrise et d'emprise.
L'écart apparu entre la psyché et le soma peut induire une véritable dissociation : le corps est perçu comme étranger au Soi et peut devenir le lieu privilégié des attaques et des rejets (52). L'adolescent traite son corps comme un objet externe à sa vie psychique (18). Au fond, l'adolescent va tenter de se saisir de l'écart psyché / soma, subi dans un premier temps, pour nier l'écart interne à son monde psychique conscient / inconscient et tenter de contrôler ses objets internes inconscients (71).

Par ailleurs, le corps de l'adolescent est par excellence un représentant des liens objectaux avec les parents. La relation que l'adolescent va nouer avec son corps nouveau, pubère, est directement liée à la qualité de la relation qu'il a établie avec les objets parentaux et plus particulièrement pendant la première enfance. Ce corps, fruit de l'union des parents, est le représentant privilégié de la scène primitive. En attaquant et en rejetant tout ou une partie du corps, c'est avec ses parents que l'adolescent règle ses comptes (77).
Le corps est également le lieu d'expression de l'identification par le biais des ressemblances avec les membres de la famille. Au travers de ces ressemblances, c'est là encore la qualité des liens relationnels et des identifications préalables qui va s'exprimer. L'adolescent a besoin de se réapproprier son corps notamment au travers des modes vestimentaires ou au travers de la façon dont il cherche à le modifier, tachant par là même d'imprimer une marque et son droit de propriété sur son corps (71).

La sexualisation du corps a également pour effet concomitant une sexualisation des liens avec l'environnement, tout particulièrement avec le père et la mère de la réalité externe. Cette sexualisation des relations va modifier les possibilités d'étayage. Il y a ainsi toute une modification de l'espace familial rendue nécessaire par la puberté (71).
La barrière de l'interdit est à la fois ce que recherche l'adolescent et ce qu'il redoute puisqu'elle empêche l'accès à la jouissance effrénée. Derrière cette limite se profile l'ombre de la castration. C'est la loi qui est en jeu et, au-delà des règles, de la culture ou des

institutions, c'est la loi du langage. L'interdit marque, pour chaque sujet, les points d'équilibre vers où tendent les mouvements du désir et cerne ainsi le champ du désirable (92). L'adolescent éprouve alors une appétence particulière à la transgression. Chaque sujet dans son passage adolescent cherche ses propres marques, les signifiants qui le caractérisent. Le corps est ainsi porteur de messages que les mots ne peuvent pas dire et que l'adulte ne peut dire à leur place, sauf à leur faire violence.

Cependant, le corps demeure un repère intangible de la continuité du sujet. Le corps est en effet un élément essentiel de l'identité. Il matérialise la limite entre le dedans et le dehors, zone frontière et lieu d'échanges entre ces deux mondes. L'ambiguïté de ce double statut d'appartenance au monde psychique interne et à la réalité externe est aussi sa richesse. C'est probablement cette fonction de carrefour qui permet au corps de jouer un rôle organisateur dans la construction de la personnalité. Le corps obéit à l'individu, constitue son enveloppe protectrice, l'individualise et témoigne de sa continuité. Mais, il constitue également une entrave aux désirs mégalomaniaques de la psyché, limite et trahit celui auquel il appartient en révélant ses émois (4, 82).

Au cours de la puberté s'installent des conduites comportementales jusque-là inconnues : retrait, inhibition, maîtrise, exhibition, qui sont des tentatives, souvent transitoires, d'exprimer les conflits internes sur lesquels les mots n'ont plus prise (18). Le langage du corps adolescent tente d'instaurer un code de relation à l'autre, un autre type de lien social, une autre manière d'être à autrui au monde.

1.2.1.2. Le langage du corps

En 1953, Lacan dira « le langage est corps ». Le langage donne corps à son existence : il donne corps au corps. Donner corps au corps par le langage implique une autre conceptualisation. Lacan propose de soumettre l'être à trois registres : le réel, le symbolique et l'imaginaire. Il schématise ces trois registres sous forme d'anneaux superposés et indépendants les uns des autres mais tels qu'un quatrième, appelé symptôme, noue l'ensemble. C'est le nœud borroméen : quand un anneau se détache, l'ensemble se défait (84, 85).

Le corps peut ainsi se concevoir dans un complexe trifonctionnel. Le corps réel ne se confond pas avec la réalité corporelle. Il va intégrer ses nouvelles fonctions sexuées et celles de la reproduction. « Le réel est ce qui est strictement impensable », il échappe au symbolique

comme à l'imaginaire. Le corps réel est un support de projection. Le corps imaginaire serait le correspondant du Moi freudien : « le Moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface. » (45). Le Moi est engendré par les perceptions corporelles qui lui en fournissent les mesures. L'expérience du miroir est un moment constitutif de ce Moi. La phase de miroir structure le rapport du jeune enfant à lui-même et à autrui dans la mesure où il y a un autre, la mère le plus souvent, qui se trouve dans la même position réflexive, soumise aux mêmes lois (84). Sans cet autre du sujet, garant de l'ordre symbolique et de l'ancrage dans le réel, c'est-à-dire participant aux trois registres, l'image en miroir serait aliénante et tel Narcisse, l'enfant s'y perdrait, à la recherche d'un tout qui abolirait toute castration. Par cette expérience, l'enfant apprend à distinguer son corps de la réalité de son corps. Le corps symbolique, qui nous est donné par le langage, se définit par une chaîne de signifiants. Le corps symbolique condense les exigences du corps réel et du corps imaginaire, les soumet à la censure et à la raison (17, 115).

Ces trois fonctions existent déjà dans l'enfance, mais elles sont désorientées à l'adolescence, conflictualisées avant de trouver leur nouveau sens.

1.2.1.3. Le concept de Moi-peau

S. Freud écrit « le Moi dérive en dernier ressort des sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source à la surface du corps. On peut le considérer comme la projection mentale de la surface du corps, en plus de le considérer [...] comme représentant de la superficie de l'appareil psychique » (45). D. Anzieu fait le lien entre les deux instances et définit le Moi-peau. Ainsi il étudie les fonctions de la peau qu'il met en relation avec le psychisme (5).

« De cette origine épidermique et proprioceptive, le Moi hérite de la double possibilité d'établir des barrières (qui deviennent des mécanismes de défense psychique) et de filtrer les échanges (avec le Ça, le Surmoi et le monde extérieur). Cette peau aurait donc une fonction de limite entre l'intérieur du corps et l'extérieur, entre le Moi et le non-Moi, entre le sujet et l'Autre. »

L'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base. Le Moi-peau est une structure intermédiaire de l'appareil psychique.

Anzieu a individualisé huit fonctions au Moi-peau dont une fonction de maintenance psychique, une fonction de contenance, une fonction de pare-excitation et une fonction d'individualisation de soi, qui apporte le sentiment d'être unique.
La fonction contenante du Moi-peau émerge des jeux entre le corps de la mère et le corps de l'enfant ainsi que des réponses apportées par la mère aux sensations et aux émotions du bébé. La carence de cette fonction est à l'origine de deux formes d'angoisse. L'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse pousse le sujet à se chercher une enveloppe substitutive soit dans la douleur physique soit dans l'angoisse psychique. L'autre type d'angoisse est celle d'avoir un intérieur qui se vide tout particulièrement de l'agressivité nécessaire à l'affirmation de soi. Le Moi-peau est comme une passoire (5).

Ce concept de Moi-peau a son utilité dans la clinique et notamment dans les attaques du corps. A partir de quelques observations cliniques, Roy et Chavagnat individualisent trois modalités psychopathologiques de fonctionnement chez les patients qui « se coupent », qu'ils rapportent aux trois fonctions principales du Moi-peau :

- L'une est proche du registre névrotique, la coupure est exhibée, elle est l'amorce d'un dialogue et non une fin en soi. C'est la fonction d'échange du Moi-peau qui est en cause.
- Une autre traduit un processus délirant dans le cas de patient psychotiques. Ici, c'est la fonction contenante de la peau qui est altérée.
- La troisième correspond à une agression autant dirigée vers l'extérieur que vers le corps propre. C'est la fonction de barrière qui est touchée (130).

1.2.2. L'agir et les passages à l'acte à l'adolescence

L'agir et les passages à l'acte s'inscrivent au cœur même de la problématique adolescente et représentent à cet âge, le mode privilégié d'expression des conflits. Véritable langage du corps et de sa motricité, l'agir devient prévalent au moment même où les processus de mentalisation se trouvent débordés par le bouleversement psychique lié aux remaniements pubertaires. L'agir adolescent inquiète les adultes. Les adolescents, de leur coté, le vivent comme une preuve de leur existence, comme un moyen d'accéder à une place d'adulte (66).

L'adolescent cherche dans les passages à l'acte à fuir toute tension interne (147).

1.2.2.1. Place du passage à l'acte à l'adolescence

Les passages à l'acte s'inscrivent au cœur d'un double mouvement : celui de l'autonomie et de l'indépendance, et celui de l'accession à un corps sexué, mature, source de désirs et d'émois pulsionnels. C'est en lui-même que l'adolescent doit maintenant trouver les ressources psychiques nécessaires. Et pourtant, à cette période, l'organisation du Moi est confrontée d'une part à la force nouvelle de la pulsion, d'autre part à l'ambiguïté de la place que la société reconnaît à la personne. Aussi les passages à l'acte constituent-ils des réponses, ou des essais de réponses, à des paradoxes spécifiques de cet âge, souvent perçus par l'adolescent comme des impasses : impasse entre deux mondes, celui de l'enfance, qu'il faut irrémédiablement laisser derrière soi, et celui de l'âge adulte ; impasse entre dépendance ressentie comme trop pesante, et un indépendance encore fragile et inquiétante ; impasse entre ses mouvements pulsionnels libidinaux et agressifs et ses possibilités d'élaboration, ou encore impasse de communication avec un environnement ressenti comme étranger et hostile (42).

Pour R. Cahn, les passages à l'acte peuvent prendre plusieurs sens : tantôt, dans la continuité sans rupture radicale de l'activité de pensée, de l'activité fantasmatique, une façon de continuer à négocier le conflit interne, tantôt, au contraire comme le court-circuitage de la pensée en s'opposant à toute prise de conscience. Ainsi, l'agir peut être vu parfois comme un mouvement vers l'autonomie, une forme d'expérimentation, même sous l'aspect de protestation et de défi. Il peut à l'inverse interdire toute possibilité d'élaboration avec l'entourage, le sujet se trouvant pris avec ce dernier dans une interaction pathogène où son monde interne est ressenti comme envahissant ou envahi par l'objet (35).

Deux cas de figures peuvent alors être distingués. Les adolescents dont les « actings » traduisent une peur de perte d'objet en rapport avec leurs difficultés d'accéder à la position dépressive sont une manière de s'affirmer. A l'opposé, ceux qui sont confrontés à une angoisse de néantisation, une détresse totale « un gouffre de non-être », cherchent à réaliser par l'acte un colmatage urgent du niveau des défenses psychotiques (26, 35).

D'une manière générale, plus un adolescent ressent d'insécurité intérieure, plus il est dépendant de son entourage et des circonstances extérieures, et plus il sera sujet à s'en défendre par l'agir (42).

1.2.2.2. Fonctions du passage à l'acte

Le passage à l'acte a plusieurs fonctions.

Il est une manière de projeter sur le monde extérieur ses propres conflits internes. Il permet à un Moi débordé et désorganisé par un accroissement de tension de rétablir une frontière bien délimitée entre le monde interne et le monde externe (113). L'agir donne une impression de maîtrise et de triomphe du Moi sur la dépendance à l'objet.

Dans la lutte pour son indépendance, l'adolescent peut recourir à l'agir pour rompre avec ses investissements infantiles.

Le passage à l'acte peut constituer le moyen utilisé par le sujet pour décharger une tension accumulée et devenue non maîtrisable ou pour se soustraire à une angoisse intolérable. L'effet de soulagement immédiat entraîne le risque de répétition, le sujet ayant à sa disposition une solution toute prête qui empêche la recherche d'autres formes de réponse. Ainsi, il a une fonction de résistance car il court-circuite la mentalisation via la rupture de la communication verbale et la décharge pulsionnelle (113).

Dans de nombreux cas, le passage à l'acte a également une valeur d'expérimentation.

Agir permet aussi de tester ses propres limites et celles des autres, de se donner de la prestance par rapport au groupe et de trouver une place dans le groupe. Certains jeux d'adolescents frôlent les frontières de la vie et de la mort dans une conduite ordalique qui amène l'adolescent à s'éprouver lui-même (29, 42).

Le passage à l'acte a aussi une fonction de communication et c'est peut être sa fonction la plus importante. Il est un message dont les significations sont variables et multiples. Il est souvent la seule manière de l'adolescent de dire son désarroi et d'appeler à l'aide. La fonction de communication de l'agir se révèle surtout dans le fait qu'elle suscite l'interagir immanquablement. Le passage à l'acte est souvent le point de départ d'un système interactif qui s'auto-entretient ou débouche sur de nouvelles possibilités. Aussi la réponse de l'entourage est d'une importance considérable pour l'adolescent. Il n'y a pas de réponse juste, mais il y a des réponses à éviter : tantôt une banalisation excessive, ignorant la réelle problématique sous-jacente et la souffrance de l'adolescent, conduit à la répétition du message, tantôt une dramatisation extrême, se fondant exclusivement sur la nature de l'acte et

non sur son sens, risque d'enfermer l'adolescent dans le comportement auquel il a été identifié. Sans annuler la réalité de l'acte, la réponse doit distinguer l'acte et son message et tenir compte des deux, de façon à maintenir ouvert l'accès à un nouvel espace de communication, à une redéfinition de la relation et à des possibilités d'évolution.

1.2.2.3. Approche psychanalytique de l'agir

L'agir correspond aux acting out et aux passages à l'acte.

L'acting out se situe sur la scène et met en jeu l'objet. C'est un jeu du faire semblant. C'est une sorte de court-circuit, l'acte permettant de faire l'économie du fantasme. Au lieu de mettre l'objet en images, l'objet est mis directement en scène par l'entremise du sujet de l'acte (115). Dans l'acting out, l'agir traduit une demande d'aide, une ouverture possible. Il traduit l'espoir du patient d'obtenir une réponse (113). L'acting out est à recueillir comme un plein de sens et non comme un vide de sens, mais il reste à décoder (92).

Dans le passage à l'acte, le sujet quitte la scène par son acte (115). Le passage à l'acte ne s'adresse à personne en particulier et il n'attend rien de l'interprétation. Il n'existe pas de recherche relationnelle. Nous nous situons alors dans le registre de la solitude, du désespoir, de l'évacuation de l'autre à tout prix et qui s'accompagne d'un sentiment d'omnipotence (113).

Acting out et passage à l'acte apparaissent comme deux modes d'obturation du trou provoqué par l'absence (115).

L'acte doit être différencié de l'agir. Tout acte en psychanalyse est à référer à la parole. L'acte étudié en psychanalyse est du registre du symbolique. Porteur de sens, l'acte peut être chargé d'émotions, voire d'angoisse (115).

L'acte, ce qui constitue le sujet pour exister, pour se faire représenter dans son rapport au monde, le sujet adolescent en est frustré par l'allongement de l'adolescence. Le fameux « Passe ton bac d'abord... » est l'expression la plus courante de ce report de l'acte dans le futur demandé au sujet adolescent par le social et les adultes. Le sujet, qui a passé l'épreuve de la rencontre du réel pubertaire, ne pouvant se signifier dans un acte, se voit contraint de se rabattre pour signifier son existence sur les différentes dimensions de l'agir qui font le lit de la psychopathologie moderne de la jeunesse : passage à l'acte comme tentative d'être, acting out comme monstration et recherche de reconnaissance dans l'Autre, délire comme construction de sens, suicide comme renoncement (66).

L'adolescent est dans l'acte lui-même. Il est agissant avant d'être pensant (92).

1.2.2.4. La violence de l'agir

L'agir comporte une dimension de violence. Si nous reprenons P. Jeammet à propos de la violence et de l'identité à l'adolescence, « l'acte de violence a toujours une fonction dans l'économie psychique [...] de protection du Moi. [La violence] a une fonction de décharge des tensions internes du Moi, qui menacent de le déborder, mais surtout par le contrôle qu'elle permet d'exercer sur l'objet, elle replace celui-ci à distance et libère le Moi de son influence. Tout acte de violence renforce les limites entre soi et l'objet. » (77).

Il convient de distinguer la violence de l'agressivité (52). L'agressivité concerne toujours un objet nettement identifié. Elle possède un substrat érotisé dans la mesure où elle est liée au plaisir pris dans l'attaque de l'objet. La violence est une réaction beaucoup plus élémentaire. Le sujet s'estime menacé par un objet extérieur plus ou moins bien identifié. Elle n'apporte aucune source de plaisir ou de satisfaction à l'attaque de l'objet, à l'inverse des réactions agressives. La violence est une réaction de défense employée sans joie, ni culpabilité. Elle vise la destruction du lien à l'objet dans le but d'une préservation narcissique (12, 14). L'agir protège ainsi le sujet de la relation. Non seulement le sujet coupe le lien, mais aussi il devient actif dans la relation et en reprend le contrôle (58). Au lieu d'en être victime, il en devient acteur (96).

L'agir a pour effet de restaurer des limites et une identité menacée par une double tentative, de négation des désirs et des liens objectaux internes et d'emprise sur les objets externes (79). La violence représente une défense contre une menace sur l'identité. Elle va agir ce que le sujet craint de subir en menaçant à son tour la subjectivité et l'identité d'autrui. La violence est alors une tentative de restauration de cette identité menacée (73, 77).

Nous pensons que nous ne pouvions faire l'économie de cette reprise théorique du concept de l'adolescence, à travers son histoire et ses mécanismes psychopathologiques. En effet, comment comprendre un symptôme, si nous ignorons le contexte et les enjeux dans lequel il s'inscrit.

2. LES SCARIFICATIONS

Le terme de scarification est régulièrement employé dans notre pratique clinique. Mais ce comportement a été peu étudié. La première difficulté de notre travail a été de définir ce terme et de sortir des approximations existant autour de celui-ci.
Par la suite, nous nous sommes intéressée aux pratiques de scarification retrouvées dans différentes situations (rites d'initiation, religions, esthétisme, arts) et qui sont considérées comme normales. Il restait alors à nous pencher sur la question de l'adolescence et sur le caractère pathologique ou non des comportements observés, chez certains adolescents.

2.1. GÉNÉRALITÉS

2.1.2. Définitions

Dans le dictionnaire Le Robert, le terme de scarification est défini comme « une incision superficielle, pratiquée pour provoquer un écoulement de sang ou de sérosité ».

En France, ce comportement est souvent englobé dans l'utilisation d'autres termes tels que phlébotomie, auto-mutilation et acte auto-agressif. Nous sommes frappée par la multitude des appellations, provoquant une certaine confusion. Ceci témoigne probablement de l'embarras des auteurs à définir ce comportement et de la difficulté à lui donner un sens (116).
Richard définit les comportements de scarification comme une « altération intentionnelle, consciente et directe des tissus de l'organisme, sans volonté de mourir ». Entrent dans cette définition les blessures auto-infligées, superficielles ou modérées, à l'exclusion des lésions graves. Les plus fréquentes de ces blessures sont les coupures (75 % des patients), puis nous trouvons les brûlures (35 % des automutilations), les morsures, les piqûres, les contusions et les pincements localisés (128).

Chez les anglo-saxons, nous retrouvons également de nombreux termes pour évoquer ce comportement. Les expressions anglo-saxonnes mettent l'accent sur le lieu du corps (wrist : poignet, alors que d'autres parties du corps peuvent être atteintes) et la forme de la coupure (to slash : lacérer, to cut : couper). Il s'agit de « wrist-cutting », « wrist-slashing », « wrist-

scratching », « self-cutting », « carving », « branding », « deliberate self-harm », « self-mutilation », « repetitive self-mutilation syndrome ».

Le « self-injurious behaviour » est déterminé par une mutilation délibérée du corps ou d'une partie du corps réalisée, non dans une intention suicidaire mais dans le but de contrôler des émotions que les mots ne sont pas à même d'exprimer (31, 88).

Le « deliberate self-harm syndrome » se définit comme un passage à l'acte, avec une issue non fatale, où le sujet a réalisé de façon intentionnelle un ou plusieurs de ces comportements :

- Comportement intentionnel où le sujet risque de se blesser (exemple : se couper ou sauter d'une hauteur)
- Ingestion excessive de médicaments
- Consommation de toxiques dans un but auto-vulnérant
- Ingestion de substances ou d'objet non comestibles

Cette définition a été utilisée dans de nombreuses études anglo-saxonnes pour étudier ce comportement chez les adolescents (63).

2.1.2.1. Scarifications et Phlébotomies

Le terme « phlébotomie », qui au sens étymologique du terme désigne une section d'une veine, est régulièrement utilisé pour désigner les coupures du revêtement cutané par des objets tranchants que la veine soit ou non atteinte. Bertagne propose le terme de « scarification » pour désigner les coupures cutanées n'atteignant pas le réseau veineux en en faisant ainsi un sous-chapitre des phlébotomies.

Ce qui différencie ces deux comportements pourrait être l'intentionnalité suicidaire. En effet, la phlébotomie se trouve être un des modes de passage à l'acte suicidaire le plus fréquemment utilisé. Elle représente 6 à 10 % des tentatives de suicide, après les intoxications médicamenteuses volontaires (120). De façon générale, nous pouvons dire que les personnes qui commettent une tentative de suicide ont comme objectif de ne plus ressentir aucun affect, alors que les personnes qui se « coupent » ont l'objectif de se sentir mieux après. Toutefois, il est important de noter que les sujets qui se « coupent » de façon répétée présentent un risque élevé de passage à l'acte suicidaire (40, 150).

Dans cette même lignée, Kaplan et Fik distinguent deux types de sujets : les « coarse self-cutters» et « delicate self-cutters ».
Les « coarse », déprimés et suicidaires, se coupent profondément et dangereusement, ressentent la douleur et sont inquiets à la vue du sang. Leur geste correspond à une tentative de suicide réalisée avec le moyen le plus facilement disponible.
En revanche, les « delicate » ne seraient pas suicidaires, ne ressentiraient pas la douleur et ne seraient pas inquiets à la vue du sang. Ils se couperaient répétitivement de façon ritualisée, leurs coupures possédant une signification propre. Ils seraient apparemment fiers de leur blessure qu'ils exhiberaient parfois (120).

2.1.2.2. Scarifications et Automutilations
Quant à l'appartenance des scarifications aux champs des automutilations, certains auteurs ont proposé plusieurs définitions et classifications.

En 1909, Lorthois définit les automutilations, ainsi :
« L'automutilation comprend toutes les pratiques entraînant des lésions des tissus ou des organes ; on peut la définir comme une atteinte portée à l'intégrité du corps ; elle peut consister, soit dans la blessure ou l'ablation totale ou partielle d'un organe ou d'un membre, du revêtement cutané ou de ses annexes ; soit, enfin, dans des manœuvres (combustion, striction, introduction de corps étrangers) pouvant compromettre sa vitalité et son bon fonctionnement sans que cependant elle ait été accomplie dans le but de se donner la mort. » (20).

En 1984, Bourgeois différencie l'automutilation proprement dite des conduites auto-agressives plus ou moins vulnérantes, souvent répétitives. Ces conduites s'observent dans un contexte psychopathologique varié : psychose, mais aussi caractéropathie, état limite, psychopathie, arriération mentale, séquelle de psychose infantile, etc. (20).
« L'automutilation proprement dite est localisée dans le temps, non ou peu répétitive, et localisée dans l'espace du corps. Elle crée souvent un dommage irréversible [...]. Elle a habituellement une signification symbolique et/ou témoigne d'un vécu délirant du corps. Les phlébotomies répétitives, beaucoup plus banales [...] sont plus proches des comportements d'auto-stimulations vulnérantes répétitives, auxquels on peut supposer diverses fonctions : retrouver le sentiment d'exister, un identité, un corps, des limites, une enveloppe, un

contenant, des sensations, un plaisir douloureux pour décharger une tension, projeter une agressivité inintégrable, etc. » (132).

Laxenaire oppose les automutilations psychotiques aux actes auto-agressifs névrotiques où les conséquences sont en général moindres mais qui sont plus fréquentes avec les cibles préférentielles que sont la peau et les veines (93).

Scharbach envisage, lui, une définition terminologique selon un axe de gravité. Il propose trois dénominations pour les gestes autodirigés (133) :

- Gestes auto-offensifs bénins qui n'entraînent pas de lésion somatique (exemple : onychophagie, certains grattages)
- Gestes auto-offensifs vulnérants qui comportent des lésions de par l'intensité du choc ou sa répétition (érosion, plaie, meurtrissure)
- Automutilations proprement dites, qui répondraient à une définition plus classique de retranchement d'une partie du corps du sujet.

Ces comportements auto-agressifs se retrouveraient sur un même continuum psychopathologique. Sur un même axe, en fonction de leur éloignement graduel, il existerait les tentatives de suicide – les phlébotomies – le « deliberate self-harm syndrome » (syndrome d'auto-agression délibérée) – les pathomimies – les automutilations (120).

2.1.2. Données épidémiologiques

Selon Favazza, plus de trois millions d'Américains s'automutilent, soit près de 1 % de la population des Etats-Unis, dont plus de la moitié de façon répétitive (88). De 12 à 35 % des étudiants américains de « collège » reconnaissent s'être auto-agressés au moins une fois (128).

En Grande-Bretagne, selon une étude, les automutilations représenteraient 25 000 hospitalisations d'adolescents par an. 6,9 % des participants ont rapporté un acte d'automutilation délibérée dans l'année précédent l'étude. La plupart de ces automutilations seraient des coupures cutanées (64 %), sans que la distinction entre scarifications et phlébotomies puisse être réellement faite dans certains cas (63, 88).

En Australie, une enquête similaire retrouve que 6,2 % de jeunes interrogés ont pratiqué un acte d'automutilation délibérée dans l'année précédente et que 59,2 % d'entre eux se sont coupés (30).

Selon Brière, la prévalence de ce comportement serait de 4 % à 10 % en population générale adulte et de 21 % en population clinique dont 8 % d'automutilations fréquentes (10, 128).

L'expérience clinique donne l'impression d'une nette surreprésentation féminine. En effet, en population clinique, les résultats vont dans ce sens avec 80 % de femmes. Les études réalisées dans des collèges anglais et australiens confirment cette répartition, avec 11,2 % de filles contre 3,2 % de garçons (63). Mais, Brière ne relève pas de différence significative selon le sexe avec 4 % de femmes pour 3 % d'hommes, dans une population générale. Ce résultat est confirmé par De Moore chez qui la prévalence des coupures est de 6 % parmi les femmes et 7 % parmi les hommes (10). Ces différences pourraient s'expliquer par le mode de recrutement et le questionnaire utilisé.

90 % des personnes qui s'automutilent commencent à se couper vers l'adolescence. La moyenne des individus commence à l'âge de 14 ans et cela continue avec augmentation de la sévérité jusqu'à l'âge de 20 ans.
62 % des sujets disent avoir été victimes d'abus sexuels, et la plupart rapportent une enfance avec abus émotionnels ou négligences (40).

L'automutilation serait présente dans toutes les races et milieux économiques.

En milieu carcéral, ce comportement se retrouve fréquemment. En 1979, Ross et Mc Kay ont fait une étude dans une maison de correction pour adolescentes, au Canada. Ils trouvent que 86 % des 136 filles incarcérées se sont « gravées » au moins une fois la peau. « Les automutilations étaient la manière dont les filles exprimaient leur indépendance, leur autonomie, leur liberté personnelle. C'était un acte de propriétaire [...]. A travers leur acte, elles pouvaient provoquer et contrôler l'intervention des adultes. » (96).

2.2. LES RITES D'INITIATION

2.2.1. Le schéma initiatique

Les rites de passage ou rites initiatiques marquent et solennisent les étapes importantes de la vie humaine, tel que la naissance, la période pubertaire, le mariage et la mort.
Les sociétés traditionnelles ont, dans la majorité des cas, mis en place des rites pour marquer symboliquement le passage de l'enfance à l'âge adulte. Ces rites d'initiation introduisent les adolescents à la société des adultes, sur un mode contrôlé par ces derniers. Ils encadrent le phénomène d'adolescence, en particulier dans les aspects liés au sexuel et à la perte. Ce faisant, ils soutiennent le travail psychique individuel en servant de cadre d'expression socialisée aux conflits inhérents à cette période de transition entre le monde de l'enfance et le monde adulte. Ils offrent, par le jeu de la symbolisation, des aménagements psychiques à l'angoisse de castration qu'entraîne l'accès à la maturité sexuée et à la problématique de séparation (37, 138).

Ces rites sont différents pour les garçons et les filles, tant sur le fond que sur la forme. L'homme accompli accède premièrement à la culture, la femme accomplie avant tout à la virtuelle maternité. Sur la forme, le rite des garçons est généralement collectif, celui des filles souvent individuel, particulièrement lorsqu'il débute avec les premières règles (54).

Selon Van Gennep, le schéma initiatique comporte trois phases essentielles : les rites *préliminaires* (séparation), *liminaires* (marge) et *postliminaires* (agrégation) (21, 27). La séparation d'avec le groupe familial et social est la première phase. C'est un moment sérieux qui marque un temps d'arrêt, définitif, la mort de l'enfance, la séparation d'avec la mère. « Mourir c'est être initié » disait déjà Platon. Elle vise aussi à rompre avec la communauté des vivants. La phase de transition prépare l'initié à l'octroi d'un nouveau statut. Cette phase comporte différentes épreuves qui doivent être tenues secrètes : des épreuves physiques, un enseignement religieux, social, sexuel et linguistique, des transformations corporelles, essentiellement au niveau des organes sexuels, une mort et une renaissance symboliques qui résument l'essence de l'initiation. Les rituels d'agrégation consacrent le retour, la réintégration dans la société. L'initié accède à une identité sociale, à un nouveau statut. Adulte accompli, achevé, il est désormais membre à part entière de la société (54).

Lors des différentes cérémonies, le corps de l'adolescent est directement sollicité. Il doit sortir victorieux d'un certain nombre d'épreuves mais également porter les stigmates de l'épreuve subie et de son appartenance à son nouveau statut. Il n'y a pas de rite initiatique qui ne soit pas émaillé de risques à encourir et au cours desquels l'adolescent n'ait à payer de son corps (73, 138).

Inscrites dans le corps, taillées dans le « vif », les blessures rituelles sont donc des blessures symboliques. Marque d'un souvenir, marque d'une séparation, d'un nécessaire travail de deuil. L'enfant est mort, l'adulte est né (68).

2.2.2. Exemples de pratiques, en Afrique Noire

En Afrique noire, chaque scarification pratiquée a un sens spécifique, connu de tous. Elles peuvent témoigner de l'appartenance à un clan, du statut social dans un clan, d'un parcours initiatique ou d'une fonction thérapeutique.

Chez les Senoufos du Soudan, l'agrégation au groupe est effective vers le sixième mois de la vie à travers trois incisions en éventail partant de la commissure des lèvres vers les oreilles. Les Yoroubas reproduisent sur leur visage l'empreinte d'un coup de griffe. Les Sombas qui vivent à la frontière du Dahomey, du Togo et de la Haute Volta, pratiquent sur les jeunes enfants vers l'âge de 4 ans des scarifications ethniques, multiples, très fines, du visage.
Au Togo, environ 80 % des épileptiques reçus en consultation dans le service de neurologie de Lomé et 95 % des épileptiques diagnostiqués au cours des enquêtes neuro-épidémiologiques portent des scarifications traditionnelles. Les scarifications du front, à la racine des cheveux, sont caractéristiques du diagnostic d'épilepsie. L'aspect des cicatrices permet de juger de la gravité de la maladie et les différentes cicatrices « écrivent » une forme d'anamnèse sur le corps (57).
Comme dans un langage, ces signes porteurs de sens ne peuvent être compris que par ceux qui maîtrisent le code et qui savent déchiffrer le sens. Isolé du groupe d'appartenance, le marquage perd sa signification originelle et en acquiert une nouvelle : celle d'être un autre, signe de l'altérité, visible sur le corps et indélébile. Les Biafas du Cameroun disent : « Tout homme qui n'est ni tatoué, ni scarifié est semblable à un singe ou à un cochon ». En décorant son corps de manière indélébile, l'homme traduit son appartenance à un groupe social et

traduit ainsi les limites de celui-ci. Ne pas être marqué du sceau signifie l'exclusion de la société (110).

Les inscriptions corporelles accompagnent les rites initiatiques de nombreuses sociétés traditionnelles : circoncision, excision, déformation, limage ou arrachage de dents, scarifications, tatouages, brûlures, épreuves diverses, etc. (96).

Chez les Senoufos du Soudan, le Poro est le pilier de la vie communautaire. Il vise à former un homme social, accompli, intégré dans la société, et lui permet d'accéder à des responsabilités publiques. Les rites initiatiques du Poro sont pratiqués au sein du « Bois sacré », lieu visité par les ancêtres défunts et les esprits de la brousse. Le Poro est divisé en trois grades : le Poworo pour les garçons âgés de sept à douze ans qui reçoivent un enseignement agricole pratique et les rudiments de la mythologie, le Koworo qui comporte un entraînement militaire, des rites liturgiques et des danses et le Tyologo réservé aux adultes.

C'est au cours des sessions d'initiation dans le « Bois sacré » que seront pratiquées les scarifications. L'initié doit d'abord abandonner son ancien style de vie. Conduit hors de la communauté, il vivra à l'écart et subira des épreuves. A la fin de cette période d'isolement, période ambiguë où l'individu n'est ni enfant ni homme, le corps lui-même est modifié, travaillé, mutilé. Les cicatrices ne sont pas superficielles, les rites supposent d'intenses souffrances. L'individu meurt pour renaître avec une autre identité. C'est à l'approche de la puberté que tatouages et scarifications, associés aux mutilations sexuelles (la circoncision et l'excision) s'épanouissent le plus largement. Atteindre une maturité physiologique ne donne pas à l'adolescent les droits et les privilèges d'un adulte. Pour être accepté comme tel, il doit passer par une cérémonie dont l'élément central est le marquage lisible de cette transition de son corps.

La répartition de ces marques va être différente selon le sexe. Le corps masculin sera le lieu de la mise en scène du pouvoir. Les scarifications seront principalement réparties sur la partie haute du corps : le tronc, les épaules, les membres supérieurs. Le corps féminin sera le lieu de la mise en scène des origines de la vie et de la fertilité. Les zones privilégiées pour les scarifications sont les seins, l'abdomen, les fesses, les cuisses (110).

Chez les Seereers au Sénégal, tout homme initié porte une cicatrice cervicale, signe du savoir qu'il a obtenu à travers la souffrance pendant la retraite des jeunes initiés.
Lors des rites initiatiques sanctionnant le passage de l'enfance à l'âge adulte, les incisions effectuées confirment la distinction entre les sexes et officialisent l'entrée dans la vie amoureuse féconde. Les marques tribales ont non seulement un but esthétique, destinées à augmenter l'attrait physique, mais aussi une raison érotique. Les scarifications pourraient exacerber la sensibilité cutanée et accroître ainsi le plaisir des caresses (110).

Les cicatrices des rites initiatiques ont également une valeur d'intimidation. Chez certains guerriers, la représentation d'animaux reconnus pour leur force et leur combativité ou d'anciens combattants vaincus vise tout à la fois à une identification à un combattant idéalisé et invulnérable et à impressionner l'adversaire (133).

Ainsi, chaque ethnie possède ces propres marques rituelles. Toutefois, ces marquages voyagent. Venus d'une ethnie, ils peuvent être adoptés et assimilés par une autre qui en invente une nouvelle histoire. Ces marquages du corps évoluent et se transforment. Ils font partis de la société et changent avec elle (64).

2.3. LES PRATIQUES RELIGIEUSES

2.3.1. Rituels et Cérémonies religieuses

Dans l'Antiquité, les hommes marquaient leur corps dans des pratiques ritualisées, soit en pratiquant eux-mêmes une blessure, soit en se soumettant aux mains d'anciens. La cérémonie en l'honneur de Cybèle, déesse de la terre, épouse de Chronos et amante d'Attis, amenait les prêtres à pratiquer sur eux-mêmes une mutilation de leur sexe. Ce culte s'étendait de l'Asie mineure à la Grèce et même jusqu'à Rome (115).

Parmi les trois principales religions, le marquage corporel est proscrit (100).
La Bible dit clairement son refus de toute intervention visible et durable sur le corps humain. Le respect de son intégrité est une forme essentielle de soumission aux décrets de Dieu, mais aussi de fidélité à une création où il n'y a rien à ajouter ou à retrancher.
Le Lévitique énonce la règle suivante : « vous ne donnerez pas de griffures en votre chair pour un être. Vous ne donnerez sur vous ni inscriptions ni tatouages ».

Dans le Coran, la seule mention d'une marque corporelle se fait de manière négative. Mahomet menace en effet d'apposer un signe d'infamie sur le visage de mécréants. Sans que rien ne soit dit de façon explicite, l'altération de la création de Dieu est une faute impardonnable, ainsi le respect de l'intégrité du corps est-il une exigence sacrée.

Cependant, marquages du corps et sacrifices se retrouvent dans les religions comme un prix à payer pour se rapprocher du dieu choisi (115).
Les chrétiens se rassemblent pour commémorer le sacrifice du Christ. Cette notion de sacrifice est centrale non seulement dans le rituel de la messe mais également dans des pratiques de jeûne et d'abstinence, notamment durant le carême qui débute par un rituel du marquage sur le front : « Tu es poussière et tu retourneras en poussière ». Au cours du baptême, le marquage sur le corps et sa purification ne laissent aucune trace visible mais permettent une inscription symbolique.
La communauté islamique connaît des prescriptions d'abstinence. Elle se soumet au jeûne purificatoire du ramadan qui se clôture par la grande fête Id al-kabir ou Jour du sacrifice, point culminant du pèlerinage à La Mecque.
Le jeûne se retrouve fréquemment chez les juifs à différents moments de l'année et tout spécialement au début de celle-ci, afin de se préparer à la fête du Yom Kippour, Jour du Pardon.

Très fréquent et encore pratiqué actuellement, le rituel de la circoncision se rencontre dans certaines religions (juive et coranique) mais aussi dans de nombreux peuples dits primitifs ou sans écriture. Mutilation ritualisée, exigée par la société à laquelle appartient l'enfant, pratiquée par autrui, imposée à l'enfant et acceptée de génération en génération, la circoncision est chargée de sens différents suivant la culture : rite initiatique, purificatoire et de réparation. En effet, la circoncision répond à des règles d'hygiène mais également de purification symbolique, le prépuce pouvant être considéré comme un vestige féminin de l'homme. La circoncision peut être alors un acte initiatique où le petit homme est appelé à être homme à part entière dans la société qui l'accueille (115).
Parmi certaines peuplades primitives, la coupe de la chevelure et l'ablation des dents étaient associées à la circoncision. Parfois même le rituel de la circoncision a disparu et se limitait à la disparition des cheveux et des dents (50).

D'autres rituels comme celui de l'excision existent. Ce rituel, visant à l'épanouissement de la femme par la purification du sexuel, est perçu de manière très négative dans nos sociétés.

2.3.2. Rituels de purification

Dans certaines pratiques religieuses, la purification est recherchée à travers des châtiments corporels.

Dans la spiritualité catholique, la flagellation tint une place de choix durant plus d'un millénaire, depuis le haut Moyen Age jusqu'à une période récente, en référence à la flagellation de Jésus durant la Passion. L'auto-flagellation fut de règle parmi les religieux jusqu'au 20ème siècle.

Ainsi, Marie de l'Incarnation s'infligeait des mortifications. « Si auparavant j'avais commencé à me mortifier, tout cela ne me semblait rien. Coucher sur les ais m'était trop sensuel. Je mettais tout le long un cilice sur lequel je couchais. Les disciplines d'orties, dont je me servais l'été, étaient si sensibles après en avoir employé trois ou quatre poignées à chaque fois, qu'il me semblait être dans une chaudière bouillante, et pour l'ordinaire, je me sentais trois jours durant, puis je recommençais. La douleur en était si grande que je ne sentais pas les chardons, voulant m'en servir après. Je ne laissais pas de me servir d'une discipline de chaînes, mais ce n'était rien en comparaison de la douleur des orties. [...] Ceux que je fréquentais ordinairement n'eussent jamais jugé que je me fusse arrêtée à tous ces exercices de mortification ; c'eût été assez pour leur faire croire que j'étais une folle ; aussi me donnais-je de garde qu'on ne s'en aperçût. »

Claude Martin, moine mauriste, était le fils de Marie de l'Incarnation, né alors qu'elle était encore « dans le monde ». Ses mortifications consistaient à se mettre toute la peau à vif en se fustigeant avec des orties ou en se roulant nu dans des buissons épineux. Parmi ses pénitences, il faut aussi mentionner des comportements alimentaires modelés sur l'anorexie (106).

Au 13ème siècle apparaît la stigmatisation avec le cas de François d'Assise, réputé avoir présenté corporellement des blessures infligées à Jésus durant la Passion. Par la suite, cet état se trouvera attribué presque exclusivement à des femmes. L'apparition de stigmates est interprétée comme une grâce divine, comportant des douleurs qui font revivre les souffrances christiques.

On relève aussi l'existence de la « stigmatisation ascétique », c'est-à-dire une pratique d'automutilation consistant à mortifier son corps en se blessant de façon à devenir une réplique de Jésus supplicié. Une variante est celle de femmes qui se tailladent la poitrine pour provoquer des coupures formant une croix. Thérèse de Lisieux avait meurtri sa poitrine à l'aide d'une petite croix de fer, au point de défaillir et d'en porter la cicatrice durant plusieurs mois (106).

En Inde, dans la première moitié du 20ème siècle, on pouvait encore assister à une célébration commémorant la mort de l'Imam et roi Hussein (mort en 680) : des pénitents se flagellent avec « un fouet de chaînes terminées par cinq lames d'acier fraîchement aiguisées [...] les pénitents se frappent maintenant avec frénésie, haletants, aveugles et sourds à ce qui n'est pas leur souffrance, leur tentative folle désespérée, d'abolir le corps, d'atteindre l'état ultime où ils ne feront qu'un avec l'Un ». La cérémonie se poursuit avec quelques hommes se frappant le crâne de leur sabre. Ainsi est célébrée « la victoire du sacrifice et de la mort » (115).

2.3.3. Le courant gothique

Le monde gothique peut être défini comme un mouvement underground très riche ayant un style musical, des activités artistiques, une esthétique vestimentaire et un état d'esprit. Ils aiment les balades dans des lieux secrets et obscurs ayant une atmosphère sombre comme les cimetières, les soirées dans les catacombes et ils sont fascinés par l'inquiétant, l'étrange, le fantastique, le mysticisme et les tourments de l'esprit. Les gothiques ont un goût certain pour la représentation du spleen et les thèmes morbides, pour la mise en scène de la souffrance et la dramatisation des sentiments. Il existe des associations, des boutiques et des disquaires spécialisés ainsi que des lieux où l'on se retrouve entre gothiques.

La jonction avec la question des automutilations est explicitement mise en icône par Marilyn Manson. Il est actuellement une des principales « idoles » des jeunes. Ce chanteur a choisi comme illustration pour la jaquette de son plus célèbre CD précisément le Christ crucifié de Grünewald. Nous y voyons le corps torturé du Christ, meurtri par les flagellations, cloué sur des bois mal dégrossis, entouré des figures pathétiques de ses proches. Sorti en 1996, ce CD s'intitule « Birth of the Anti-Christ ». Marilyn Manson tient une place emblématique dans la musique, comme vedette du courant « gothique » et comme vecteur d'automutilations. En effet, à l'occasion de concert, il se taillade la poitrine en scène (106).

De tels agissements pourraient engendrer par mimétisme ou par contagiosité des comportements similaires chez certains adolescents.

2.4. DIMENSIONS ARTISTIQUE ET ESTHÉTIQUE

2.4.1. Un nouvel esthétisme

Dans les sociétés occidentales, le corps est considéré comme un objet. Il est standardisé, désodorisé. Chacun peut le modifier. Les critères de beauté poussent à l'extrême les limites vitales du corps. La volonté de transformer son corps est ainsi devenue un lieu commun. Il n'est plus question de se contenter du corps que l'on a, mais d'en modifier les assises pour le compléter ou le rendre conforme à l'idée que l'on s'en fait.

La chirurgie esthétique ou plastique modifie les formes corporelles ou le sexe, les hormones ou la diététique accroissent la masse musculaire, les régimes alimentaires entretiennent la silhouette, les pierceurs ou les tatoueurs dispensent sur ou dans la peau des signes identitaires définitifs ou provisoires. Toutes ces démarches isolent le corps comme une matière à part qui donne un état du sujet, support à géométrie variable d'une identité choisie et toujours révocable.

Le recours au tatouage (signe visible inscrit à même la peau grâce à l'injection d'une matière colorée dans le derme) et au piercing (percement de la peau pour y poser un bijou ou un anneau) est une forme significative de changement de la relation au corps. Le tatouage était auparavant un signe distinctif de certaines classes sociales (marins, soldats, détenus, prostitués, marginaux). Aujourd'hui, le tatouage sort de la clandestinité. Tatouage et piercing sont devenus relativement bien intégrés dans la société.

S'y ajoutent d'autres modifications corporelles : le stretching (élargissement du piercing pour y mettre une pièce plus volumineuse), les scarifications (cicatrices ouvragées pour dessiner un signe en creux ou en relief sur la peau avec un éventuel rajout d'encre), le cutting (inscription de figures géométriques ou de dessins à l'encre sur la peau sous forme de cicatrices ouvragées grâce au scalpel ou à d'autres instruments tranchants), le branding (cicatrice en relief dessinée sur la peau par l'application au fer rouge ou au laser d'un motif), le peeling (enlever des surfaces de peau) ou les implants sous cutanés (incrustation de formes en relief sous la peau) (97, 100).

Loin d'être un effet de mode, les modifications corporelles changent l'ambiance sociale, incarnent de nouvelles formes de séduction. Elles s'érigent en phénomène culturel. Posé comme représentant de soi, le corps devient affirmation personnelle, mise en évidence d'une esthétique et d'une morale de la présence (100).

Les années 80 et 90 ont ainsi vu émerger un souci de maîtrise du corps, de gestion de son apparence, de contrôle de ses affects. L'individu cherche à se construire, à faire de son corps un faire-valoir, un porte-parole de l'image qu'il entend donner de lui-même.

L'originalité des vêtements, de la coiffure, de l'attitude, etc. ou, bien entendu, le tatouage, le piercing, les scarifications, le branding, etc., sont des moyens de sursignifier son corps et d'affirmer sa présence pour soi et pour les autres. Ce sont des signes pour ne pas passer inaperçu et donc exister aux yeux des autres, ou du moins s'en donner le sentiment. Les modifications corporelles affirment une singularité individuelle dans l'anonymat démocratique de nos sociétés. Elles permettent de se penser unique. Elles provoquent le regard, elles accrochent un look et attirent donc l'attention. Elles sont une forme radicale de communication, de mise en valeur et en évidence de soi pour échapper à l'indifférence.

Le jeune souhaite affirmer son existence. Nombre d'adolescents portent ainsi paradoxalement des « uniformes » qui les démarquent d'emblée au regard. Manière de se rassembler en se ressemblant, de proclamer visiblement une identité de destin et de classe tout en croyant « narguer la société » et ses « conformismes ». Le souci est de ne surtout pas passer inaperçu tout en maintenant soigneusement les distances avec les autres (100).

2.4.2. Le Body Art

L'implication personnelle de l'artiste dans une œuvre faite de son existence et de son corps, et non plus à distance de soi sur un support extérieur, apparaît au début du siècle, mais elle prend son essor dans les années 60. Aux Etats-Unis et en Europe des comportements nouveaux apparaissent rompant de façon radicale avec les tendances du monde de l'art. Les artistes mettent en scène leur corps propre, à travers une multitude de pratiques innovantes dépassant de loin la représentation traditionnelle du corps : « le corps devient une réalité transfigurée, sondée, triturée, mystifiée selon les différents artistes. Les uns et les autres

s'infligent la douleur afin de démontrer que la véritable douleur intolérable pour un être humain est celle imposées par un ordre social » (67).

La première époque du *body art* s'inscrit dans un moment de bouleversements sociaux ébranlant en profondeur les assises culturelles de nos sociétés occidentales : la guerre du Viêtnam, l'affrontement avec le bloc communiste, la lutte étudiante, la remise en cause des relations hommes - femmes, le culte du corps, la découverte de drogues, etc. Devant l'attitude passive, face à la violence du monde, d'une société américaine surmédiatisée, ces artistes cherchent, par des actions artistiques extrêmes sur eux-mêmes, à révéler et à dénoncer cette passivité.

Le *body art* est une critique par corps des conditions d'existence. Les *happenings* ou *performances* sont des séries d'actions effectuées par un ou plusieurs artistes, se déroulant en dehors des lieux traditionnels du spectacle (67). Les *performances*, improvisées ou longuement concertées, ébranlent la sécurité du spectateur. Elles interrogent avec force l'identité sexuelle, les limites corporelles, la résistance physique, les représentations du masculin et du féminin, la sexualité, la miction ou l'excrétion, la douleur, la mort, la relation aux objets, la mise en danger de soi. L'intention n'est plus l'affirmation du beau mais la provocation de la chair, le retournement du corps, l'imposition du dégoût. L'artiste paie de sa personne pour dire par corps son refus des limites imposées à l'art ou à la vie quotidienne. La volonté d'atteindre physiquement l'autre s'affirme dans la surenchère des altérations et des mises en scène.
Le *body art* est une insurrection du sens contre les représentations aseptisées du corps dans le monde contemporain des images et de la marchandise.

L'espace du *body art* témoigne d'un refus de la distanciation de l'œuvre sur un support extérieur à soi. Pour nombre d'artistes, le corps est mis à nu, peint, exposé, décoré, abîmé, déchiré, brûlé, pincé, greffé à d'autres éléments, etc. Il se mue en matériau voué aux supplices, aux remaniements. Dans un geste ambivalent, le corps est revendiqué comme une source de création. Sang, muscles, peau, organes, etc. sont mis en évidence, dissociés de l'individu et deviennent matières premières de l'œuvre.

Dans le *body art*, la douleur n'est pas valorisée, elle n'est pas rédemptrice ou initiatique, elle n'est même pas une limite, elle est indifférente, on ne s'y arrête pas (96).

Gina Pane, d'origine française, est sans doute l'artiste qui a poussé le plus loin l'interrogation sur les limites cutanées de la condition humaine. A partir de 1965, elle réalise des sculptures et des installations invitant le visiteur à une mise en situation du corps, qui occupe dès lors le centre de ses préoccupations. Principale représentante du *body art*, en France, elle élabore le déroulement d' « actions », dont témoignent des « constats photographiques ». Le corps, dont elle révèle le langage, biologique, psychologique, esthétique et social, est le médium même de son œuvre. Les blessures superficielles qu'elle s'inflige avec une lame de rasoir expriment la fragilité du corps, et le sang, l'énergie vitale qu'il contient.

Les actions de Gina Pane entendent se cantonner à la surface de soi, elles ne sont pas des mutilations. « Il faut, dit-elle, que ce corps éclate, aille dans tous les sens, qu'il parte conquérir des espaces, des terres nouvelles. » La blessure est une écriture, elle vient symboliquement cristalliser et apaiser une autre plaie. Gina Pane met en scène un sacrifice en offrant elle-même sa douleur pour prix d'une conscience élargie de la souffrance des autres et dans une perspective symbolique de la diminuer. Le spectacle de la douleur physique est intolérable pour le public.

Elle sait que l'intégrité corporelle est une valeur intouchable de nos sociétés, surtout s'agissant d'une femme. En altérant son enveloppe cutanée, en laissant le sang se répandre, elle ébranle en profondeur les imaginaires sociaux et atteint son objectif de provoquer la réflexion, c'est-à-dire le retour sur soi. Les traces de ses blessures s'effacent car les incisions ou les brûlures sont de surface, mais l'interrogation poursuit son chemin, elle demeure encore aujourd'hui après sa mort (96).

2.4.3. Le « primitivisme »

Dans le courant des années 60, accompagnant la mouvance hippie, des tatoueurs amorcent une quête personnelle dans des sociétés où ils s'initient à d'autres techniques et d'autres styles. La mouvance des *modern primitives* intègre la culture encore tâtonnante du tatouage, avec celle, naissante, du piercing ou des transformations corporelles. Les *modern primitives* revendiquent des sociétés coutumières des inscriptions corporelles comme des modèles de révérence. Ils prétendent se mettre à leur école, s'approprier leur « sagesse » non pas en s'identifiant à la totalité de leur cosmologie et de leur pratiques culturelles, non en allant vivre à leur contact si elles existent encore, mais essentiellement en isolant leurs inscriptions corporelles.

Eminemment post-modernes, ils sont surtout, à leur insu, des adeptes du collage culturel. Américains parfaitement intégrés, entendant bien ne renoncer à aucun des privilèges de leur société, ils transforment les anciens rituels en performances, en techniques, en y recherchant une intense mise en jeu corporel où la douleur est souvent un ingrédient essentiel. Ils s'efforcent de concilier un mode de vie américain qu'ils ne souhaitent en aucun cas perdre, avec des échappés imaginaires leur permettant d'explorer d'autres virtualités d'existence.

Fakir Musafar, né en 1930, est un artisan majeur du mouvement des « *primitifs modernes* ». Il en décrit le principe : « toute personne non tribale répondant à des besoins originels et faisant quelque chose avec son corps ». Il multiplie les expériences corporelles en situation extrême souvent en reprenant à son compte des fragments de rituels de sociétés traditionnelles détournés de leur signification culturelle. Depuis son enfance, il expérimente une multitude de modifications corporelles qu'il présente souvent en public. Aujourd'hui son corps est tapissé d'inscriptions. Il s'adonne à des expériences de privation de sommeil, de nourriture, etc. Il se suspend à des crochets fichés dans sa poitrine, se couche sur des lits de lames de rasoir ou d'épingles, etc. Interrogé sur la signification de sa démarche, il évoque le plaisir qu'il éprouve à l'exercice de ses actions et les moments d'extase qu'il en ressent. La douleur ne l'affecte pas car il la contrôle par une discipline mentale. A la faveur de ces moments où il s'arrache à l'ordinaire, il vit des états de conscience altérée. Fakir Musafar est un exemple saisissant de ce collage de pratiques et de rituels décontextualisés (100).

2.5. LES LIMITES ENTRE LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE

2.5.1. La question de la structure de la personnalité à l'adolescence

Les troubles apparaissant au moment de l'adolescence posent au clinicien la question du normal et du pathologique. Il ne s'agit pas de banaliser ces manifestations, ni de se laisser leurrer par l'éclat de certains gestes. C'est, selon F. Ladame et M. Perret-catipovic, en admettant que les manifestations et symptômes des sujets adolescents ont une signification non seulement différente de celle qui pourrait leur être donnée dans l'enfance ou de l'âge adulte, mais aussi spécifique par rapport au processus de développement, que l'on évitera de tomber dans un excès ou dans l'autre (122). Il est clair que les conduites de rupture s'observent chez des adolescents dont la personnalité présente les traits les plus variés, depuis la pathologie la plus grave jusqu'à la normalité la plus évidente. Il est donc nécessaire pour

chaque cas particulier d'étudier la personnalité de l'adolescent, d'évaluer sa pathologie éventuelle et le lien avec le geste de rupture (147).

Les descriptions de personnalités pathologiques chez les adolescents existent depuis une cinquantaine d'années. Mais il a fallu attendre les années 90 pour que le concept de trouble de la personnalité chez l'adolescent soit validé. Pour O. Kernberg, si l'on trouve chez un enfant ou un adolescent de nombreux traits de personnalité qui sont inadaptés, inflexibles ou rigides, avec une continuité dans le temps et au travers des situations, on peut alors considérer la possibilité d'un trouble spécifique de la personnalité. Cependant, il n'a pas été prouvé une stabilité diagnostique au-delà de deux ans (32).
Les classifications utilisées sont le D.S.M. IV, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (3) et la CFTMEA, Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent. Dans la CFTMEA, un chapitre spécifique est attribué aux troubles de la personnalité où sept formes sont distinguées.

Mais, les pédopsychiatres sont très réservés dans l'utilisation de catégories nosographiques. A l'adolescence, l'organisation structurale de la personnalité n'est pas définitivement fixée. Il existe un flottement des investissements libidinaux et objectaux, mais il existe aussi la possibilité pour le sujet de changer de structure de personnalité. L'adolescence est le seul moment historique et psychogénétique de passage entre les lignes structurelles névrotiques et psychotiques. Tout peut être à nouveau remis en question (13).
La crainte de figer un processus encore évolutif, de prendre comme une pathologie fixée des troubles qui peuvent se modifier au cours de la prise en charge, expliquent cette position.

Selon la perspective proposée par E. et M. Laufer, nous pouvons proposer une différenciation des troubles en trois catégories, axées sur une perspective développementale, qui évite les catégories nosographiques :

- les adolescents chez lesquels on observe un fonctionnement défensif, affectant tout ou une partie des domaines de la psyché, mais sans que le processus de développement ne soit compromis pour l'essentiel. On y retrouve des difficultés banales à cet âge, prenant des formes diverses. Ces troubles transitoires - ou situationnels – sont de simples achoppements dans le processus du développement. Ils peuvent être liés à des circonstances extérieures défavorables mais transitoires, à des tensions internes excessives inhérentes à l'exigence du travail psychique, ou, le plus généralement, à la

conjonction de ces facteurs externes et internes (87). C'est dans cette catégorie qu'on retrouve le fléchissement scolaire, les difficultés relationnelles, l'inhibition, les troubles du comportement, l'anxiété, les conflits les plus variés avec les parents, etc. On y observe presque toujours la remise en cause de l'estime de soi, l'interrogation angoissée sur l'identité et les identifications (25).

- les adolescents qui présentent une impasse du développement. Pour ces adolescents qui se trouvent dans ce cul-de-sac, la voie de la progression comme celle de la régression se trouvent barrées car toutes deux sources d'angoisse (87). La seule issue passe par des organisations défensives contraignantes. La prééminence des défenses par le clivage ou les tendances à l'agir explique que c'est essentiellement dans cette problématique que l'on retrouve les tentatives de suicide, les tableaux dépressifs sévères, l'anorexie mentale, la boulimie compulsive, la toxicomanie, les conduites délinquantes, la phobie scolaire, les comportements de retrait, les automutilations, etc. (25).
- les adolescents dont le développement donne lieu à une fin anticipée. L'organisation pathologique est déjà fixée définitivement. Les configurations psychopathologiques sont pratiquement similaires à celles retrouvées chez l'adulte. Il s'agit de pathologies déjà anciennes, fixées prématurément, que le processus d'adolescence ne semble en rien modifier. Il peut s'agir de psychoses infantiles, de certaines névroses obsessionnelles déjà très organisées, de retards intellectuels (147).

Ainsi, que ce soit dans le champ du normal ou du pathologique, nous allons préciser certaines personnalités où le comportement de scarification se retrouve.

2.5.2. Psychose et adolescence

Il existe des parallélismes étonnants entre les phénomènes psychologiques normaux de la transformation de la personnalité au début de l'adolescence et le commencement d'un état psychotique. Dans les deux cas, le Moi est en état de faiblesse, auquel s'associe un phénomène de régression. Il y a une fluctuation de l'équilibre affectif associée à des réactions dépressives et dysphoriques et à une anxiété envahissante. Il y a aussi une rupture plus ou moins brusque des liens affectifs avec l'environnement, une affirmation exagérée des tendances égocentriques renforcées par des conduites d'opposition évidente. Cette similitude

a conduit plusieurs psychanalystes à évoquer des manifestations de type psychotique dans le déroulement de toute adolescence. Ce qui importe alors est la réversibilité de ces états (109).

Trois dimensions centrales caractérisent le remaniement intrapsychique qui s'opère à l'adolescence : la dimension corporelle, le problème de l'identité et celui de l'équilibre entre l'investissement narcissique et l'investissement objectal. Ces trois dimensions font également partie de tout processus psychotique : l'angoisse liée au sentiment de transformation corporelle peut aller jusqu'à l'angoisse de morcellement, la non-reconnaissance de soi et les troubles de l'identité qui en découlent. (109).
Mais, l'aspect fonctionnel et non structurel de l'épisode d'allure morbide est particulièrement net chez l'adolescent où des signes manifestes et apparents d'allure psychotique ne doivent pas être retenus automatiquement comme correspondant à une structure psychotique (13).

Lorsque le fonctionnement de pensée psychotique sous-jacent est centré sur le vécu corporel, la prise en compte des transformations corporelles liées au processus physiologique de la puberté est souvent vécue dans le déni ; l'image corporelle subit des bouleversements profonds et dissocie la perception du corps des conceptions que l'adolescent s'en forme car son corps est morcelé. Il s'ensuit des bouffées hypochondriaques ou des dysmorphophobies dont la qualité psychique témoigne alors de la dissociation ; c'est le moment où nous avons à redouter des blessures corporelles (125).

L'automutilation s'observe dans les psychoses, dans les schizophrénies, notamment au début de la maladie avec des angoisses corporelles et des impressions délirantes de transformations corporelles. Les formes d'automutilation sont graves en général : castration, énucléation. L'agir automutilatoire s'inscrit dans la recherche d'une confirmation de soi destinée à endiguer la menace de perte narcissique. Cet agir résulte aussi d'angoisses d'annihilation face aux confrontations au réel et aux émergences pulsionnelles.

Le risque d'automutilation est grand également chez le mélancolique, pour répondre, dans un contexte de désespoir, à des idées de culpabilité, d'indignité mais aussi d'immortalité.

Ainsi, les transformations physiques observables et la découverte d'un corps pulsionnel menacent l'unité et l'intégrité de l'image que l'adolescent a de lui-même. Il s'agit de l'impression inquiétante de ne plus reconnaître son corps, de ne plus percevoir sa

transformation. Ceci s'accompagne d'une angoisse intense. Cette angoisse incontrôlable est parfois génératrice de conduites automutilatrices ou autodestructrices bizarres et incompréhensibles pour l'entourage (109).

2.5.3. Etat limite et adolescence

L'adolescence est une période au cours de laquelle les passages à l'acte, l'impulsivité, la dépressivité sont extrêmement fréquents et donnent aux adolescents une présentation « borderline like » qui prête à confusion (32). Il existe des points communs entre la psychopathologie de l'adolescence et celle des états limites. Dans les deux cas, le Moi est en position de relative faiblesse. Ce Moi défaillant est confronté à des exigences pulsionnelles particulièrement vives. Les mécanismes de défense sont essentiellement des mécanismes archaïques avec au premier rang desquels le clivage. A ce clivage, s'associent divers mécanismes qu'on observe de façon plus modulés chez tout adolescent, mais de façon caricaturale chez les patients états limites. Il s'agit de l'identification projective, de l'idéalisation, de l'omnipotence, du déni et de la dévalorisation. Enfin, dans les deux cas, nous observons un flottement identitaire et une fragilité narcissique (109).

Comme le souligne Misès, les organisations limites ont en commun des failles narcissiques, des échecs dans l'élaboration de la position dépressive et de l'absence, une quête d'étayage, un contournement des conflits d'identification les plus évolués (114).

Pour O. Kernberg, le diagnostic de personnalité borderline à l'adolescence est difficile, parce que lors de cette période, l'adolescent présente une symptomatologie fluctuante et évolutive. Chez l'adolescent, il prône comme critère diagnostic central celui du trouble de l'identité associé au maintien de l'épreuve de réalité qui permet de différencier les adolescents borderlines des adolescents psychotiques (65).

Le trouble de la personnalité borderline existe chez environ 10 à 15 % des adolescents. Il est le plus fréquent des troubles de personnalité retrouvés chez les adolescents. Les filles sont plus atteintes que les garçons (18 % contre 10 %).
Plus de la moitié des adolescents borderlines ont subis des abus sexuels. Mais, l'abus sexuel serait un facteur aggravant et non un facteur déterminant du trouble borderline (86). L'abus sexuel est associé, dans 70 % des cas, à de la maltraitance physique. Il existe, très souvent,

des carences de soins ou des comportements inadaptés de la part des parents. En effet, l'abus sexuel de la part du père est nettement associé à la négligence de soins de la part de la mère (32).

Le diagnostic clinique repose sur l'association de perturbations dans quatre domaines différents : les troubles des affects, les troubles des relations interpersonnelles, les troubles du comportement et l'impulsivité, les troubles psychotiques. A l'inverse des adultes, les adolescents ne présentent pas de troubles de l'adaptation sociale (32, 65).

- Les troubles des affects

Il n'existe pas de différence significative sur le nombre de tentatives de suicide ou sur la mortalité entre les adolescents borderlines et les autres. Par contre, les adolescents borderlines apparaissent comme passant plus facilement à l'acte quand ils sont débordés par leurs affects. Leur humeur est très labile. Ils décrivent des éléments dépressifs, notamment un sentiment de vide, d'ennui et d'abandon, en des termes flous mais aussi souvent très intenses et hyper-expressifs. Il existe rarement d'idées de culpabilité. Les adolescents borderlines présentent une image d'eux-mêmes nettement dépréciée par rapport aux autres adolescents : ils se sentent moins populaires, moins beaux, insatisfaits.

- Les troubles des relations interpersonnelles

L'importance des difficultés relationnelles des adolescents borderlines est significativement différente des autres adolescents. Les relations sont plus instables. Les adolescents ont des inquiétudes intenses autour de la séparation et de l'autonomie. Ils sont en grandes difficultés à rester seuls. Les relations avec les parents sont marquées par une demande affective importante, une dépendance et des manifestations intenses de colère en cas de frustration. Enfin ces adolescents ont des difficultés à trouver la bonne distance relationnelle. Ils ont tendance à assimiler trop rapidement tout nouvel objet, l'idéalisant, puis se persécutent ou sont intensément déçus par la relation.

- Les troubles du comportement et l'impulsivité

C'est le critère le plus discriminant. Les adolescents borderline ont beaucoup de comportements impulsifs comme des fugues, des automutilations, des colères explosives, des difficultés à planifier une action.

- Les troubles psychotiques

Les adolescents borderlines présentent des pensées magiques, des distorsions cognitives, des expériences psychotiques transitoires (dépersonnalisation, déréalisation). Ces troubles restent

relativement peu importants. Parfois, il peut s'agir d'une perception persécutée de l'entourage.

2.5.4. Conduites psychopathiques et adolescence

Parmi les conduites psychopathiques, sont distinguées les conduites bruyantes de dyssocialité et les conduites de retrait témoignant d'une souffrance psychique.

L'impulsivité et l'agressivité sont très fréquemment retrouvées dans les conduites psychopathiques. Deux éléments doivent être notés : la soudaineté du passage à l'acte et son aspect répétitif. La moindre frustration, le moindre conflit peuvent susciter une violente décharge pulsionnelle. Aucune limite n'est acceptée, l'expression agie prend le pas sur la pensée. Cette impulsivité se manifeste par des conduites agressives, à caractère antisocial : bagarre, détérioration de matériel, violence sexuelle, mais aussi fugue, vol, délits divers. Dans d'autres cas, l'agressivité se retourne brusquement contre le sujet lui-même : tentative de suicide, automutilation, conduite dangereuse (109).
L'instabilité se manifeste dans tous les secteurs : comportemental, affectif, scolaire et professionnel. A l'origine de cette instabilité et de cette impulsivité, est évoqué le besoin de satisfaction immédiate.

Il convient de noter que les adolescents psychopathes ont souvent, de prime abord, un contact facile : ils engagent facilement la conversation, cherchent à plaire. Mais le changement peut être brusque quand le sujet n'a plus rien à attendre de la relation ou quand il en est déçu. Les relations humaines se caractérisent essentiellement par leur superficialité et par leur irrégularité. Avec les proches, les relations sont dominées par une avidité affective.

Derrière le paravent bruyant des conduites dyssociales, nous trouvons des conduites de retrait qui traduisent la fragilité, le désarroi et la souffrance du sujet.
La passivité est habituelle. Le manque d'intérêt est général. L'investissement dans une activité reste superficiel. Il doit toujours être source de satisfaction et de bénéfice immédiat. La dépendance complète la passivité (109).

Chez le psychopathe, les failles narcissiques, le déficit de la fantasmatisation, la faible verbalisation et l'agressivité pulsionnelle font de l'automutilation un mode privilégié de

réaction aux frustrations. A travers l'auto-agressivité, au même titre que les autres actes anti-sociaux, le psychopathe recherche des limites qu'il ne trouvera jamais (93).

2.5.5. Les conduites névrotiques à l'adolescence

Angoisse, phobies et troubles de nature obsessionnelle peuvent s'observer à l'adolescence. Les manifestations auto-offensives se retrouvent sans spécificité particulière dans toutes ces organisations. Elles peuvent permettre une décharge de tension, une revendication affective ou une valorisation. Elles peuvent aussi prendre sens par rapport à l'environnement (133).

2.5.6. Les troubles factices

Il s'agit de sujets qui ont cette caractéristique commune de chercher à se faire reconnaître comme étant physiquement malade, alors qu'ils ne le sont pas à l'origine. Les troubles factices regroupent les pathomimies, le syndrome de Munchausen et le syndrome de Lasthénie de Ferjol. Dans les trois cas, les sujets ont tous en commun le souci de se faire reconnaître comme malades, et malades dans leur corps. Les premiers tentent d'en fournir une preuve dans la réalité, d'où les mutilations. Les seconds ne comptent que sur la seule force de conviction de leur discours. Les derniers semblent éprouver une égale jouissance à porter atteinte à l'intégrité de leur corps, puis à porter atteinte à l'intégrité de l'Autre, comme s'il s'agissait là des deux faces de la même entité (1).

2.5.6.1. Les pathomimies

Les pathomimies ont été décrites en 1908 par le professeur Dieulafoy. Dans la pathomimie, il y a création de lésions, parfois graves, par des manœuvres externes, localisées sur des régions soumises au regard, sans attente d'un bénéfice situationnel ou matériel. L'aspect auto-provoqué de lésions répétées est nié. Un pansement occlusif amène une guérison de la lésion, mais des lésions identiques peuvent apparaître sur d'autres zones. Bien connue en dermatologie, la pathomimie met bien souvent à l'épreuve le dermatologue et le psychiatre, si ce n'est le chirurgien lorsque le pathomime va chercher auprès d'un bistouri indulgent de quoi satisfaire son désir d'automutilation.

Le pathomime choisit le champ médical pour exprimer ses conflits ; les traits hystériques sont fréquents et la maladie constitue un moyen de valorisation narcissique. Mais il existe aussi

dans ce comportement un plaisir à la douleur et un désir de mise en échec du médecin dans une relation sadomasochiste, aux frontières de la perversion (133).

Les pathomimes, pour se faire reconnaître comme malades, interviennent sur le réel de leur corps, à des titres divers. Ils s'automutilent, ou dans d'autres cas, ils faussent les résultats de leurs examens pour fournir, dans la réalité, une preuve de l'existence de leur maladie. Mais c'est en somme toujours le réel qui est invoqué.

2.5.6.2. Le syndrome de Lasthénie de Ferjol

En 1967, en France, le professeur J. Bernard et ses collaborateurs publient douze cas de jeunes femmes, infirmières ou laborantines, souffrant d'anémie microcytaire par carence en fer, anémie attribuable à des saignements chroniques et persistants. Ces femmes sont d'une pâleur de cire, à peine fatiguées. Elles ne se plaignent pas de leur état et ne semblent pas s'en inquiéter. En fait, ces patientes sont responsables de leurs hémorragies. Elles se font saigner en quelque endroit caché du corps ou s'auto-prélèvent du sang dans le plus grand secret.
Le nom choisi pour ce syndrome provient d'un roman de Barbey d'Aurevilly, « Une histoire sans nom ». L'héroïne, Lasthénie de Ferjol, est une jeune fille dépérissant d'une longue langueur et mourant exsangue. « Lasthénie s'était tuée, - lentement, tuée, - en détail, et en combien de temps ? tous les jours un peu plus, - avec des épingles. Elles en enlevèrent dix-huit, fichées dans la région du cœur. » (8).

Comme les pathomimes, les « lasthéniques » interviennent sur le réel de leur corps, et, en opposition au discours des Munchausen, elles ne disent rien de leurs troubles. C'est le nouage entre la conduite secrète d'auto-spoliation et la plainte publique mettant l'autre en place de dupe, qui est le propre des « lasthéniques ».

Nous voyons combien le champ des scarifications est vaste. La pratique d'un tel comportement correspond aussi bien à des phénomènes culturels, à des idéologies religieuses, à une visée esthétique ou artistique, qu'au processus de l'adolescence ou à des éléments pathologiques. Elle ne se limite pas à un trouble de la personnalité ou à une structure spécifique. Elle peut en effet se retrouver dans toutes les personnalités. Pour avancer dans la compréhension de ce symptôme, il convient d'analyser le sens et les fonctions de celui-ci, au niveau individuel.

SECONDE PARTIE :

LES OBSERVATIONS CLINIQUES

Au cours de notre internat, nous sommes intervenue dans différents services où des adolescents étaient pris en charge. C'est à la suite de ces rencontres que nous nous sommes intéressée aux mécanismes psychiques de l'adolescence et à la question des scarifications au cours de cette période de la vie.

A Nancy, il existe trois lieux d'hospitalisation pour les adolescents : le service de pédopsychiatrie du C.H.U., l'unité d'hospitalisation « Horizon » au sein du Centre Psychothérapique de Nancy et l'unité d'hospitalisation « Les Glacis » située en centre ville.
Le service du C.H.U est spécialisé dans la prise en charge de patients souffrant d'anorexie mentale.
L'unité « Horizon » accueille, en urgence, des jeunes souffrant de diverses pathologies : tentative de suicide, dépression, décompensation délirante, état d'agitation, troubles du comportement.
L'unité « Les Glacis » a comme objectif d'accueillir des jeunes souffrant de pathologies telles que dépression, phobie scolaire, trouble obsessionnel compulsif, anorexie mentale. Cette structure accueille des adolescents pour une prise en charge s'inscrivant dans la durée, avec la possibilité de poursuivre une scolarité classique ou aménagée.

Les vignettes cliniques qui vont suivre viennent illustrer la question des scarifications à l'adolescence. Cette question ne saurait se limiter à une approche théorique et nous pensons que la confrontation de la théorie à la clinique est fondamentale.

VIGNETTE CLINIQUE N° 1 : Céline, 18 ans

Lors d'une intervention aux urgences de l'hôpital central, nous avons été amenées à rencontrer Céline. Cette jeune fille est âgée de 18 ans. Elle a absorbé 30 comprimés d'UPFEN® 200 mg (Ibuprofène), 16 comprimés de NOROXINE® 400 mg (Norfloxacine), 10 comprimés de PROPOFAN® (Paracétamol) et 3 comprimés de DOLIPRANE® 1 000 mg (Paracétamol). Ce geste suicidaire fait suite à une rupture sentimentale.

Au cours du premier entretien, réalisé aux urgences, Céline est consciente et orientée. Elle a été amenée par les Pompiers.
Céline habite chez ses parents à Lyon. Elle est l'aînée d'une fratrie de quatre.
Elle n'a pas réussi le concours de la première année d'études de médecine et envisage de s'inscrire pour l'année prochaine en licence administrative économique et sociale.
Depuis deux semaines, elle vit chez ses grands-parents paternels et elle travaille dans l'administration pour un job d'été. C'est sur son lieu de travail et dès son arrivée qu'elle flirte avec un collègue de travail. C'est sa première relation sentimentale.

De son histoire, nous apprenons qu'elle a vécu avec sa famille deux ans en Nouvelle Calédonie. Lorsqu'elle parle de ce séjour, Céline semble nostalgique : « C'était bien là-bas car il y avait du soleil tout le temps ». Elle y avait un sentiment de liberté.
Depuis son retour en métropole, datant de cinq ans, elle se scarifie les avant-bras. Le soir, elle s'isole dans sa chambre et se coupe. Céline reste floue sur les raisons qui la poussent à se scarifier. Il semble qu'elle ne puisse rien en dire, au cours de cet entretien.

Du fait de l'intoxication médicamenteuse, Céline est hospitalisée pour observation et surveillance dans le service d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée de l'hôpital central.
Une fois que son état ne nécessita plus de surveillance médicalisée, Céline fut transférée dans le service des urgences psychiatriques.

Lors du deuxième entretien, Céline évoque son mal-être et sa tristesse. Elle les relie au départ de Nouvelle Calédonie. Quelles ont été les conditions de ce départ ? Qu'est-ce qu'elle y a laissée ? Son discours reste superficiel.
Elle ne critique pas son passage à l'acte suicidaire, mais elle se projette tout de même dans l'avenir.

Avertis par leur fille de sa tentative de suicide, les parents de Céline sont venus la rejoindre. Ils sont très inquiets. Ils expliquent qu'ils n'avaient pas senti leur fille en difficulté.

Après quatre jours d'hospitalisation, Céline se sent mieux. Elle n'exprime plus d'idées suicidaires. Son discours reste très imaginatif. Elle se réfugie dans des mondes parallèles. Elle croit en la magie. S'agit-il de croyance existant en Nouvelle Calédonie, faisant partie d'une culture créole ou bien d'idées sub-délirantes ? Pour elle, trois choses sont essentielles : la magie, « son pays » c'est-à-dire la Nouvelle Calédonie et la « fantaisie » au travers d'une littérature fantastique.

Quel sens ont les scarifications dans ce tableau clinique ? Céline est incapable, pour le moment, de mettre des mots sur ce comportement.

Dans cette vignette clinique, nous sommes face à une rupture du développement sur le plan affectif et relationnel. S'agit-il d'une psychose, d'un moment psychotique ou d'un état limite ? C'est l'évolution qui nous permettra d'apporter des éléments de réponse.

Céline demande sa sortie, bien que la poursuite de l'hospitalisation lui soit proposée. Sa mère est venue la chercher et elles sont reparties sur la région lyonnaise. Un rendez-vous chez un psychiatre libéral a été pris.

Nous avons retenu cette vignette clinique, car elle témoigne de la découverte souvent fortuite du comportement de scarification. Les scarifications sont présentes depuis cinq ans, sans que personne n'ait conscience de cette pratique chez Céline. Céline les a-t-elle gardé secrètes volontairement ? Ou bien, seul le geste compte-t-il ? Nous pouvons penser que cette pratique ne s'adresse à personne. Les scarifications n'auraient pas ici de valeur relationnelle.

VIGNETTE CLINIQUE N° 2 : Laure, 14 ans

Suite à un malaise, Laure, âgée de 14 ans, est conduite aux urgences pédiatriques par sa mère. Après un bilan somatique, toute étiologie organique à ce malaise est éliminée. Elle sera ensuite hospitalisée dans le service de pédopsychiatrie du C.H.U.

Dans ses antécédents médico-chirurgicaux, on note une appendicectomie.

Laure ne présente pas d'antécédent psychiatrique personnel.

D'un point de vue biographique, les parents de Laure sont séparés depuis un mois et demi. Son père, âgé de 41 ans, est directeur informatique. Sa mère, âgée de 37 ans, est femme au foyer. Laure est fille unique.
Laure est scolarisée en classe de 3ème, où elle se dit en difficultés pour comprendre et apprendre ses cours. Il n'existe pas d'hyper-investissement scolaire.

De l'histoire familiale, nous avons quelques éléments recueillis auprès de la mère de Laure.
Celle-ci nous dit avoir eu une adolescence difficile et qu'elle a été placée en foyer. Les contacts avec sa propre mère sont conflictuels, teintés de reproches et de critiques. Ses parents sont divorcés et c'est pour cela qu'elle cherche à privilégier sa famille. Madame nous dit également être sous traitement antidépresseur prescrit par son médecin généraliste.

Le père de Laure présente des antécédents psychiatriques. Il a réalisé une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire suite à laquelle il a été hospitalisé en psychiatrie et il présente une alcoolo-dépendance et une consommation régulière de cannabis et d'héroïne pour lesquelles il a déjà bénéficié d'un suivi en ambulatoire dans un centre spécialisé.

La grossesse n'était pas désirée. La mère de Laure nous dit avoir envisagé une interruption de grossesse. Mais, nous ignorons ce qui a fait que madame ait finalement poursuivi cette grossesse. Des violences conjugales ont débuté à partir de cette grossesse, nous dit-elle.
La relation de couple était très instable, faite de ruptures et de réconciliations. Madame nous signale être partie avec sa fille pendant six mois.

Toutefois, les parents de Laure se sont mariés lorsqu'elle avait 2 ans. Le mariage s'est fait dans la plus stricte intimité, juste avec deux témoins. Il a permis de faciliter un achat d'appartement, selon la mère de Laure.

Les évènements récents témoignent d'une majoration de l'instabilité familiale. Depuis le début de l'année, l'alcoolisme du père et sa consommation de cannabis se sont aggravés. « Il s'absente fréquemment et ramène de mauvaises fréquentations à la maison », nous dit madame.
Pour les grandes vacances, Laure est partie en vacances chez ses grands-parents paternels et maternels.
A son retour, l'ambiance familiale était électrique. Un soir, le père de Laure a essayé d'étrangler son épouse. Laure a alors tenté de les séparer.
Madame a décidé de quitter le domicile conjugal avec Laure. Elles partent s'installer quelques jours chez la grand-mère maternelle, puis elles sont hébergées par les grands-parents paternels. Madame, ayant l'impression d'être surveillée, décide de fuir et s'installe avec Laure dans un hôtel, avant de trouver un logement. Du fait de ces difficultés d'hébergement, Laure est inscrite en internat scolaire.

Devant la situation familiale conflictuelle et le climat de forte tension, l'assistante sociale du collège de Laure suggère de prendre rendez-vous au centre médico-psychologique pour adolescents. Lors de la première consultation, Laure se présente les traits tirés, pâle. Elle évoque spontanément la situation de crise familiale : la violence conjugale, la mésentente entre ses grands-parents paternels et sa mère, les conduites addictives de son père. Le récit des divers évènements familiaux se fait avec un certain détachement. Sa mère s'interroge sur l'existence de conduites boulimiques. Laure précise alors qu'elle a juste bon appétit.
Un suivi psychologique débute alors.

Le premier week-end où Laure rentre chez sa mère, elle lui dit ne pas avoir mangé depuis une semaine. Immédiatement, la mère de Laure pense à une anorexie mentale, nous dit-elle. C'est au cours de ce week-end que Laure fait un malaise.

A l'admission, Laure se montre fermée. Il existe des affects dépressifs, associés à des ruminations anxieuses. Le sommeil est perturbé depuis plusieurs semaines. On note une baisse de l'appétit, avec un dégoût de la nourriture. Le poids d'entrée est de 44, 100 kg pour

une taille d'1,67 m, soit un indice de masse corporelle égal à 15,8 kg/m². Le diagnostic d'anorexie mentale est posé.
Bien que Laure se montre fermée en entretien, elle est ouverte avec les autres patients du service et son comportement est bien adapté. La reprise pondérale se fait de façon progressive. En accord avec la demande de Laure, sa sortie est décidée avec un retour chez sa mère et son nouveau compagnon, en attendant de pouvoir retourner en internat scolaire. Elle poursuivra le suivi psychologique en ambulatoire. Aucun traitement médicamenteux n'est instauré.
Cette première hospitalisation aura duré un mois et demi.

Une semaine après sa sortie, Laure est réhospitalisée suite à une intoxication médicamenteuse volontaire. Profitant de l'absence de sa mère, Laure a absorbé des médicaments appartenant à sa mère et a immédiatement appelé le service de pédopsychiatrie.
A l'admission, Laure est fermée et opposante. Son discours est pauvre, mettant en avant une tristesse de l'humeur et des idées suicidaires. Elle ne critique pas son geste. L'appétit est conservé et Laure n'a pas perdu de poids depuis sa sortie.
Dans le service, Laure se montre plutôt à l'aise. Elle met volontiers en avant des propos morbides avec une attitude provocante et manipulatrice. Laure recourt aux scarifications sur un mode démonstratif.
Les conflits familiaux restent très actifs. Laure est au cœur de ce conflit où elle est instrumentalisée par ses parents. Ils se disputent sa garde sans prendre en considération ses désirs. Par la verbalisation d'idées suicidaires et la pratique de scarifications, Laure a une certaine emprise sur ses parents. Leur crainte d'un nouveau passage à l'acte fait qu'ils préfèrent que Laure reste à l'hôpital. Elle peut ainsi rester à distance d'eux et être préservée de leurs disputes.
Finalement, Laure sort après quinze jours d'hospitalisation. Le projet d'internat scolaire est maintenu. Laure doit y retourner à la rentrée scolaire de janvier.

Le jour de la rentrée scolaire et dix jours après sa sortie, Laure a du être à nouveau hospitalisée suite à une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse, correspondant au traitement de sa mère. Ce passage à l'acte, au sein du milieu scolaire, met fin au projet d'internat scolaire.
Les idées suicidaires et les scarifications répétées sont mises au devant de la scène.

De plus, Laure a fumé du cannabis dans le service en présence d'autres patients. Il est à noter que le cannabis consommé appartenait à son père. Nous ne pouvons que constater que par ces différents passages à l'acte (intoxication médicamenteuse et consommation de cannabis) Laure cherche à interpeller ses parents. Mais que souhaite-t-elle leur dire ?
Devant ce nouveau passage à l'acte, il est décidé que Laure soit transférée dans un autre service de pédopsychiatrie, unité située au sein de l'hôpital psychiatrique.

Le lendemain de son transfert, Laure s'est introduit une épingle à nourrice au niveau de l'avant-bras. Ces gestes auto-agressifs sont réalisés lorsque Laure « pense à des souvenirs ».
Dans l'unité, Laure s'adapte bien au service et obtient certains bénéfices à être hospitalisée. Dès qu'un changement de cadre est envisagé, Laure pointe des velléités suicidaires. Par son attitude, Laure met en échec tout projet thérapeutique.
Devant cette situation plus que complexe, nous décidons de la signaler aux autorités judiciaires pour qu'une alternative puisse être trouvée. Une mesure d'aide éducative est engagée. L'éducateur aura comme rôle d'être un tiers médiateur entre Laure et ses parents et de s'assurer que Laure bénéficie d'un cadre de vie stable et sécurisant, cadre qui fait défaut pour le moment.

Au sein du service, Laure n'exprime plus d'idées suicidaires. Elle est plus authentique et s'autorise des moments de détente avec le groupe. En entretien, elle reste fermée, sur la défensive. Elle se refuse à parler de ses difficultés, car elle souhaite protéger ses parents.
Devant l'amélioration de l'état de santé de Laure, sa mère demande sa sortie de l'hôpital. Après contact auprès du juge pour enfants, la sortie de Laure est autorisée.

Le lendemain, le père de Laure, estimant que celle-ci ne devait pas sortir de l'hôpital, alerte la Police. C'est ainsi que Laure et sa mère sont conduites au commissariat pour se justifier à propos de cette sortie. Profitant d'un moment sans surveillance, Laure fugue du commissariat. Elle se rend alors chez le compagnon de sa mère. Celui-ci contacte la Police pour les informer de la présence de Laure. Devant cette situation plus qu'emmêlée, Laure est hospitalisée par une ordonnance de placement provisoire dans le service qu'elle venait de quitter la veille !
Cet exemple montre bien dans quel fonctionnement incohérent se trouve Laure. Elle est monnaie de transaction entre ses deux parents.

Cinq jours plus tard, l'ordonnance de placement provisoire est levée. Laure retourne chez sa mère en attendant une audience auprès du juge pour enfants.

C'est dans ces conditions de grande insécurité du milieu familial et de souffrance psychique de Laure qu'une hospitalisation sur l'unité « Les Glacis » est décidée.
A son admission, Laure a un contact froid et distant. Elle évoque son histoire familiale avec détachement et fatalisme. Laure présente des moments de grande angoisse, où elle ne peut verbaliser son ressenti. Elle évoque des idées noires, seul moyen d'échapper à ses difficultés existentielles, selon elle.
Laure retourne en classe de troisième, dans le collège où elle était inscrite. A l'école, elle ressent des sensations d'oppression et d'angoisse. Laure les met en relation avec la foule et la difficulté à se sentir regardée par les autres.

Le travail avec les parents de Laure s'avère délicat.
La mère de Laure est en grande difficulté matérielle et psycho-affective. Son discours est centré sur ces propres difficultés, son passé et son présent douloureux. Elle ne peut se montrer disponible pour Laure et lui apporter un cadre sécurisant. D'ailleurs elle craint que celle-ci passe à l'acte au cours d'une permission, échafaudant elle-même de multiples scénarii. En fait, il s'avère que Laure demande à restreindre les permissions chez sa mère, sentant certainement la fragilité de celle-ci et préférant s'en préserver.
Le père de Laure se montre lui fuyant et agressif. Il dénie toute difficulté personnelle, notamment sa consommation d'alcool. Il ne semble pas avoir conscience de la souffrance de sa fille. Ses projets sont étonnants et peu réalistes. En effet, il envisage d'acheter deux appartements sur le même palier, un pour lui et un pour Laure. Nous lui rappelons alors l'âge de sa fille, mais cela ne le fait pas s'interroger.

Laure reste très fragile. Les idées noires, l'angoisse et les troubles de l'endormissement sont toujours présents. Il persiste également des troubles du comportement alimentaire, avec une restriction alimentaire et des vomissements provoqués. L'indice de masse corporelle est égal à 14,7 kg/m². Un rendez-vous auprès d'un pédiatre est organisé pour fixer un indice de masse corporelle limite au-delà duquel Laure devra être hospitalisée en réanimation. Une pesée sera réalisée de façon hebdomadaire.

Pour les grandes vacances, Laure a participé à un séjour thérapeutique dans les Vosges. Mais, au cours du séjour, elle a réalisé une intoxication médicamenteuse volontaire (4 comprimés de THERALENE® 5mg (Alimézazine) et 30 comprimés de TERCIAN® 25 mg (Cyamémazine)). Après un passage aux urgences pédiatriques, Laure est hospitalisée sur l'unité « Horizon ». Cette tentative de suicide fait suite à un trouble de la perception corporelle. Après une période d'anorexie, Laure s'est mise à nouveau à manger de manière correcte et elle s'est sentie trop grosse. Du fait du suivi médical, elle sait qu'elle doit reprendre du poids, sinon elle sera hospitalisée en réanimation. Bien que cela lui soit difficile, Laure accepte de se soumettre à cette demande institutionnelle.
Après une semaine d'hospitalisation, la tristesse de l'humeur et les idées suicidaires se sont amendées. Laure a alors pu réintégrer l'unité d'hospitalisation « les Glacis ».

Une nouvelle année scolaire débute. Laure redouble sa troisième.
La prise en charge se poursuit avec un travail individuel et familial. Laure continue le suivi psychologique et participe à un atelier thérapeutique hebdomadaire au centre médico-psychologique pour adolescents.

L'état de santé de la mère de Laure est préoccupant. Elle est logorrhéique, exaltée et dans une toute puissance. Elle se sent persécutée par l'équipe soignante, estimant que nous l'empêchons de voir sa fille et d'exercer son rôle de mère. Nous avons noté une corrélation entre les passages à l'acte auto-agressifs de Laure et les interventions de sa mère, auprès d'elle. En effet, sa mère, lors d'appels téléphoniques multiples, déstabilise Laure en la menaçant de l'abandonner si Laure n'accède pas à ses demandes. La mère de Laure a déménagé sur la région parisienne et elle menace de rompre tout lien avec sa fille, si celle-ci ne la rejoint pas.
De son coté, le père de Laure a fait des progrès. Il s'est rapproché de sa fille et se montre plus présent auprès d'elle. Il a arrêté sa consommation d'alcool et de toxiques. Toutefois, monsieur reste fragile et il accepte les mesures instaurées pour protéger Laure.
Les relations entre les parents de Laure sont toujours passionnelles et le rôle de l'éducateur est essentiel pour pacifier leurs échanges.

Au cours de cette deuxième année de prise en charge, les progrès ou les rechutes de Laure semblent lier aux interventions de ses parents et aux angoisses qu'elles génèrent chez Laure. Nous assistons à une fluctuation de la thymie et du comportement alimentaire de Laure.

Progressivement, nous constatons une amélioration de l'état psychique de Laure. Laure a un contact plus facile. Elle arrive à plaisanter et à avoir des moments de détente. Elle parvient à prendre de la distance par rapport à ses parents. Il persiste des difficultés d'endormissement pour lesquelles elle bénéficie d'un traitement par STILNOX® (Zolpidem), un comprimé au coucher. Son poids s'est stabilisé, avec un indice de masse corporelle égal à 17,2 kg/m². Le suivi pédiatrique avec surveillance de la courbe de poids est suspendu. Un prochain rendez-vous pédiatrique est prévu pour dans deux ans.

Laure se projette dans l'avenir. Elle envisage de s'inscrire dans un B.E.P. sanitaire et sociale pour l'année prochaine. Elle est demandeuse d'être en internat scolaire, consciente de la nécessité de bénéficier d'un cadre neutre. Ensuite, elle souhaite poursuivre par des études d'infirmière.

Les progrès observés permettent d'envisager une sortie définitive de l'unité de soins. Après une audience auprès du juge pour enfants, il est décidé que Laure ira vivre chez son père le temps des grandes vacances et qu'elle ira en internat scolaire pendant l'année scolaire. En accord avec Laure, la prise en charge au niveau du centre médico-psychologique est maintenue. Le suivi éducatif se poursuit lui aussi.

Dans le cadre de ce travail de thèse, nous avons pu questionner de manière plus précise Laure à propos de ses scarifications. Voici ce qu'elle a bien voulu nous confier.

A 13 ans, Laure a pour la première fois recours aux scarifications. Lors d'une soirée, un ami de son père, alcoolisé, lui fait des propositions douteuses. Laure, choquée, part dans sa chambre, prend un compas et se blesse au niveau de l'avant-bras. Elle dit être pleine de rage, à ce moment là. Elle n'avait jamais pensé faire ce type de passage à l'acte jusqu'alors.
Par la suite, elle aura recours de manière irrégulière aux blessures corporelles. Elle se mutilera plutôt le soir, prenant le premier objet tranchant qu'elle trouve.
Elle se coupe au niveau des avants bras, des tibias et du ventre. Elle ne peut expliquer pourquoi elle choisit ces zones. Elle dit juste qu'elle se dégoûtait, qu'elle se trouvait trop grosse. Au début, Laure dit ressentir une douleur physique en pratiquant ces scarifications. Puis au fur et à mesure, elle « contrôle la douleur ». Elle doit alors se couper de façon plus profonde pour ressentir une douleur qu'elle recherche. Y aurait-il une forme d'accoutumance

à cette pratique, comme dans la toxicomanie où l'individu doit augmenter les doses pour ressentir l'effet du produit ?
Par moment, elle n'arrive plus à se contrôler et elle se scarifie sans pouvoir s'arrêter.
Après s'être blessée, Laure est prise de crises de larmes. Elle se fait peur.
De voir le sang couler, elle éprouve un certain « malaise moral ».
Elle explique que ses passages à l'acte étaient des appels à l'aide. Elle n'avait pas de velléités suicidaires en les pratiquant.

La dernière fois qu'elle a eu recours à la pratique de scarifications, c'était suite à un appel téléphonique de sa mère. Celle-ci l'insultait et la menaçait de l'abandonner si elle ne venait pas la rejoindre. Laure a été envahie par un intense sentiment de tristesse et une montée d'angoisse. Elle s'est alors coupée au niveau du pli du coude.

De ses passages à l'acte auto-agressifs, Laure garde des cicatrices physiques. Par moments, elle regrette ses gestes. A d'autres moments, elle se dit que c'était un passage de sa vie. Elle reconnaît pouvoir revenir sur ces différents moments car ils sont derrière elle maintenant. Elle a pris une certaine distance par rapport à ce qui la tourmentait.

Concernant les tatouages, Laure ne sait pas si elle va s'en faire faire un ou pas. Ce qui la retient, c'est que le tatouage reste toute la vie. En revanche, Laure a un piercing au niveau de la lèvre supérieure. Celui-là, elle pourra l'enlever, si elle le désire.

VIGNETTE CLINIQUE N° 3 : Alice, 14 ans

Alice est âgée de 14 ans lorsqu'elle est hospitalisée pour la première fois au C.H.U., pour des affects dépressifs et idéation suicidaire.
Le jour de son anniversaire, en plein cours, Alice a pris une paire ciseaux pour se couper au niveau des avant-bras. Ce jour-là, elle n'en pouvait plus, nous explique-t-elle. Les autres élèves la retenaient, ils l'empêchaient d'aller en classe. Ils lui touchaient les seins et les fesses. Elle a fait cela pour appeler à l'aide, nous dit-elle.
Elle est alors conduite aux urgences pédiatriques et hospitalisée.
Trois semaines avant l'hospitalisation, Alice avait consulté auprès de son médecin traitant. Un traitement antidépresseur par PROZAC® 20 mg (Fluoxétine) et anxiolytique par LYSANXIA® 10 mg (Prazépam) avait été instauré.

Alice ne présente pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers.

Dans les antécédents familiaux, nous notons de lourdes pathologies.
La mère d'Alice présente depuis l'âge de 17 ans un état dépressif chronique, traité par antidépresseurs. Elle n'a jamais engagé de travail psychothérapique. On retrouve également une hypertension artérielle, une hystérectomie pour endométriose et une embolie pulmonaire, sans étiologie retrouvée, ayant engagé le pronostic vital. Les grands-parents maternels sont décrits comme des gens qui se plaignent tout le temps.
Le père d'Alice souffre de dorsalgies depuis une quinzaine d'années. Il a eu de multiples examens complémentaires et son médecin s'oriente actuellement vers une problématique musculaire de type fibromyalgie. Le grand-père paternel est décédé à 50 ans d'un cancer, monsieur avait alors 14 ans. La grand-mère paternelle est décédée à 56 ans d'un cancer, il y a 3 ans. Un oncle paternel a été opéré d'un cancer du foie et il garde des séquelles douloureuses.
La sœur aînée d'Alice a bénéficié d'un suivi psychologique pour une problématique hypochondriaque.

D'un point de vue biographique, la mère d'Alice est âgée de 38 ans. Elle est agent administratif. Son père, âgé de 35 ans, est électricien. Alice est la seconde d'une fratrie de trois. L'aînée est âgée de 16 ans. La cadette est âgée de 13 ans.

Son parcours scolaire est émaillé de ruptures et de difficultés d'intégration. Alice se dit victime de moqueries et de harcèlement depuis six années.
Dès la maternelle, Alice a rencontré des difficultés relationnelles avec les autres enfants. Sa mère nous explique qu'Alice a un fort caractère. Pour elle, cela peut être un avantage si l'on sait s'en servir. Alice est décrite comme ayant un « caractère de cochon », mais aussi comme quelqu'un de très sensible.
Alors qu'Alice est scolarisée en CM2, la famille déménage pour des raisons professionnelles. Depuis lors, Alice est victime de moqueries et de remarques désobligeantes de ses camarades de classe. Ils lui disent qu'elle est « grosse et moche ». Elle subit des agressions verbales, voire physiques. Au collège, la situation s'est progressivement aggravée. Depuis deux mois, Alice se montre de plus en plus agressive envers ses camarades de classe, ainsi qu'avec les professeurs. C'est à la fin de l'année scolaire qu'Alice est hospitalisée. Elle est alors en 4ème.

Il est à noter que dès le primaire, Alice n'a jamais eu beaucoup d'amis.
Alice ne pratique pas d'activités extrascolaires.

A l'admission, Alice verbalise spontanément les difficultés qu'elle rencontre à l'école. Elle a le sentiment d'être rejetée. « Tout le monde se moquait de moi, j'étais le souffre-douleur » nous dit-elle. Depuis deux mois, sont apparues des idées suicidaires, une irritabilité et une baisse de l'estime de soi. En revanche, il n'existe pas de troubles du sommeil ou de l'appétit, ni de fléchissement scolaire.

Au cours de l'hospitalisation, Alice exprime son mal être, ses idées d'autodépréciation, ainsi qu'une préoccupation importante pour son poids. Dans la relation avec ses parents, Alice cherche à les protéger, tout en les interpellant.
Le bilan psychologique réalisé indique qu'Alice peut être solitaire, impulsive, mais aussi inhibée, gardant ses idées noires pour elle seule. L'image de soi apparaît assez dévalorisée mais Alice s'en défend par le retournement et les défenses maniaques.
Une consultation avec une diététicienne a lieu et un régime hypocalorique est proposé.
Le traitement antidépresseur est suspendu.
Progressivement, les affects dépressifs s'estompent. Alice souhaite prendre du temps pour elle et moins s'occuper des autres.
Après deux semaines et demi d'hospitalisation, Alice quitte le service et un suivi ambulatoire est indiqué au sein d'un centre médico-psychologique.

Pour sa rentrée scolaire de 3ème, Alice a préféré retourner dans son collège, car elle y avait ses repères. Elle avait peur de changer d'école. Mais elle a de nouveau été persécutée par les autres.
Quelques semaines après la rentrée, Alice a eu une altercation avec un autre élève. Le professeur principal les sépare et installe Alice, seule, dans un bureau. Il lui demande d'attendre. Mais Alice ne supporte pas qu'on ne s'occupe pas d'elle, nous avoue-t-elle. Elle absorbe des médicaments qu'elle avait dans son sac et se saisit d'un cutter présent sur le bureau. Elle se coupe alors les avant-bras. Ensuite, elle est allée voir dans le bureau voisin et a montré ses avant-bras blessés à la personne présente. Elle est alors conduite aux urgences où ses blessures sont soignées.

Le suivi psychologique ambulatoire se poursuit. Elle bénéficie d'entretiens individuels et d'une prise en charge en psychomotricité. Un traitement antidépresseur par ZOLOFT® (Sertraline), 100 mg par jour, est prescrit.

Après les vacances de Noël, Alice change de collège. Mais elle a développé une anxiété anticipatoire à l'idée d'être à nouveau malmenée au collège. Elle ne parvient plus à se concentrer en classe. Elle est envahie par les images de son vécu antérieur. Le soir, elle ne peut s'endormir car elle appréhende la journée du lendemain.

Fin janvier, Alice fugue du collège, rentre chez elle et se scarifie au niveau des avant-bras. Depuis, Alice ne va plus en cours. Elle reste enfermée dans sa chambre au fond de son lit, volets fermés, lumières éteintes, comme « dans un trou » dit-elle. Elle s'interroge, « je me sens devenir folle ». Son comportement oscille entre des manifestations pulsionnelles auto- et hétéro-agressives difficiles à contrôler et un repli dépressif avec une anxiété massive liée à une peur des autres. Alice dit avoir peur de tout, du collège, des élèves, mais aussi des professeurs, d'elle-même et de la vie. Elle dit résister à l'idée d'une hospitalisation, sinon « toute ma famille s'écroule » nous dit-elle.
Devant l'absence d'amélioration symptomatique, le traitement antidépresseur est modifié avec mise en route de NORSET® 15 mg (Mirtazapine) un comprimé par jour et un traitement par STILNOX® (Zolpidem) est instauré.

Face à l'absentéisme scolaire, les affects dépressifs et les passages à l'acte, une hospitalisation est proposée sur l'unité Horizon.

A l'admission, Alice est opposante à son hospitalisation. Elle pleure, crie, refuse les repas. Alice ne supporte pas la séparation d'avec son milieu familial. Elle est persuadée que personne ne pourra la comprendre. Elle sollicite sa mère dès qu'elle se sent en crise et celle-ci l'apaise immédiatement. Pour les premiers jours d'hospitalisation, les visites et les appels téléphoniques de la famille sont suspendus. Cet éloignement a permis à Alice de s'intégrer dans le groupe d'adolescents. Alice s'est bien adaptée à la structure et a participé aux ateliers thérapeutiques. Elle se montre en effet plus volontaire et coopérante dans la prise en charge. Toutefois, l'adulte doit la solliciter à plusieurs reprises pour qu'elle participe et régulièrement la rassurer, sinon Alice se dévalorise. L'évolution est favorable et Alice parvient à prendre de l'assurance.

En ce qui concerne les relations familiales, Alice est très proche de sa mère. Elle se culpabilise de voir sa mère souffrante, estimant avoir une part de responsabilité dans la dépression de sa mère. Alice décrit son père comme quelqu'un de peu compréhensif, voulant régler les problèmes par la force. Il n'apparaît pas comme une personne de dialogue. Alice cherche à protéger ses parents en leur cachant ses soucis. Mais ceci ne fait que renforcer son sentiment d'être incomprise.

La sortie sera anticipée à la demande des parents. Ils ont prévu de partir pour les vacances d'hiver et ils ne veulent pas modifier leur projet. Ainsi Alice sort après une semaine d'hospitalisation et poursuivra son suivi en ambulatoire. Le traitement médicamenteux reste inchangé.

Après les vacances d'hiver, Alice n'est pas retournée à l'école. Son état s'est aggravé. Lors d'une consultation médicale, les parents expriment leur désarroi et leur impuissance. Après la consultation, Alice s'est scarifiée au niveau des avant-bras. « J'en pouvais plus, elle me prenait la tête », nous dit-elle.

Une hospitalisation sur Horizon est à nouveau proposée, ce que les parents acceptent.

A l'admission, Alice est opposée à cette nouvelle hospitalisation et considère cette décision comme un abandon de la part de ses parents : « ils se débarrassent de moi ». Elle manifeste une angoisse massive à l'idée d'être confrontée au groupe d'adolescents. Elle pleure et demande à ce que ses parents reviennent la chercher. Devant la montée de l'angoisse et de l'agressivité, il est proposé à Alice des temps d'isolement pour lui permettre de se calmer.

Rapidement, Alice retrouve ses marques au sein de l'unité. Elle se sent rassurée par le lieu et le considère comme « sa deuxième maison ». D'ailleurs, elle refuse une permission de week-

end chez ses parents et menace de mettre fin à ces jours si elle rentre chez elle. Alice se montre dans une toute puissance et fait du chantage. La permission est cependant maintenue et se déroulera sans difficulté selon les parents. De son coté, Alice nous dit avoir été très angoissée et avoir pensé à se scarifier. Elle n'en a rien dit à ses parents pour ne pas les inquiéter.

Un bilan psychologique est réalisé avec passation d'un T.A.T., Thematic Apperception Test. Alice exprime une plainte et une insatisfaction permanentes, sans qu'il lui soit possible de s'interroger sur sa place dans les différents systèmes dénoncés (famille, école, dispositifs de soins). Les insatisfactions sont entretenues dans un cercle vicieux où l'excitation agressive s'accélère. La dimension agressive peut atteindre des seuils ingérables mentalement par son appareil psychique. A ce moment là, il y a risque de passage à l'acte agressif comme moyen de décharge, notamment par une violence verbale.

La relation à l'autre est difficilement possible en raison de l'omniprésence des mécanismes de projection et des mécanismes d'interprétation. Le rapport à la réalité est perturbé car les projections malveillantes sont trop nombreuses et trop rigides. L'autre est perçu comme étant celui qui vient répondre toujours à côté de son désir. On remarque d'ailleurs une certaine érotisation au maintien ou à l'organisation de malentendus et de déceptions.

La faiblesse narcissique sous-jacente est à pointer même si elle est masquée par une sorte de sur-valorisation d'elle-même. D'une façon à ne jamais perdre la face, Alice tente toujours de conserver la maîtrise de la relation, coûte que coûte, même au prix de se contredire et de se perdre.

Les tests projectifs révèlent une réelle incapacité relationnelle. Ils montrent l'existence d'images féminines et maternelles très négatives. La dimension agressive est très importante et s'exprime de façon crue. Alice perçoit les signes de féminité sur un mode persécutoire. La question de son identité sexuelle est également présente.

Au niveau inconscient, il existe des angoisses importantes à l'idée d'être seule. Il semble que ce soit le processus d'individuation qui soit au centre de l'incapacité relationnelle. La confrontation à l'autre ne serait possible que si cet autre était un double d'elle-même. On repère une grande dépendance et une incapacité à supporter le sentiment de solitude, inhérent au processus d'individuation.

Après un mois d'hospitalisation, un projet d'hospitalisation sur l'unité « Les Glacis » est envisagé pour poursuivre le travail psychothérapique et engager une rescolarisation pour la

rentrée prochaine. Avec l'accord des parents, Alice intègre donc l'unité, en hospitalisation à temps plein.
Alice s'adapte rapidement à la structure et ne présente pas de difficultés relationnelles avec les autres adolescents. Elle participe aux activités et se montre dynamique.
Alice reprend les différents éléments de son histoire, expliquant ses difficultés relationnelles avec les autres jeunes, depuis l'école primaire. « Ils se moquaient de mon physique. » Elle évoque également des violences physiques : « les garçons me poussaient par terre, les filles me donnaient des coups de talon aiguille ». A l'école, personne ne la défendait ou ne réagissait. A la maison, elle ne disait rien pour ne pas inquiéter ses parents.
Alice parvient cependant à se projeter dans l'avenir. Elle souhaiterait être professeur d'histoire géographie. Elle est d'ailleurs ravie de suivre les cours particuliers donnés sur l'unité. Ce projet professionnel est étonnant vu les difficultés qu'Alice rencontre à l'école et son sentiment de persécution.

Après un début de prise en charge favorable, Alice se montre agressive, insolente et revendicative. Elle s'emporte facilement à la moindre frustration. Elle se plaint que les autres jeunes ne viennent pas la voir quand elle se sent mal, et vice versa, alors qu'elle se préoccupe d'eux. Quoi que fasse l'autre, Alice est insatisfaite.
Au cours d'une réunion de groupe, le sujet des camps de concentration est abordé. Avant que son tour arrive, Alice s'emporte, fait preuve d'une certaine violence verbale et quitte la réunion en pleurs. Plus tard, Alice nous expliquera que l'évocation de ce sujet et notamment du terme « torture » l'a renvoyée à son histoire. Elle raconte avoir subi des tortures de la part des élèves de son ancien collège. D'autre part, elle évoque la mort de son meilleur ami, suite à un cancer, lorsqu'elle avait 8 ans. Ils se connaissaient depuis le Cour Préparatoire. Elle dit également que sa mère est dépressive et qu'elle aurait fait des tentatives de suicide au même âge qu'elle. Alice n'en sait pas plus sur la situation de sa mère à cette époque. Après cet entretien, Alice se sent soulagée d'avoir pu s'exprimer. Elle dit qu'elle fait souvent semblant d'aller bien, alors qu'elle ressent le contraire.
Alice reste très fragile. Elle est irritable et impulsive. Elle a le sentiment d'être incomprise, mais se refuse à en dire plus. Lors des permissions de week-end, Alice a l'impression d'être une invitée chez elle. Ses parents lui offrent des vêtements, ils lui demandent si ça va. Mais, « ce n'est pas ce qu'elle veut ». « Mais ça ne sert à rien de leur dire, ils ne comprennent pas » dit-elle. Alice maintient ainsi la situation d'incompréhension, fermant toute possibilité de discussion et d'échange.

Après un vol d'une console de jeux d'un adolescent, Alice se fait le porte-parole du groupe et exige des sanctions contre le coupable présumé. Elle est très à l'aise dans ce rôle de meneuse, ce qui contraste avec son discours habituel de victime. Il est certainement plus facile pour elle de parler à la place des autres que de parler d'elle. En effet, Alice se permet aussi de faire de remarques et des critiques sur la prise en charge des autres adolescents. Selon elle, nous ne comprenons rien et nous sommes des incompétents.

Pour ses quinze ans, Alice a décidé d'organiser un déjeuner d'anniversaire sur l'unité. Elle est très appliquée et est contente de nous montrer ses talents culinaires. D'habitude, elle ne fêtait pas son anniversaire, car elle n'avait pas d'amis à inviter. Le repas s'est bien passé.
Dans l'après-midi, elle est sortie avec ses parents. Mais à son retour, Alice est fermée. Son père lui aurait dit des choses désagréables, « qu'elle ne faisait aucun effort pour s'en sortir », « qu'il allait la faire sortir de l'unité d'hospitalisation et la mettre en internat pour que tout le monde soit tranquille ». Pour l'instant, Alice nous dit préférer rester sur l'unité pour le week-end. Elle se sent trop blessée par son père et ne se sent pas le courage de l'affronter. Elle évoque l'éventualité d'un nouveau passage à l'acte auto-agressif, si elle sort. Nous convenons de suspendre la permission de week-end au domicile familial et de rencontrer les parents d'Alice.

Les parents d'Alice sont à bout et désemparés. Ils nous disent tout faire pour elle. Mais rien de ce qu'ils font, ne la satisfait. Alice se montre colérique et capricieuse avec eux. Elle leur fait des reproches. Alice reste dans une position de victime, incomprise des autres. La mère d'Alice est en pleurs. Son père se demande où « mettre sa fille », vu qu'elle ne veut pas rentrer chez eux et qu'elle ne veut pas rester en hospitalisation. Nous renvoyons qu'il ne s'agit pas d'un problème de lieu, mais bien de difficultés relationnelles et de distanciation. Le ton monte entre Alice et son père. Il lui fait remarquer que lui aussi a vécu des évènements difficiles à son âge (la mort de son père). Alice quitte l'entretien en claquant la porte, faisant la démonstration de sa toute puissance face à ses parents.
Devant le désarroi des parents d'Alice et pour leur permettre de souffler, nous décidons de stopper les permissions de week-end pendant trois semaines et de limiter les appels téléphoniques à deux par semaine. La situation sera réévaluée à la fin de la troisième semaine.
Nous constatons que les parents d'Alice sont en grande difficulté pour lui poser des limites. Ils se culpabilisent de faire hospitaliser leur fille, qui en a bien conscience. L'alliance

thérapeutique est fragile. Monsieur et madame attendent que nous trouvions des solutions, à défaut ils sont prêts à faire sortir leur fille à la moindre demande de celle-ci.

A distance de l'entretien, nous informons Alice des décisions prises en son absence. Elle reste dans sa toute puissance, ayant le sentiment de ne pas être écoutée. Son comportement oscille entre des phases d'agressivité verbale avec des revendications et des phases de repli. Il existe une importante labilité émotionnelle, rendant tout travail psychothérapique délicat.

Alice est de plus en plus en difficulté. Elle n'arrive pas à suivre les cours et les quitte en plein milieu. Dans ses échanges avec l'adulte, Alice est agressive, restant sur la défensive. Elle s'oppose de façon systématique à l'adulte.

Une semaine après l'entretien familial, la mère d'Alice nous contacte et demande la sortie de sa fille. En effet, ils ont discuté, se sont mis d'accord sur les conditions de retour au domicile et Alice est prête à les respecter. Nous faisons remarquer qu'il s'agit d'un complet retournement par rapport au dernier entretien. La situation était explosive et tout dialogue impossible. Nous proposons de patienter jusqu'au prochain rendez-vous pour permettre à chacun de réfléchir à cette décision. Mais madame refuse. Ils sont prêts et ne veulent pas rater cette occasion. Nous signalons que cette sortie mettrait fin également au projet de rescolarisation. Là aussi, madame y consent.
La sortie est donc fixée pour le lendemain, avec maintien du rendez vous familial. Aucun traitement médicamenteux n'est prescrit.
Nous informons Alice de cette décision qui semble très surprise de la rapidité de sa sortie. Elle désirait sa sortie mais « ne pensait pas que ce serait si tôt ». Par rapport à sa scolarisation, Alice préfèrerait intégrer un collège où personne ne la connaît. De plus, elle ne se laissera plus insulter. Mais pourquoi l'insulterait-on ? La question reste posée. Quelle part d'agressivité projette-t-elle sur les autres ?

Dix jours après sa sortie, la famille se présente détendue. Alice accepte les règles de vie familiales et semble avoir retrouvé sa place. Elle ne répond plus à ses parents et arrive à prendre sur elle. Chacun est satisfait de la situation.
Le suivi ambulatoire se poursuit donc au centre médico-psychologique. Alice pense en avoir encore besoin.

Alice est submergée par ses pulsions agressives et ne peut les évacuer que par l'agir. Le défaut de limites dans le fonctionnement familial lui laisse champ libre dans l'expression de sa toute puissance, mais il est source d'angoisse car rien ne peut l'arrêter. La famille est prise au piège et se retrouve complice d'un tel fonctionnement. Pour Alice, il est question de savoir sur qui elle peut compter. Mais, les parents d'Alice sont dans l'incapacité de dire « non » et ils maintiennent leur fille dans un fonctionnement incohérent.
Dans les aspects agressifs du narcissisme, Rosenfeld nous éclaire sur ce type de réaction : « Le changement, l'acceptation d'une aide impliquent la faiblesse et sont vécus comme un mal ou un échec par l'organisation narcissique destructrice qui donne au patient son sentiment de supériorité. » (58).

Nous pouvons également voir dans ces ruptures une amélioration un peu trop rapide, dépassant les capacités d'aménagements intra-psychiques du sujet. Cette ouverture compromet l'équilibre du Moi de l'adolescent et comporte une menace d'intrusion, une atteinte à son autonomie (78). L'émergence de la violence correspond à une situation qui a pour base commune le fait qu'un investissement est en train de se nouer et qu'il représente une menace pour l'identité. Alice préfère alors couper court à la relation.

Dans cette vignette clinique, les scarifications ont comme fonction de court-circuiter l'angoisse, mais aussi elles sont un moyen de communication, appel à l'aide impossible à dire.

VIGNETTE CLINIQUE N° 4 : Françoise, 17 ans

Françoise est âgée de 17 ans. Elle a réalisé une intoxication médicamenteuse volontaire par PANOS® (Tétrazépam), ZOLOFT® 50 mg (Sertraline), STILNOX® (Zolpidem), ZINNAT® (Céfuroxime axetil) et STRESAM® (Etifoxine), en quantité non précisée. Une partie de ces médicaments appartiennent à la mère de Françoise et l'autre partie est à la patiente elle-même. Françoise a été découverte au matin, semi-consciente, dans sa chambre, par sa mère. Celle-ci a immédiatement prévenu le SAMU qui a conduit Françoise aux Urgences.

Il n'existe pas d'antécédents médico-chirurgicaux notables.
Comme antécédents psychiatriques, on note la mise en route d'un traitement antidépresseur ZOLOFT® 50 mg (Sertraline) et anxiolytique STRESAM® (Etifoxine) par le médecin généraliste datant de 3 mois.

D'un point de vue biographique, les parents de Françoise sont divorcés depuis qu'elle a trois ans. Du couple parental, Françoise est l'aînée d'une fratrie de deux. Elle a un frère, âgé de 14 ans.
Son père, âgé de 40 ans, travaille dans une grande surface. Il est remarié depuis 5 ans et il a 2 enfants de cette nouvelle union, âgés de 5 ans et 1 an et demi. Françoise a peu de contact avec son père, mais il n'existe pas de conflits entre eux.
Sa mère, âgée de 39 ans, est vendeuse. Elle est remariée depuis 8 ans avec un homme, âgé de 30 ans. Ils ont un fils âgé de 6 ans.
Françoise habite chez sa mère et son beau-père, avec son frère et son demi-frère.

Françoise est en première année d'un CAP-BEP restauration. C'est une filière qu'elle a choisie et qui lui plait.

Aux urgences, Françoise est consciente et orientée. Elle est hospitalisée pour une surveillance médicalisée. Lors de la consultation psychiatrique, Françoise est réticente à exprimer son ressenti. Elle pense que personne ne peut rien pour elle. Elle ne critique pas son passage à l'acte et il persiste des idées suicidaires. A la vue de ces éléments, une hospitalisation en milieu psychiatrique est décidée.

A son admission, Françoise verbalise des affects dépressifs associés à une aboulie, une irritabilité et des troubles du sommeil, évoluant depuis un an. Il existe également une consommation de cannabis.
Françoise nous confie avoir été victime d'une agression sexuelle, l'année passée. Durant un mois, un homme la suivait régulièrement. Un jour, il l'a violée et elle ne l'a plus jamais revu. De cette agression, Françoise n'en a parlé à personne. Elle se sent honteuse et coupable : « peut-être, que j'ai fait quelque chose pour le provoquer », « je ne veux pas que les gens sachent », « c'est la honte ». Depuis, Françoise se replie et s'isole. Elle présente des cauchemars avec reviviscence de son agression. Elle a du mal à accepter son corps et sa féminité et se cache dans des vêtements amples. Elle consomme du cannabis « pour oublier », nous explique-t-elle. Elle se scarifie au niveau des avant-bras pour « enlever le mal ». Après ses gestes auto-agressifs, Françoise se sent mieux, soulagée.

Dans le service, Françoise s'est bien intégrée au groupe des adolescents. Elle présente des fluctuations de la thymie. Françoise peut se montrer boudeuse et renfermée puis agréable. Souvent, elle débute les entretiens disant qu'elle ne veut rien dire, puis elle se livre et se sent soulagée. De la relation avec sa mère, Françoise se dit très proche. Pourquoi ne lui a-t-elle rien dit de l'agression ? Françoise dit qu'elle voulait les protéger, ne pas les inquiéter, en parlant de sa mère et de son beau-père. Elle voudrait « oublier » maintenant.
Devant la symptomatologie dépressive, un traitement antidépresseur par DEROXAT® 20 mg (Paroxétine) est instauré.

Lors d'une permission de week-end à son domicile, Françoise a lavé, au milieu de la nuit, toute la salle de bain avec de l'eau de javel. Elle explique son comportement par un besoin de purification. Elle a également déplacé les meubles de sa chambre.

Dans le service, un soir, Françoise se scarifie au niveau de l'avant-bras droit, à l'aide d'une lame d'un taille-crayon. Elle refuse de parler au médecin de garde. Elle reste recroquevillée dans un coin de la chambre, dans une attitude d'opposition.

Françoise n'accepte pas son corps. Elle le malmène par ses conduites auto-agressives, mais également par son comportement alimentaire. Françoise alterne des périodes de restriction alimentaire avec des périodes de compulsion. L'image de son corps est d'autant plus difficile à accepter que sa mère est une femme de belle allure, mince et séduisante. Nous pouvons

supposer l'existence d'une rivalité latente entre elles deux et des enjeux de séduction. En effet, l'époux de madame et le beau-père de Françoise a un âge intermédiaire entre ces deux femmes.

Françoise arrive à résister à ses envies de mutilation et à ses besoins de lavage. Mais, elle reste en souffrance et un travail psychothérapique est nécessaire. Nous proposons un relais de la prise en charge au niveau du centre médico-psychologique pour adolescents.
Le traitement de sortie est DEROXAT® 20 mg (Paroxétine), un comprimé le matin et TERCIAN® 25 mg (Cyamémazine), un comprimé matin, midi et soir.

Après une période de stabilisation d'un mois, des ruminations anxieuses sont réapparues. Pour lutter contre celles-ci, Françoise consomme 8 à 10 « joints » par jour, s'alcoolise et erre dans les rues. La compliance thérapeutique est médiocre et Françoise a raté plusieurs rendez-vous au centre médico-psychologique.
Elle réalise une nouvelle tentative de suicide par ingestion de 8 comprimés de TERCIAN® 25 mg (Cyamémazine) associée à de l'alcool. Après un passage aux urgences, Françoise est demandeuse d'une nouvelle hospitalisation, en milieu psychiatrique, pour « être protégée ».

Au cours de cette deuxième hospitalisation, Françoise est plus authentique et sincère dans la prise en charge. Elle verbalise spontanément ses craintes et ses angoisses. Elle a d'ailleurs pris la décision de porter plainte contre son agresseur. De notre côté, nous avons signalé les faits rapportés par Françoise aux autorités judiciaires.
Lors d'un entretien familial, la mère de Françoise se positionne par rapport à sa fille : Françoise est une victime et elle souhaite soutenir sa fille dans les démarches administratives et judiciaires à venir. Cette prise de position n'avait pas été exprimée de façon aussi claire jusqu'à présent.

Le travail de soutien et d'accompagnement est à poursuivre. Bien que l'état psychique de Françoise se soit amélioré, il reste fragile. Françoise est immature et impulsive. Elle supporte difficilement les frustrations, mais parvient à revenir sur ses débordements et à les critiquer, reconnaissant qu'il est nécessaire de lui poser des limites.
Françoise accepte de continuer ce travail en ambulatoire au centre médico-psychologique pour adolescents. Le traitement de sortie se limite à TERCIAN® 25 mg (Cyamémazine), un comprimé matin, midi et soir.

Dans le cas d'agression sexuelle, le recours aux scarifications est fréquent.

Dans les cas de viol ou d'inceste, la blessure répétée est une manière symbolique de sortir d'un quotidien pour retrouver une existence. L'une des intentions exprimées est celle de la purification de soi comme s'il y avait là un moyen de laver la souillure par le sang. Le jeune, symboliquement mutilé, affirme que son corps n'appartient qu'à lui (96).
Il existe également une forme de punition, due au sentiment de culpabilité.

Les conduites addictives avec la consommation de cannabis et d'alcool ont pour but d'atténuer la souffrance psychique et de se noyer dans une rêverie diurne aseptisée. Il s'agit de repousser le souvenir traumatique. Nous pouvons y voir également un comportement d'autodestruction (15).

TROISIEME PARTIE :
SYNTHÈSE ET DISCUSSION

1. APPROCHE CLINIQUE

1.1. LA DESCRIPTION CLINIQUE

1.1.1. La séquence comportementale

Bien que le geste soit pratiqué dans l'impulsivité, il est possible de décrire le déroulement du passage à l'acte à partir d'un enchaînement logique. Il apparaît alors que le geste soit organisé et agencé.

Leibenluft et al. ont résumé cette séquence comportementale selon cinq étapes (148) :

- un évènement précipitant : une séparation, une frustration ;
- un vécu psychique désagréable croissant, reflet d'une tension interne, principalement sous la forme d'angoisses massives, archaïques et difficilement verbalisables ;
- une anticipation de l'automutilation : la tension et la souffrance psychique vont réclamer une décharge, un retournement de la passivité à l'activité ;
- le passage à l'acte, agissant en tant que court-circuit ;
- le dénouement avec l'apaisement de la tension.

La colère et la rage sont à l'origine du déclenchement de l'acte. Ils soulignent l'irruption pulsionnelle de l'agressivité qui met en péril les limites du sujet et le déborde en agissant comme une persécution interne. Cette colère semble naître de la douleur provoquée par une frustration le plus souvent mise en rapport avec le manque de l'objet (119). Il existe une envie compulsive de se blesser, accompagnée du sentiment qu'il est impossible d'y résister. Le sujet a la conviction de se trouver dans une impasse relationnelle, sans issue (128).

Le moment de dépersonnalisation et de déréalisation s'intercale entre le surgissement de la colère et l'acte : l'envahissement du sujet par la colère entraîne, par régression, une modification des rapports avec l'extérieur, une indistinction transitoire entre le Moi et le non-Moi, que les sujets décrivent en évoquant l'étrangeté, la perte d'identité. C'est au cours de ce moment que le sujet réalise son acte dans une atmosphère d'étrangeté et de confusion. Le geste intervient à la fois comme décharge de tension interne et comme agression destructrice, mais sans doute aussi comme expérience du contenant et comme moyen de retrouver un sentiment d'exister (16).

La seconde partie de la séquence a trait à l'après-coup du geste. Le but du passage à l'acte est le soulagement d'une tension psychique interne qui ne trouve pas d'autre voie d'expression. Cette tension est parfois décrite, mais ce n'est pas le cas le plus fréquent, comme une souffrance morale ; toute la gamme des affects peut y être mêlée : angoisse, tristesse, sentiment de solitude ou crainte d'abandon, colère... (128)
Environ les deux tiers des patients font état d'un soulagement persistant plusieurs heures. Le soulagement s'accompagne quelquefois d'une légère euphorie, d'un certain degré de fierté ou de jubilation liées à la maîtrise du monde interne et d'emprise sur l'objet (128).
L'apaisement est toujours provisoire. Il ne résout rien des circonstances qui ont provoqué la tension, mais procure un répit (96).

Ces scarifications sont, dans l'immense majorité des cas, pratiquées dans la solitude ; elles peuvent être longtemps dissimulées, notamment quand elles sont épisodiques, et, donc, demeurer méconnues de l'entourage, en particulier des parents (128).

Cette séquence se répète à un rythme plus ou moins régulier. La répétition signe alors la persistance de la souffrance. Elle manifesterait l'impossible représentation (115).

1.1.2. La localisation et les moyens utilisés

Les coupures sont effectuées le plus souvent au hasard sur une partie facilement accessible du corps. Les bras et les avant-bras, notamment gauches, sont les plus fréquemment touchés. Ils sont le plus facilement accessibles. Le ventre et les cuisses peuvent être aussi le lieu des atteintes avec une valeur de dissimulation plus importante et une valeur d'érotisation, voire de sexualisation, plus marquée. Les atteintes du visage représentent un signe de gravité. Le visage incarne le principe sacré de l'identité personnelle, le lieu le plus sacré de soi. Son attaque signe une fracture identitaire plus importante et une plus grande altération du lien à l'autre (96).

Les moyens utilisés sont variables allant du cutter au coupe-ongles en passant par les lames de rasoir ou les morceaux de verre.

Les plaies sont généralement peu importantes, peu sanglantes. Il est fréquent de retrouver des cicatrices d'âges différents sur la peau témoignant de la répétition du passage à l'acte dans le temps (31).

1.1.3. La douleur

La question de la douleur physique est complexe.
Certains patients affirment ne ressentir aucune douleur corporelle au moment où ils se « tailladent » et, d'ailleurs, ne montrent pas d'attitude algique avant plusieurs dizaines de minutes (109). Il semblerait que les patients qui mentionnent ne pas ressentir de douleur durant leur automutilation et tirent également un plus grand soulagement de leurs tensions psychiques, ont débuté plus précocement cette pratique et s'engagent plus souvent dans la chronicité (40).
D'autres affirment que c'est justement la douleur physique qui les soulage de leur insupportable tension interne.

Pour Laure, la douleur est recherchée. Elle doit se couper de façon plus profonde pour ressentir la douleur. Pour les autres patientes, elle n'apparaît pas dans leur discours. La douleur est-elle niée ou absente ? Elle ne semble pas être apparemment le but de la pratique de scarification.

Pour Ross et Mac Kay, la moitié des jeunes pensionnaires d'une maison de correction canadienne qui se marquent la peau disent ne ressentir aucune douleur lors de leur acte. 31 % disent éprouver une douleur légère et 18 % seulement une extrême douleur (96). Leibenluft retrouve une analgésie totale durant l'acte chez 28 % des patients (148).

Une des hypothèses des modifications du seuil algique est issue du système adrénergique. Lors de stimulations douloureuses, le cerveau produit des substances s'apparentant à la morphine. Ces substances élèvent le seuil de la douleur, c'est-à-dire que la tolérance à la douleur augmente tout en plaçant le sujet dans un état euphorisant. Ainsi, lors d'une attaque corporelle, le système produit des substances analgésiques. Le sujet est alors dans un état second, une sorte de nirvana biochimique durant lequel il perd toute perception de l'environnement (115).

Cette hypothèse biochimique complète celle de phénomène de dissociation. Au moment de l'acte, l'altération de la conscience par la dépersonnalisation-déréalisation serait susceptible de diminuer la perception douloureuse. Dès 1926, S. Freud remarquait que « lorsque l'esprit est distrait par un intérêt d'un autre genre, les douleurs corporelles même les plus intenses, ne se produisent pas, trouvent son explication dans la concentration de l'investissement sur le représentant psychique de l'endroit du corps douloureux » (46).

Pour Bertagne, la douleur est généralement déniée ou attribuée à l'intervention de l'autre sur le corps du sujet (soins, suture, pansement...). Mais un déni ne signifie pas forcément inexistence : il souligne au contraire la place possible d'une jouissance masochiste et de l'apparition d'une économie psychique au moment de l'acte. Les mécanismes en œuvre contribuant à « oublier » la douleur seraient le déni et le clivage (16).
Pour Jeammet, la douleur, à condition qu'elle ne dépasse pas un certain seuil, rétablit les frontières et fait que le sujet se recentre sur lui-même (77).

Mais, que le temps de l'automutilation soit douloureux ou non, n'est peut être pas la question primordiale. Ce qui paraît essentiel, c'est que la souffrance portée par un sujet soit entendue et résonne dans une rencontre (115).

1.1.4. Exhibition ou dissimulation

Si la marque ne constitue pas le but du geste, elle possède néanmoins une fonction essentielle. Plusieurs attitudes se retrouvent chez ces adolescents qui se coupent. Certains exhibent leurs plaies d'emblée, d'autres les cachent, d'autres les montrent une fois découvertes.

La dissimulation de cette trace qui rappelle un évènement pénible confère au regard de l'Autre une fonction inquisitrice, divinatrice, et porte la culpabilité du sujet. Elle s'associe à la notion de secret à garder et à un sentiment de honte. La cicatrice témoigne donc d'un secret, d'une déchirure dans la protection corporelle, et d'une faute (119).
Céline a gardé secret ses cicatrices pendant cinq années.

Au contraire, l'exhibition aurait un rôle non négligeable dans la relation à l'autre de par sa fonction d'appel, de communication, ou même hétéro-agressive par la présentation de

blessures. L'existence de la marque, sa reconnaissance par les autres semblent conférer au sujet une toute puissance qui peut n'être pas sans relation avec le déni du pervers (119).

Scharbach voit dans ce comportement outre un moyen de décharge tensionnelle, un moyen de valorisation et de revendication affective. Ces attitudes d'exhibition ne sont d'ailleurs pas sans faire évoquer l'exhibition hystérique dans sa fonction de souffrance livrée aux autres (31). Ceci se retrouve particulièrement chez Alice, avec une attitude théâtrale et démonstrative, lors des épisodes de scarification.

Ces deux attitudes soulignent que la trace sur la peau possède une fonction qui ne se réduit pas aux conséquences matérielles du geste. En effet, la peau est promue au rang de « lieu d'inscription » et constitue une mémoire localisée sur la peau (119). La cicatrice est une manière de fixer le mal. Elle enracine le souvenir d'un contrôle de la souffrance, d'une maîtrise de soi (4, 96).

Dans les collectivités d'adolescents, il existe un risque de « contagiosité » de ces épisodes (109). Ceci témoigne alors d'une exhibition des cicatrices et de phénomènes d'imitation au sein des groupes (128).

1.1.5. Terrain et co-morbidités associées

1.1.5.1. Les antécédents

De nombreux auteurs relèvent des antécédents de carence affective et de séparation précoce, de violences physiques ou d'abus sexuels, de disputes ou de violences intra-familiales. Qu'il s'agisse d'expériences traumatiques convoquant le corps réel et la trace ou bien de situations plus incestuelles, dans lesquelles l'enfant s'est trouvé pris à témoin et installé à une place insensée en regard du scénario familial, les conséquences sont aussi lourdes. Au C.H.U. de Bordeaux, dans l'unité du Centre Abadie, 80 % des patients hospitalisés ont des antécédents connus ou révélés au moment du passage à l'acte, d'abus sexuels divers, extrêmement traumatiques, dans la réalité (142).

Un lien existant entre abus sexuel, dissociation et scarifications est généralement reconnu par les cliniciens. Plus l'âge de l'abus sexuel est jeune, plus le risque de comportement auto-agressif est important (40).

60 % des sujets « se coupant » ont des antécédents d'interventions chirurgicales, d'hospitalisation pour maladie grave ou des plaies nécessitant de multiples points de suture, avant l'âge de cinq ans (129).

1.1.5.2. Les facteurs de risque

Nous entendons par facteurs de risque les caractéristiques mesurables chez un sujet donné dans une population donnée qui précèdent le trouble observé. La notion de facteur de risque est statistique. Elle n'a pas valeur clinique prédictive à l'échelon individuel. C'est l'association de plusieurs facteurs de risque qui généralement favorise le développement d'un trouble.

Plusieurs facteurs de risque ont été individualisés (30, 63). La situation familiale avec des parents séparés ou divorcés ou des conflits graves avec les parents serait un risque. La présence d'une maladie grave, d'un décès, d'un suicide ou d'un syndrome auto-agressif délibéré chez un membre de la famille, chez un ami ou chez le sujet lui-même pourrait favoriser les attaques du corps. Une plus grande fréquence de consommation d'alcool, de drogues ou d'automédication a été signalée. Des difficultés pour se faire des amis ou des conflits avec ses amis seraient également un facteur de risque retrouvé.

Sept facteurs de risque ont été retenus comme étant caractéristique des comportements de scarification :

- Geste auto-agressif antérieur (brûlures de cigarettes, coupures, tentatives de suicide)
- Existence de comportements auto-agressifs dans l'entourage (amis ou famille)
- Comportements antisociaux (fugues, vols, conduites d'irresponsabilités répétées, altercation avec la police)
- Abus d'alcool ou de drogues
- Antécédents de troubles psychiatriques ou de troubles des conduites
- Faible image de soi
- Dépression, anxiété, agitation ou impulsivité

1.1.5.3. Relations avec les menstruations

Une étude de Rosenthal et al. montre un lien étroit entre incisions et menstruations. Ces auteurs observent que 65 % des femmes automutilatrices éprouvent un sentiment négatif envers leurs règles. La plupart souffrent d'ailleurs d'aménorrhée ou de cycles irréguliers.
60 % des inscriptions corporelles surviennent lors de leur menstruation, 20 % dans les deux jours qui suivent et 20 % dans les deux jours qui précèdent. Puisqu'il est impossible de ne pas saigner, elles en prennent l'initiative, encadrant ou participant activement à un processus physiologique qui, sinon, leur échapperait (96, 129).

Le sang qu'elles décident de faire couler interroge-t-il le mystère d'une nouvelle féminité menstruelle (27) ? Revendiquent-elles une volonté de maîtrise sur le flux cyclique qu'elles subissent chaque mois ? La blessure infligée représente-t-elle celle de la castration au féminin (123) ?

1.1.5.4. Symptomatologies associées

Des conduites symptomatiques s'associent fréquemment aux comportements de scarification : conduites anorexiques ou boulimiques, tendance toxicomaniaque, état dépressif et difficulté sexuelle (109).

De nombreuses recherches observent qu'environ la moitié des femmes qui attentent régulièrement à leur corps sont aussi touchées par l'anorexie et la boulimie (40). Walsh rapporte que 33 % des patients présentant des troubles boulimiques ont des antécédents de comportements auto-agressifs. Dans une étude randomisée, Winchel trouve que 39 % de patients boulimiques ont des antécédents de conduites automutilatrices. Garfinkel postule qu'il existe une plus grande fréquence d'antécédents de conduites automutilatrices chez les anorexiques boulimiques que chez les anorexiques restrictives (7, 148).
Nous pouvons dire que les patients ayant des troubles du comportement alimentaire sont à fort risque de comportement auto-agressif et vice versa.

Une consommation d'alcool et de drogues, notamment de cannabis, est fréquemment associée. La moitié des sujets présentant des comportements de scarification ont présenté ou présenteront des troubles du comportement alimentaire et 20 % ont présenté ou présenteront une dépendance à l'alcool ou aux drogues ou une conduite de kleptomanie (40). Dans une revue de littérature concernant le « syndrome auto-agressif délibéré », Pattison et Kahan

trouvent que 36 % des sujets consomment de façon excessive de l'alcool ou des toxiques (117). Sur un échantillon de 150 patients présentant un syndrome auto-agressif, Haw retrouve 26,7 % de patients avec une consommation excessive d'alcool et 8,7 % de toxicomanes (62).

La fréquence des associations entre troubles du comportement alimentaire et automutilation et abus de substance et automutilation a conduit certains auteurs à envisager ces comportements comme une addiction. Pour Pedinielli, le champ des addictions se définit comme « celui des conduites caractérisées par des actes répétés dans lesquels prédominent la dépendance à une situation ou à un objet matériel qui est recherché et consommé avec avidité ».

Dans leur revue de littérature, Pattison et Kahan trouve une association entre le « syndrome auto-agressif délibéré » et la dépression. Les idées suicidaires sont présentes dans 29 % des cas et 45 % des sujets présentent une dépression. Les caractéristiques psychologiques les plus fréquemment retrouvées (plus de 50 % des cas) sont la perte d'espoir, l'anxiété, la colère et la limitation cognitive (117).
Ainsi il existe une plus grande fréquence d'anxiété, de dépression, d'impulsivité et de colère chez les sujets automutilateurs que dans la population générale.

1.1.5.5. Les troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité les plus fréquemment retrouvés au cours de ce type de passage à l'acte auto-agressif sont les personnalités borderline, histrionique et antisociale (40). La plupart des auteurs s'accordent sur la forte proportion de personnalité borderline (d'un tiers à 80 % des cas). La présence d'automutilations serait un marqueur de gravité (128).

Un syndrome de stress post-traumatique peut se retrouver notamment après un viol (41). La pratique de scarifications débute après l'agression sexuelle et fait partie des symptômes fréquemment retrouvés dans les états de stress post-traumatique (56).
Horowitz conçoit que chez des victimes de trauma les nombreuses répétitions déguisées des éléments traumatiques visent à décharger d'affects insoutenables et à surmonter la situation de stress. Quand le souvenir de la situation traumatique est trop terrifiant la victime peut répéter l'épisode en dissimulant le matériel intolérable. Le recours compulsif à des scénarii post-traumatiques peut générer des cycles de dépendance (par exemple des femmes battues qui se scarifient) du fait d'un retour à l'apaisement après avoir ressenti la charge affective associée au trauma (113).

Enfin, nous sommes frappée par la grande similarité de terrain (prédominance féminine, manifestation à la puberté, antécédents d'abus sexuels dans l'enfance, baisse de l'estime de soi, dépression, co-morbidité addictive) entre les troubles du comportement alimentaire et les comportements de scarification (145). Nous pourrions envisager que ces deux comportements soient le témoin d'une même souffrance psychique et d'un même mécanisme psychopathologique. La question serait alors qu'est-ce qui favorise le recours à une symptomatologie plutôt qu'à une autre ou l'association de ces deux comportements. Un premier élément de réflexion est que l'utilisation des scarifications correspond à des mécanismes de défense plus archaïques que ceux retrouvés dans le cadre des troubles du comportement alimentaire.

1.2. LE STATUT NOSOGRAPHIQUE

1.2.1. Le « deliberate self-harm syndrome » de Pattison et Kahan

Pattison et Kahan ont publié en 1983 un article qui fait aujourd'hui référence.
A partir de 56 cas répertoriés dans la littérature (117), ils ont défini une entité clinique et indépendante qu'ils nomment « deliberate self-harm syndrome » ou « syndrome auto-agressif délibérée ». Une classification des comportements auto-agressifs est proposée par ces auteurs, fondée sur trois degrés de risque de létalité et le caractère direct ou indirect du geste. Dans leur étude, sont incluses les atteintes corporelles auto-dirigées, délibérées, directes, avec un faible risque de létalité. Sont exclues les atteintes corporelles à risque de létalité élevée comme l'utilisation d'une arme à feu, la pendaison, la défenestration. Les atteintes où le caractère direct ou délibéré est contestable sont également exclues (exemple : toxicomanie, alcoolisme, intoxications aigues de type overdose, trouble du comportement alimentaire). Les cas où une cause organique serait possible sont exclus.

Le « deliberate self-harm syndrome » se définit comme des gestes auto-agressifs avec :

- Un début à la fin de l'adolescence ;
- Une existence d'épisodes multiples (critères de répétition), évoluant sur plusieurs années ;
- Une utilisation successive de moyens différents dans les auto-agressions ;
- Une faible létalité ;

- Une libération émotionnelle à l'issue de l'acte ;
- Une prédominance de quatre symptômes : perte d'espoir, anxiété, colère, restriction cognitive ;
- Des facteurs sociaux prédisposant sont relevés : l'isolement social et le défaut d'insertion sociale, la rupture du milieu familial, l'homosexualité chez les hommes, la consommation d'alcool et de drogues, les idéations suicidaires chez les femmes ;
- Association de psychose dans 43 % des cas et dépression.

Dans leur conclusion, les auteurs proposent de différencier les comportements auto-agressifs selon 3 axes : le caractère direct ou indirect de l'atteinte, le risque de létalité et la répétition.
Les auteurs demandent que ce syndrome soit inclus dans le DSM IV comme une entité autonome de l'axe I.
Pattison et Kahan proposent le tableau suivant pour classer les conduites auto-agressives en fonction d'une létalité plus ou moins élevée et d'une agression directement ou indirectement destructrice. Le « deliberate self-harm syndrome » en est un des aspects.

Classification des comportements auto-destructeurs
(Pattison et Kahan, 1983)

Létalité élevée	Tentative de suicide Episode unique	Arrêt du traitement vital Exemple : hémodialyse Episode unique
Létalité moyenne	Tentative de suicide Episodes multiples	Exploits dangereux (stunts) Episodes multiples
	Syndrome auto-agressif atypique Episode unique	Ivresse aiguë Episode unique
Létalité faible	« Deliberate self-harm syndrome » (syndrome auto-agressif) Episodes multiples	Alcoolisme chronique Obésité sévère Tabagisme Episodes multiples
	DIRECT	INDIRECT

1.2.2. Le « repetitive self-mutilation syndrome » de Favazza et Rosenthal

En 1990, la classification, purement phénoménologique, de Favazza et Rosenthal différencie (40, 41) :

- les automutilations majeures (énucléation, castration, amputation…), survenant le plus souvent dans un contexte de psychose (psychose aiguë, schizophrénie, mélancolie) ou d'intoxication aiguë, mais aussi de transsexualisme, de personnalité schizoïde et de retard mental ;
- les automutilations stéréotypées, voire rythmiques, rencontrées dans les autismes, les retards mentaux et les atteintes cérébrales organiques ;
- les automutilations modérées et superficielles, se rencontrant dans les syndromes post-traumatiques, les personnalités état limite, histrionique et anti-sociale. Trois sous-types sont décrits : compulsif (dont la trichotillomanie), épisodique et répétitif.

Le « repetitive self-mutilation syndrome » correspondrait à un comportement addictif. Les épisodes de scarification sont répétés de multiples fois, de façon stéréotypée, automatique, et apparemment dépourvue de sens, comme voie finale commune et non spécifique de décharge des tensions de toute nature que le patient peut éprouver. Certains peuvent s'en dire littéralement « accro » et en faire un élément de leur identité propre (40, 128).
Ce syndrome débute à l'adolescence et peut perdurer une dizaine d'années. Il se manifeste par des périodes séparées par des intervalles libres parfois prolongés. Il serait associé à d'autres troubles du comportement, comme les troubles du comportement alimentaire, une consommation de toxiques et d'alcool et la kleptomanie.

Favazza et Rosenthal rejoignent Pattison et Kahan pour qui le « repetitive self-mutilation syndrome » devrait être reconnu comme une entité à part entière de l'axe I, du D.S.M.

Selon le modèle du D.S.M., ils proposent les critères suivants pour en permettre le diagnostic (41) :
A. Idées obsédantes de se blesser physiquement ;
B. Echec répété pour résister aux impulsions de se blesser physiquement, entraînant une lésion cutanée ;
C. Augmentation de la tension interne immédiatement avant le passage à l'acte ;
D. Soulagement après le passage à l'acte ;

E. Le passage à l'acte n'est pas associé à des idées suicidaires et il n'est pas la conséquence d'idées délirantes, d'hallucinations, d'idées fixes de transsexualisme ou de troubles mentaux graves.

1.2.3. Le D.S.M. IV

A défaut d'être reconnus comme une entité autonome, nous pouvons classer les comportements de scarification dans la catégorie des troubles du contrôle des impulsions (3).

Les critères correspondant à ce trouble sont :

- l'impossibilité de résister à l'impulsion ;
- la tension croissante avant la réalisation de l'acte ;
- l'expérience de détente, de plaisir, de gratification quand l'acte est commis.

Bien que le caractère impulsif de ce comportement soit évidemment présent, le recours aux scarifications ne se limite pas simplement à une perte de contrôle des impulsions. Envisager cette question uniquement sous cet angle nous semble simpliste et réducteur. D'autres mécanismes sont en jeu.

2. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE

La signification de l'entame corporelle est plurielle, elle ne se comprend qu'à travers une histoire personnelle (96).
Toutefois, nous allons tenter de mettre en lumière certains mécanismes psychopathologiques retrouvés dans la pratique d'incisions corporelles.

2.1. LA PEAU

La peau est une enveloppe narcissique qui protège du chaos possible du monde (5). Instance de maintenance du psychisme, elle exerce aussi une fonction de contenance, d'amortissement des tensions venant du dehors et du dedans, elle protège des agressions extérieures ou des tensions internes, et surtout elle donne à l'individu le ressenti des limites de sens qui l'autorisent ou non à se sentir porté par le monde. Le rapport au monde de tout homme est ainsi une question de peau (5, 97).

2.1.1. Le choix de la peau

Le choix de la peau n'est nullement contingent. Par cet agir qui passe par la peau, les gestes de coupure cutanée protègent le Moi de l'adolescent.

Anzieu défend l'existence d'un Moi-peau, organisation précoce qui permet à l'enfant de se représenter lui-même mais qui suppose au départ une représentation d'une peau commune entre l'enfant et sa mère. Le Moi-peau émerge des jeux entre le corps de l'enfant et le corps de la mère, ainsi que des réponses apportées par la mère aux sensations et aux émotions du bébé, réponses gestuelles et vocales. La séparation de la mère est figurée par l'arrachement de cette peau commune (5). La persistance de cette peau commune et la non-séparation se manifesteraient par une représentation de la peau comme enveloppe du corps, mais aussi comme contenant de l'autre (119).
La fonction de contenance du Moi-peau nous renvoie au *handling* décrit par Winnicott. Nous pourrions penser que cette fonction est défaillante chez les adolescents qui se coupent.

En reprenant Spitz qui pensait que l'eczéma était en rapport avec une carence de soins maternels chez le nourrisson, nous pourrions alors voir dans certaines manifestations psychosomatiques notamment cutanées une carence de cette fonction contenante dans l'enfance. L'eczéma infantile viendrait colmater les lacunes du contact de peau à peau. L'enfant assume lui-même son enveloppe cutanée mais, de manière ambiguë, il manifeste à la fois son manque à être et satisfait les stimulations qui lui manquent. Les antécédents cutanés constitueraient alors une marque de la défaillance de cette fonction avec un risque de décompensation ultérieure. La peau serait ainsi une mémoire vivante des manques de l'enfance (96).

Anzieu postule également sur l'existence d'un « double interdit du toucher » montrant que sa présence suppose une différenciation entre la peau de l'enfant et la peau de la mère et soulignant son rôle déterminant dans l'interdit de l'inceste. Ce double interdit du toucher (interdit de toucher l'Autre et interdit de se toucher) est donc préalable et essentiel à l'émergence de l'Œdipe et à l'accès à la castration. Il faudrait alors admettre que cette prégnance du Moi-peau et du fantasme d'une peau commune désigne le lieu où va s'appliquer une Loi à laquelle le sujet n'a pu accéder puisque l'interdit qui en permettait l'avènement s'est révélé défaillant. La coupure cutanée, marque sur le corps et entaille de séparation, pourrait donc être comprise comme l'apparition dans le réel du point d'ancrage d'une « morale » qui ne peut se dire (5, 119).

2.1.2. Distinctions entre scarifications, piercings et tatouages

Le piercing implique une effraction du corps, mais l'objet à porter reste extérieur à celui-ci et ne se confond jamais avec le corps propre. Le trou qui permet de poser le bijou est toujours fait sur une zone qui évoque l'érogénéité du corps (œil, bouche, oreille, sexe, téton) ou soulignant un lieu imaginaire de percement naturel du corps (nombril). En cela, le piercing est pris dans la dimension libidinale du rapport à l'autre, dans un appel au regard sur une fonction érogène. S'inscrivant dans la logique des pulsions partielles de la sexualité infantile, le piercing inflige au corps une blessure réelle, soulignée par un bijou qui l'orne, et induit une excitation permanente de la zone érogène par pur effet mécanique.
Les piercings sont des traversées d'une part du corps, des trous, des orifices placés généralement près des orifices pulsionnels. Ils sont redoublement de la structure trouée du corps et témoignent par là de la mise en relation du sujet et de l'Autre. Les piercings sont à

comprendre comme un redoublement des orifices pulsionnels et de l'érogénéité du corps. Ils témoignent d'une séparation déjà existante entre le sujet et l'Autre, d'une relation sexuée, même si cette sexualité reste pulsionnelle et infantile. A la différence des scarifications, les piercings s'inscrivent dans le relationnel, ce qui implique la séparation et l'individuation du sujet (36).

Dans « Les blessures symboliques » de Bettelheim (1954), tatouages et scarifications sont des écritures sur la peau du corps. Ceux sont des tracés symboliques qui signifient des évènements importants de la vie du sujet, à jamais inscrits dans le livre de la chair. Mais, si le tatouage est une écriture indélébile, marque chiffrable sur le corps, il n'est pas fait pour être lu par autrui, sauf dans l'intimité. Le tatouage reste une trace de l'intime, bien que signifiante. Le tatouage devient une partie de soi, dans la peau et intégré à l'image corporelle (111).
Les scarifications, a contrario, sont des traces effaçables par cicatrisation et ne constituent pas une marque signifiante, une écriture signifiante, mais il faut encore y insister, une coupure. Les scarifications sont la trace minimale de l'écriture signifiante (36).

2.2. A LA RECHERCHE DE SENS

Les sujets concernés par ces pratiques ont des personnalités souffrant d'absence de limites, d'une incertitude sur les frontières de leur psychisme et de leur corps, de leur réalité et de leur idéal. Ils sont vulnérables au regard des autres et aux fluctuations de leur environnement. L'inconsistance du Moi fragilise leur rapport au monde et en fait des sujets sans défense contre les blessures narcissiques. Toute déception est vécue avec intensité, sans recul (96).

2.2.1. A défaut de langage

Dès 1975, Gardner envisage les pratiques automutilatrices comme un message préverbal (116).

Plusieurs auteurs considèrent les incisions délibérées comme un appel à autrui, un moyen de communication pour exprimer une frustration, une tristesse, un malaise physique, de la peur, pour décharger une tension, etc., lorsque le langage comme moyen de communication privilégié est inaccessible (115).

Les atteintes corporelles sont des cris délivrés dans la chair à défaut de langage. Elles marquent la défaillance de la parole et de la pensée. La blessure tente de porter le langage à un autre niveau, d'aller au-delà de l'impasse relationnelle, mais elle se prive des ressources de la parole. Au lieu de hurler sa détresse contre le monde ou ceux qui en sont responsables, l'individu la retourne contre lui-même (98).

Mais, à qui s'adresse ce message ? Il nous semble que le premier destinataire de ce message soient les parents. Le corps est issu de l'union des parents et en s'attaquant au corps, l'adolescent s'attaque à ses parents et plus particulièrement à sa mère (27).

2.2.2. Un rite individuel de passage

Le jeune se sent mal dans sa peau et mal dans son existence. Les autres, affectivement importants à ses yeux, ses parents, ses proches, vont-ils réagir avec suffisamment de force, le ramener à un goût de vivre qui tend à faire défaut, lui donner le sentiment qu'il existe dans sa différence et n'en est pas moins aimé ? Car ne pas s'aimer c'est d'abord ne pas être aimé par les autres (ou penser ne pas l'être). L'estime de soi est une mesure du regard des autres. Pour investir son propre corps de valeur, il faut se sentir investi par les autres, sinon règne le sentiment d'être sans intérêt, de ne pas valoir la peine, d'être nul. Ce corps qui change, où l'adolescent se reconnaît mal, il faut alors le punir, ou fixer en lui un repère, pour se retrouver (96).

Parler de rite individuel de passage revient à évoquer le recours à une forme clandestine et solitaire de symbolisation du goût de vivre. Il s'agit de rite individuel de passage dans la mesure où l'acte est singulier, où il n'a de valeur que pour celui qui l'ose et où l'individu n'est pas toujours lucide sur l'objet de sa quête. Il est une sorte d'ultime recours, une dernière chance que se donne l'individu, la chance de celui qui pense ne plus rien avoir à perdre (95). L'incision est alors une cérémonie secrète accomplie comme une liturgie intime (98).

L'étude des rites initiatiques nous a permis de voir que la mutilation du corps, en satisfaisant aux désirs contradictoires de l'individu et de la société, générait du symbolique, permettait au sujet d'accéder à la symbolisation. Mais, ce rite intime permet-il lui aussi cet accès ? En court-circuitant les angoisses, l'attaque corporelle ne résout pas les conflits inhérents de

l'adolescence. Au lieu de confronter l'adolescent au corps sexué, elle ne lui apporterait qu'une réponse transitionnelle et incomplète (143).

2.2.3. Une conduite à risque

L'étymologie du mot risque se rapporte à deux notions. La première vient du latin *resecare* qui signifie « recouper », « séparer ». Le risque, c'est ce qui tranche, c'est ce qui coupe en cas d'échec. La seconde étymologie vient du grec *rhizhikhon*, de *rhiza* signifiant « racine ». Celle-ci rattache le risque à l'originel. Ainsi, le risque concerne tant la problématique de la séparation que celle de l'origine du sujet (112).

L'adolescent est à la recherche d'expériences et/ou de limites. L'excès est également présent, avec une recherche de transgression. De nombreux comportements s'inscrivent dans cette logique. Mais les frontières entre prise de risque et autodestruction peuvent être confuses.

Les conduites à risque sont des formes de résistance à une menace identitaire. Elles sont une manière ultime de maintenir une relation de sens entre le monde et soi (95). En s'affrontant physiquement au monde, en jouant réellement ou métaphoriquement avec sa vie, le jeune force une réponse à la question de savoir si l'existence vaut ou pas d'être vécue (94). L'adolescent, en testant son courage à affronter le danger, brise symboliquement les barrières de l'enfance en devenant partie intégrante du groupe des pairs (112). Cette dimension d'épreuve auto-imposée pour accéder à une autre dimension de soi-même illustre la métaphore initiatique des conduites à risque transitoires des adolescents. L'échec de la symbolisation de cette épreuve serait à l'origine de sa répétition et de l'escalade dans la prise de risque (140).

A défaut de limites culturelles que la société ne donne plus, l'individu recherche des limites physiques. Pour étayer son identité, le réel vient remplacer le symbolique : « dépasser ses limites », « se donner un défi ». La mise à l'épreuve du corps vient rassurer sur les « limites » dont le sujet a besoin pour exister (94).

Mais l'ambiguïté de la limite tient à ce qu'elle puisse toujours être repoussée, reconduite plus loin dans une surenchère sans fin. L'affrontement aux limites entraîne de côtoyer la mort. La

mort est en effet la limite ultime de toute chose. Dans ce jeu avec la mort, les patients souffrant d'anorexie tentent de repousser les limites au maximum (94).

La prise de risque est liée également à une recherche de plaisir. Mais elle témoigne aussi de difficultés affectives. La recherche de stimulations par des comportements à risque serait un moyen d'autorégulation émotionnelle. La sensation induite dans les conduites à risques est recherchée d'un point de vue économique, non uniquement pour elle-même, mais par le fait qu'elle aide à éliminer l'incessant afflux d'excitations pulsionnelles (112).
La fonction de ce type de comportement est donc double : celle de court-circuiter les affects négatifs, en particulier dépressifs, et celle de remplir un vide profond lié à la perte et à la séparation. Les conduites à risque peuvent être considérées comme une modalité d'achoppement du processus d'adolescence (112).

2.2.4. Une pathologie du lien

Le développement de la personnalité s'inscrit dans le dilemme suivant : pour être soi, il faut se nourrir des autres et, dans le même temps, il faut s'en différencier. Mais, comment être soi-même si, pour être soi, il faut à la fois être comme l'autre et se différencier de l'autre ? C'est tout le paradoxe du développement de l'enfant.
La qualité des interactions et de l'investissement dont l'enfant a été l'objet se reflète dans les modalités de l'investissement de son corps propre. Son plaisir à fonctionner, à utiliser ses compétences et ses ressources est la traduction de la qualité des liens intériorisés. L'indispensable lien de continuité avec autrui est assuré pour partie par ce plaisir à être et à fonctionner de l'enfant. Dans ce cas, il n'y a pas de conflit entre le besoin du lien, l'appétence à recevoir cette dépendance à l'objet et la nécessaire autonomisation. L'un se nourrit de l'autre. Inversement, tout ce qui introduit une cassure trop brutale et trop précoce dans cette continuité du lien et cette adéquation réciproque des interactions fait prendre conscience à l'enfant de son impuissance et de sa dépendance à l'égard du monde extérieur. Les conditions d'un antagonisme entre objet et narcissisme sont crées (72).
Dans les cas de carence relationnelle précoce, l'enfant développe une activité de quête de sensations. A la place de la mère, il recherche des sensations physiques douloureuses qui ont toujours une dimension autodestructrice. L'absence de l'objet investi n'est plus remplacée par le plaisir du recours à une activité mentale ou corporelle, mais par l'autostimulation mécanique du corps. La violence de cette autostimulation est proportionnelle au degré de

carence en ressources autoérotiques. La clinique illustre le lien étroit entre l'absence de relation objectale et l'attaque contre le corps propre. La violence destructrice est un des seuls moyens pour les enfants carencés d'arriver à se sentir exister, c'est-à-dire d'arriver à avoir un contact avec eux-mêmes à la place du contact avec l'objet (113).

Dans la petite enfance de Laure, il nous semble distinguer cette carence relationnelle avec une mère psychiquement instable. Cette angoisse et cette fragilité du monde interne de Laure sont réactivées au moment de la séparation parentale. La rage et l'angoisse que ressent Laure, quand sa mère la menace de l'abandonner, elle ne peut l'exprimer à sa mère. En s'attaquant à elle-même, c'est sa mère que Laure attaque, ainsi que le lien à sa mère.
Dans le cas d'Alice, nous émettons l'hypothèse que la dépression maternelle a perturbé les interactions précoces mère-bébé, laissant ainsi Alice livrée à elle-même.

Par ailleurs, le corps adolescent perd de sa familiarité du fait des modifications physiologiques. Pour réapprendre à l'aimer et à assimiler son image de soi, l'adolescent va marquer ce nouveau corps. Ainsi, la marque corporelle signe la rupture et la coupure d'avec le monde antérieur, celui de l'enfance et de la dépendance aux parents. Il nous paraît probable qu'il faille voir dans la violence exercée sur ce corps la tentative de figuration de ce qui est le plus violent à l'adolescence, à savoir la nécessité dans laquelle il se trouve de devoir rompre le cordon ombilical, se détacher du corps maternel pour conquérir une identité qui ne va pas de soi (71).

L'incision est le retournement contre soi d'une violence dirigée contre une personne ou une situation sur laquelle aucune prise n'est possible. Elle vise à atteindre un autre (96). La coupure cutanée est une agression de l'autre en soi.

2.3. ADOLESCENCE ET EFFRACTION TRAUMATIQUE

L'adolescent ne choisit pas de devenir adolescent. Il subit les transformations physiologiques et psychiques de la puberté, au point de se sentir victime d'une effraction, victime d'une attaque qui fragilise ses assises narcissiques. L'évènement traumatique pubertaire est particulièrement violent parce que révélateur de tensions traumatiques intersubjectives déjà actives dans l'enfance et l'adolescence (34, 73). Pour résister à la violence de cette transformation, pour ne pas succomber sous la violence du choc, l'adolescent doit faire appel

à des mécanismes de défense puissants (21). La conduite agie révèle puis stigmatise un dysfonctionnement dans les processus de séparation-individuation et d'identification à l'adolescence (28). Ainsi, les stratégies automutilatoires ne sont jamais le fruit du hasard mais influencées par la spécificité du vécu traumatique du jeune (34).

La notion d'effraction implique une intrusion et une pénétration avec force laissant des traces durables de son passage. En l'appliquant à la vie psychique, l'effraction devenue métaphore, indique non seulement qu'une blessure par pénétration a été commise par un agent extérieur après avoir brisé son enveloppe protectrice, corporelle ou psychique, mais aussi qu'il en a aussi détruit ou altéré la substance interne (139).

L'effraction implique qu'une rupture violente, douloureuse a lieu au niveau de la « barrière de contact » externe ou du « système de défense » interne.
Dans le processus d'effraction, nous pouvons distinguer trois types successifs de violence :

- la rupture du contenant et de l'enveloppe protectrice ;
- une attaque du contenu marquée par une sidération de la pensée ;
- une régression affective durable appelant le sujet à rétablir une dépendance anaclitique et protectrice pour contenir de l'extérieur ce qui ne peut l'être de l'intérieur.

Il n'y a pas seulement intrusion, mais aussi atteinte à l'être dans son intimité, menace pour son identité, perte du sentiment de continuité et de cohérence interne. Privé de sa capacité de penser, le sujet a douloureusement l'impression d'être assujetti à la présence d'un autre en soi. Le sujet est comme débordé par l'effraction qui désorganise la vie psychique. La discontinuité n'a pas été productrice de sens mais plutôt d'un vide, d'une indifférenciation avec l'objet (34). La notion d'effraction vient ajouter à celle du traumatisme une dimension particulière, celle d'une aliénation (139).

Au moment de la puberté, le questionnement et les doutes des adolescents sur leur sexualité, leurs choix, l'objet même de leurs désirs, sont fréquents. Vécu parfois dans la solitude et la honte, ce sentiment d'anormalité voire de maladie peut être vécu comme un véritable « équivalent de traumatisme », d'autant plus menaçant et difficile à maîtriser qu'il vient de soi, du dedans (73, 127).

Suite au traumatisme pubertaire, l'appareil psychique va décharger l'excitation produite par les pulsions en utilisant des procédés autocalmants. Ces procédés sont des conduites

répétitives dans les registres de la motricité et/ou de la sensorialité. Ils visent la maîtrise de l'excitation qui n'a pas pu être liée par des moyens plus psychiques. Ce sont des moyens de défense du Moi, distincts du refoulement dont ils sont l'indice de l'échec, distincts des auto-érotismes qui ont souvent été entravés dans leur développement et qu'ils remplacent, distincts de la satisfaction hallucinatoire qui est défaillante. La conduite répétée compulsivement est sans contenu symbolique. Elle tente vainement une maîtrise rétroactive de l'excitation traumatique produite par une perception qui n'arrive pas à être intégrée et par une activité de représentation psychique. Mais au lieu d'une abréaction, la répétition ne produit qu'un nouveau trauma à chaque fois (60, 141).

Pour Céline, nous pouvons émettre l'hypothèse d'un traumatisme survenu au retour en métropole : une séparation, le déménagement, la perte d'un ami, les premières menstruations. Ce traumatisme viendrait réactiver un autre trauma. En se scarifiant, Céline retrouve un certain calme, mais aucune activité de représentation ne se fait.

Il faut penser le traumatisme non seulement comme une effraction (une agression externe), mais aussi comme un manque d'investissement et de protection (entraînant un débordement pulsionnel interne). La carence de l'environnement, source de comportements abandonniques ou traumatophiliques ne renvoie pas uniquement à des attitudes parentales marquées par l'absence ou la démission. D'autres agressions, telles que celles plus insidieuses où l'adolescent est soumis à de trop fortes exigences parentales, où il apparaît être l'objet d'enjeux narcissiques, d'une filiation persécutive, sont aussi à considérer sous l'angle de l'absence de reconnaissance, et de la possession, masquée par l'affirmation de l'appartenance privilégiée à une communauté sociale ou familiale (28).

Dans cette perspective traumatique de l'adolescence, la dimension projective est majeure. L'adolescent attribue à l'autre la responsabilité de ce qui lui arrive. Il l'attribue d'abord aux parents, mais à d'autres figures d'adultes aussi, voire à son propre corps pubère qu'il peut chercher à attaquer. Le scénario fantasmatique inconscient est celui de la paranoïa : « ce n'est pas moi, c'est l'autre ». L'adolescent attribue à l'autre ses propres éprouvés. Ainsi l'attaque est une défense (21).
La confrontation nécessaire aux parents réels et la capacité de ceux-ci de contenir et de survivre aux attaques vont être décisives pour que l'adolescent se situe, c'est-à-dire pour qu'il accepte des liens de filiation qui le nourrissent sans lui interdire de se construire en s'en

écartant, qu'il les refuse ou les dénie parce qu'aliénants, ou bien encore qu'en faux self il les imite en évitant de s'y confronter (28).
Si les parents réagissent en contre-agissant la violence de l'adolescent, s'ils s'effondrent face à cette violence, la détresse adolescente rencontre celle des objets externes, le traumatisme de l'un s'ajoute à celui de l'autre. Les traumatismes se cumulent et s'auto-entretiennent dans une circularité pathologique.

Le jeune hérite de conflits traumatiques non résolus à la génération des parents qu'il reprend à son compte. Dans le cas d'Alice, son père compare l'histoire de sa fille à ce qu'il a vécu pendant son adolescence. Rien ne peut être plus douloureux, selon lui, de perdre son père à 14 ans et il ne comprend pas ce qui pousse Alice à agir comme elle le fait. Sa mère présente un état dépressif depuis l'adolescence. Les relations avec ses propres parents sont empreintes de non-dits. Il est alors nécessaire de s'occuper des parents pour les aider à se construire comme des soutiens narcissiques, quand ils sont eux-mêmes aux prises avec leurs propres traumatismes pubertaires.

Ainsi, si les agirs auto-agressifs chez les adolescents témoignent de la violence du vécu pubertaire, c'est souvent en référence à des scénarii traumatiques transgénérationnels (34).

2.4. DOULEUR, PLAISIR ET MASOCHISME

« On apprend ses limites en faisant l'expérience de la douleur et du plaisir » (47). La conduite agressive et ses conséquences algiques restaurent l'adolescent et interpellent son masochisme au point qu'il ressent un certain soulagement, voire du « plaisir », à s'éprouver dans son corps pubère, irruptif et débordant (142).

Nous avons déjà évoqué la question de la douleur au moment de l'acte de scarification et émis des hypothèses quant à sa présence ou non. Nous nous penchons maintenant sur la dimension masochique de ce geste. Le masochisme représente de façon privilégiée une modalité de liaison de la violence en une agressivité retournée contre soi mais dont la composante libidinale (et objectale) est susceptible de se dégrader en une emprise et une répétition mortifères (82). La souffrance masochiste, avant d'être secondairement érotisée et de conduire au masochisme sexuel ou moral, s'explique d'abord par des alternances brusques, répétées et

quasi traumatiques de sur-stimulations et de privations du contact physique avec la mère ou ses substituts, et donc de satisfactions et de frustrations du besoin d'attachement (5).

Dans le film *La secrétaire*, l'héroïne Lee, âgée de 18 ans, sort d'une institution de soins où elle était hospitalisée suite à l'existence de blessures corporelles délibérées qu'elle pratiquait de façon ritualisée. A sa sortie, elle recherche un travail et obtient un poste de secrétaire. Mais, Lee va recourir à nouveau aux blessures corporelles, dans certaines situations de stress ou de déception. Progressivement, nous assistons à l'apparition d'une relation sado-masochiste entre Lee et son patron, conduisant à la disparition des attaques corporelles. Dans ce film, apparaît un lien entre les scarifications et une relation sado-masochiste par la conversion du symptôme en un pacte sado-masochiste avec son employeur. Il nous semble que la dimension masochiste du comportement de scarifications se trouve ici révélée par l'intermédiaire du personnage de Lee (151).

La pratique de scarifications par les adolescents allie les dimensions du passage à l'acte et celles du masochisme. Ce rapprochement peut paraître paradoxal. En effet, le passage à l'acte est associé à la déliaison pulsionnelle et le masochisme se situe par essence du côté de l'intrication pulsionnelle. Nous pouvons cependant les envisager sous l'angle de la complémentarité, où la problématique du couple activité/passivité s'y trouverait condensée faisant écho au travail spécifique de l'adolescence concernant la bisexualité. Le passage à l'acte renvoie à une pulsionnalité débordante en quête de limites qui semblent ne pouvoir s'éprouver que dans la réalité.

Notons combien la relation de plaisir peut être difficile à supporter à l'adolescence, dans la mesure où elle est reconnue et plus encore partagée. Le plaisir déborde la vigilance du Moi et dissout les frontières. A l'opposé, la relation masochique et la souffrance maintiennent les frontières et contrôlent l'objet (73).

La solution masochique s'impose au Moi comme une contrainte, un besoin, forme de compromis possible, quand le Moi paraît menacé de débordement. Le masochisme érogène primaire trouve sa définition dans sa fonction de coexcitation libidinale, d'intrication pulsionnelle. Constitutif et consubstantiel du narcissisme, il assure la continuité du fonctionnement du Moi. Nous pouvons alors comprendre son fréquent recours à une période

de grande fragilisation narcissique. L'automutilation serait un îlot de résistance masochique contre l'effondrement narcissique (105).
Pour prévenir les risques de désunion pulsionnelle, le sadisme de l'objet est requis de façon à pouvoir être introjecté par le Moi et être transformé en masochisme secondaire qui vient combler les failles du masochisme primaire. C'est ce que Rosenberg appelle « la tentative de guérison masochique ». Il s'agit de la culpabilité qui par retour sur la personne propre va transformer le sadisme en masochisme (107).

Le recours à l'agir masochiste est une tentative de maîtrise ultime face à une menace identitaire et de dissolution. Le sujet est à la fois celui qui s'inflige les blessures et celui qui les reçoit, à la fois le sadique et le masochiste (48, 107). L'enveloppe de souffrance est le prix à payer pour assurer la continuité de soi.

Les coupures cutanées pourraient se rattacher à une sorte d'activité masturbatoire associant un vécu de gratification et de punition. Le processus auto-mutilatoire inclut un infléchissement d'une pulsion destructrice vers le Moi. Il pourrait s'agir d'une forme archaïque de culpabilité qui, non intégrée dans un processus d'élaboration psychique, se rattache à des comportements primitifs de contention des forces destructrices. Cela revient à appliquer dans la réalité concrète une mutilation à son propre corps parce que l'accès à une culpabilité authentique n'est pas possible (52).

2.6. ADDICTION, DÉPENDANCE ET ADOLESCENCE

La première marque corporelle est celle du nombril, cicatrice laissée en coupant le cordon ombilical à la naissance. Elle témoigne de l'attachement à la mère et de la première expérience de séparation.

2.6.1. La dépendance

La dépendance est aux origines de la structuration du sujet psychique (18).

Pour Kestemberg, « la dépendance, c'est la perte de la liberté du choix de s'abstenir, c'est l'impossibilité d'échapper à la répétition des comportements, qui peut traduire la dépendance aussi bien aux personnes qu'aux produits » (83).

Cette notion de dépendance, initialement utilisée à propos de la toxicomanie, a été étendue aux différentes conduites agies que sont l'alcoolisation, la toxicomanie, les fugues, les troubles du comportement alimentaire et les coupures cutanées répétées.

L'ensemble des troubles du comportement à l'adolescence obéirait à cette problématique commune de la dépendance. Ces conduites d'auto-sabotage reflètent le maintien d'une situation de dépendance et traduisent un échec partiel des processus psychiques internes à aménager la relation. Elles acquièrent des fonctions économiques multiples (79, 82) :

- Elles constituent un néo-langage entre l'adolescent et son entourage qui occupe une place de plus en plus importante dans les échanges, au détriment des autres modalités ;
- Elles ont une fonction de pare-excitations et de limite différenciante entre l'adolescent et ses objets d'investissements ;
- Elles deviennent sa chose et sa création, ce qui tient les autres en échec et finalement elles acquièrent le statut d'une néo-identité qu'ils ont auto-générée en un mouvement parthénogénétique négateur du rôle des parents et de la scène primitive.
- Mais surtout elles ont une forte propension à s'auto-renforcer et on voit se constituer à leur égard la relation de dépendance que l'adolescent fuyait avec ses parents. Elles n'assurent aucun réapprovisionnement narcissique et le bénéfice de maîtrise qu'elles trouvent n'a d'issue que dans le renforcement permanent de la conduite, tandis que s'accroissent le vide intérieur et le besoin des objets.

Cette dépendance explique l'extrême sensibilité aux évènements extérieurs notamment affectifs, les difficultés des relations d'objets, les difficultés narcissiques, le recours à l'agir, la pauvreté de la verbalisation avec défaut de mentalisation et les attaques du corps (43, 44).

C'est au travers des troubles du comportement et de la pathologie de l'agir que s'expriment de façon la plus manifeste les conséquences de la relation de dépendance et de la situation de paradoxe générée par l'antagonisme narcissico-pulsionnel. La contrainte paradoxale à laquelle se trouve soumis l'adolescent a pour effet un échec de l'élaboration mentale de cette situation qui favorise la réponse par l'agir. Celle-ci offre une possibilité de maîtrise sur l'objet nécessaire (ou ses substituts) et renverse la situation de passivité en rôle actif recréant les conditions d'une identité retrouvée (79).

Dans l'histoire des adolescents qui présentent des conduites de dépendance, nous retrouvons des carences relationnelles anciennes, souvent précoces. Ces carences laissent au sujet un sentiment inconscient d'abandon. Le sujet est toujours en attente d'amour. A l'adolescence, le sujet est avec un excès de besoin de dépendance. Or à cette période, il doit passer de la dépendance à l'autonomie. Le « manque » à combler le met en difficulté au moment où il doit s'écarter de ses parents (43).

2.6.2. Les conduites addictives

Le mot « addiction » désigne une conduite de dépendance à une substance ou à une pratique dont le sujet devient esclave, avec tous les risques que cette aliénation fait peser sur la vie personnelle, familiale et sociale (124). Certains individus dépendent de leurs entailles comme d'autres de l'alcool ou de la drogue (101).

Les conduites addictives sont l'expression d'une vulnérabilité de certains adolescents. Comme le dit Bergeret, « il n'existe aucune structure psychique profonde et stable spécifique de l'addiction. N'importe quelle structure mentale peut conduire à des comportements d'addiction (visibles ou latents) dans certaines conditions affectives et relationnelles ». Il voit l'addiction « comme une tentative de défense et de régulation contre les déficiences ou les failles occasionnelles de la structure profonde en cause » (144).

L'addiction est le signe d'une insécurité interne. Pour tenter d'apaiser son sentiment d'insécurité, l'adolescent a recours à un produit ou à un comportement répétitif. S'il en devient dépendant, c'est parce que l'apaisement qu'ils lui procurent est toujours de courte durée et qu'il doit sans cesse reprendre du produit ou recommencer son comportement. Plus il est en insécurité, plus il a besoin de ses parents, plus il s'en veut de cette dépendance. La dépendance est double : dépendance au comportement et dépendance aux parents et à la famille, et, dans les deux cas, le lien est toxique (131).

La pathologie de l'addiction est une pathologie des sensations. Le recours à la sensation se substitue à la relation (60). Chercher des sensations c'est chercher un contact avec son propre corps, ses limites corporelles (112). Ces sensations appellent la présence de l'objet et requiert la mise en acte. Les émotions restent alors tributaires des sensations. Or la sensation ne laisse pas de trace psychique précisément parce qu'elle appartient au registre de l'activité

sensorielle. Elle est dans l'ordre du besoin et de sa répétition. La sensation dépend de l'acte et en résulte contrairement à l'émotion qui s'inscrit dans le registre du symbolique de la parole. La parole suscite des émotions, l'acte produit des sensations mais inversement le besoin de sensation déclenche l'agir et la recherche de l'objet concret source de sensations (108).

Si l'adolescence est une condition d'émergence des conduites addictives, les défaillances dans l'établissement du narcissisme représentent probablement une condition du maintien du lien addictif et le besoin de sensation est une condition d'escalade dans l'addiction (108).

Ces conduites ont, au début au moins, une valeur d'auto-thérapie. Elles protègent contre l'angoisse et les tendances dépressives. Elles représentent pour le sujet un compromis par lequel il trouve un substitut relationnel qui le protège de sa dépendance affective à autrui et sur lequel il croit exercer le pouvoir d'un maître qui a toujours sa chose à sa disposition, sans se rendre compte que par une inversion progressive il en devient la proie, retrouvant en pire une dépendance qu'il croyait avoir contournée.
Il s'agit donc de conduites qui témoignent de difficultés majeures de la personnalité et qui ont le pouvoir d'aggraver ces difficultés en contribuant fortement à réorganiser la personnalité autour de la conduite déviante (145).

Nous pouvons faire un parallèle entre les attaques cutanées et la toxicomanie. Le toxicomane incorpore, faute d'avoir pu introjecter – c'est-à-dire accéder au langage. Le sujet qui « se coupe », lui, va procéder à « une expulsion hors du corps de ce qui est mauvais ».
Le point commun entre le toxicomane qui se pique et les patients qui « se coupent », c'est bien sûr la peau. De même, chez certains psychopathes ou borderlines qui exhibent leurs tatouages et leurs cicatrices, c'est la peau qui est vecteur de communication. Par contre, si le tatouage a le plus souvent une valeur symbolique, les points d'injection et les marques de coupure nous transmettent un message beaucoup plus archaïque, celui d'une souffrance beaucoup plus profonde (130). Le malaise psychique qui en découle se traduit par une attaque des objets internes par l'intermédiaire de la peau. Comme le dit Anzieu, « faute d'une décharge satisfaisante, cette enveloppe d'excitation érogène peut se transformer en enveloppe d'angoisse » (5). L'investissement de la peau est plus narcissique que libidinal et elle sera attaquée sans être réellement détruite (130).

La pathologie addictive est d'autant plus grave qu'elle se situe exclusivement dans le registre narcissique. Plus le sujet est « toxicomane » plus sa problématique narcissique est dominante (108).

La régression est au cœur des conduites addictives (144). Le trouble du comportement a valeur d'addiction à un néo-objet qui permet au sujet de nier ses liens avec ses véritables objets d'investissement trop chargés d'ambivalence et de dépendance narcissique (80).

2.6.3. La dépendance des parents

L'adolescence constitue un inéluctable processus de changement auquel correspond en miroir une crise parentale. Le deuil de la toute-puissance des parents, de leur position de recours omnipotent, de l'enfant idéal porteur de leurs désirs non réalisés, vient raviver les blessures narcissiques anciennes, réactiver des conflits oedipiens et les propres difficultés de séparation des parents. Pour certains parents, ce travail semble impossible. Toute tentative d'éloignement est vécue comme une perte irréparable et menaçante (55).
Le fonctionnement des parents associe impossibilité de toute séparation, toute-puissance absolue et accès à la jouissance à travers le symptôme offert par l'enfant. Dans ces familles, il s'agit de réaliser un monde immuable et clos.

Face aux demandes bruyantes de soins, les différents intervenants (médecins, infirmiers, juges) ne sont que des spectateurs.

A deux reprises, les parents d'Alice l'ont fait sortir de l'hôpital de manière anticipée. Son père réagit en miroir à la violence de sa fille. Sa mère, elle, est désemparée et effondrée de voir sa fille dans une institution psychiatrique. Après avoir dit qu'ils n'en pouvaient plus et demander de l'aide, ils viennent rechercher leur fille lorsque une séparation est posée, vécue comme insoutenable pour leur fille comme pour eux.

2.6. SCARIFICATIONS ET SUICIDE

2.6.1. Quelques chiffres

Environ 800 jeunes de 15 à 24 ans décèdent chaque année par suicide, soit 16 % des décès de cette classe d'âge. Le suicide constitue la deuxième cause de décès des adolescents, après les accidents de la circulation routière (21, 39).
Les tentatives de suicide sont de cinquante à soixante fois supérieures. Le risque de décès par suicide augmente avec l'âge, alors que le risque de tentatives de suicide décroît. La mort frappe trois fois plus les garçons que les filles. Les tentatives sont en revanche plus nombreuses chez les filles. Dans la classe d'âges 15-20 ans, on en dénombre une proportion de 7 pour les filles et de 1,9 pour les garçons (22). Un passé de comportement suicidaire augmente le risque de récidive de 24 % à 35 % dans l'année qui suivrait la première tentative de suicide selon les études (11).

C'est à Saint Germain en Laye, ville bourgeoise de l'ouest parisien, où ont lieu à la fois le plus de tentatives de suicide et le plus de décès par suicide, en France, chez les jeunes (126).

Le suicide est devenu un problème de santé publique et sa prévention est une préoccupation essentielle pour de nombreux médecins.

2.6.2. Les scarifications et les gestes suicidaires sont-ils équivalents ?

Cette question nous semble primordiale, car nous avons vu combien il était facile de faire l'amalgame entre ces deux comportements. Mais, ces deux passages à l'acte sont-ils équivalents ? Existe-t-il des similitudes entre eux ? Ou bien, s'agit-il de deux comportements opposés ?

Parmi la population étudiée, il existe, dans le discours des patients, une différence entre les coupures cutanées et le geste suicidaire. Même si ces deux gestes peuvent se retrouver associés dans le temps, ils ne sont pas équivalents pour les patients.

2.6.2.1. Le geste suicidaire

Chez les jeunes générations, le jeu avec la mort renvoie d'abord à une soif d'exister. A cet âge, ce n'est pas la mort qui est véritablement souhaitée, mais les adieux à l'enfance qui ne parviennent pas à se faire, faute notamment d'une sécurité intérieure suffisante (19).

M. Laufer précise que « mourir signifie tuer le corps, mais non nécessairement tuer l'esprit. ». L'acte suicidaire vient rompre une tension intolérable, la mort est moins visée que le fait de ne plus être là, d'être délivré de soi, de s'arracher à un corps qui enracine, contre son gré, à une existence dont on voudrait se défaire pour vivre autrement (95).

Comme le souligne Scharbach, le suicide implique une désorganisation narcissique mettant en jeu un facteur aléatoire, la loi du tout ou rien (134).

La tentative de suicide constitue une agression corporelle aboutissant à mettre en péril une zone et une fonction. Mais elle recèle aussi une exhibition du corps qui peut être interprétée comme un message à décrypter par l'Autre, et, implicitement c'est le corps de l'Autre que la tentative de suicide concerne, au moins par le regard (118).

2.6.2.2. Les scarifications sont-elles un geste anti-suicidaire ?

Les gestes automutilateurs, commis impulsivement par des adolescents, extériorisent des affects pénibles, témoignent de graves carences dans les images de soi et d'objet et peuvent annoncer aussi un passage à l'acte suicidaire (42). L'externalisation des affects, la mise en acte constituent le moyen privilégié de lutte contre l'angoisse (109).

Dans les blessures délibérées, le sujet ne recherche pas la mort. Ces pratiques ne sont pas des tentatives de suicide mais des tentatives de vivre. La blessure auto-infligée est un compromis, un essai de restauration de sens (101). L'incision est une tentative d'auto-guérison (98).

Schwartz et coll. distinguent nettement les coupures cutanées provoquées des gestes suicidaires. Bien que le « carving » soit parfois considéré par les professionnels de la santé comme une tentative de suicide, il n'est pas perçu ainsi par les patients et ne devrait pas être répertorié comme un geste suicidaire (135).

Toutefois, la répétition de telles pratiques serait un facteur de risque pour un passage à l'acte suicidaire (135). En effet, selon Ladame, toutes les personnes scarifiées ne vont pas se suicider ; mais la plupart des jeunes que nous voyons aujourd'hui après une tentative de suicide s'étaient scarifiés.

Pour Pedinielli, l'automutilation serait un suicide partiel protégeant le sujet contre le suicide proprement dit : « plutôt la partie que le tout » (118).

Les atteintes corporelles sont à l'inverse du suicide, elles se ménagent encore une sortie. En 1935, K. Menninger analyse l'automutilation comme des substituts symboliques de la castration. Ce sont pour lui des actes auto-punitifs qui procurent des satisfactions d'ordre agressif et érotique. Il considère finalement l'automutilation comme un compromis pour se détourner de l'annihilation totale, c'est-à-dire le suicide (116). Les scarifications sont des suicides focalisés, actions partielles contre le corps visant à sauvegarder l'essentiel (96).

Pour Simpson, l'automutilation est un acte anti-suicide. Elle peut tout autant être comprise comme un acte anti-meurtre, mais surtout elle désigne le lieu du corps qui semble confondu avec l'Autre : la peau (119).

Par ailleurs, il n'y a pas de corrélation entre la gravité des conduites de rupture et l'intensité du déséquilibre psychologique. Il ne faut donc pas opposer nettement le pronostic vital et social au pronostic psychopathologique (147).

2.6.2.3. L'adolescence, une situation particulière

Pour les adolescents, les tentatives de suicide posent également le problème de la séparation : séparation d'avec les imagos parentales, séparation d'avec un corps qu'ils ne reconnaissent plus. Les tentatives de suicide de l'adolescent surviennent à un moment donné où se pose la question du corps sexué. Cette période de réorganisation psychologique et physiologique, qui va de pair avec un sentiment d'étrangeté vis-à-vis du corps, pose le problème de l'identité sexuelle, sociale et personnelle.

M. Laufer a défini le *breakdown* pour rendre compte des difficultés de l'adolescent dans l'assomption du corps sexué : une partie du corps, la partie sexuée, est inacceptable pour le sujet. La tentative de suicide, qui survient dans ce contexte, est une agression corporelle qui correspond à une destruction de la partie du corps propre que le sujet ne veut pas. Il s'agit bien de retrouver une unité mise en péril par l'adolescence. Selon M. et E. Laufer, toute tentative de suicide chez l'adolescent constitue toujours un épisode psychotique. Bien qu'il existe une différence entre l'automutilation et la tentative de suicide, il s'agit de se défaire du corps devenu le lieu et le représentant de l'inassumable.

Dans ce cas précis, Pedinielli conclue que la tentative de suicide est bien, cliniquement, une automutilation (118).

2.7. LA SOCIÉTÉ : SES MODIFICATIONS ET LEURS EFFETS

« Les troubles dont souffre notre adolescence sont-ils dus à la nature même de l'adolescence ou à notre civilisation ? L'adolescence, dans des conditions totalement différentes, se présente-t-elle d'une façon également différente ? » s'interroge M. Mead (68).

Comme nous l'avons vu dans la première partie, il existe une analogie entre le phénomène de l'adolescence et ses manifestations et les modifications de la société. L'expression de certains troubles de l'adolescence est en relation avec le type de fonctionnement de notre société. Nous nous penchons donc sur les modifications de notre société qui pourraient favoriser l'émergence du comportement de scarification chez les adolescents.

2.7.1. Une société de consommation

Dans sa quête identitaire, l'adolescent emprunte avec appétence dans l'air du temps les modèles dominants et intéressants la société dans laquelle il vit. De ce point de vue, il faut bien reconnaître que l'avoir a gagné sur l'être : consommer, accumuler les objets, posséder... sont des signes de reconnaissance valorisés d'une existence. Le consumérisme effréné, au nom du « tout s'achète et tout se vend », tend à faire croire aux jeunes que tout n'est qu'apparence et à leur faire oublier qu'il existe, hors publicité, des investissements non méprisables (124). Comme l'adolescent, notre époque privilégie l'oralité comme mode de satisfaction des désirs et le débordement pulsionnel comme manière d'être au monde. Ce qui est reproché fréquemment aux adolescents apparaît comme un reflet grossi du fonctionnement adulte et de ce que les médias mettent en avant comme images (21).

Les adolescents d'aujourd'hui naissent et grandissent dans un monde de consommation et de la permanence visuelle et auditive de la publicité. La publicité revêt à leurs yeux une importance significative, elle filtre le réel et pourvoit une manière de comprendre et de s'approprier le monde. La publicité devient pour beaucoup d'adolescents une matrice identitaire, une manière de rester dans le coup malgré les difficultés à se construire comme sujet. A travers la publicité, la révérence aux marques commerciales procure une identité

provisoire. Des marques commerciales impriment leur logo sur la peau des personnages mis en scène dans leurs campagnes publicitaires. Inscrire le logo sur son corps ou porter sur soi les objets de la marque revient à s'incorporer le style de vie que les spots publicitaires mettent en scène. La publicité procure à bon compte des repères pour exister (97).

Ehrenberg souligne que l'aspiration au « bonheur » est érigée en termes de droit et de devoir. Le devoir de bonheur pousse à tout évaluer sous l'angle du plaisir et du désagrément. Cette assignation à l'euphorie jette dans l'opprobre ou le malaise ceux qui n'y souscrivent pas (23). La culture des images et des gratifications matérielles sont des représentants de ce bonheur (38).

2.7.2. Le culte du corps

Le corps est lui aussi un objet de consommation. Il est transformé, manipulé, copié. Si l'impératif collectif est de cultiver son corps, il s'agit de le faire pour soi, dans le registre de l'épanouissement et du développement personnel. Mais cela n'est-il pas une imposture ?
Dans cet imaginaire de la finalité corporelle, l'idéal type du mannequin, incarné numériquement par Date Kyoto est promu première star virtuelle (121).

Privé de sa dimension d'échange symbolique, le corps est sans épaisseur, au sens propre comme au sens figuré. L'opulence n'est plus de mise. Débarrassé des réserves de graisse et des langueurs de la chair molle, réduit à sa simple structure, le corps anorexique tient le *leadership* d'un corps informationnel, médiateur d'une nouvelle forme de civilité, qui semble viser en point de mire sa propre disparition (121).

Face à un corps changeant et étranger, quelles sont les possibilités pour l'adolescent de se l'approprier ? Il transgresse l'image lisse de ce corps pour revenir à une pensée de l'éprouvé et de la sensualité (sensorialité) et poser un acte qui déplace et pervertit les limites ; il s'agit non de se mutiler, non d'attaquer mais de trouver une ligne de partage entre la puissance de l'informe et la promesse d'une forme du corps à venir (33).

Mais il nous semble également qu'attenter à l'image du corps (et donc de soi), s'infliger délibérément une marque, ce sont là deux transgressions essentielles aux yeux de la société. En brisant les limites du corps, l'individu bouleverse ses propres limites et s'attaque

simultanément aux limites de la société, puisque le corps est un symbole pour penser le social (98).

2.7.3. Le culte de la jeunesse

Rester jeune est de nos jours un impératif auquel tout individu doit se plier s'il veut encore pouvoir séduire et rester performant.

Le gommage de la différence (de sexe, de génération) avec comme corollaire un effet de collage des adultes vis-à-vis des adolescents trahit des prétentions de juvénilité triomphante, refoulant le vieillissement et la mort (124).
Force est de constater qu'en effet les adultes sont aujourd'hui bien souvent en désarroi dans leur position même d'adultes et qu'ils voient dans la génération suivante une classe d'âge rivale qui, parce qu'elle incarne justement l'avenir et la vie, leur rappelle leur propre vieillissement et leur mortalité, ce dont ils ne veulent rien savoir tant le marketing contemporain leur promet une jeunesse durable (21).
Mourir devient un scandale par rapport à l'aspiration à une vie éternelle.

Les difficultés qu'éprouvent souvent les parents, aujourd'hui, à accepter le statut d'adulte et le vieillissement qu'il implique, leur refus de donner des limites à leurs adolescents, par crainte du conflit et par désir d'être avant tout aimés d'eux, aboutissent bien souvent à un effacement des barrières générationnelles, à un effritement de la fonction parentale. Cette évolution va dans le sens d'une difficulté d'expression et de gestion des conflits. L'adolescent ne peut donc plus s'opposer, ce qui lui permettait de prendre de la distance, de s'autonomiser et de se différencier (37).

Nous sommes frappée par ces femmes d'âge mur qui tentent de revivre auprès de leur adolescent, une adolescence. Elles s'habillent comme les adolescents, adoptent leurs attitudes et leur langage. La peur des autres et de l'avenir donne aux adultes toutes les raisons de retourner dans une forme d'adolescence.
Dans ces conditions, comment l'adolescent peut-il trouver sa place ? Quel est son avenir quand ses aînés vivent dans une nostalgie et cherchent à remonter le temps ?

A cela s'ajoute l'allongement du temps de l'adolescence et de celui de la vieillesse, assorti d'un écart croissant entre la plénitude des potentialités naissantes ou finissantes et l'insertion réelle, autonome et responsable des individus concernés au sein d'un groupe social, qui favorise les situations de dépendance durable (124).

Ainsi, les lisières enfance-puberté, adolescence-âge adulte, âge mûr-vieillesse s'estompent, au profit de la définition arbitraire de « tranches de consommateurs » et notamment la ménagère de moins de 50 ans (124).

2.7.4. L'effacement des rites de passage

Dans les sociétés industrialisées, certaines expériences telles que le certificat d'études, les rites religieux, le service militaire ont pu un temps prendre valeur de rituel initiatique du fait de leur portée symbolique. Leur caractère individuel et leur hétérogénéité ne permettent pas, toutefois, l'inscription dans un symbolisme porté par le corps social. La disparition des rites a comme conséquence une défaillance des processus de figuration : elle peut être considérée comme un facteur de déstabilisation des adolescents, livrés à eux-mêmes pour faire face aux conflits, et utilisant leurs propres rites initiatiques tels que tags, errances, recours aux drogues, conduites à risque (37).
Spectaculairement, l'adolescence semble n'exister comme fait social seulement depuis que les rituels initiatiques ou leurs équivalents disparaissent (première communion, conscription, mariage). Lorsque les rituels s'évanouissent, l'adolescence a tendance à se révéler de manière turbulente. Elle témoigne alors d'un profond malaise interne. En ce sens, nous pouvons dire que la « crise de l'adolescence » est un équivalent du rite (17).

L'effacement des rites d'initiation laisse au jeune sujet toute la charge des angoisses qui tiennent à la nature sexuelle et agressive des fantasmes inconscients pubertaires (37). Une société qui désinvestit ses rituels de passage renvoie le jeune à lui-même, lui signifie qu'elle se désintéresse de ses difficultés, voire qu'elle les nie, ou qu'elle refuse l'évidence de son changement.

Le culte du corps chez les adultes et le mythe d'une jeunesse qui durerait jusqu'au quatrième âge n'ont jamais été aussi insistants que depuis l'extinction des rituels de l'adolescence, nous pouvons légitimement nous demander si les deux phénomènes ne sont pas liés (17).

L'évolution de la société actuelle favorise la liberté et la réussite individuelle. Elle génère moins d'interdits mais sollicite plus l'adolescent au niveau de ses capacités, d'autant que les exigences de réussite sont accrues (72).

Les pratiques de marquage permanent des corps seraient une solution moderne au problème ancien de la résurgence du conflit oedipien à l'adolescence et au problème de la reconnaissance de l'autre, cette difficile reconnaissance de l'objet d'amour libéré de la présence des figures parentales passées.
Privé des interdits sexuels et culturels d'autrefois, l'adolescent se trouve livré à lui-même face à la résurgence des conflits oedipiens, aux fantasmes incestueux et parricides que son nouveau corps autorise désormais. Ne pouvant compter sur des limites rendues floues et parfois confusionnantes, l'adolescent d'aujourd'hui peut effectivement se sentir en danger, danger réactualisé par la disparition des barrières qui le protégeaient du risque de transgressions des interdits (143).

3. APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

La diversité des approches thérapeutiques peut être l'indice de la difficulté à laquelle les soignants sont confrontés lorsqu'ils cherchent à réduire ou à supprimer le comportement de scarification (115).

Avant toute décision thérapeutique, il apparaît nécessaire d'approcher au mieux la signification et les conséquences du symptôme. C'est à partir de ces éléments que nous pouvons décider d'une part s'il est opportun de supprimer le symptôme, et, d'autre part de la méthode la plus appropriée pour le faire (103).

3.1. LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

3.1.1. Mises en garde

Dans le domaine des chimiothérapies, les médecins ont recours à différentes molécules : neuroleptiques, antidépresseurs, thymo-régulateurs, anxiolytiques. Compte tenu du manque d'études portant sur la population adolescente, de l'inadéquation relative entre les classifications médicamenteuses, établies à partir de la nosographie adulte, et les divers regroupements psychopathologiques propres à l'adolescence, la prescription de traitement médicamenteux n'est pas anodine.

D. Marcelli et A. Braconnier rappellent les risques particuliers liés à l'utilisation de psychotropes avec les adolescents. Tout d'abord, l'adolescent peut s'appuyer sur le soulagement apporté par le médicament pour éluder les problèmes intrapsychiques sous-jacents à l'existence des troubles. Ensuite, le médicament risque d'accentuer la relation de dépendance du sujet. Son utilisation est susceptible également de provoquer un sentiment de dévalorisation et d'impuissance, lié à la difficulté à trouver en soi des ressources psychiques pour dépasser ses difficultés. Enfin, il existe un risque d'interférence négative entre les effets secondaires de certaines substances et le processus d'adolescence. C'est ainsi que diverses modifications corporelles induites par des médicaments peuvent retentir sur les préoccupations concernant le corps et son image, le sentiment d'identité (109).

Il importe donc, avant toute prescription de savoir si les changements ainsi induits ne peuvent être obtenus par une autre approche. Il nous semble qu'une prescription dès la première consultation est à éviter.

3.1.2. Les différentes molécules

Quelques études ont été réalisées pour tester l'efficacité des molécules, chez les adolescents. Globalement, le bilan est négatif et aucun traitement n'a prouvé son efficacité sur ce symptôme.

3.1.2.1. Les neuroleptiques

Dugas et Le heuzey ont noté de bons résultats sur l'auto-agressivité dans un groupe de 32 patients âgés de 6 à 26 ans. Ils ont utilisé le BARNETIL® (Sultopride) à des doses variant entre 10 à 30 mg/kg/jour, réparties en 3 prises. Ce neuroleptique sédatif s'est montré actif très rapidement, très souvent dans les 24 heures, plus souvent encore dans les 48 premières heures. Le traitement a été administré pour des durées de deux jours à deux mois dans 19 cas, de façon plus prolongée dans 13 cas (9).

L'utilisation des neuroleptiques reste limitée dans cette indication, notamment du fait des effets secondaires.

3.1.2.2. Les antidépresseurs

Il existe quelques cas dans la littérature faisant état d'effets positifs, voire spectaculaires, après administration d'antidépresseurs tricycliques ou d'inhibiteurs de la monoamine-oxydase. Mais, d'autres auteurs soulignent qu'une telle prescription peut exacerber les conduites automutilatrices imposant alors l'arrêt de la prescription (9).

Le déficit sérotoninergique serait impliqué dans l'impulsivité et la compulsion. Certains auteurs proposent donc un traitement par antidépresseurs sérotoninergiques pour leur action inhibitrice de la recapture de la sérotonine. Le déficit en sérotonine serait présent dans d'autres pathologies et ces traitements sont déjà utilisés dans les troubles du comportement alimentaire, les troubles obsessionnels compulsifs et les phobies sociales.

3.1.2.3. Les thymo-régulateurs

Le Carbonate de lithium a été proposé et a pu donner des résultats positifs dans quelques cas (9, 69).

Chez les adultes, l'utilisation de DEPAKOTE® (Divalproate de sodium) est également à l'étude, par son action sur l'impulsivité. Chez les enfants et adolescents, la DEPAKINE® (Acide valproïque) à la dose de 20 à 30 mg/kg/jour pourrait se révéler efficace, mais aucune étude n'a été réalisée.

3.1.2.4. Les anxiolytiques

Les benzodiazépines sont prescrites, en général comme chez l'adulte, pour leurs effets sédatifs et anxiolytiques. Mais un certain nombre d'effets secondaires existent, particulièrement chez l'enfant et l'adolescent : la possibilité d'effet paradoxal fait d'anxiété et d'agitation et le risque d'accoutumance et de dépendance (103).

De plus, il n'existe pas d'étude pharmacologique approfondie sur les interactions particulières entre les benzodiazépines et l'angoisse chez les adolescents (109). La prescription a donc un aspect aléatoire. La prescription de ces molécules doit être de courte durée.

3.1.2.5. Les anti-morphiniques

Des auteurs anglais, Coid et coll., ont mis en évidence dans le plasma de 10 automutilateurs adolescents ou jeunes adultes, une augmentation significative du taux de métenképhalines. Les autres fractions des substances endorphiniques ne sont pas modifiées : corticotrophine, N-lipotropine ou C-lipotropine (bêta-endorphines). Cette hyperproduction d'endorphines serait responsable d'une certaine analgésie qui n'est cependant pas incompatible avec une sensibilité aux attitudes agressives d'autrui.

L'utilisation d'anti-morphiniques, en relevant le seuil douloureux, pourrait rétablir une perception normale de la douleur entraînée par le geste automutilateur (9, 69).

Mais, nous sommes alors à nouveau confrontée à la question de la douleur et à la place qu'elle occupe. Suffit-il que la pratique de scarification soit douloureuse pour qu'elle disparaisse ? Ou bien, la douleur est-elle un des éléments recherchés et quelle satisfaction procure-t-elle ? Agir sur la douleur n'est pas une garantie de disparition du symptôme.

Il est possible qu'une meilleure connaissance des aspects neurobiologiques et neurochimiques du comportement puisse apporter une ébauche de solution à l'abord des automutilations. Pour

autant, la dimension signifiante de telles conduites continue d'être interrogée et l'abord psychothérapique ne perd rien face à cette nouvelle dimension (9).

3.2. LES TRAITEMENTS PSYCHOTHÉRAPIQUES

3.2.1. Définition

La définition est large et soumise à de nombreuses controverses. Le terme recouvre des pratiques très diverses, sous-tendues par des modèles théoriques eux-mêmes variés.

Différentes modèles psychothérapiques existent : psychothérapie d'inspiration analytique, psychodrame, thérapies familiales, psychothérapies de groupe, thérapie comportementale.
De manière schématique, il existe trois orientations théoriques : la psychanalyse inspirée par S. Freud, les thérapies comportementales et cognitives et les thérapies systémiques. Actuellement, les thérapies comportementales et cognitives s'opposent aux thérapies psychanalytiques. Les thérapies comportementales et cognitives apportent une certaine efficacité par rapport à la disparition du symptôme et sont de courte durée. La psychanalyse et les applications thérapeutiques qui en découlent, reposent sur la reconnaissance de l'existence de l'inconscient. La pratique de la psychanalyse s'appuie sur l'interprétation des conflits infantiles, réactualisés dans la relation de transfert.

La seule issue pour que cesse la répétition de la blessure est une autre manière de dire la souffrance, non plus par le corps mais par des mots, à quelqu'un qui puissent l'entendre. Seule une mémoire libérée énoncée par la parole et non plus par la douleur et le sang est susceptible de rompre le charme de la blessure répétée (96).

Mais, une psychothérapie présuppose une demande. La phase de l'engagement psychothérapique gagne à être précédée par un temps d'élaboration avec les patients, mais aussi avec leur famille (136).

Nous ne souhaitons pas prendre partie sur les différentes approches psychothérapiques. Nous préférons centrer notre réflexion sur les modalités d'aborder ces jeunes patients et les conditions à mettre en place pour qu'une relation transférentielle puisse s'instaurer.

3.2.2. La relation thérapeutique

Plus l'adolescent a besoin d'aide, moins il peut la tolérer du fait même de sa problématique interne ; et plus il se prive de cette aide, plus il en ressent le manque. Il s'agit donc d'un cercle vicieux (79).

Force est de constater que la communication verbale avec certains adolescents subit le double préjudice des réticences et des lacunes symboliques qu'ont les adolescents pour s'exprimer par des mots, et des difficultés du psychiatre pour déchiffrer les appels et donner en retour des réponses utilisables et restauratrices. Le psychiatre va devoir répondre quelque chose qui n'ait ni la froideur du langage, ni la violence de l'acte, mais qui ait le pouvoir de s'adresser à la personne même. Dans cette perspective, le corps du thérapeute occupe une place importante. Par ses gestes, ses attitudes, son regard, la chaleur qu'il dégage, la musique de sa voix, son corps vient donner signification à ce qu'il dit (138).
Cependant, dans la relation transférentielle, il est difficile d'établir avec les adolescents la bonne distance : trop près, et c'est la peur de la séduction, le rejet de l'intrusion ; trop loin, et le thérapeute est épinglé comme indifférent, méprisant. Le cadre lui-même de la cure fait problème : trop rigoureux, il est vécu comme contraignant ou dangereux par l'importance ainsi conférée à la relation ; trop laxiste, il se dilue, tombe en quenouille. Dans un cas comme dans l'autre, il offre prétexte à toutes les transgressions ou passages à l'acte (24).

Les interventions thérapeutiques visent à réintroduire le passage à l'acte dans le cadre de la relation thérapeutique afin d'exercer une fonction contenante et d'initier un travail d'élaboration. Mais, le travail d'élaboration ne doit pas occulter la nécessité de réaffirmer les interdits car l'adolescent ne doit pas avoir de doute quant à la position du thérapeute (113). Il ne faut donc pas avoir peur de fixer les règles et des limites, même si nous savons que les adolescents seront portés à les enfreindre. Ainsi, nous les situons dans la réalité en évitant de les faire vivre dans l'illusion, comme si les règles n'existaient pas (44).

L'adolescent a tendance à établir un lien de dépendance avec les adultes qui répondent à son appel de relation. Il faut le repérer, l'accepter en partie, car il en a besoin pendant un temps. Mais, il ne faut pas l'entretenir, car on l'enfermerait dans sa dépendance et on bloquerait la définition de son identité (44).

L'engagement psychothérapique des adolescents est en effet caractérisé par la densité affective d'une relation traversée par des mouvements transférentiels, multiples, au sein duquel le besoin de dépendance peut-être isolé. Celui-ci est sous-tendu par l'angoisse de séparation, la peur de l'inconnu, du vide existentiel. Ce besoin exerce sur le thérapeute des pressions actives, visant à neutraliser sa fonction attendue, celle de donner à penser et de donner de la pensée. Cet état de sidération mentale est habituel à un moment donné de tout travail psychothérapique avec des adolescents (136). C'est pour cela qu'il faut utiliser avec prudence la relation duelle. Les thérapies bifocales, le psychodrame, le travail avec les familles, le support institutionnel ou de groupes sont autant de moyens de poser des différences dans la réalité et de diversifier les investissements, pour les rendre plus tolérables (79).

La thérapie bifocale consiste en ce qu'un thérapeute s'occupe de la réalité externe de l'adolescent : son symptôme, sa famille, son environnement. C'est lui qui prescrit les médicaments si nécessaires, ou des thérapies complémentaires. Le psychothérapeute a lui en charge le monde interne de l'adolescent. Il est déchargé de tout lien avec les parents, comme de toute préoccupation directe concernant le symptôme ou les traitements complémentaires. Ce dispositif s'efforce de prévenir un certain nombre de difficultés : ruptures prématurées de traitement, multiplication des passages à l'acte, aggravation du symptôme, interventions intempestives des parents (82).

Le psychiatre d'adolescent doit limiter son action à un travail qui permette à l'adolescent de le quitter, de reprendre son chemin, d'affronter les expériences initiatiques sans les subir comme une effraction persécutrice. La fonction du psychiatre doit plutôt offrir la possibilité de se retrouver dans sa propre histoire, à l'intérieur de ses limites corporelles, en acceptant ses défaillances et sa valeur (136). Dans le travail psychothérapique, la restauration d'une activité de représentations et d'un plaisir du fonctionnement mental, de clarification et de nomination des affects, prime sur l'activité interprétative et l'abord des conflits (79). Les adolescents ne seront capables de renoncer à leurs comportements répétitifs qu'à la suite d'un long parcours marqué de multiples rechutes.

3.3. LE TRAVAIL INSTITUTIONNEL

Les scarifications sont tout à la fois demande agie d'attention, expression d'agressivité, tentative pour lutter contre un rapproché psychique vécu comme intrusif et recherche de pare-excitation. La réponse doit donc concilier marques d'intérêt, réintroduction de limites, de différenciation et de distance, prise en compte de l'agressivité transférentielle et contre-transférentielle et enfin souvent agir pour être entendu par les patients (128).

3.3.1. L'espace transitionnel

L'institution est là pour constituer un espace nouveau où puissent se nouer les relations dont le patient a besoin, mais d'une façon tolérable pour ce dernier. L'espace institutionnel vient en suppléance d'un espace psychique interne qui n'autorise pas un jeu suffisant pour que des échanges riches et variés soient possibles et pour que la conflictualité soit tolérable sans compromettre le sentiment d'identité et de continuité interne (113).
L'espace transitionnel comme métaphore de l'espace thérapeutique institutionnel reprend à son compte la dimension spatiale. Contrairement à la relation psychothérapique il introduit la dimension objectale sans qu'elle ait nécessairement à apparaître comme telle et à dire son nom. Grâce à cette relative méconnaissance, l'objet est là sans avoir à être reconnu (2).
La fonction essentielle de l'espace transitionnel nous paraît être sa dimension de pare-excitations qui supplée la défaillance des mécanismes qui progressivement prennent le relais de la fonction de pare-excitations de la mère.

Les patients enfermés dans une problématique de dépendance invalidante doivent faire le deuil de l'inscription comportementale et corporelle d'une souffrance non formulable, mais aussi, à travers ce deuil, trouver leur chemin vers plus d'autonomie et de liberté personnelle. Il est important que les soignants se portent garants d'un projet de vie possible susceptible de contredire la spirale mortifère à l'œuvre. Dans cet espace transitionnel, un contrat de soin permet de définir un cadre d'engagement mutuel autour d'objectifs définis en commun. Il constitue pour le patient une garantie de continuité des soins au long cours, au-delà des péripéties évolutives et notamment des rechutes (146).

Inscrivant le projet thérapeutique dans la durée, le contrat nous semble aussi rouvrir une temporalité souvent sérieusement collabée. Le temps, c'est ce que l'adolescent peut le moins

tolérer car c'est ce qui le confronte par excellence à la séparation et à l'attente. Au temps l'adolescent va tenter de substituer l'espace qui facilite le rétablissement de limites, permet l'exercice des activités de maîtrise et d'emprise par le recours à l'agir.
L'espace transitionnel permet donc de réintroduire une dimension temporelle qui rend possible un travail de déconstruction de l'inflexion psychopathologique de l'adolescence. L'adolescent a tendance à figer le temps dans l'espace avec l'illusion de mieux contrôler et dans un simulacre d'action qui fige les choses au lieu de les transformer. En cela l'espace thérapeutique se substitue à ces conduites pathologiques pour occuper l'écart laissé vacant par la rupture traumatique des adolescences pathologiques entre le corps propre et ses activités pulsionnelles (2).

Il s'agit non seulement de pouvoir reconstruire des particularités de l'histoire du patient, mais aussi de permettre, d'offrir comme une seconde chance d'éprouver d'autres modalités d'utilisation de l'objet, de rapport, de relations à celui-ci, de fournir, de proposer d'autres issues, d'autres manières de gérer la réalité interne et externe, faute de quoi le patient risque d'être maintenu dans un état de détresse ou de rage impuissante (35).

3.3.2. Les réponses institutionnelles

3.3.2.1. Le cadre institutionnel
Dans le développement de la personnalité de l'adolescent, deux points sont fondamentales : le renforcement des assises narcissiques et l'intériorisation de limites et de relations différenciées. C'est la qualité de ces deux paramètres qui permet à l'adolescent de recevoir ce dont il a besoin et de tolérer les relations auxquelles il aspire sans se sentir menacé narcissiquement par son désir même. Ce n'est que quand on est suffisamment sûr de soi, suffisamment tranquille que l'on peut s'ouvrir (78).

L'objectif prioritaire est de maintenir la continuité relationnelle et la permanence du lien, malgré les attaques de l'adolescent du cadre institutionnel et la répétition des passages à l'acte. Winnicott a étudié la capacité d'être seul du petit enfant « en présence de la mère ». Cette capacité repose sur l'intériorisation du « bon objet » et sur le support offert par la mère pour compenser l'immaturité du moi infantile. Une fois sécurisé, l'enfant peut être seul, prendre du plaisir à être seul, à jouer. Notre travail est d'aider l'adolescent à être seul, à se

satisfaire de ses capacités d'autonomie psychique même lorsqu'elles sont précaires. Nous devons favoriser ces expériences paradoxales de solitude en présence de l'autre (53, 149).

Une des premières conditions, c'est la diversité du cadre thérapeutique : diversité des soignants, diversité des lieux institutionnels, diversité entre les différentes modalités d'approche sociale. C'est une représentation dans l'espace de la psyché du patient. Elle doit favoriser un travail d'étayage, notamment dans le « faire avec » le patient et le partage du plaisir dans des activités. Cet aménagement du cadre laisse place au tiers, réinvitant l'adolescent à s'approprier un investissement relationnel satisfaisant, sans la menace d'un danger potentiel (53). En effet, la diversité des personnes facilite les déplacements successifs d'investissements (113, 124).

Il faut aussi trouver des médiations susceptibles de mobiliser les disponibilités à investir. Une reprise des investissements n'est possible que si l'adolescent est sollicité par l'environnement, mais à la condition qu'il puisse ignorer la part prise par l'objet tant que la reconnaissance du rôle joué par celui-ci lui demeure intolérable et que toute prescription d'un plaisir partagé provoque l'effacement de celui-ci ou le renversement en son contraire. C'est tout ce travail d'étayage indirect qui constitue le temps thérapeutique premier de la pathologie de l'agir (78, 79). Il faut donc rendre la relation tolérable et aménager l'espace thérapeutique en recréant des limites stables et précises qui rassurent le patient et en proposant des médiations qui aient une fonction de tiers dans la relation.

Une institution de soins n'est pas en soi une solution thérapeutique. Le cadre institutionnel représente un « environnement à la fois maternel et matériel » qui par sa permanence, sa stabilité peut restaurer le sentiment perdu d'une continuité interne. Il devient un point de repère qui du fait de sa stabilité devient le dépositaire des parties les plus régressives de ces jeunes patients. Il assure par cet ancrage des conditions indispensables pour que le Moi puisse progresser, c'est-à-dire, accepte les changements irréversibles qui le font devenir adulte (137).

3.3.2.2. Les résistances au traitement

Les perspectives de changements que le soin institutionnel sous-entend implicitement ravivent des angoisses d'abandon, de transformation et des menaces de destruction pour l'adolescent comme pour sa famille. L'adolescent, sa famille et les soignants eux-mêmes, génèrent chacun une certaine violence (137).

L'adolescent combat en lui les parties les plus saines sur lesquelles il pourrait s'appuyer pour s'individualiser et se séparer. Et il ne manque pas de lutter contre les efforts qui de l'extérieur pourraient essayer de l'encourager à accepter le principe de réalité. Il ne peut accepter facilement de renoncer à l'image idéale qu'il a de lui-même et qui vient combler les manques et les blessures actuelles ou anciennes. Il ne peut se résigner à renoncer à l'espoir de retrouver et de posséder l'objet primitif idéalisé dont « il ne peut faire le deuil faute d'en avoir reconnu et accepté la perte ». Par ses comportements, sa véhémence et ses excès, l'adolescent peut poursuivre ainsi sa quête d'une image de soi idéale et d'un objet imaginaire perdu en se protégeant de tout attachement qui lui signifierait ses limites et sa dépendance (137).

Les parents ne restent pas inactifs dans une situation qui les implique étroitement et qui les attaque de plein fouet au niveau narcissique. Qu'il s'agisse du renoncement à leur toute-puissance parentale ou aux satisfactions régressives que leur apportait leur enfant, les parents perdent un objet sur lequel ils fondaient leur narcissisme. L'adolescent peut être alors utilisé comme bouc émissaire et comme recours à une crise parentale qui ne peut trouver de solution qu'en exploitant la crise de l'adolescent et en la pérennisant (137).

Il ne faut pas oublier « que les adolescents doivent quitter l'institution avant d'être guéris, avec tous les aléas que cela comporte, y compris qu'ils guérissent hors d'elle » (137).
Il faut en effet accepter que l'adolescent et sa famille nous quittent, pour qu'ils puissent revenir ultérieurement si nécessaire. Ils ne doivent pas se sentir pris au piège de l'institution.
Malgré les ruptures dans la prise en charge d'Alice, nous constatons que le lien persiste. Alice retourne au centre médico-psychologique en consultation, alors qu'elle estimait que « le médecin l'avait trahie en la faisant hospitaliser ».

Nous pouvons aussi nous interroger sur ce que l'on entend par guérison. Les critères sont avant tout symptomatiques. La disparition des symptômes suffit-elle pour que le sujet soit guéri ? Le fonctionnement mental ne peut se limiter à la présence ou à l'absence d'un symptôme.

3.4. UNE STRATEGIE THÉRAPEUTIQUE

Les principes généraux d'une prise en charge adaptée reposent sur la diversification des soins et des acteurs de soins, sur la recherche d'une alliance thérapeutique avec le sujet et sa

famille, sur l'offre de lieux et d'espaces institutionnels de médiation et de transition et sur l'acceptation partagée par tous de donner du temps au temps. Il reste à chacun de se les réapproprier et d'y apporter sa particularité.

En partant du discours du patient et en utilisant son langage qui est généralement celui des symptômes, il va s'agir de retrouver le fil de son histoire, celui de ses désirs et de sa position face à ses parents et à ceux auxquels le lient de relations d'attachement et de conflits. Outre l'évaluation du fonctionnement psychique, le médecin portera son attention sur la qualité, la diversité et la nature de l'ensemble des investissements de l'adolescent, ainsi que sur le rôle de son entourage (82).

Après ce temps d'évaluation, une stratégie thérapeutique doit être envisagée. La conduite à adopter envers les patients qui se scarifient de façon itérative est difficile à définir et délicate à mettre en œuvre.

3.4.1. L'hospitalisation

La question de l'hospitalisation d'un adolescent est essentielle. La décision d'hospitaliser un adolescent n'est pas anodine, d'autant plus dans un service de psychiatrie. Les comportements de scarification ne sont pas, en eux-mêmes et à eux seuls, une indication d'une hospitalisation (128). Mais nous avons vu qu'ils témoignaient d'un fonctionnement mental particulier et que le mode relationnel que ces comportements induisaient, était préoccupant.

L'hospitalisation constitue un recours face à des situations en impasse. Se servir de la réalité et donc d'une séparation concrète de l'environnement permet d'engager un travail psychothérapique au sens large du terme. L'hospitalisation peut produire un sursaut dans la dynamique familiale et engendrer une mobilisation de l'adolescent et ses parents.
De plus, les scarifications ont tendance à passer inaperçu dans la vie quotidienne. Le jeune les pratique sans avoir conscience du geste et l'entourage peut ne pas s'en rendre compte. Dans ces conditions, l'hospitalisation permet de signifier la gravité et les risques pour la vie relationnelle et le monde intrapsychique de l'adolescent.

Mais, il existe aussi des risques à hospitaliser un adolescent. Le risque est de stigmatiser le jeune : « s'il est hospitalisé en psychiatrie, c'est qu'il est fou ». Certains parents font ce

raccourci et ont une attitude rejetante envers leur enfant. A l'extrême, nous voyons des parents amener en urgence leur enfant car il s'est scarifié et ils exigent qu'il soit hospitalisé. Les angoisses de mort générées chez ces parents par les scarifications sont trop fortes pour qu'ils puissent rassurer et contenir le jeune.
La mère de Laure extrapolait elle-même les scénarii de passage à l'acte que sa fille pourrait faire. Il ne s'agit pas de se voiler la face et de ne rien anticiper, mais il ne s'agit pas non plus de projeter ses propres angoisses, conduisant au passage à l'acte.
Le risque est que le cadre institutionnel se transforme alors en abri épargnant à l'adolescent et à sa famille toute élaboration (137).

Une forme clinique peut être individualisée, celle du patient qui inaugure puis multiplie ces passages à l'acte dans la période de préparation de sa sortie définitive du service. Le patient ne peut choisir entre la poursuite d'une hospitalisation sécurisante mais vécue comme une dépendance insupportable et une sortie vécue comme un abandon. La décision de sortie, qui fréquemment s'impose, peut être difficile à prendre. Dans ce contexte, les scarifications sont un message et une demande adressés à l'équipe. Mais, cette demande est au cœur de contradictions et de conflits internes qui la rend difficilement formulable (128).

L'hospitalisation doit donc être envisagée comme un recours possible pour certains patients. Elle ne doit pas être l'ultime maillon des possibilités thérapeutiques, le médecin y faisant appel après l'échec des autres thérapeutiques.

3.4.2. Les soins

3.4.2.1. Face à l'agir
Dans un premier temps, le soignant va donner les soins locaux nécessaires. Puis, au cours d'un entretien qui reprend le passage à l'acte, le patient peut évoquer son état de tension psychique et son besoin de s'en débarrasser. Le marquage de l'acte par le soignant permet l'élaboration.
En pratique, il est difficile de trouver le juste milieu dans la réponse à apporter suite à un passage à l'acte. Il ne s'agit pas de s'appesantir sur le symptôme, de le dramatiser avec le risque qu'il devienne la seule raison de mobilisation de la famille. Mais, à l'inverse, il ne s'agit pas non plus de le banaliser et de négliger les significations qu'il porte en lui : une demande d'aide, un avertissement adressé à la famille, une provocation. Il est à craindre que

la banalisation du symptôme soit profondément désorganisatrice et disqualifiante pour l'adolescent et qu'elle donne libre cours à la répétition. Nous n'avons pas non plus à nous ériger comme instance énonçant nos certitudes, bien que certains parents essaient nous mettre à cette place (128, 137).

Dans la vie institutionnelle et les interactions soignants-soignés, le surgissement de la violence est perçu par les soignants comme une mise en cause brutale de la qualité du lien relationnel établi ou en train de s'établir. C'est l'institution elle-même qui se sent attaquée, menacée dans sa cohésion et qui doit affronter des fantasmes de destruction (116). La violence agie, la menace qu'elle fait peser sur le lien thérapeutique, la perception par le soignant de sa disqualification, ne sont que ce miroir du vécu du patient de menace d'envahissement et de captation par l'objet du fait même de son attachement et de l'ampleur du besoin qu'il en a. Le rapproché relationnel est synonyme de menace sur l'identité (77).

La recrudescence des troubles du comportement, au cours du processus thérapeutique, peut aussi être le témoin paradoxal d'un appel à une contention supplémentaire pour resserrer l'espace d'un cadre trop vaste, trop aléatoire et qui ne rétablit pas assez solidement le sentiment perdu de continuité et de sécurité (136).

La mobilisation des soignants est vécue par les autres patients comme une exceptionnelle marque d'intérêt, qui suscite une grande envie, aussi évidente qu'impossible à formuler. Ainsi, il faudra dispenser des mesures similaires et parfois préventives, pour certains patients. La contagiosité du comportement pourra alors être évitée (128).
De plus, les autres patients sont le plus souvent apaisés et rassurés de constater que l'intéressé est pris en charge par une équipe soignante, de voir une équipe ferme, non débordée et capable de contenance. Celle-ci offre alors une alternative à la seule identification ambivalente au patient auto-agressif (128).

3.4.2.2. Le contrat de soins

Paradoxalement, laisser le patient trop libre dans ses choix, c'est l'obliger à se révéler à lui-même le poids de son désir et de sa dépendance à l'égard de l'objet.
Les prescriptions faites au patient (horaires, activités, temps de repos, visites) ont une fonction essentielle. Elles lui redonnent un rôle actif, fixent les limites respectives, donnent une occasion de conflictualiser la relation. Accomplir une prescription, accepter un contrat,

permettent d'ignorer le désir relationnel sous-jacent et de croire qu'on le fait par raison, par obligation, peu importe pourvu que ce ne soit pas par amour (113).

3.4.2.3. Les médiations corporelles

Nous avons vu que l'adolescent utilise son corps et l'agir comme mode de défense vis-à-vis de l'angoisse et des conflits psychiques. A partir de ce constat, nous proposons aux adolescents différentes activités centrées sur le corps. Ces activités ont comme objectif de permettre à l'adolescent d'écouter son corps et de ressentir de nouvelles sensations corporelles.

Une psychomotricienne, pratiquant du Tai-chi-chuan, a adapté cet art martial aux prises en charge avec les adolescents. Tout d'abord, les jeunes sont plutôt curieux et intéressés par cette activité. Elle leurs permet par l'exécution de mouvements lents et d'exercices de respiration de ressentir les différentes parties du corps. Elle leurs apporte également une certaine détente. D'autres activités sont possibles : atelier esthétique, atelier mode, natation, escalade.

A travers ces médiations, l'adolescent expérimente de nouvelles activités, éprouve du plaisir et se sent valorisé.

3.4.2.4. Le travail familial

L'adolescent est toujours lié à sa famille. Aider l'un ne peut se faire sans l'autre. Si les parents restent dans le même fonctionnement ou s'ils ne voient pas l'évolution du jeune, ils risquent de se positionner de la même façon envers lui et de reproduire les mêmes interactions.

3.4.2.5. Rôle et place des soignants

La fonction et la place des membres du personnel soignant sont différentes et complémentaires dans la prise en charge des adolescents. Nous savons que l'adolescent repère les fonctions de chacun et qu'il ne dit pas la même chose de son histoire et de ses affects selon son interlocuteur. Au travers des différentes fonctions et personnalités des membres de l'institution, l'adolescent va pouvoir construire son identité.

Par ailleurs, la répétition des conduites auto-agressives met l'équipe soignante en difficulté. Elle est confrontée à l'agressivité du patient, au moins en partie dirigée contre elle et à ses propres sentiments contre-transférentiels. Cette agressivité peut faire surgir de nombreux

éprouvés chez les soignants : compassion, agacement, sentiment d'exaspération et d'impuissance, désir de punition, découragement et lassitude (136).
Une analyse collective, ritualisée ou non, par les soignants de leurs contre-attitudes à l'égard des adolescents apparaît le plus souvent nécessaire et bénéfique. Elle objective la dimension psychothérapique de toute institution (109).

3.4.3. La prévention

Le chemin est étroit entre le risque de trop en faire et le risque de n'en pas faire assez. La prévention doit prendre en compte l'univers familial, socioculturel, mais aussi scolaire et relationnel de l'adolescent. L'adolescent répond à la sollicitation de son monde interne comme à celle de son environnement (109).
L'existence d'un « symptôme » ou d'un « problème » à l'adolescent n'implique pas l'installation dans la pathologie mentale. C'est le cumul, la diversité et la répétition des conduites pathologiques qui représentent les indices les plus pertinents de souffrance psychique et de risque d'organisation psychopathologique.

Il importe de prendre en considération « la part non pathologique de la personnalité » en repérant les moyens dont dispose le sujet pour échapper à la psychose par exemple, mais aussi à la névrose, à la psychopathie, etc. Le pronostic, c'est-à-dire les potentialités et les risques évolutifs, est ainsi apprécié à partir des effets de la symptomatologie actuelle sur les changements de l'adolescence (102).

CONCLUSION

L'adolescence n'est pas une création d'une époque de l'histoire d'une société donnée. Elle correspond à une exigence de travail psychique inhérente au développement de tout être humain, à laquelle tout individu est confronté et toute société s'efforce de trouver une solution (75).

L'adolescence est un temps de marge, une période de tâtonnement propice à l'expérimentation des rôles, à l'exploration de l'environnement, à la recherche des limites entre soi et les autres, soi et le monde. Elle est une quête intime de sens et de valeurs. La relation à soi est marquée du sceau de l'étrangeté et du doute ; la difficulté à élaborer le monde qui vient, à commencer par son propre corps dont les bouleversements troublent l'adolescent, suscite un sentiment de menace (95).

Les scarifications sont un moyen de lutte contre la souffrance. Le sujet y recoure comme moyen de régulation. Les attaques corporelles marquent la défaillance de la parole et de la pensée. Ce sont des tentatives de forcer le passage pour exister. L'altération corporelle est une redéfinition de soi dans une situation pénible. Mais, l'apaisement est provisoire (96).

Les scarifications apparaissent comme une défense contre les tendances dépressives et comme un aménagement au vécu de perte et de séparation (112).
La défaillance précoce de l'environnement, tantôt quantitative (absence réelle ou discontinuité des premières relations), tantôt qualitative (disponibilité psychique insuffisante), a perturbé la constitution de ce que Winnicott qualifie de « sentiment continu d'exister » et de « capacité à être seul ». Ce capital de sécurité interne personnelle représente la meilleure garantie quant à la possibilité d'une séparation-individuation ultérieure réussie. En effet, de ce manque premier découle l'impossibilité d'élaboration introjective de l'absence et de la perte (146, 149). Ainsi, en l'absence de limites infantiles lui permettant de s'approprier son enveloppe externe et de se constituer un monde interne non destructeur, l'adolescent met son corps en demeure de réorganiser les relations intérieures / extérieures (18).
Ainsi, ces marques physiques renvoient à des évènements traumatiques et à des conflits qui n'ont pas été élaborés.

La peau symbolise le mieux l'interface avec le monde. Le salut est de se heurter au monde, en quête d'un contenant. La blessure témoigne de la tentative de reconstituer le lien intérieur-extérieur à travers une manipulation sur les limites de soi. Elle est une restauration de l'enveloppe narcissique (5).

Les comportements de scarification témoignent d'organisations psychopathologiques variées et expriment une pathologie du lien et une problématique de dépendance se manifestant par l'agir. Par ce fonctionnement, ils rejoignent d'autres troubles tels que les troubles du comportement alimentaire, les fugues, l'alcoolisation et la toxicomanie.

Nous avons vu aussi que les effets du contexte socioculturel retentissent sur les modalités d'expression des pathologies de l'adolescence. La manifestation comme la résolution des problématiques liées à l'adolescence varient considérablement d'une époque et d'une culture à l'autre. Il nous semble donc préférable de nous intéresser au fonctionnement psychopathologique sous-jacent qu'au symptôme présenté.

Enfin, la question du diagnostic et surtout celle du pronostic restent, comme toujours, plus difficiles s'agissant d'adolescents, dont le fonctionnement mouvant ne permet pas de prévoir les modalités de l'organisation définitive.



BIBLIOGRAPHIE

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

1. ABELHAUSER A.
Pathologies factices et vérité subjective.
L'évolution psychiatrique, 1999, vol. 64, N° 1, pp 113-133.

2. ALLEON A. M., MORVAN O., LEBOVICI S.
Adolescence terminée, adolescence interminable.
Paris, PUF, 1985, 240 p.

3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Ed.
Washington DC. : American psychiatric association, 1994.

4. ANCET P.
La notion de limite appliquée au corps vécu et représenté.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2004, vol. 52, pp 371-376.

5. ANZIEU D.
Le Moi-peau.
Paris, Dunod, 1995, 291 p.

6. ARIES P.
L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime.
Paris, éd. Seuil, Coll. Points Histoire, 1973.

7. BAILLY D.
Recherche épidémiologique, troubles du comportement alimentaire et conduites de dépendance.
L'Encéphale, 1993, N° XIX, pp 285-292.

8. BARBEY D'AUREVILLY
Une histoire sans nom.
Paris, Ed. Gallimard, Collection Folio classique, 1972, 154 p.

9. BASQUIN M.
La chimiothérapie des auto-mutilateurs, remarques et perspectives.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1984, vol. 32, N° 4, pp 209-212.

10. BATS N.
Les coupeuses, (« cutters »).
Humeurs, 2004, N° 35, pp 25-28.

11. BERAUD J., GENESTE J.
Tentatives de suicide à répétition : histoire d'une dépendance (qui n'en finit pas).
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 2004, Tome 8, N° 72, pp 51-54.

12. BERGERET J.
Abrégé de psychologie pathologique.
Paris, Masson, 1972, 8ème édition, 360 p.

13. BERGERET J.
La personnalité normale et pathologique.
Paris, Dunod, 1996, 3ème édition, 330 p.

14. BERGERET J.
La violence fondamentale.
Paris, Dunod, 1984.

15. BERTAGNE P., PEDINIELLI J.-L.
Agir à l'adolescence. Souvenirs à effacer et rêves à proscrire.
Nervure, 1992, N° 7, pp 46-50.

16. BERTAGNE P., PEDINIELLI J.-L.
La peau coupée. Hypothèses sur les phlébotomies : les logiques d'un acte.
Nervure, 1998, N° 1, pp 13-18.

17. BIRRAUX A.
L'adolescent face à son corps.
Paris, Bayard éditions, 1994, 204 p.

18. BIRRAUX A.
Le corps adolescent.
Paris, Bayard éditions, 2004, 173 p.

19. BOCHEREAU D.
Tentatives de suicide à répétition chez l'adolescent.
La revue du praticien, 1998, vol. 48, pp 1431-1434.

20. BOURGEOIS M., DAUBECH J.-F., BENEZECH M., LEMERLE A.-M.
Enquête sur l'automutilation chez l'adulte en milieu psychiatrique.
Annales médico-psychologiques, 1984, vol. 142, N° 10, pp 1287-1295.

21. BRACONNIER A., CHILAND C., CHOQUET M.
Idées de vie, idées de mort. La dépression en question chez l'adolescent.
Paris, Masson, 2004, 151 p.

22. BRACONNIER A., MARCELLI D.
L'adolescence aux mille visages.
Paris, Odile Jacob, 1998, 265 p.

23. BRUCKNER P.
L'euphorie perpétuelle. Essai sur le devoir de bonheur.
Paris, édition Grasset, 2000, 280 p.

24. CAHN R.
Adolescence et folie. Les déliaisons dangereuses.
Paris, PUF, Le fil rouge, 1991, 292 p.

25. CAHN R.
L'adolescent dans la psychanalyse.
Paris, PUF, Le fil rouge, 1998, 217 p.

26. CAHN R.
L'agir dans le fonctionnement mental de l'adolescent – implications, techniques.
Revue française de psychanalyse, 1987, tome LI, N° 4, pp 1147-1154.

27. CHILAND C.
L'automutilation : de l'acte à la parole.
Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 1984, vol. 32, N° 4, pp 169-170.

28. CORCOS M., BOCHEREAU D.
La question de la filiation à l'adolescence, vue au travers des conduites dites « addictives ».
Perspectives psychiatriques, 1999, vol. 38, N° 1, pp 9-16.

29. COSLIN P.
Psychologie de l'adolescent.
Paris, éd. Armand Colin, 2002, 181 p.

30. DE LEO D., HELLER T. S.
Who are the kids who self harm? An Australian self-report school survey.
Medical Journal Australian, 2004, 181, N° 3, pp 140-144.

31. DELARAI-CHABAUX C., ROCHE J.F.
Les coupures cutanées à l'adolescence : le carving, sens et fonctions du symptôme.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1996, vol. 44, N° 1-2, pp 43-48.

32. DOUNIOL M.
Diagnostic de la personnalité borderline à l'adolescence : revue de littérature.
Le journal de nervure, 2003, Tome XVI, N° 1, pp 1-4.

33. DOUVILLE O.
Attaques contre le corps ou retour au geste ?
Adolescence, 2004, vol. 22, N° 2, pp 391-397.

34. DRIEU D.
Automutilations, traumatophilie et enjeux transgénérationnels à l'adolescence.
Adolescence, 2004, vol. 22, N° 2, pp 311-323.

35. DRIEU D.
Les violences automutilatoires à l'adolescence : fonctions et les conséquences dans l'approche thérapeutique.
L'information psychiatrique, 1999, vol. 75, N° 10, pp 999-1007.

36. DUFOUR V., LESOURD S.
Les scarifications, traces de rien.
Adolescence, 2004, vol. 22, N° 2, pp 273-279.

37. EMMANUELLI M.
L'adolescence.
Paris, PUF, coll. « Que sais-je », 2005, 127 p.

38. EHRENBERG A.
La fatigue d'être soi, Dépression et société.
Paris, Odile Jacob, 2000, 414 p.

39. FACY F., JOUGLA E., HATTON F.
Epidémiologie du suicide de l'adolescent.
La revue du praticien, 1998, N° 48, pp 1409-1414.

40. FAVAZZA A. R.
The coming of age of self-mutilation.
The journal of nervous and mental disease, 1998, vol. 186, N° 5, pp 259-268.

41. FAVAZZA A. R., ROSENTHAL R. J.,
Diagnostic issues in self-mutilation.
Hospital and community psychiatry, 1993, vol. 44, N° 2, pp134-140.

42. FERRARI P., EPELBAUM C.
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
Paris, Flammarion « médecine-sciences », 1993, 588 p.

43. FLAVIGNY H.
Des conduites de dépendance à l'adolescence.
Annales médico-psychologiques, 1989, vol. 147, N° 2, pp 215-217.

44. FLAVIGNY H.
Liens entre dépendance non psychotique et comportements répétitifs asociaux ou déviants chez l'adolescent.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol. 38, N° 4-5, pp 200-209.

45. FREUD S.
Essais de psychanalyse.
Paris, Payot, 1981, p 305.

46. FREUD S.
Inhibition, symptôme et angoisse. (1926)
Paris, PUF, 1951, 112 p.

47. FREUD S.
Le malaise dans la culture. (1929)
Paris, PUF, 1995, 93 p.

48. FREUD S.
Métapsychologie, œuvres complètes. (1915)
Paris, Gallimard, Folio essais, 1986, 185 p.

49. FREUD S.
Nouvelles conférences d'introduction sur la psychanalyse.
Paris, Gallimard, folio essais, 1933, 263 p.

50. FREUD S.
Totem et tabou. (1912)
Paris, Payot, 1985, 185 p.

51. FREUD S.
Trois essais sur la théorie sexuelle. (1905)
Paris, Gallimard, folio essais, 1985.

52. GEUZAINE C., LEBRUN C.
Le passage à l'acte auto-agressif et sa prise en charge thérapeutique : le risque d'aider.
Perspectives psychiatriques, 2000, vol. 39, N° 2, pp 157-163.

53. GILLIBERT C., BLANQUART A.-M., DUCHENE J., GARY I., GIANNONI S., LIDA-PULIK H.
Difficultés de prise en charge de la répétition suicidaire à l'adolescence.
La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 2000, vol. IV, N° 41, pp 43-44.

54. GOGUEL D'ALLONDAIS T.
Rites initiatiques. Rites de passage.
Apertura, 1999, N° 15, pp 87-100.

55. GRANBOULAN V., BASQUIN M.
Dépendance des parents à la pathologie de l'adolescent.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1990, vol. 38, N° 4-5, pp 210-213.

56. GREESPAN G. S., SAMUEL S. E.
Self-cutting after rape.
American journal of psychiatry, 1989, vol. 146, N° 6, pp 789-790.

57. GRUNITZKY E. K., BALOGOU A. A. K., DODZRO C. K.
Intérêts cliniques et épidémiologiques des scarifications thérapeutiques traditionnelles chez l'épileptique au Togo.
Bulletin de la société de pathologie exotique, 2000, vol. 93, N° 4, pp 251-254.

58. GUEGUEN J. P.
La violence retournée contre soi.
Etudes psychothérapiques, N° 9, Violences, pp 81-91.

59. GUTTON P.
Le pubertaire.
Paris, PUF, 1991.

60. GUTTON P.
Souffrir...pour se croire.
Adolescence, 2004, tome 22, N° 2, pp 209-224.

61. HARLAY A.
La puberté : une étape physiologique.
Revue de l'infirmière, 1993, N° 17, pp 44-47.

62. HAW C., HAWTON K., HOUSTON K., TOWNSED E.
Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients.
The British journal of psychiatry, 2001, vol. 178, N° 1, pp 48-54.

63. HAWTON K., RODHAM K., EVANS E., WEATHERALL R.
Deliberate self harm in adolescents : self report survey in schools in England.
British Medical Journal, 2002, N° 325, pp 1207-1211.

64. HEIDENREICH F., MORO M.R.
Marquages du corps, regards de la clinique transculturelle.
Humeurs, 2004, N° 35, pp 15-20.

65. HEIMANN J.P., HABINGER E.
Le concept de personnalité borderline dans l'enfance et l'adolescence, Une revue de la littérature anglo-saxonne.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1994, N° 47, pp 312-321.

66. HOFFMANN C.
L'agir adolescent.
Paris, Erès, 2000, 94 p.

67. HORASSIUS M.
Le body art d'hier et d'aujourd'hui.
L'information psychiatrique, 2005, vol. 81, N° 6, pp 535-546.

68. HUERRE P., PAGAN-REYMOND M., REYMOND J.-M.
L'adolescence n'existe pas.
Paris, éd. Odile Jacob, 1997, 304 p.

69. HUOT S., GENESTE J., VAURY P.
Conduites automutilatrices: de la psychopathologie au traitement.
Revue française de psychiatrie, 1990, vol. 8, N° 3, pp 7-11.

70. JEAMMET P.
Actualité de l'agir. A propos de l'adolescence.
Nouvelle revue de psychanalyse, 1985, N° 31, pp 201-222.

71. JEAMMET P.
Corps et psychopathologie à l'adolescence.
Psychiatries, 1996, N° 112-113, pp 28-38.

72. JEAMMET P.
Diagnostic et évaluation des troubles psychiques à l'adolescence.
L'information psychiatrique, 2003, vol. 79, N° 8, pp 701-708.

73. JEAMMET P.
Du familier à l'étranger. Territoire et trajets de l'adolescent.
Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 1983, vol. 31, N° 8-9, pp 361-381.

74. JEAMMET P.
Dynamique de l'adolescence.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 37-213, A 20, 1994.

75. JEAMMET P.
Innovations en clinique et psychopathologie de l'adolescence.
Annales médico-psychologiques, 2001, N° 159, pp 672-678.

76. JEAMMET P.
L'adolescence comme conflit, dans Le bien-être de l'enfant dans sa famille.
Paris, ESF, 1980, pp 69-80.

77. JEAMMET P.
La violence à l'adolescence, Défense identitaire et processus de figuration.
Adolescence, 1997, 15, N° 2, pp 1-26.

78. JEAMMET P.
Les agirs à l'adolescence.
Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène de vie, 1996, N° 1, pp 17-24.

79. JEAMMET P.
Les destins de la dépendance à l'adolescence.
Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 1990, vol. 38, N° 4-5, pp 190-199.

80. JEAMMET P.
Les vicissitudes du travail de séparation à l'adolescence.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1994, vol. 42, N° 8-9, pp 395-402.

81. JEAMMET P.
Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence.
Revue française de psychanalyse, 1980, Tome XLIV, N° 3-4, pp 481-521.

82. JEAMMET P., CORCOS M.
Evolution des problématiques à l'adolescence. L'émergence de la dépendance et ses aménagements.
Paris, Doin éditeurs, 2001, 94 p.

83. KESTEMBERG E.
Notule sur la crise de l'adolescence. De la déception à la conquête.
Revue française de psychanalyse, 1980, Tome XLIV, N° 3-4, pp 523-530.

84. LACAN J.
Ecrits I. (1953)
Paris, édition du seuil, 1999, 569 p.

85. LACAN J.
Le séminaire - RSI, 1974-1975.
Ornicar ?, 1975, N° 2, pp 87-105.

86. LADAME F.
Etat limite et adolescence.
La psychiatrie de l'enfant, 1998, vol. XLI, N° 2, pp 545-562.

87. LADAME F., JEAMMET P.
La psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui. Quels adolescents soigner et comment ?
Paris, PUF, 1986, 234 p.

88. LAMBERT S., DUPUIS G., GUISSEAU M., VENISSE J.-L.
Automutilations à répétition du sujet jeune : parler un même langage.
Synapse, 2004, N° 209, pp 25-28.

89. LAPLANCHE J., PONTALIS J.B.
Vocabulaire de la psychanalyse.
Paris, PUF, 1967.

90. LAUFER M.
L'idéal du moi et le pseudo-idéal du moi à l'adolescence.
Revue française de psychanalyse, 1980, Tome XLIV, N° 3-4, pp 591-615.

91. LAUFER M., LAUFER M. E.
Rupture du développement et traitement psychanalytique à l'adolescence.
Paris, PUF, 1993, 280 p.

92. LAURU D.
La folie adolescente, Psychanalyse d'un âge en crise.
Paris, Denoël, 2004, 221 p.

93. LAXENAIRE M., MILLET F., WESTPHAL C.
Les auto-mutilations : frontières et significations.
Annales médico-psychologiques, 1984, vol. 142, N° 10, pp 1283-1287.

94. LE BRETON D.
Approche anthropologique des prises de risque.
L'information psychiatrique, 1998, N° 6, pp 579-585.

95. LE BRETON D.
Conduites à risque, des jeux de mort au jeu de vivre.
Paris, PUF, 2002, 224 p.

96. LE BRETON D.
La Peau et la Trace, sur les blessures de soi.
Paris, Ed. Métailié, 2003, 235 p.

97. LE BRETON D.
La profondeur de la peau : les signes d'identité à l'adolescence.
Adolescence, 2004, vol. 22, N° 2, pp 257-271.

98. LE BRETON D.
Le recours au corps en situation de souffrance.
Douleurs, octobre 2004, vol. 5, N° 5, pp 283-287.

99. LE BRETON D.
Marques du corps, invention de soi : les jeunes générations.
L'information psychiatrique, 2005, vol. 81, N° 6, pp 529-534.

100. LE BRETON D.
Signes d'identité. Tatouages, piercings et autres marques corporelles.
Paris, Ed. Métailié, 2002, 225 p.

101. LE BRETON D.
Une anthropologie des limites : des incisions corporelles aux conduites à risque.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2004, vol. 52, pp 365-370.

102. LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M.
Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Tome 2.
Paris, PUF, 1985, pp 801-820.

103. LEFRANC G., MORON P.
Traitement pharmacologique des automutilations.
Psychologie médicale, 1989, vol. 21, N° 13, pp 2008-2011.

104. LEMPERIERE T.
La dépression avant 20 ans.
Paris, Acanthe, Masson, 1998, 194 p.

105. LOUPPE A.
Automutilations transitoires à l'adolescence.
Revue française de psychanalyse, 2001, tome LXV, N° 2, pp 463-475.

106. MAITRE J.
L'auto-mutilation comme retour du religieux ?
Adolescence, 2004, vol. 22, N° 2, pp 365-389.

107. MATHA C., SAVINAUD C.
Scarifications : de blessures en mortifications sacrificielles.
Adolescence, 2004, vol. 22, N° 2, pp 281-293.

108. MARCELLI D.
Du lien précoce au lien d'addiction, Quelques hypothèses sur les racines de la dépendance à l'adolescence.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1994, vol. 42, N° 7, pp 279-284.

109. MARCELLI D., BRACONNIER A.
Adolescence et psychopathologie.
Paris, Abrégé Masson, 1995, 4ème édition, 553 p.

110. MARESCA S., NORMAND P.
Les scarifications en Afrique noire, leurs aspects, leurs significations symboliques.
Médecine Tropicale, 1994, vol. 54, N° 4 bis, pp 459-464.

111. MELO I.
Passages au corps II.
Adolescence, 2004, vol. 22, N° 2, pp 225-243.

112. MICHEL G., LE HEUZEY M.-F., PURPER-OUAKIL D., MOUREN-SIMEONI M.-C.
Recherche de sensations et conduites à risque chez l'adolescent.
Annales médico-psychologiques, 2001, N° 159, pp 708-716.

113. MILLAUD F.
Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques.
Paris, Masson, coll. Ouvertures psy, 1998, 196 p.

114. MISES R.
Les pathologies limites de l'enfance.
Paris, PUF, 1990, 176 p.

115. MORELLE C.
Le corps blessé. Automutilation, psychiatrie et psychanalyse.
Paris, Ed. Masson, 1995, 182 p.

116. OCHONISKY J.
L'automutilation a-t-elle un sens ?
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1984, vol. 32, N° 4, pp 171-181.

117. PATTISON E. M., KAHAN J.
The deliberate self-harm syndrome.
American journal of psychiatry, 1983, vol. 140, N° 7, pp 867-872.

118. PEDINIELLI J.-L.
« Se sui-cider » : le corps entre le désir et l'acte.
Psychologie médicale, 1989, vol. 21, N° 4, pp 421-425.

119. PEDINIELLI J.-L., BERTAGNE P.
Ethique du suicidant : la phlébotomie, inscription d'une loi sur le corps.
Psychologie médicale, 1986, vol. 18, N° 6, pp 857-860.

120. PEDINIELLI J.-L., BERTAGNE P., CHABAUD B.
Les phlébotomies : approche descriptive et quantitative.
Psychologie médicale, 1988, vol. 20, N° 3, pp 448-453.

121. PENOCHET J.-C.
Un corps sous haute pression : consommation et transfiguration du corps.
L'information psychiatrique, 2005, vol. 81, N° 6, pp 507-512.

122. PERRET-CATIPOVIC M., LADAME F.
Adolescence et psychanalyse : une histoire.
Lausanne, Delachaux et Niestlé, 1997.

123. POMMEREAU X.
Le mal-être des jeunes : du repérage des signes à la prise en charge de la souffrance.
Les colonnes d'Epsos, 2003, N° 87.

124. POMMEREAU X.
Les addictions, dans L'adolescence à risque.
Paris, éd. Autrement, collection Mutations, 2002, pp 106-115.

125. PUIG-VERGES N.
Raptus suicidaire, blessures corporelles et marges psychotiques à l'adolescence.
Psychologie médicale, 1989, vol. 21, N° 4, pp 509-511.

126. RASSIAL J.-J.
A quelle demande l'adolescent suicidaire répond-il non ?
Psychologie clinique, 1999, N° 8, pp 135-142.

127. RAYNAUD J.-P.
Evènements traumatiques de l'enfance et conduites suicidaires à l'adolescence.
La revue du praticien, 1998, N° 48, pp 1424-1426.

128. RICHARD B.
Les comportements de scarification chez l'adolescent.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2005, vol. 53, N° 3, pp 134-141.

129. ROSENTHAL R., RINZLER C., WALLSH R., KLAUSNER E.
Wrist-cutting syndrome : the meaning of a gesture.
American journal of psychiatry, 1972, vol. 128, N° 11, pp 1363-1368.

130. ROY M., CHAVAGNAT J.-J.
L'automutilation itérative : suicide, exhibition, effraction de l'enveloppe corporelle ?
Psychologie médicale, 1989, vol. 21, N° 4, pp 493-495.

131. RUFO M.
Détache-moi ! Se séparer pour grandir.
Paris, éd. Anne Carrière, 2005, 265 p.

132. SCHARBACH H.
Auto-mutilation.
Annales médico-psychologiques, 1984, vol. 142, N° 3, pp 404-415.

133. SCHARBACH H.
Automutilations et auto-offenses.
Paris, PUF, 1986, 127 p.

134. SCHARBACH H.
Les conduites auto-offenses : approche métapsychologique.
Psychologie médicale, 1989, vol. 21, N° 5, pp 613-615.

135. SCHWARTZ R. H., COHEN P., HOFFMANN N. G., MEEKS J. E.
Self-harm behaviours (carving) in female adolescent drug abusers.
Clinical pédiatrics, 1989, vol. 28, N° 8, pp 340-346.

136. SIBERTIN-BLANC D.
La dépendance dans le transfert et le contre-transfert avec les adolescents.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1990, vol. 38, N° 4-5, pp 227-230.

137. SIBERTIN-BLANC D.
Quel cadre thérapeutique pour les situations de crise à l'adolescence ?
Neuropsychiatre de l'enfance et de l'adolescence, 1983, vol. 31, N° 1, pp 9-14.

138. SIBERTIN-BLANC D., GERSTLE F.
Corps, initiation et communication thérapeutique à l'adolescence.
Neuropsychiatre de l'enfance et de l'adolescence, 1983, vol. 31, N° 8-9, pp 412-414.

139. SIBERTIN-BLANC D., VIDAILHET C.
De l'effraction corporelle à l'effraction psychique.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2003, vol. 51, N° 1, pp 1-4.

140. SUEUR C.
Sur la route : Voyage et conduites à risque.
Evolution psychiatrique, 1996, vol. 61, N° 3, pp. 635-647.

141. SZWEC G.
Les procédés autocalmants en psychosomatique et en psychiatrie de l'enfant.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2004, vol. 52, N° 6, pp 410-413.

142. TEDO P. P.
Telluriques.
Adolescence, 2004, vol. 22, N° 2, pp 295-310.

143. THERIAULT J.
Nouvel esthétisme, sexualité et intimité : réflexion préliminaire sur le corps tatoué et percé aux périodes de l'adolescence et de la jeunesse.
Filigrane, 1999, vol. 7, N° 1, pp 37-47.

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

144. VENISSE J.-L.
Les nouvelles addictions.
Paris, Masson, 1990, 263 p.

145. VENISSE J.-L., BAILLY D., REYNAUD M.
Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ?
Paris, Masson, 2002, 277 p.

146. VENISSE J.-L., RENAULD M., ROUSSEAU M.
Conduites de dépendance du sujet jeune.
Paris, ESF éditeur, 1995, 255 p.

147. WIDLOCHER D.
Adolescence normale ou pathologique.
La revue du praticien, 1976, tome XXVI, N° 43, pp 2927-2937.

148. WINCHEL R. M., STANLEY M.
Self-injurious behavior : A review of the behavior and biology of self-mutilation.
American Journal of psychiatry, 1991, vol. 148, N° 3, pp 306-317.

149. WINNICOTT D.W.
De la pédiatrie à la psychanalyse.
Paris, Payot, 1969.

150. ZAHL D. L., HAWTON K.
Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk : long-term follow-up study of 11 583 patients.
The British Journal of Psychiatry, 2004, N° 185, pp 70-75.

FILMOGRAPHIE

151. LA SECRETAIRE (2002)
De S. Shainberg.

152. THRIRTEEN (2003)
De N. Reed.

VU

NANCY, le **6 juin 2005**
Le Président de Thèse

Professeur D. SIBERTIN-BLANC

NANCY, le **30 septembre 2005**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **4 octobre 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

L'évolution de la psychopathologie adolescente, depuis une trentaine d'années, a bousculé les repères nosographiques classiques. Ainsi, des pathologies qui s'expriment par le corps et l'agir, se sont développées de manière spectaculaire. Elles signent une manière d'être au monde qui révèle un fonctionnement mental d'un type particulier. Dans cette lignée, nous avons étudié les comportements de scarification pratiqués au cours de l'adolescence.
Dans la première partie de notre travail, nous abordons les aspects théoriques de l'adolescence et des scarifications. Nous envisageons les différents domaines où la pratique de scarifications est présente. Le caractère normal ou pathologique de telle pratique au cours du processus de l'adolescence est étudié. Dans la deuxième partie, nous rapportons quatre observations d'adolescentes qui s'entaillent la peau volontairement. Dans la troisième partie, l'analyse de cet agir a permis d'individualiser une séquence comportementale et de dégager des facteurs associés à ce comportement. Par l'approche psychopathologique du geste, nous avons envisagé les différents sens que pouvaient avoir les scarifications. Enfin, les différentes possibilités thérapeutiques, pharmacologiques, psychothérapiques et institutionnelles, sont abordées.

TITRE EN ANGLAIS : ADOLESCENCE ON THE EDGE, cutting oneself to exist.

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2005.

MOTS CLÉS : adolescence / scarifications / passage à l'acte / peau / dépendance / rite d'initiation / masochisme / traumatisme / tentative de suicide / société.

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54 505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
