



HAL
open science

La quête de sens autour des passages à l'acte automutilatoires et suicidaires : apport d'une étude qualitative menée auprès d'adolescents

Salomé Grandclerc

► To cite this version:

Salomé Grandclerc. La quête de sens autour des passages à l'acte automutilatoires et suicidaires : apport d'une étude qualitative menée auprès d'adolescents. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01505382

HAL Id: dumas-01505382

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01505382v1>

Submitted on 11 Apr 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est 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 toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N°41

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

La quête de sens autour des passages à l'acte
automutilatoires et suicidaires : apport
d'une étude qualitative menée
auprès d'adolescents

Présentée et soutenue publiquement
le 12 avril 2016

Par

Salomé GRANDCLERC

Née le 12 février 1987 à Boulogne-Billancourt (92)

Dirigée par M. Le Docteur Jonathan Lachal

Jury :

Mme Le Professeur Marie-Rose Moro, PU-PH Président

M. Le Professeur Bernard Golse, PU-PH

M. Le Professeur Thierry Baubet, PU-PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Marie Rose MORO, qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse,

Pour m'avoir accueilli chaleureusement dans votre service,

Pour votre grande générosité et humanité,

Pour la confiance et la liberté que vous m'avez accordées,

Pour votre soutien et vos conseils au cours de cette année,

Voici le témoignage de ma profonde gratitude et de mon admiration.

À Monsieur le Professeur Bernard GOLSE, qui me fait l'honneur d'être membre de ce jury de thèse,

Pour votre enseignement de grande qualité,

Pour la passion avec laquelle vous partagez vos connaissances,

Voici le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Thierry BAUBET, qui me fait l'honneur d'être membre de ce jury de thèse,

Pour votre accompagnement précieux et bienveillant tout au long de cette année,

Pour vos grandes qualités d'enseignement,

Soyez assuré de mes profonds remerciements et de mon admiration à votre égard.

À Monsieur le Docteur Jonathan LACHAL, qui m'a fait l'honneur d'encadrer ce travail de thèse,

Pour ton soutien et tes encouragements depuis le début,

Pour tes conseils précieux et nos échanges constructifs sur ce travail de thèse mais également sur les projets à venir,

Pour tes grandes qualités d'écoute et ton inspiration,

Sois assuré de mon éternelle reconnaissance.

Aux équipes du Service de la Maison des Adolescents de l'hôpital Cochin – Maison de Solenn,

À Mesdames les Docteurs Aurélie Harf, Ramethnissah Radjack, Clara Merchin, Corinne Blanchet, Béatrice Gal,

À Messieurs les Docteurs Jean-Pierre Benoit, Hervé Lefèvre, Jean-Baptiste Cossoul,

À toute l'équipe de l'hôpital de jour, du service de consultation et d'hospitalisation,

Pour tout ce que j'ai appris parmi vous,

Pour votre bienveillance et votre générosité,

Pour ces deux semestres d'internat et les années à venir.

Aux équipes des services qui m'ont accueillie au cours de mon internat et m'ont transmis leur savoir,

Au service de psychiatrie adulte du Docteur Françoise Daviet (Paul Guiraud), et en particulier au Docteur Gobé,

À l'unité TCA du service de psychiatrie adulte du Professeur Michel Reynaud (Paul Brousse), et en particulier au Docteur Damien Ringuenet,

Au service de psychiatrie adulte du Docteur Marie-Noëlle Vacheron (Sainte-Anne), et en particulier au Docteur Corinne Ducroix,

Au service de psychiatrie adulte du Professeur Franck Bellivier (Fernand Widal), et en particulier aux Docteurs Wajdi Methelli et Michael Barde,

Au service de psychiatrie adulte du Professeur Marie-Odile Krebs (Sainte-Anne), et en particulier aux Docteurs Gilles Martinez et Pierre de Maricourt,

Au service de pédopsychiatrie du Professeur David Cohen (Pitié-Salpêtrière), et en particulier aux Docteurs Michel Spodenkiewicz et Marie Raffin.

À mes co-internes et amis pour leur présence et leur soutien : Guillaume Pataud, Zina Berrada-Baby, Amélie Boële, Héléna Brochard, Laure Sebag, Caroline Guldner, Julien Katz, Diane Delabrouhe, Oriane Truffinet, Elie Wehbé, Victoire Paillard, Alice Guesdon, Anaëlle Klein, Laure Woestelandt.

À mes amis d'enfance : Eric Gorce, Alexandre, Arnaud et Xavier Klaeylé, Déborah Kott, Ilana Platkiewicz, Gwendoline Le Divenah, Lucille Wildenberg, Matthieu Breton, Thibaut Beranger, Frédéric Michon, Sliman Igrach.

Aux patients et à leurs familles.

*À mes parents et mes sœurs,
À Valentin,*

ABRÉVIATIONS

AM : Automutilations

TS : Tentatives de suicide

DSH : Deliberate self-harm

IMV : Intoxications médicamenteuses volontaires

SI : Self-injury

NSSI : Nonsuicidal self-injury

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DBT : Dialectical Behavior Therapy

MBT : Mentalization Based Therapy

CBT : Cognitive Behavior Therapy

SAD : Syndrome d'auto-agression délibérée

SAR : Syndrome d'automutilations répétées

SBD : Suicidal Behavior Disorder

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	14
PARTIE 1 : NOTIONS THÉORIQUES	17
I. VARIATIONS DE DÉFINITIONS ET DE TERMINOLOGIES	18
A. Pour les automutilations	18
B. Pour les comportements suicidaires	19
C. Différentes classifications pour penser les conduites d'automutilations	20
II. ÉPIDÉMIOLOGIE	22
A. Les données épidémiologiques pour les conduites d'automutilations	23
1. <i>Les taux de prévalence</i>	23
2. <i>Les caractéristiques sociodémographiques</i>	23
B. Les données épidémiologiques pour le suicide et les comportements suicidaires	24
1. <i>Le suicide</i>	24
2. <i>Le suicide chez l'adolescent</i>	25
3. <i>Les comportements suicidaires à l'adolescence</i>	26
III. FACTEURS DE RISQUE ET COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES	27
A. Concernant les tentatives de suicide	27
B. Concernant les automutilations	32
IV. FACTEURS DE PROTECTION	34
A. Les stratégies de coping	34
B. Le concept de religiosité et de spiritualité	34
C. L'environnement familial et social	36
V. DIFFICULTÉS ET PRINCIPES DE PRISES EN CHARGE DES TENTATIVES DE SUICIDE ET AUTOMUTILATIONS	36
PARTIE 2: ÉTUDE DES LIENS ENTRE AUTOMUTILATIONS ET SUICIDE À L'ADOLESCENCE: UNE REVUE NARRATIVE DE LA LITTÉRATURE	40
RÉSUMÉ	43
MOTS-CLÉS	43
I. INTRODUCTION	44
II. MÉTHODE	45
III. RÉSULTATS	47

A. Exploration du lien entre suicide et automutilations	47
B. La question de l'intentionnalité	49
C. Les modèles intégratifs	50
1. <i>De la Gateway theory à la Third variable theory</i>	50
2. <i>La théorie de Joiner, la tolérance à la douleur et l'aptitude au suicide</i>	52
IV. DISCUSSION: L'INCAPACITÉ À PENSER LA MORT	54
RÉFÉRENCES	56
PARTIE 3 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	57
I. LES AUTOMUTILATIONS	58
A. Les thèmes de la littérature qualitative	58
1. <i>Les différentes fonctions attribuées aux conduites d'automutilations</i>	58
a. <i>La fonction de 'coping'</i>	58
b. <i>La reprise de contrôle par l'automutilation</i>	59
c. <i>La validation d'une douleur</i>	60
2. <i>La dimension addictive de l'automutilation</i>	62
3. <i>L'expérience émotionnelle corporelle</i>	62
B. L'automutilation comme langage social: Étude du contexte socio-culturel	64
II. LES TENTATIVES DE SUICIDE	68
A. Les thèmes de la littérature qualitative	68
1. <i>La vulnérabilité relationnelle</i>	68
2. <i>La vulnérabilité émotionnelle</i>	70
a. <i>La détresse et le sentiment de perdre le contrôle</i>	70
b. <i>Les difficultés à communiquer la détresse</i>	71
3. <i>Moyens multiples d'agression contre soi</i>	72
B. Une lecture du contexte socio-culturel autour des gestes suicidaires	73
PARTIE 4 : MÉTHODE	78
I. MÉTHODES QUALITATIVES: GÉNÉRALITÉS ET INTÉRÊT EN SUICIDOLOGIE	79
II. OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE	82
III. MATÉRIEL ET MÉTHODE	83
A. Échantillonnage	84
B. Méthode du recueil de données	84
1. <i>Les entretiens semi-structurés</i>	85

2. Le choix d'un objet	85
C. Déroulement du recueil de données	86
1. <i>L'entretien d'information</i>	86
2. <i>L'entretien de recherche n°1</i>	87
3. <i>L'entretien de recherche n°2</i>	87
D. Analyse des résultats	89
E. Considérations éthiques	90
PARTIE 5 : RÉSULTATS	91
I. POPULATION	92
A. Recueil de données	92
B. Caractéristiques sociodémographiques	93
II. MÉTA-THÈMES ET THÈMES	95
A. Le rapport à soi	95
<i>Un "autre Moi": Du vécu de possession à la peur de devenir fou</i>	95
<i>Le combat intérieur</i>	96
<i>La dépendance à l'agression contre soi</i>	98
<i>Le passage à l'acte comme un moment seul avec soi</i>	98
B. Le rapport à l'autre	99
<i>La recherche de la réaction de l'autre</i>	99
<i>Le message caché derrière le passage à l'acte</i>	100
<i>Les mouvements de rapprochement et d'éloignement jugulés par le passage à l'acte</i>	102
<i>L'automutilation qui isole et affine</i>	103
C. Le rapport au corps et aux sensorialités	105
<i>Des éprouvés émotionnels douloureux non représentables</i>	105
<i>Le corps, média des ressentis</i>	106
<i>La définition de son corps et de ses limites</i>	108
D. Le rapport à la mort	109
<i>La confusion sur l'intention de mourir</i>	109
<i>Tester les limites entre la vie et la mort</i>	111
<i>Le passage à l'acte comme un seul en scène</i>	112
III. ÉTUDE DES OBJETS	114
PARTIE 6 : DISCUSSION	117
I. LES ALLERS-RETOURS ENTRE FOLIE ET CONTRÔLE	118

II. LA FONCTION BIEN PARTICULIÈRE D’AFFILIATION DE L’AUTOMUTILATION	119
III. UN LANGAGE DU CORPS	121
IV. QUE VIENT DIRE CE RECOURS À LA MISE EN SCÈNE AUTOUR DU PASSAGE À L’ACTE AUTOMUTILATOIRE ET SUICIDAIRE?	123
V. TRAVAIL DE QUÊTE DE SENS: UN INTÉRÊT EN PRATIQUE?	125
VI. LIMITES DE L’ÉTUDE	127
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	129
BIBLIOGRAPHIE	132

FIGURES (3)

FIGURE 1 : Modèle théorique intégratif d'interaction des facteurs de risque et de protection	31
FIGURE 2 : Flowchart de la revue narrative de la littérature	46
FIGURE 3 : Modèle culturel du suicide	77

TABLEAUX (4)

TABLEAU 1 : Guide d'entretien	88
TABLEAU 2 : Caractéristiques de la population étudiée	94
TABLEAU 3 : Récapitulatif des méta-thèmes et thèmes	114
TABLEAU 4 : Étude des objets	116

INTRODUCTION

Durant notre internat, nous avons été confrontés à des adolescents qui se faisaient du mal, qui s'automutilaient, qui tentaient de mettre fin à leur jour. Le désespoir qui mène de jeunes adolescents à se détruire peut être difficile à se représenter pour les proches bien sûr mais également pour les professionnels, qui les prennent en charge. À ce propos, on peut souvent entendre de l'incompréhension traduite par la phrase suivante : « Ils ont la vie devant eux ! ». Quoiqu'il en soit ces conduites d'agression contre soi sont très fréquentes et l'accès au monde interne de ces adolescents n'est pas toujours aisé pour le praticien. À la question « pourquoi ? », il n'y a pas de réponse univoque et c'est au clinicien d'aider le jeune à y répondre. Les parents, souvent en état de sidération et de colère, ont également besoin que l'on y réponde.

Les différents courants de pensée en psychiatrie (concepts psychanalytiques, comportementalistes, cognitivistes) s'unissent pour avancer dans la prévention et le soin de ces jeunes. La réponse diagnostique, que la psychiatrie peut apporter (épisode dépressif majeur, trouble de personnalité borderline) paraît cependant insuffisante et limitée, ces passages à l'acte ne sont pas nécessairement associés à un étiquetage psychiatrique. En effet, les profils cliniques, les problématiques familiales ou sociales offrent un panel varié d'adolescents autour de ces deux comportements.

Ces observations, retrouvées dans les résultats de recherche mais également dans notre pratique clinique ont fait naître en nous le sentiment que ces adolescents, à travers leurs actes, étaient en quête de sens, sur eux-mêmes et sur le monde qui les entoure. Bien que la tentative de trouver un ou des sens aboutisse souvent au doute, à l'impasse, le travail de quête paraît une première étape, afin que l'adolescent puisse s'approprier un message et le déposer. À partir de là, nous avons pu formuler une problématique de recherche. Il s'agissait d'explorer les sens attribués aux passages à l'acte, par les adolescents eux-mêmes et leur façon de les intégrer à leur histoire. Notre objectif était exploratoire, il paraissait donc naturel d'utiliser une méthodologie qualitative en mettant de côté nos pré-conceptions.

Cette étude nous a donc permis de mettre en évidence la multiplicité des significations d'un geste, et la nécessité de les faire dialoguer ensemble. Ces actes peuvent être considérés comme producteurs de sens et ainsi offrir des pistes thérapeutiques.

Ainsi, notre travail débutera par un bref état des lieux épidémiologique et clinique des automutilations et des tentatives de suicide de l'adolescent. Nous présenterons ensuite les résultats d'une revue de la littérature sur les liens entre automutilations et suicide à l'adolescence, présentée sous format article, actuellement soumis à publication. Dans notre troisième partie, nous tenterons de résumer les principaux résultats de la recherche qualitative sur les conduites d'automutilations et sur les gestes suicidaires, avec pour chaque comportement, une mise en lumière du contexte socio-culturel associé. Et enfin, nous présenterons notre étude qualitative menée auprès d'adolescents recrutés au sein de la Maison des Adolescents – Maison de Solenn, qui nous permettra de discuter des aspects originaux de notre recherche.

PARTIE 1 : NOTIONS THÉORIQUES

I. VARIATIONS DE DÉFINITIONS ET DE TERMINOLOGIES

Il est retrouvé plusieurs définitions des termes automutilations ou scarifications et des tentatives de suicide ou conduites suicidaires. Les questions terminologiques soulèvent les difficultés à circonscrire ces concepts et à les définir précisément.

A. Pour les automutilations

En 1979, dans leur ouvrage intitulé *Self-Mutilation*, Ross et Mc Kay (1979) avaient pu répertorier jusqu'à trente-trois termes pour désigner les automutilations (AM). De nombreux termes anglo-saxons existent pour les définir et le choix du terme employé est dépendant de l'environnement théorique et clinique. Trois semblaient être d'un usage plus courant : *Self-injury*, *Deliberate self-harm* et *Nonsuicidal Self-injury*.

Le terme *Deliberate self-harm* (DSH), tel qu'employé au Royaume-Uni, regroupe les AM mais aussi les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) ou overdoses avec ou sans intentionnalité suicidaire sous-jacente. Alors que ce terme est employé aux Etats-Unis comme proche du terme français 'automutilation'. Celui de *Self-injury* (SI) comprend des actes auto-agressifs directs ou indirects avec ou sans but suicidaire. Il regroupe ainsi les AM mais aussi les conduites suicidaires, des comportements de type trichotillomanie ou exposition à des situations de violence et des automutilations dans le cadre de trouble envahissant du développement ou de trouble schizophrénique. Ce terme est cependant jugé comme trop polyvalent. Les automutilations constituent ainsi un sous-groupe au sein de la vaste catégorie des comportements auto-agressifs. Le regroupement des conduites suicidaires et des AM au sein de la catégorie des comportements auto-agressifs illustre ainsi la proximité conceptuelle de ces deux entités (Gicquel & Corcos, 2011). Une nouvelle dénomination, les *Non-suicidal Self-injury* (NSSI) (International Society for the Study of Self-Injury, 2007) a été choisie pour désigner les blessures physiques auto-infligées de la surface du corps, socialement sanctionnées, réalisées de manière délibérée, sans intention suicidaire associée (se

couper, se brûler, se frapper, se frotter excessivement) (Favazza, 1989; Simpson, 1980; Walsh & Rosen, 1988). Cette définition semble s'approcher au plus près du concept français d'automutilation et faire consensus au niveau international.

Les taux de prévalence sont cependant similaires selon la terminologie employée, ce qui sous-entend un recouvrement du même trouble (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012).

B. Pour les comportements suicidaires

De la même façon que pour les automutilations, les termes relatifs au suicide soulèvent de nombreuses questions terminologiques.

Le terme suicide se réfère à l'acte de se donner délibérément la mort (Rapport OMS, 2014). Cette définition simple à priori, recouvre un concept extrêmement flou et hétérogène, à la croisée des conceptions sociologiques, anthropologiques, culturelles, psychologiques et philosophiques. Pour le sociologue Emile Durkheim (1897), le suicide équivaut à « *tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat.* ».

La tentative de suicide (TS) et le comportement suicidaire sont bien plus difficiles à définir. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son rapport de 2014, a choisi de définir la tentative de suicide comme « *tout comportement suicidaire non mortel et acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec intention de mourir ou pas* », soulignant également la complexité de l'évaluation de l'intentionnalité sous-jacente à ce type d'acte (Rapport OMS, 2014). La tentative de suicide est à englober au sein du terme comportement suicidaire qui, lui, se réfère à « *un ensemble de comportements allant des idées suicidaires à la planification du suicide, la tentative de suicide et le suicide* » (Rapport OMS, 2014). Le rapport de l'OMS (2014) souligne que l'inclusion des idées suicidaires dans la définition du comportement suicidaire est une question complexe faisant débat. Il explique également que les questions terminologiques ont donné lieu à de nombreuses discussions, de sorte que l'OMS ne prétend pas fournir de terminologie « officielle ».

Le terme d'équivalent suicidaire est par ailleurs régulièrement utilisé en clinique pour recouvrir certaines conduites à risques, ajoutant au flou identificatoire de la tentative de suicide. La multiplicité du sens donné aux actes que recouvrent les comportements suicidaires participe à l'hétérogénéité du concept.

C. Différentes classifications pour penser les conduites d'automutilations

Une question simple en clinique devient complexe à définir et conceptualiser. Afin d'essayer de mieux comprendre les automutilations, plusieurs auteurs ont tenté de les classer. La classification des automutilations est complexe car elle pose la question du sens donné au comportement automutilateur et ainsi que celle de la comorbidité.

La classification de Karl Menninger (1938) décline les comportements auto-agressifs en 5 catégories : la destruction, le suicide, le suicide chronique, le suicide focal et le suicide organique. Le terme de suicide focal fait référence au comportement automutilatoire au sens où l'impulsion suicidaire est vue comme concentrée sur une partie de soi-même, partie qui substituerait le tout.

Favazza (1998), quant à lui, classe les AM en trois catégories phénoménologiques : les AM majeures (amputations, énucléation, castration retrouvées dans les pathologies davantage psychotiques), stéréotypiques (retrouvées principalement dans l'autisme ou le retard mental : se cogner, se taper la tête, se mordre) et enfin les AM superficielles modérées, les plus fréquentes à l'adolescence, sub-divisées en AM compulsives (trichotillomanie, onychophagie) souvent répétitives, ritualisées et survenant plusieurs fois par jour; et impulsives (se couper, se brûler, se donner des coups) pouvant être épisodiques ou répétées. La bascule des AM impulsives épisodiques aux AM répétitives surviendrait généralement après 5 à 10 passages à l'acte en moyenne.

De la même façon, Pattison et Kahan (1983) puis Walsh (2006) ont proposé de différencier les comportements auto-agressifs selon le niveau de létalité du geste, la manière de procéder (directe ou indirecte) et le caractère unique ou répété de ce

dernier. Cette classification permet de visualiser l'étendue du spectre des comportements auto-agressifs allant du suicide aux auto-agressions indirectes telles que l'anorexie mentale chronique ou l'abus de substance en passant par les automutilations.

Les tentatives de définition et de classification partagent le souci de clarté et la particularité d'être à la fois descriptive et athéorique (Gicquel & Corcos, 2011). Les classifications existantes ont été pensées et réfléchies afin d'approcher au plus près le concept d'automutilation, d'étudier son association aux pathologies psychiatriques et d'individualiser parmi les AM un sous-type qui pourrait correspondre à une entité syndromique. Des tentatives ont été proposées en ce sens, de Pattison et Kahan (1983) qui souhaitaient voir intégré un syndrome d'auto-agression délibérée (SAD) dans les items du DSM-III au titre d'un trouble du contrôle des impulsions, à Favazza (1998) qui décrit le syndrome d'automutilations répétées (SAR). Ils insistent sur le caractère répétitif (supérieur à 5 fois), la sensation croissante de tension précédant au passage à l'acte, le soulagement après être passé à l'acte, la souffrance engendrée avec un niveau de retentissement socio-professionnel et l'absence d'intention consciente suicidaire. Ce syndrome ne s'intègre pas au sein d'une pathologie psychotique ou d'un trouble du spectre autistique.

Plus récemment, dans une même perspective, les NSSI ont été soumises aux discussions autour du DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), mais les données ont manqué pour conclure. Les NSSI apparaissent dans la section '*Condition for further study*', au titre d'un syndrome distinct. Les critères sont la présence de blessures auto-infligées à la surface du corps (se couper, se brûler, se frapper, se frotter au point de créer des abrasions cutanées) au moins cinq fois dans l'année précédente, sans intentionnalité suicidaire, dans le but d'obtenir un soulagement ou de se sortir d'une difficulté interpersonnelle. Ce syndrome ne prend pas en compte les marquages corporels socialement acceptés (piercing, tatouage, rite culturel). Il ne rentre pas dans le cadre d'un trouble psychotique, ni autistique et n'est pas dû à un retard mental. Il ne comprend pas le trouble de trichotillomanie (American Psychiatric Association, 2013). Cependant, la combinaison des caractéristiques de ce comportement conduit à la réalisation d'une constellation de « profils » de sujets automutilateurs, trop complexes pour être utilisés en pratique.

Dans la même logique, un syndrome intitulé *Suicidal Behavior Disorder* (SBD) a été proposé au DSM 5 et apparaît dans la même section (American Psychiatric Association, 2013). Ce syndrome se réfère à la présence d'au moins une tentative de suicide dans les deux années précédentes, ayant eu pour but une mort auto-infligée. Ce syndrome est à différencier du syndrome NSSI, en cela que son but n'est pas d'obtenir un soulagement. Il ne prend également pas en compte les actes réalisés dans des états délirants ou confusionnels, ni à des fins politiques et religieuses (American Psychiatric Association, 2013).

On étudiera et on entendra le terme 'automutilations' dans ce travail au sens d'automutilations superficielles, modérées de type impulsif (se couper, se brûler, se frotter violemment, se frapper...) selon la classification de Favazza (1998). On mettra ainsi de côté les automutilations de type compulsives ainsi que celles associées à des pathologies psychiatriques psychotiques, autistiques ou liées à un retard mental.

II. ÉPIDÉMIOLOGIE

Suicide et automutilations (AM) sont des problématiques majeures du champ de la psychiatrie de l'adolescent. Les AM touchent 10% d'entre eux en moyenne (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, & Onghena, 2011; Brausch & Gutierrez, 2009; Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012; Heath, Toste, & Beettam, 2007; Ross & Heath, 2002), et les principaux risques sont l'évolution vers la chronicisation ou vers d'autres formes de conduites auto-agressives, en particulier les tentatives de suicide (TS) (Hawton et al., 2012). Le suicide est quant à lui la deuxième cause de mortalité des 15-29ans (Rapport OMS, 2014).

A. Les données épidémiologiques pour les conduites d'automutilations

1. Les taux de prévalence

Au niveau mondial, la prévalence moyenne des automutilations est de 17,2% chez les adolescents, 13,4% chez les jeunes adultes et 5,5% chez les adultes (Swannell, Martin, Page, Hasking, & St John, 2014). Aux Etats-Unis, elle est de 35% dans la population clinique adolescente hospitalisée (Darche, 1990; Hamza, Stewart, & Willoughby, 2012; Hawton et al., 2012; Jacobson, Muehlenkamp, Miller, & Turner, 2008). Elle y serait d'environ 10% dans la population générale adolescente (Baetens et al., 2011; Brausch & Gutierrez, 2009; Hawton et al., 2012; Heath et al., 2007; Ross & Heath, 2002). Une partie de ces adolescents présentent des AM récidivantes (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Whitlock & Knox, 2007). En Europe, la prévalence est estimée à 17,8% pour les adolescents de 14 à 17 ans (Madge et al., 2008; Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012), ce qui en fait une question majeure de santé. Il est à noter que le taux d'automutilations sur une période de vingt années, aurait connu une augmentation d'environ 200% (Gicquel & Corcos, 2011).

2. Les caractéristiques socio-démographiques

De nombreux auteurs ont identifié la période de l'adolescence comme à risque d'engagement dans les conduites automutilatrices, la prévalence des AM diminuant à l'âge adulte (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007). Les automutilations débutent majoritairement entre 13 et 15 ans, pendant la période pubertaire (Glenn & Klonsky, 2009; Hawton et al., 2012; Nock & Prinstein, 2004). Les filles s'engagent plus tôt que les garçons dans ce type de comportement (Andover, Primack, Gibb, & Pepper, 2010). Elles sont donc plus à risque pendant la période adolescente (Baetens et al., 2011; Prinstein et al., 2008), mais cette différence de genre tend à s'atténuer avec l'âge (Bureau et al., 2009; Claes et al., 2010). Enfin, les études montrent une incidence plus importante chez les adolescents caucasiens dans les pays occidentalisés (Conterio & Lader, 1998; Kokaliari & Berzoff, 2008; Kokaliari, 2005; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004, 2007;

Sargent, 2003; Shaw, 2002). Ceci est à nuancer car les données d'épidémiologie et les caractéristiques des comportements auto-agressifs varient largement entre les communautés et les groupes socio-culturels, et il s'avère difficile d'obtenir des données réalistes de bonne qualité dans certaines aires géographiques (Rapport OMS, 2014).

B. Les données épidémiologiques pour le suicide et les comportements suicidaires

1. Le suicide

Le suicide figure parmi les vingt principales causes de décès dans le monde, tous âges confondus : 804 000 décès par suicide seraient survenus dans le monde en 2012, ce qui représente un taux de suicide global standardisé selon l'âge de 11,4 pour 100 000 habitants (15 chez les hommes et 8 chez les femmes) (Rapport OMS, 2014). Le suicide est ainsi une problématique centrale de santé publique dans le monde, avec une morbidité estimée de 1,8 à 2,4% selon les pays (Rapport OMS, 2014). L'OMS s'est saisie de la problématique il y a plus de quarante ans, le premier rapport datant de 1969.

En France métropolitaine, le nombre de décès par suicide a été enregistré en 2011 à 10 367 (Rapport ONS, 2014). On retrouve un taux de décès standardisé par âge de 27,7 / 100 000 habitants pour les hommes et de 8,1 / 100 000 habitants pour les femmes, soit un taux trois fois supérieur chez les hommes (Rapport ONS, 2014). Ces chiffres sont assez stables voire ont tendance à diminuer dans le temps depuis une dizaine d'années, après une réduction sensible dans les années 1990 (Rapport ONS, 2014). Au niveau européen, la France se classe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide après la Finlande, la Belgique et la plupart des pays de l'Est (Rapport ONS, 2014). La disparité régionale est importante, avec une incidence plus grande au Nord Ouest (Bretagne principalement puis Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Limousin) et une incidence plus faible en Alsace, Midi-Pyrénées, Corse et Rhône-Alpes (Rapport ONS, 2014).

2. Le suicide chez l'adolescent

Le suicide représente la seconde cause mondiale de décès chez les adolescents et jeunes adultes dans la plupart des pays (Rapport OMS, 2014). Le suicide est peu fréquent avant l'âge de 15 ans, mais sa prévalence augmente largement (X10 à X20) chez les 15-25ans (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). Il y aurait officiellement environ 164 000 décès par suicide par an chez les moins de 25 ans avec un rapport de 2 à 6 garçons pour 1 fille (Patton et al., 2009). Ce sex-ratio est toutefois inversé dans certains pays asiatiques (Chine et sud de l'Inde), avec une prévalence plus importante de mortalité chez les filles. Cette différence est en partie expliquée par la signification culturelle du suicide dans ces pays, vu comme un acte de mise en accusation, de vengeance sur le statut social de la femme (Canetto, 2008). La répartition est hétérogène au niveau mondial, avec une prévalence plus importante en Europe de l'Est, Russie, Japon et une moindre prévalence en Amérique Centrale et en Amérique du Sud ; les USA, l'Europe occidentale, et l'Asie possédant une prévalence moyenne. Il s'avère néanmoins difficile d'obtenir des données de bonne qualité dans certaines aires géographiques notamment le continent africain (Nock et al., 2008; Rapport OMS, 2014).

L'incidence du suicide chez l'adolescent a considérablement augmenté depuis le début du 20^e siècle, principalement durant la période 1960-1990. Depuis 1990, on note une baisse régulière du taux de suicide, parallèlement au développement des campagnes de prévention, à la réduction de certains facteurs de risques, et à la démocratisation de l'usage des traitements antidépresseurs chez l'adolescent. Cette question a longtemps fait débat (Wheeler, Gunnell, Metcalfe, Stephens, & Martin, 2008), mais de plus en plus d'études semblent confirmer la réduction du nombre de suicide lié à l'utilisation des antidépresseurs (Brent, 2007; Bursztein & Apter, 2009; Gibbons et al., 2007; Katz et al., 2008).

En France, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la voie publique, avec un taux de suicide des jeunes âgés de 15 à 19 ans de 4,1 pour 100 000 habitants (de Tournemire, 2010). Le sex-ratio est équivalent aux sex-ratio mondial (Rapport ONS, 2014).

3. Les comportements suicidaires à l'adolescence

Les données concernant les tentatives de suicide sont plus difficiles à établir, de part l'hétérogénéité de la définition du trouble, mais aussi et surtout parce que de nombreux sujets présentant ces problématiques ne consultent pas le corps médical. Les enquêtes de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), comme « Baromètre », ont permis d'accumuler une source de données fiables concernant les comportements et attitudes de santé des Français. En effet, 25,5% des 15-19 ans en population générale ayant fait une tentative de suicide n'ont pas consulté pour ce motif (Arènes, Janvrin, & Baudier, 1998; Beck, Guilbert, & Gautier, 2007; Knafo et al., 2012). On estime que les tentatives de suicide seraient 10 à 20 fois plus nombreuses que les suicides réussis (Rapport OMS, 2014).

4 à 8% des adolescents américains présenteraient un passage à l'acte suicidaire entre 15 et 19 ans (Hamza et al., 2012; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Nock et al., 2008). Les chiffres de prévalence sont plus importants chez les adolescents hospitalisés en psychiatrie (Asarnow et al., 2011; Jacobson et al., 2008). Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les jeunes filles que chez les garçons, mais il est plus difficile que chez l'adulte de mettre en évidence une différence de genre dans le taux de mortalité par suicide (Baetens et al., 2011; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozono, 2002; Nock et al., 2008; Plener, Libal, Keller, Fegert, & Muehlenkamp, 2009).

En France, la prévalence moyenne des tentatives de suicide est de 7,7% pour les 12-18 ans, la prévalence des idées suicidaires, difficile à chiffrer serait de 10,7% pour cette tranche d'âge. Il est retrouvé une prévalence pour les tentatives de suicide de 8,3 % chez les filles contre 6,9% chez les garçons (de Tournemire, 2010). Une enquête française, réalisée en milieu scolaire, montraient que 9% des adolescents français entre 14 et 19 ans avaient déjà réalisé une tentative de suicide, dont 6% de garçons et 15% de filles. Un quart de ces jeunes étaient dans un processus de répétition et seulement un adolescent sur 6 avait été hospitalisé au décours d'une tentative de suicide. Les auteurs posent l'hypothèse que « *ceux qui ont des idées suicidaires, pas plus nombreux qu'avant, passent plus souvent à l'acte* » (Choquet & Granboulan, 2004; Choquet & Ledoux, 1994).

Les tentatives de suicide apparaissent cependant dans plusieurs pays européens comme

la première raison d'admission en unités d'urgences médicales chez les jeunes (Mann, Apter, Bertolote, & al., 2005). Il est d'ailleurs rapporté de forts taux d'hospitalisation en médecine pour tentatives de suicide en France chez les jeunes filles de 15 à 19 ans (43 pour 10 000 par an) (Rapport ONS, 2014).

Concernant les moyens, l'absorption orale de médicaments est de très loin la méthode la plus utilisée (80 à 85%). Les autres moyens sont plus rares: phlébotomie, défenestration, pendaison, précipitation sous un véhicule (Choquet & Granboulan, 2004).

Il semble exister une progression des comportements suicidaires dans le temps avec davantage d'idéations suicidaires au début de l'adolescence (Hamza et al., 2012; Krug et al., 2002; Nock et al., 2008), une incidence plus grande des tentatives de suicide à la fin de la période adolescente (Darke, Torok, Kaye, & Ross, 2010; Hamza et al., 2012; Nock et al., 2008) et une majoration du nombre de décès par suicide à partir de l'âge adulte (Hamza et al., 2012; Krug et al., 2002; Nock et al., 2008).

III. FACTEURS DE RISQUE ET COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

A. Concernant les tentatives de suicide

Les passages à l'acte suicidaires à l'adolescence résultent de déterminismes multiples intégrant des facteurs variés (Chabrol, 1984). La TS d'un adolescent est *à la fois* « un acte individuel mais aussi un geste social qui interroge le cadre environnemental du sujet » (Marcelli & Humeau, 2006).

Dans les années 1970-1980, un geste suicidaire renvoyait quasi-systématiquement à une pathologie psychiatrique sous-jacente. Ainsi Ladame (1981) faisait du moment suicidaire à l'adolescence, un moment « *psychotique* » marqué par une « *collusion du*

dedans et du dehors », « un *catastrophique télescopage du passé et du présent* ». Dans les années qui ont suivies, une équipe épidémiologique française dirigée par Davidson propose un point de vue radicalement différent : la TS, loin de concerner uniquement des adolescents « malades », apparaît comme un épiphénomène à l'adolescence (Davidson & Choquet, 1981; Marcelli, 2012). Dans les années 1990, l'aspect transnosographique du comportement suicidaire est reconnu, bien qu'une prévalence plus importante d'états limites et de dépression soit retrouvée parmi les adolescents suicidaires (Jeammet & Birot, 1994; Kernier, Marty, & Nothomb, 2015). Pommereau (2001) insiste sur la multitude des registres psychiques dans lesquels peut s'inscrire le geste suicidaire : « *Si maladie il y a, c'est beaucoup plus souvent celle des relations que des individus eux-mêmes* » (Kernier et al., 2015).

Les études d'épidémiologie analytique sont nombreuses et ont permis de répertorier un nombre important de facteurs de risque pendant cette période elle-même à risque qu'est l'adolescence. On retrouve trois niveaux distincts de facteurs de risque : le niveau individuel, le niveau familial et le niveau social. Les facteurs de risque doivent être vus comme dynamiques, fluctuants et interagissant les uns avec les autres et non comme une somme résultant en un risque global.

Breton et ses collègues québécois proposent un modèle théorique intégratif prenant en compte la résultante de l'interaction entre facteurs de risque et facteurs de protection (Figure 1) (Breton et al., 2008; Knafo et al., 2012). Les facteurs de risque comprennent deux catégories de facteurs : les facteurs de risque prédisposants correspondant à la *vulnérabilité* et les facteurs de risque précipitants correspondant à la *situation à risque* associée. Les facteurs de protection sont des caractéristiques bio-psycho-sociales agissant contre le développement du processus suicidaire malgré l'exposition à des facteurs de risque. Dans ce modèle intégratif, *Protection* et *Vulnérabilité* interagissent sur une modalité inversement proportionnelle et sont ainsi confrontées à une *situation à risque*. Un facteur n'est protecteur que dans la mesure où il modère l'impact du ou des facteur(s) de risque (Knafo et al., 2012; Kraemer, Stice, Kazdin, Offord, & Kupfer, 2001).

Parmi les facteurs prédisposants, on retrouve des facteurs individuels :

- Antécédent d'abus sexuel ou physique

- Antécédent de TS (environ 1/3 des suicidants récidivent la première année) (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, 1998)
- Dimension d'impulsivité
- Dimension d'agressivité ;

Des facteurs familiaux :

- Antécédents familiaux de comportements suicidaires
- Perte parentale précoce
- Antécédents psychiatriques familiaux
- Conflits familiaux
- Abus de substance dans la famille
- Actes criminels ;

Et des facteurs sociaux :

- Isolement social
- Victimisation / '*Bullying*'
- Echec scolaire.

Parmi les facteurs précipitants, on retrouve également des facteurs individuels :

- Troubles de l'axe I: dépression, troubles de l'humeur, troubles anxieux (notamment trouble anxieux généralisé ou syndrome de stress post-traumatique), abus de toxiques ou alcool (*Binge Drinking*), trouble du comportement alimentaire, troubles des conduites ou troubles oppositionnels avec provocation
- Troubles de l'axe II : Personnalité borderline, personnalité antisociale
- Evènements de vie négatifs
- Sentiment de rejet ou d'humiliation
- Troubles du sommeil
- Mauvais état de santé physique
- Faible estime de soi
- Désespoir
- Orientation homo- ou bisexuelle ;

Des facteurs familiaux :

- Conflits familiaux récents
- Perte parentale récente
- Défaut de communication intra-familiale

- Mauvaise perception des relations familiales (pouvant venir d'antécédents de négligences ou maltraitances émotionnelles familiales menant à un parcours carencé sur le plan affectif);

Des facteurs sociaux :

- Incapacité à faire appel aux adultes
- Relations pauvres avec les pairs
- Refus de l'aide
- Suicide parmi les pairs
- Médiatisation du suicide
- Accès à des moyens létaux.

(Brezo et al., 2008; Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2006; Hawton, 2010; Hawton et al., 2012; Knafo et al., 2012).

Il semble cependant y avoir débat quant à la classification au sein de ces catégories de facteurs de risque, avec par exemple le trouble dépressif ou l'abus de substance pouvant appartenir à la fois aux facteurs prédisposants et aux facteurs précipitants.

D'autres facteurs individuels prédisposants ont été décrits mais leur dynamique de lien est encore mal comprise. Il s'agit de dysrégulations des systèmes sérotoninergiques qui seraient contributifs notamment dans les suicides violents ou impulsifs (Turecki, 2005), ainsi que des facteurs génétiques qui se combineraient aux facteurs environnementaux pour conférer une vulnérabilité aux conduites suicidaires (Caspi et al., 2003). Il a été cependant retrouvé un risque de suicide chez les parentés au 1^{er} degré d'une personne décédée par suicide quatre fois plus important (Bursztein & Apter, 2009).

Cyrulnik (2011) propose une hypothèse intéressante mettant au centre le concept de vulnérabilité émotionnelle, comme facteur de risque épigénétique au suicide, héritée d'un isolement sensoriel du nourrisson lors des premiers mois de vie, dans le cadre d'interactions précoces carencées et en cela, traumatiques (Cyrulnik, 2011; Evrard, 1999). Cette vulnérabilité entraînerait des dérégulations dans le contrôle des émotions, liées à un défaut de connexions synaptiques. Ce défaut serait à corrélérer à la découverte de taux faibles de sérotonine dans le cortex préfrontal et le tronc cérébral de personnes suicidées (Arango, Underwood, & Mann, 1997; Cyrulnik, 2011).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ajoute à cette liste, les facteurs de stress liés à l'acculturation et au déplacement des populations touchant certains groupes vulnérables comme les peuples autochtones (et ceux d'autant plus chez les jeunes hommes), les demandeurs d'asile, les réfugiés, les personnes déplacées dans leurs pays et les migrants (Rapport OMS, 2014).

Marcelli (2012) dénonce cependant la limite de toutes ces études contemporaines qui peuvent parfois mettre de côté l'individu et sa subjectivité. Il propose une autre lecture et décrit l'acte suicidaire comme une excitation débordante et traumatique que l'adolescent ne serait pas parvenu à contenir par ses seuls mécanismes de défense psychique. Selon lui, l'adolescent suicidaire ne correspondrait à aucun profil de personnalité rigoureusement défini, ni à une pathologie psychiatrique régulièrement retrouvée. Mais il note des constantes avec une vulnérabilité relationnelle marquée par un sentiment de dépendance excessive ; une vulnérabilité narcissique identitaire, entravant la constitution de limites assurées au soi et une vulnérabilité liée à l'adolescence même où le processus pubertaire sollicite hautement l'appareil psychique (Marcelli, 2012).

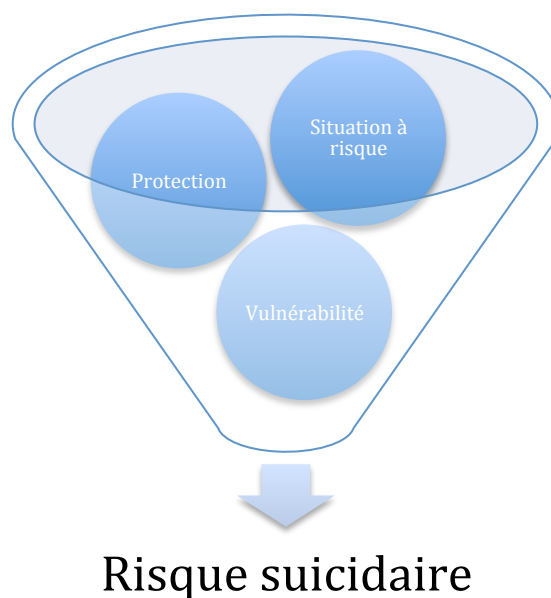


Figure 1 : Modèle théorique intégratif d'interaction des facteurs de risque et de protection (Breton et al., 2008)

B. Concernant les automutilations

On retrouve les mêmes préoccupations médicales et ainsi les mêmes résultats pour les conduites automutilatoires que pour les tentatives de suicide : la préoccupation première à chercher la pathologie sous-jacente au comportement puis finalement le constat d'un comportement touchant une large part de la population générale, non nécessairement inscrit dans un parcours de soins psychiatriques.

Jusqu'au début des années 1990, comme le soulignait Walsh (2006), les automutilations semblaient concerner principalement certains groupes de sujets présentant une morbidité psychiatrique importante. Elles apparaissaient comme congruentes des troubles auxquels elles étaient associées. Pour faire écho aux données épidémiologiques, bien que ces sous-groupes présentent toujours de forts taux d'automutilations, celles-ci semblent être le fait, de plus en plus, de sujets jeunes issus de la population générale (Fennig, Carlson, & Fennig, 1995; Gicquel & Corcos, 2011; Gratz, Conrad, & Roemer, 2002; Kokaliari & Berzoff, 2008; Turp, 1999; Walsh, 2006; Whitlock, Powers, & Eckenrode, 2006).

On retrouve ainsi le même type de facteurs de risque pour les comportements automutilatoires avec les trois niveaux précédemment cités : individuels, familiaux et sociaux et les deux catégories : facteurs prédisposants et précipitants (Gicquel & Corcos, 2011; Gothard & Conroy-Stocker, 2005; Hawton et al., 2015, 2012; Hawton, Saunders, Topiwala, & Haw, 2013; Hinduja & Patchin, 2010; Madge et al., 2011; O'Connor, Rasmussen, & Hawton, 2012).

De nombreuses récentes études tentent de quantifier les taux de comorbidités associées aux conduites automutilatoires. Elles cherchent à créer des sous-groupes de patients automutilateurs afin de leur dédier des moyens d'évaluation et de prise en charge adaptés et optimales (Klonsky & Olino, 2008). Bien que les comorbidités psychiatriques ne soient pas rares chez les adolescents automutilateurs, la présence de conduites d'AM ne présage pas de la présence d'un diagnostic psychiatrique. On retrouve une grande hétérogénéité clinique au sein de cette population d'adolescents avec des différences entre échantillon issu d'une population clinique ou issu de la population générale

(Hintikka et al., 2009; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Nock et al., 2006).

Concernant le manuel du DSM V, l'AM apparaît seulement au sein de la catégorie du trouble de personnalité borderline. En effet, il y a une forte probabilité pour que les adolescents automutilateurs présentent davantage de symptômes appartenant au trouble borderline que ceux qui ne s'automutilent pas : ces deux populations cliniques partageant des difficultés de régulation émotionnelle et une dimension d'impulsivité (Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico, & Gibb, 2005; Bohus & Schmahl, 2007; Crowell et al., 2012; Gunderson, 2001; Hawton et al., 2015; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Klonsky et al., 2003; Kokaliari & Berzoff, 2008; Linehan, 1993) ; mais la population d'automutilateurs ne rencontre pas nécessairement tous les critères diagnostiques de ce trouble. Les AM semblent par ailleurs être électivement associées aux troubles du comportement alimentaire, notamment à la boulimie (Gicquel & Corcos, 2011). Conterio et Lader expliquaient (1998) que les AM et les troubles du comportement alimentaire présentaient des dynamiques psychopathologiques similaires : « *Se couper tout comme se priver soi-même de nourriture représente une puissante forme de communication* ». En effet, les symptômes boulimiques, de la crise hyperphagique à la purge par des vomissements provoqués, sont déclenchés par des difficultés émotionnelles similaires à celles décrites chez les sujets automutilateurs (Jeppson, Richards, Hardman, & Granley, 2003; Mizes & Arbitell, 1991).

De nombreuses explications aux automutilations ont été décrites comme d'ordre psychologiques et situent la problématique au sein de l'individuel. Des questions se posent quant à savoir pourquoi ce symptôme a augmenté en population générale, de quelle manière il reflète la société dans laquelle les sujets automutilateurs vivent et quelles sont les significations sociales à ce geste (Kokaliari & Berzoff, 2008; Potter, 2003; Shaw, 2002).

IV. FACTEURS DE PROTECTION

Il est globalement retrouvé dans la littérature des facteurs de protection communs aux deux types de comportement auto-agressifs.

A. Les stratégies de ' *coping* '

Parmi les facteurs de protection individuels, le concept de stratégies de ' *coping* ' est fréquemment cité. Le terme ' *coping* ' provient du verbe anglais ' *to cope* ' qui signifie ' *affronter, faire face* '. Le ' *coping* ' est le type de réponse produite par un individu face à une situation difficile. Les stratégies de ' *coping* ' sont définies comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux utilisés pour maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu (Knafo et al., 2012; Lazarus & Folkman, 1984). Il est décrit comme l'un des plus importants facteurs de protection contre le risque d'auto-agression. De nombreuses études visent à établir un modèle explicatif dont notamment le modèle de référence décrit par Lazarus et Folkman (1984). Ce modèle se présente de manière dichotomique avec deux styles de ' *coping* ' : celui centré sur le problème et celui centré sur l'émotion. Le premier regroupe des stratégies visant à modifier la situation (approche), le second permet de réduire l'anxiété ou la détresse psychologique sans viser la modification de la situation (évitement) (Lazarus & Folkman, 1984). Horwitz (2011) met en évidence notamment que le ' *coping* ' basé sur l'émotion – ' *coping* ' évitant - est significativement associé à la présence d'idéations suicidaires ou d'auto-agression chez des adolescents.

B. Le concept de religiosité et de spiritualité

Une littérature nord-américaine de plus en plus riche s'est intéressée au concept de religiosité et de spiritualité comme un facteur potentiel de protection contre le développement et la persistance de conduites suicidaires chez les adolescents (Bostik & Everall, 2007; Greening & Stoppelbein, 2002; Knafo et al., 2012; Stack, 2000; Wong, Rew, & Slaikeu, 2006). On retrouverait une plus grande proportion de sujets à même

d'accepter le suicide et présentant des idéations suicidaires ou des comportements auto-agressifs dans une population sans affiliation religieuse (Anglin, Gabriel, & Kaslow, 2005; Chu, Goldblum, Floyd, & Bongar, 2010; Cohen, Colemon, Yaffee, & Casimir, 2008; Eshun, 2003; Kaslow et al., 2004; King, Hampton, Bernstein, & Schichor, 1996; Nisbet, Duberstein, Conwell, & Seidltiz, 2000).

Il y a plus d'un siècle, Emile Durkheim (1897) défendait déjà l'idée selon laquelle, la religion pouvait protéger du suicide, effet qu'il attribuait plutôt à une plus grande cohésion sociale et à un sentiment d'appartenance. Mais l'aspect protecteur peut aussi être lié au fait que la plupart des religions condamnent le suicide, le considérant comme une offense à Dieu (Anderson, Standen, Nazir, & Noon, 2000; Herrera, Dahlblom, Dahlgren, & Kullgren, 2006; Jo, An, & Sohn, 2011; Lachal, Orri, Sibeoni, Moro, & Revah-Levy, 2015; Osafo, Hjelmeland, Akotia, & Knizek, 2011). En le condamnant, elle protège ainsi le groupe de la violence du message associé aux comportements auto-agressifs mais, au détriment de la considération de la détresse individuelle (Bennett, Coggan, & Adams, 2003; Lachal et al., 2015; Zayas, Gulbas, Fedoravicius, & Cabassa, 2010).

Le concept de spiritualité est plus large et proclamé comme n'appartenant pas à une institution religieuse. Colucci (2008) insiste sur l'importance d'évaluer et de prendre en compte le rapport du patient à la spiritualité dans la prévention des conduites auto-agressives. Elle permet d'offrir un ensemble complexe de croyances au sujet de Dieu, de l'éthique, des relations humaines, de la vie et de la mort, et ainsi d'exercer une fonction contenante (Colucci, 2008). Plusieurs auteurs insistent sur la nécessité de considérer la religiosité et la spiritualité comme une caractéristique culturelle à part entière et d'introduire cet item dans des évaluations systématiques (Colucci, 2008; Shafranske & Malony, 1990).

Considérons maintenant un autre aspect de la spiritualité pouvant être évalué : les raisons de vivre et le sens attribué à la vie. Elles s'intéressent aux attributs cognitifs positifs orientés vers la vie, pouvant empêcher un adolescent d'envisager le suicide comme une solution résolutive à sa souffrance (Knafo et al., 2012). Ces raisons peuvent être explorées en discutant les liens familiaux, la confiance en soi, l'acceptation au sein du groupe de pairs, le soutien social, la peur du suicide et l'espérance face au futur (Labelle, Lachance, & Morval, 1996).

C. L'environnement familial et social

Le soutien familial et social entretiennent des liens dynamiques avec les facteurs de protection précédemment cités mais sont considérés comme facteurs de protection à part entière. Le soutien social est d'autant plus important à l'adolescence qu'il s'agit d'une période de la vie durant laquelle la principale tâche développementale est de se distancier de sa famille et d'investir des liens affectifs à l'extérieur du cercle familial (Knafo et al., 2012). Néanmoins, le soutien familial est reconnu comme un facteur avéré de protection contre les conduites automutilatoires et les gestes suicidaires à l'adolescence et a fait l'objet de nombreuses études notamment en lien avec les théories de l'attachement. En effet des modalités d'attachement insécures paraissent jouer un rôle dans le développement et le maintien du processus d'agression contre soi (Baetens et al., 2013, 2014; Birraux, Lauru, & Collectif, 2012; Bostik & Everall, 2006, 2007; Martin, Bureau, Yurkowski, Lafontaine, & Cloutier, 2015).

V. DIFFICULTÉS ET PRINCIPES DE PRISES EN CHARGE DES TENTATIVES DE SUICIDE ET AUTOMUTILATIONS

Automutilations et gestes suicidaires posent des problèmes en terme de prise en charge : accès aux soins souvent difficile pour les adolescents (50% des adolescents ne demandent pas d'aide, 30% feraient plutôt appel à une aide sociale et seulement 20% ont recours à une aide médicale), difficultés à s'inscrire dans un suivi (environ 30% des adolescents ne se rendent pas aux consultations suivant celle dans un service d'urgence), prises en charge hétérogènes, intervenants peu formés et parfois sensibles aux stéréotypes véhiculés autour des AM ou TS (Aseltine, James, Schilling, & Glanovsky, 2007; Granboulan et al., 2001; Hawton et al., 2015, 2002, 2012; McMahon et al., 2014; Taylor & Stansfeld, 1984; Timson, Priest, & Clark-Carter, 2012). En bien des occasions, la confrontation du soignant à l'agression contre soi induit de puissantes réactions combinant de la peur, de la confusion ou bien encore de la colère. Le soignant, ainsi

capté par cette vision se sent alors souvent démuni, désarmé voire impuissant, privé de sa fonction protectrice de professionnel de santé en quelque sorte et de fait livré à ses propres affects dans un rapproché ainsi induit et vécu péniblement (Breeze & Repper, 1998; Gicquel & Corcos, 2011; Schoppmann, Schröck, Schnepf, & Büscher, 2007). Nombre d'entre eux expriment d'ailleurs ne pas se sentir « armés » pour faire face à ces types de comportement (Gicquel & Corcos, 2011).

Les parents peuvent également exprimer un lourd vécu dépressif face aux passages à l'acte de leur adolescent avec une perte d'espoir, une culpabilité importante, un sentiment d'isolement (Daly, 2005; Lachal et al., 2015; Lindqvist et al., 2008; Maple et al., 2010, 2007; Nirui & Chenoweth, 1999; Törnblom et al., 2013). La réalisation est souvent brutale, violente et participe à davantage déstabiliser les parents, qui peuvent réagir par le déni, ou bien exprimer des affects de colère contre leur adolescent (Daly, 2005; Lachal et al., 2015; Maple et al., 2007; Slovak & Singer, 2012). La famille et les équipes soignantes rapportent d'ailleurs des expériences de détresse similaires à celles des adolescents, dominées par des sentiments d'impuissance, culpabilité, colère et l'impression qu'ils perdent le contrôle de ces jeunes (Anderson, Standen, & Noon, 2003; Daly, 2005; Lachal et al., 2015; Lindqvist et al., 2008; Maple et al., 2010, 2007; Nirui & Chenoweth, 1999; Owens, Lambert, Lloyd, & Donovan, 2008; Schoppmann et al., 2007; Sebree & Popkess-Vawter, 1991; Slovak & Singer, 2012; Tallaksen, Bråten, & Tveiten, 2013; Törnblom et al., 2013). Face aux vécus de rejet des adolescents, (Bostik & Everall, 2006; Daly, 2005; Diamond et al., 2011; Everall, Bostik, & Paulson, 2006; Fenaughty & Harré, 2003; Herrera, Dahlblom, Dahlgren, & Kullgren, 2006; Jo, An, & Sohn, 2011; Maple et al., 2007; Medina & Luna, 2006; Medina, Dahlblom, Dahlgren, Herrera Rodríguez, & Kullgren, 2011; Orri et al., 2014; Owens et al., 2008; Shilubane et al., 2012; Sinclair & Green, 2005; Sun & Hui, 2007; Törnblom et al., 2013; Walsh & Minor-Schork, 1997; Yang, 2012; Zayas, Gulbas, Fedoravicius, & Cabassa, 2010), soignants et proches se sentent souvent démunis (Lachal et al., 2015), et l'incompréhension peut alors renforcer le rejet et limiter leurs capacités d'empathie (Pembroke, 1990; Schoppmann et al., 2007).

Les principes de la prise en charge d'un adolescent suicidaire ou automutilateur ont fait l'objet de nombreuses recommandations et reposent sur une triple évaluation : somatique, psychologique et sociale visant à évaluer notamment le risque de récurrence à

travers la recherche des facteurs de risque et de protection. La nécessité de définir un interlocuteur référent donne sa cohésion à la prise en charge. L'évaluation psychologique par un psychiatre formé à la clinique de l'adolescent doit commencer rapidement si possible dans les 24 heures (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, 1998; NICE, 2004). Les interventions thérapeutiques au long cours finalement reconnues comme potentiellement efficaces, principalement dans la littérature anglo-saxonne, ne sont pas pharmacologiques mais psychothérapeutiques. Les études ont porté principalement sur des modèles psychothérapeutiques comportementalistes mais aucun n'a montré de supériorité statistique, il s'agit de la '*Dialectical Behavior Therapy*' (DBT) déjà utilisée notamment chez les adultes atteints d'un trouble de personnalité borderline et adaptée aux adolescents (Hawton et al., 2015; Linehan, 1993; Miller, Rathus, & Linehan, 2006), la '*Mentalization Based Therapy*' (MBT), la '*Cognitive Behavior Therapy*' (CBT) et les thérapies de groupe (Hawton et al., 2015; Ougrin, Tranah, Stahl, Moran, & Asarnow, 2015). Les études portant sur les moyens thérapeutiques dédiés aux adolescents automutilateurs et suicidaires semblent manquer dans la littérature. La prescription de traitements psychotropes ne paraît pas électivement associée à la présence du comportement automutilateur ou suicidaire. Il dépend de la présence de comorbidités, notamment d'un trouble dépressif, anxieux ou d'une forte dimension d'impulsivité ; la prévalence de la dépression chez les adolescents qui s'auto-agressent étant importante (Hawton et al., 2015, 2013). Les médicaments, électivement prescrits dans cette situation, sont les antidépresseurs de type sérotoninergiques (van Heeringen & Mann, 2014) mais on retrouve également des prescriptions d'antipsychotiques de seconde génération ou de thymorégulateurs à visée anti-impulsive (Cipriani, Hawton, Stockton, & Geddes, 2013; Good, 2006; Keith Hawton et al., 2015).

Les professionnels expriment des difficultés d'empathie et des contre-attitudes pouvant être des entraves aux soins de ces adolescents (Anderson, Standen, & Noon, 2005, 2003; Anderson, Standen, Nazir, & Noon, 2000; Lachal et al., 2015; Osafo, Hjelmeland, Akotia, & Knizek, 2011; Tallaksen, Bråten, & Tveiten, 2013). Des études amènent à repenser les relations entre soignants, familles et adolescents dans ce contexte particulier de comportements d'agression contre soi (Lachal et al., 2015; Orri et al., 2014). L'importance est d'être témoin de la violence du message transmis par l'adolescent, d'être capable de l'entendre afin que ce dernier puisse se sentir compris (Lachal et al., 2015). Dans une perspective culturelle et sociale, un travail est nécessaire sur les

représentations des conduites auto-agressives dans le monde médical. Plusieurs disciplines, notamment les sciences sociales, considèrent par exemple le suicide dans une dimension collective, comme un facteur social ou influencé par des phénomènes culturels (Daine et al., 2013; Durkheim, 1897; Kalt, Hossain, Kiss, & Zimmerman, 2013; Willis, Coombs, Cockerham, & Frison, 2002; Wray, Colen, & Pescosolido, 2011). La tendance actuelle est celle d'une médicalisation de notre compréhension des conduites suicidaires et automutilatoires (Lachal et al., 2015; Rapport OMS, 2014) pouvant parfois réduire nos capacités d'écoute. Les adolescents s'auto-agressant ainsi que leurs familles devraient être traitées de manière multidisciplinaire en incluant des travailleurs sociaux, des éducateurs afin d'appréhender le comportement suicidaire dans toute sa complexité à savoir psychologique, sociale et culturelle et de favoriser la possibilité que l'adolescent puisse déposer son message. La recherche qualitative trouve ici toute sa place, puisqu'elle vise à explorer en détail la façon dont les sujets donnent du sens à leur vécu (Hjelmeland & Knizek, 2010).

**PARTIE 2 : ÉTUDE DES LIENS ENTRE
AUTOMUTILATIONS ET SUICIDE À
L'ADOLESCENCE :
UNE REVUE NARRATIVE DE LA
LITTÉRATURE**

Après avoir décrit les caractéristiques propres, bien que parfois communes, des automutilations et gestes suicidaires, nous nous sommes intéressés aux rapports que ces deux conduites pouvaient entretenir. Tantôt décrites comme similaires, tantôt bien distinguées, leurs relations paraissent souvent confuses et floues. Nous avons réalisé une revue narrative de la littérature et nous avons choisi de vous présenter les résultats sous le format où l'étude a été soumise pour publication à la revue Plos One en langue anglaise.

ÉTUDE DES LIENS ENTRE AUTOMUTILATIONS ET SUICIDE À L'ADOLESCENCE: UNE REVUE NARRATIVE DE LA LITTÉRATURE

Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: a Narrative Systematic Review

Salomé Grandclerc^{1,2,3}, Diane De Labrouhe^{1,2,3}, Michel Spodenkiewicz^{3,4,5,6}, Jonathan Lachal^{1,2,3†}, Marie Rose Moro^{1,2,3†}

¹ Maison de Solenn, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris, France.

² Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France.

³ INSERM 669, Paris, France.

⁴ Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, APHP, Paris, France.

⁵ Université Pierre et Marie Curie, Paris, France.

⁶ Institut de Systèmes Intelligents et Robotique, Paris, France.

† These authors contributed equally to this work.

Corresponding Author : Salomé Grandclerc (SG)
Inserm U669, Maison des Adolescents
97 Boulevard de Port Royal, 75679 PARIS CEDEX 14, France
Phone : +33668116172 / salomgrandclerc1987@gmail.com / Fax : +33158412808

RÉSUMÉ

Nonsuicidal self-injury (NSSI) and suicidal behaviors, both important issues in adolescent health care, are frequently associated and possibly related. Our narrative systematic review of 64 articles found that they share the same risk factors. Integrated models envision nonsuicidal self-injury as a gateway enabling teens to acquire the capability for suicide. Because suicidal behavior short-circuits thought, it is difficult to conceive an intention to die during adolescents' acts of self-injury. Intention is constructed by the narrative of the act, influenced by numerous elements from the psychopathologic, cultural, religious, and philosophic context.

MOTS-CLÉS: self-injurious behavior, attempted suicide, adolescence, intention

I. INTRODUCTION

Il est fréquemment observé une co-existence des automutilations et tentatives de suicide (Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito, Donaldson, & Boergers, 2001; Nock et al., 2006) nous invitant à nous questionner sur la nature du lien existant entre ces deux conduites et sur la façon de conceptualiser les AM. Dans leur relation au suicide, les AM possèdent un statut équivoque. Alors que certains spécialistes les envisagent comme un moyen de maintenir la vie en réduisant et régulant les affects négatifs, d'autres les considèrent comme un facteur précipitant l'émergence de pensées et tentatives de suicide (Whitlock, 2010).

Le risque de TS et de suicide est significativement augmenté chez les sujets automutilateurs. 70% des patients automutilateurs ont au moins un antécédent de passage à l'acte suicidaire sur leur vie entière et 55% en reportent plusieurs (Hargus, Hawton, & Rodham, 2009; Nock et al., 2006). Le risque de décès par suicide est plus élevé dans les 6 premiers mois suivant l'épisode d'automutilations et peut tendre à diminuer par la suite (Cooper et al., 2005). La période de l'adolescence représente une période à risque pour les deux types de comportements. En effet, le suicide est la seconde cause de mortalité à cet âge et les difficultés dans le rapport au corps en font une phase à risque d'engagement dans des conduites d'automutilations (Hargus et al., 2009; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007).

Il s'agit là de présenter les interactions réciproques entre AM et TS afin d'affiner la classification nosographique de ces phénomènes. Nous présenterons les différents modèles intégratifs ayant tenté d'établir un lien entre les AM et le suicide, ainsi que leurs limites. Étudier la frontière parfois floue entre ces deux comportements permet d'aborder de manière plus éclairée l'étude des représentations associées à chacun d'eux. Ceci soulève la nécessité de mieux caractériser ces comportements, qui peuvent être vus à la fois comme un symptôme de troubles psychiatriques, un syndrome individualisé ou faisant partie d'un spectre de conduites auto-agressives comprenant le suicide.

II. MÉTHODE

Il s'agit d'une revue narrative systématique de la littérature sur la thématique des associations entre automutilations et gestes suicidaires à l'adolescence. Les revues narratives systématiques permettent de synthétiser des données issues de plusieurs études quand la méta-analyse statistique n'est pas possible (Popay et al., 2006).

Notre expérience clinique auprès d'adolescents présentant ce type de comportement nous a amené à nous interroger sur l'hétérogénéité des profils et les liens apparents entre AM et suicide. Une première recherche bibliographique manuelle (Fox & Hawton, 2004; Gicquel & Corcos, 2011) a permis de préciser cette question, autour de l'intentionnalité sous-jacente au passage à l'acte. Nous avons alors identifié les publications des principaux auteurs internationaux (MS Andover, L Claes, K Hawton, JJ Muehlenkamp, MK Nock, TE Joiner,) sur la question de recherche et avons ainsi sélectionné 24 études. L'étude des bibliographies de ces articles a constitué notre réserve principale d'exploration.

Enfin, nous avons mené une revue exhaustive des bases de données électroniques PUBMED, MEDLine, ScienceDirect, PsychInfo, CINAHL, à l'aide des mots clés '*NSSI*' [OR] '*Deliberate self-harm*' [AND] '*Suicidal behavior*' [AND] '*Adolescence*', parus entre 1990 et janvier 2014, sans critère de sélection méthodologique. Nous avons sélectionné sur titre et abstract, après élimination des doublons, les articles qui remplissaient les critères d'inclusion (51 articles), à savoir qu'ils considéraient les liens entre suicide et automutilations. Une deuxième sélection sur texte entier n'a finalement retenu que 40 papiers. Au total, 64 articles ont été sélectionnés. Le Flowchart est détaillé dans la figure 2.

Le travail d'extraction des données après lecture de l'ensemble des textes a permis d'élaborer un plan thématique. Les données ont ensuite été reportées de manière descriptive, recoupées, partagées et réparties dans les différentes sous-parties thématiques via un travail de synthèse narrative. Du fait de l'hétérogénéité des méthodes des articles inclus, nous n'avons pas pu réaliser de travail de comparaison statistique des différentes données, ni pris en compte la réalisation méthodologique des

études. Les résultats ont néanmoins été extraits puis reportés selon leur niveau de pertinence et regroupés selon des thématiques communes.

Cette revue consiste en une construction thématique dans un cadre analytique des données de la recherche afin de présenter un compte-rendu narratif de la documentation existante concernant les questionnements nosographiques autour des comportements auto-agressifs suicidaires et automutilatoires.

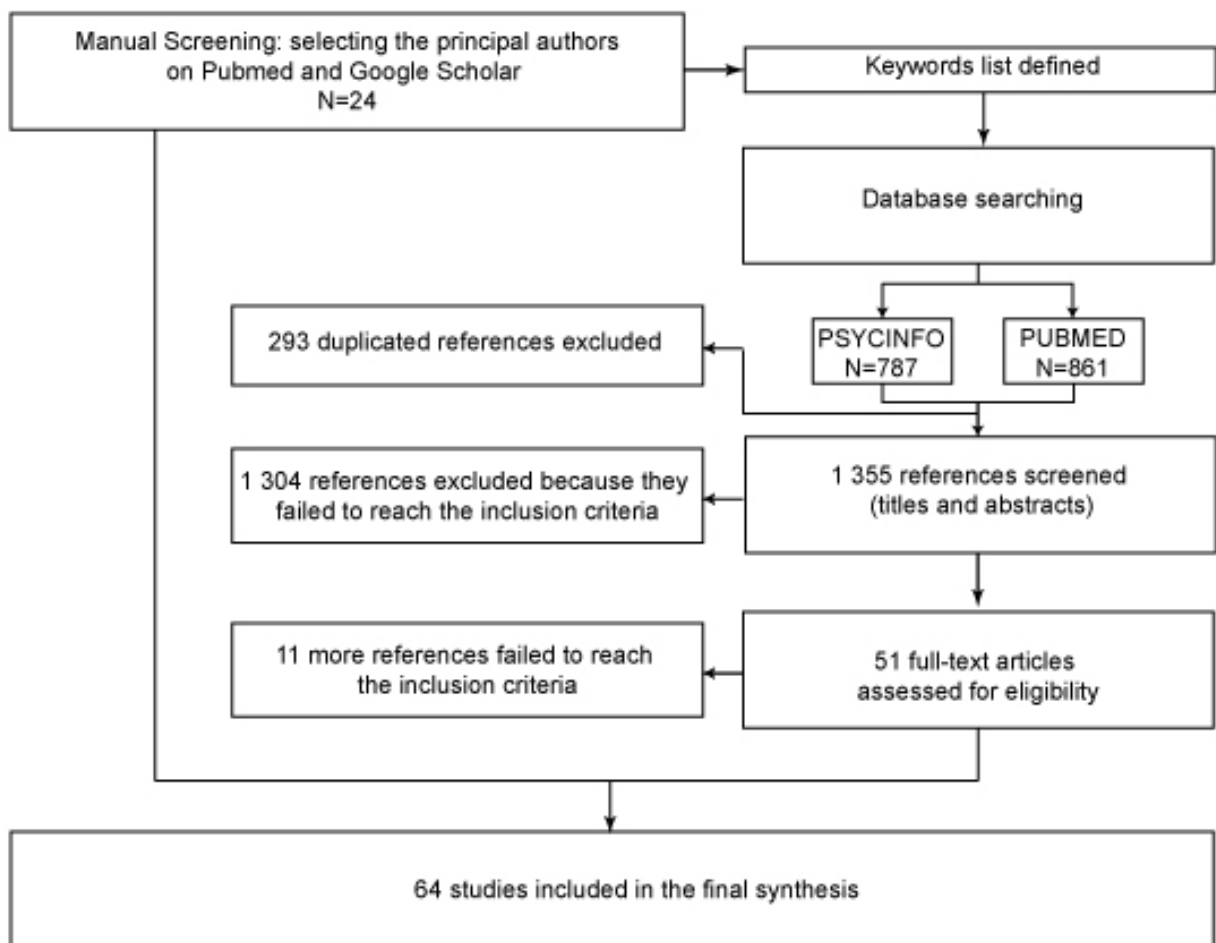


Figure 2 : Flowchart de la revue narrative de la littérature

III. RÉSULTATS

A. Exploration du lien entre suicide et automutilations

Le lien entre AM et passages à l'acte suicidaires s'articule de différentes manières. Il s'agit ici de décrire les différents aspects de cette relation.

Tout d'abord, AM et gestes suicidaires partagent un certain nombre de facteurs de risque (Nock et al., 2006; Skegg, 2005):

- parmi les comorbidités psychiatriques : dépression, trouble de personnalité borderline (Favazza, 1998; Nock et al., 2006), abus de substance, état de stress post-traumatique, dimension d'impulsivité (Lynam, Miller, Miller, Bornovalova, & W, 2011), troubles du comportement et passages à l'acte (Hukkanen, Sourander, & Bergroth, 2003; Nock et al., 2006), troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, troubles des conduites (Hawton et al., 2012).

- parmi les facteurs contextuels, relationnels et traumatiques: antécédents d'abus sexuel ou violence physique (Muehlenkamp, Walsh, & McDade, 2009), dysfonctionnements familiaux (Connor & Rueter, 2006; Tulloch, Blizzard, & Pinkus, 1997).

Certains auteurs ont suggéré des comparaisons inter groupes (Andover & Gibb, 2010; Asarnow et al., 2011; Brausch & Gutierrez, 2009; Claes et al., 2010; Dougherty et al., 2009; Hamza et al., 2012; Jacobson et al., 2008; Muehlenkamp, Ertelt, Miller, & Claes, 2011; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007): groupe d'adolescents présentant des AM seules (g. AM), des AM et des gestes suicidaires (g. AM+TS), ou des gestes suicidaires isolés (g. TS).

Lorsqu'on considère les adolescents avec des comportements automutilateurs et des tentatives de suicide (g. AM+TS), ces derniers sont à plus fort risque de présenter une symptomatologie psychiatrique ou du moins une vulnérabilité psychologique que les deux autres groupes (g. AM et g. TS). Par exemple, ces adolescents (g. AM+TS) ont plus fréquemment un diagnostic d'épisode dépressif majeur ou d'état de stress post-traumatique. Ils présentent plus souvent des symptômes d'auto-dévalorisation, d'anhédonie et d'impulsivité. Ils rapportent également davantage d'idéations suicidaires et moins de raisons de vivre. Ceci suggère que la multiplicité des moyens d'auto-

agression forme un groupe de patients plus sévères cliniquement (Andover & Gibb, 2010). De plus, on retrouve davantage de dysfonctionnements familiaux dans ce groupe d'adolescents (g. AM+TS) à la différence de l'entourage social et par les pairs. Lorsqu'on considère les adolescents présentant des AM sans antécédent de TS (g. AM) en comparaison à ceux présentant des TS sans histoire antérieure d'AM (g. TS), on remarque que le groupe de patients automutilateurs (g. AM) présente moins de symptômes psychiatriques associés (symptômes dépressifs et post-traumatiques). Le groupe AM seules est celui qui présente le moins de dysfonctionnement psycho-social.

Dans une autre perspective, de nombreux travaux ont étudié la relation de corrélation entre ces deux types de conduites.

Certains auteurs envisagent les AM comme un important facteur de risque prédictif de conduites ou pensées suicidaires concomitantes ou ultérieures (Asarnow et al., 2011; Darke et al., 2010; Tang et al., 2011; Whitlock et al., 2013; Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka, & Goodyer, 2011). En effet, des études récentes ont permis de hiérarchiser les facteurs de risque suicidaires selon le niveau de corrélation aux TS. La fréquence élevée d'AM ainsi que le nombre important de méthodes d'AM arrivent en deuxième et troisième position derrière la présence d'idées suicidaires, devant certains symptômes psychiatriques (troubles borderline, impulsivité, symptômes post-traumatiques, symptômes dépressifs), et les caractéristiques démographiques tels que le genre, l'ethnie, ou encore l'âge du patient (Klonsky & Glenn, 2008; Victor & Klonsky, 2014).

Pour autant, il existe de nombreuses façons de s'automutiler et certaines semblent plus à risque de mener à des passages à l'acte suicidaires. Les AM possédant les caractéristiques suivantes sont associées à un taux quantitativement supérieur de tentatives de suicide : durée supérieure à un an, nombre important de méthodes utilisées (Turner, Layden, Butler, & Chapman, 2013), méthode de cutting, fréquence élevée de conduites automutilatrices, absence de douleur physique pendant le geste, dommages physiques sévères, forte intention consciente de vouloir mourir, dissimulation du geste (Nock et al., 2006). Il paraît indispensable d'évaluer ces caractéristiques afin d'apprécier la sévérité du comportement automutilatoire.

D'autres auteurs proposent d'envisager les AM comme protectrices des conduites suicidaires. C'est le modèle de l'anti-suicide (Suyemoto, 1998). L'AM serait un

compromis pour éviter la destruction totale, canalisant les pulsions destructrices en une zone circonscrite (Firestone & Seiden, 1990; Himber, 1994; Menninger, 1938). Les AM seraient alors des « *micro-suicides* », créant une « *illusion de maîtrise de la mort* » (Firestone & Seiden, 1990). Ce modèle insiste sur la fonction de coping/autorégulation à visée anti-suicidaire. Certains adolescents disent ainsi avoir recours aux AM afin de réduire la présence de pensées suicidaires, contre lesquelles ils tentent de lutter (Wilkinson et al., 2011).

B. La question de l'intentionnalité

Quels éléments pourraient permettre de distinguer les AM des gestes suicidaires? L'intention consciente de vouloir mourir avec la recherche d'une abolition de l'état de conscience paraît être une différence centrale (Gicquel & Corcos, 2011). Ainsi, quand le geste suicidaire recherche la mort, l'automutilation semble avoir pour objectif de soulager des émotions insupportables, en recherchant une modification et non une abolition de l'état de conscience. Le fait d'avoir recours à un nombre multiple de méthodes d'auto-agression à faible risque léthal, avec une fréquence élevée de passages à l'acte (la fréquence des automutilations étant largement supérieure à celle des TS ; en moyenne chez les adolescents, la fréquence peut avoisiner les 20 à 30 gestes automutilateurs par an) souligne la fonction d'autorégulation émotionnelle et de soulagement d'une douleur psychique des AM (Gicquel & Corcos, 2011). Les raisons invoquées par les adolescents pour justifier de leurs conduites automutilatrices peuvent être classées en raisons intra-personnelles - vouloir se soulager d'affects négatifs ou au contraire vouloir ressentir afin de diminuer un vécu d'anhédonie - et inter-personnelles - communiquer son mal-être, demander de l'aide à son entourage ou s'échapper d'une situation difficile (Nock & Prinstein, 2004, 2005; Nock, Prinstein, & Sterba, 2009; Scoliers et al., 2009; Whitlock, 2010; Wilkinson, 2013). La récente définition de NSSI insiste sur l'absence d'intentionnalité consciente de vouloir mourir, et sépare en les opposant définitivement AM et tentatives de suicide (American Psychiatric Association, 2013).

Pourtant l'intentionnalité apparaît comme une différence théorique, difficile à clarifier en clinique. Lorsque l'on touche à l'intentionnalité, la question se complexifie. Penser et

dire la mort, notamment sa mort est une donnée compliquée à apprécier en clinique, sensible au caractère, à l'éducation, à la culture. Les adolescents mêlent le plus souvent recherche de soulagement et idées de mort (Hawton, Cole, O'Grady, & Osborn, 1982; Scoliers et al., 2009). Se baser sur la question de l'intentionnalité pour différencier les AM des tentatives de suicide en pratique clinique est donc complexe, et le déterminisme de ces comportements semble être plurifactoriel (Nock et al., 2009), d'avantage accessible si l'on considère un continuum AM-TS.

C. Les modèles intégratifs

1. De la Gateway theory à la Third variable theory

Dans une perspective de compréhension théorique, plusieurs auteurs se sont attelés à essayer de comprendre pourquoi et en quoi les automutilations représentaient un facteur prédictif de gestes suicidaires pour certains patients et non pour d'autres. Plusieurs lectures du lien existant entre AM et suicide ont été proposées sous forme de modèles intégratifs.

Certains ont alors d'abord envisagé le concept de continuum spectral (Brausch & Gutierrez, 2009; Linehan, 1986; Sinclair & Green, 2005), en considérant les AM et les suicides aboutis comme les deux extrêmes d'un même spectre, deux manifestations différentes du même comportement. L'automutilation pourrait représenter l'antichambre du suicide et c'est à cette valeur d'alarme qu'il conviendrait d'être particulièrement attentif (Gicquel & Corcos, 2011). Ces réflexions s'appuient sur un des premiers modèles de compréhension du lien entre les AM et le suicide : la Gateway theory (Brausch & Gutierrez, 2009; Hamza et al., 2012; Linehan, 1986). Comme vu précédemment, les AM sont un facteur de risque prédictif fort des passages à l'acte suicidaires (Andover & Gibb, 2010; Asarnow et al., 2011; Darke et al., 2010; Favaro et al., 2007; Tang et al., 2011). Cette théorie est étayée par des études rétrospectives et prospectives, après ajustement sur les autres facteurs de risque (Andover & Gibb, 2010; Hamza et al., 2012; Whitlock et al., 2013). Les AM pourraient donc être un facteur de risque indépendant et unique de développer des gestes suicidaires ultérieurs. Plusieurs arguments viennent soutenir cette hypothèse : la forte co-occurrence de ces deux types de comportements sous-tend leur association (Andover, Morris, Wren, & Bruzzese,

2012; Asarnow et al., 2011; Hilt, Nock, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2008; Jacobson et al., 2008), les AM semblent également précéder, aux vues des données épidémiologiques, les passages à l'acte suicidaires avec un début plus précoce dans le développement (Hamza et al., 2012; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Nock et al., 2008). Des études longitudinales prospectives (Asarnow et al., 2011; Prinstein et al., 2008) font l'hypothèse que les AM apparaissent probablement avant dans le temps, suggérant un continuum temporel du degré d'auto-agression. Les AM triplent le risque de tentatives de suicide ultérieures mais également concomitantes (Whitlock et al., 2013). Elles sont cependant pensées comme un facteur prédictif unidirectionnel, les tentatives de suicide ne seraient pas prédictives d'un risque de s'automutiler (Asarnow et al., 2011; Hamza et al., 2012; Wilkinson et al., 2011). Les AM sont ainsi considérées comme des passerelles vers des formes d'auto-agression de plus en plus sévères.

On peut mettre ces données en perspective du phénomène de tolérance dans les comportements addictifs (Stanley, Gameroff, Michalsen, & Mann, 2001), en rapprochant la dimension addictive de l'automutilation au bénéfice économique attaché au comportement addictif (acte anti-pensée, soulagement et décharge de l'agressivité, contrôle et maîtrise triomphante...) et à l'auto-renforcement de la conduite (Gothard & Conroy-Stocker, 2005).

Un second modèle suppose l'existence d'une troisième variable dont la présence permettrait de faire un lien entre les AM et les tentatives de suicide (Third Variable theory). Il repose sur le partage de facteurs de risque et sur la forte prévalence de pathologies psychiatriques similaires chez des adolescents décédés par suicide et chez ceux s'automutilant (90% vs 87%) (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; Hamza et al., 2012). Les variables à prendre en compte peuvent être : un état dépressif, la présence d'idées suicidaires, un trouble de personnalité, une faible estime de soi, un entourage familial peu étayant (Brausch & Gutierrez, 2009; Whitlock & Knox, 2007). Par exemple, la présence d'un trouble de personnalité borderline augmenterait à la fois le risque d'AM et de gestes suicidaires et la prise en compte de cette variable permettrait de considérer les AM comme prédictives de tentatives de suicide (Jacobson et al., 2008). Les AM sembleraient également fortement prédictives de gestes suicidaires parmi une population d'adolescents déprimés (Tuisku et al., 2014). L'identification d'un groupe de patients automutilateurs à risque suicidaire serait donc conditionnée par la présence d'une troisième variable.

2. La théorie de Joiner, la tolérance à la douleur et l'aptitude au suicide

Les deux modèles présentés précédemment envisagent le lien entre AM et tentatives de suicide de manière restrictive, les AM étant considérées soit strictement comme facteur de risque (Gateway theory), soit strictement comme comorbidité (Third Variable theory). Elles présentent des limites théoriques et cliniques majeures, et sont mises à mal par certaines études récentes (Andover & Gibb, 2010; Asarnow et al., 2011; Hamza et al., 2012), de nouveaux modèles étaient donc nécessaires.

Dans ce sens, Joiner (2005) a élaboré un modèle intégratif des comportements auto-agressifs et a pu individualiser différentes propositions expliquant pourquoi un sujet qui a une trajectoire de vie marquée jusqu'alors par des automutilations va développer des passages à l'acte suicidaires. Il s'appuie sur une perspective originale : la tolérance à la douleur. Ce modèle a été depuis soutenu et complété par d'autres auteurs (Anestis, Bagge, Tull, & Joiner, 2011; Van Orden et al., 2010; Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner Jr., 2008).

Joiner (2005) conserve le concept de continuum AM – TS, mais ajoute une variable appartenant aux champs des neurosciences : la modulation du ressenti de la douleur (Leibenluft, Gardner, & Cowdry, 1987), véhiculée par la voie des opioïdes endogènes et des endocannabinoïdes (Hohmann et al., 2005). La répétition des AM pourrait ainsi perturber les voies impliquées dans l'analgésie induite par le stress aboutissant à un phénomène de tolérance à la douleur (Coid, Allolio, & Rees, 1983). L'auteur propose ainsi l'hypothèse que lorsque la mort est impossible à se représenter, l'automutilation apparaît comme une alternative acceptable. L'acte automutilateur pourrait alors être considéré comme une façon d'acquiescer à une aptitude au suicide. Il est retrouvé une forte association entre un nombre important de méthodes d'AM utilisées, une fréquence élevée d'AM et un risque de passage à l'acte suicidaire chez les adolescents automutilateurs (Victor & Klonsky, 2014). L'AM permettrait de s'habituer et ainsi de se désensibiliser à la peur et à la douleur de se faire du mal physiquement (Hamza et al., 2012; Joiner, 2005). Plus les moyens d'AM sont variés et fréquents, plus a lieu cette escalade dans l'aptitude à s'auto-agresser puis à se suicider (Klonsky & Glenn, 2008).

Confortant cette théorie, Muehlenkamp & Gutierrez (2007) montrent que les adolescents présentant des comportements automutilatoires décrivent moins de peur à s'engager dans des conduites d'acte suicidaire que ceux sans antécédent d'automutilation. Les adolescents automutilateurs auraient également montré des degrés de tolérance à la douleur supérieure à des sujets contrôles sur des tâches standardisées (Franklin, Hessel, & Prinstein, 2011; Glenn, Michel, Franklin, Hooley, & Nock, 2014; Hamza et al., 2012). On peut alors se demander si l'AM est un moyen de se désensibiliser à la douleur (Hooley, Ho, Slater, & Lockshin, 2010) ou s'il existe une tolérance supérieure à celle-ci constitutionnelle au sujet automutilateur (Franklin et al., 2011). Enfin, le lien entre automutilation et acquisition d'une aptitude au suicide serait lié au degré de sévérité du comportement automutilatoire. Les sujets souffrant de formes automutilatrices sévères seraient plus à risque d'accéder à cette aptitude au suicide (Hamza et al., 2012).

Plusieurs auteurs voient l'AM comme une stratégie d'adaptation et de régulation émotionnelle (Klonsky & Glenn, 2008; Nock & Prinstein, 2005). Si cette stratégie échoue, l'adolescent a besoin de s'engager dans des formes plus sévères d'auto-agression qui se rapprochent progressivement des passages à l'acte suicidaires (Whitlock & Knox, 2007). Cependant, ici, les AM sont considérées comme un des nombreux comportements pouvant contribuer indirectement à acquérir cette aptitude et ainsi augmenter le risque suicidaire. Parmi eux, l'abus de drogue ou d'alcool, des conduites d'exposition à la violence comme les expériences de combat peuvent de la même façon favoriser une gradation dans l'auto-agression (Hamza et al., 2012; Van Orden et al., 2010). Le modèle de Joiner (2005) a ainsi une portée théorique beaucoup plus large : il permet de penser de nombreux comportements et passages à l'acte impulsifs.

La variable d'aptitude au suicide présente un intérêt clinique direct en terme de prévention primaire et secondaire. En identifiant un sous-type de patients, plus à risque, elle permet de graduer les prises en charge et de proposer des soins plus étayés aux patients les plus à risque de passage à l'acte (Victor & Klonsky, 2014).

IV. DISCUSSION

L'Incapacité à penser la mort

L'ensemble de ces comportements dirigés contre soi partagent le même terrain de fragilité et de facteurs de risque mais sont également statistiquement corrélés. Les AM apparaissent comme un facteur de risque prédictif de gestes suicidaires ultérieures. Ce résultat a été utilisé dans la conception de multiples modèles intégratifs, le concept d'acquisition d'une aptitude au suicide par les AM étant le plus récent. La plupart des études sur le sujet pose d'emblée la distinction des comportements automutilatoires et suicidaires en se basant sur la question de l'intentionnalité de mourir. Celle-ci nous apparaît centrale et pourtant très difficile à apprécier en clinique. La définition de comportements avec et sans intentionnalité de mort a permis de constituer des groupes de patients accessibles à la recherche. Pourtant, comment évaluer l'intentionnalité chez des adolescents aux profils et histoires cliniques si différents ? À notre sens, cette question ne peut être complètement résolue, du fait de l'impossibilité pour l'adolescent de penser la mort au moment du passage à l'acte d'une part, et d'autre part du fait de la forte valeur relationnelle du passage à l'acte. AM et gestes suicidaires seraient ainsi des comportements inscrits sur un même continuum d'agression contre soi. À notre sens, se baser sur l'intentionnalité ne permet pas de dire qu'un désir de mort n'était pas présent lors d'un acte automutilatoire, et ne permet pas non plus de différencier les AM des tentatives de suicide.

Que signifie vouloir mourir lorsque l'on est adolescent ? Derrière l'intentionnalité se pose en effet la question des représentations de sa propre mort à cet âge. La période de construction et de transition que constitue l'adolescence est aussi le temps de la prise de conscience de la mort. L'adolescent est confronté à la nécessité de faire le deuil de l'immortalité de l'enfance. L'évolution du concept de mort semble suivre une progression développementale (Piaget, 1926), comme il est retrouvé chez l'enfant. Les représentations de l'enfance se télescopent avec des représentations adultes, des représentations transmises par l'environnement, la culture ou la religion.

Il est ainsi fréquent et normal pour un adolescent de penser à la mort. Les adolescents développent régulièrement des intérêts pour des symboles mortuaires ou pour des groupes de musique pouvant véhiculer cette symbolique. Ces pensées peuvent être considérées comme une élaboration psychique nécessaire : avec la puberté, le sentiment de mort, l'angoisse de la mort et l'idée de la mort, vue comme irréversible, universelle et inévitable, fusionnent pour tendre vers la connaissance de la mort (Chavagnat, 2005; Lonetto, 1988; Papadatos, 1991). L'objectif est d'appréhender, de se familiariser, de cerner les limites de la vie et de la mort.

Pourtant, sa propre mort est impensable : selon certains auteurs, la mort est une impasse ontologique (Rouchon & Baubet, 2015). Elle n'a pas de sens, pas de signification en elle-même, et ne serait pas entièrement accessible à la raison humaine. L'enjeu de l'adolescence est alors de construire une représentation symbolique de la mort afin de la maîtriser, ou du moins d'en désamorcer la menace (Chavagnat, 2005; Haim, 1970). Lorsque l'adolescent est dans le passage à l'acte, il n'est plus dans l'élaboration symbolique mais dans une mise en acte traduisant une incapacité à penser la mort (Chavagnat, 2005). Le court-circuit du passage à l'acte interrompt la pensée. Il n'y aurait donc pas de souhait ou d'absence de souhait de mourir pendant le passage à l'acte.

Vouloir évaluer l'intentionnalité sous-jacente à un passage à l'acte paraît alors contradictoire. Dans les automutilations comme dans la tentative de suicide, il y a court-circuit de la pensée et passage par le corps et l'acte. Avant le passage à l'acte, la mort est pensée, elle peut être symbolisée, et peut apparaître fascinante, attirante ou pas. Après le passage à l'acte, l'urgence est de mettre en récit les événements. C'est à ce moment que l'intentionnalité se construirait dans une tentative de donner du sens au passage à l'acte. L'adolescent pourrait alors à cette étape s'autoriser ou pas à parler de comportements suicidaires.

De nombreux éléments peuvent interférer avec cette démarche de quête de sens. En premier lieu, la réaction de l'entourage et la valeur relationnelle que les proches vont donner à l'acte apparaissent centrales. On sait la valeur de communication donnée aux agressions contre soi, qui peut prendre un sens parfois agressif ou rejetant (Lachal, Orri, Sibeoni, Moro, & Revah-Levy, 2014; Orri et al., 2014). Mais l'environnement culturel est également à prendre en compte, et l'interdit du suicide, qu'il soit légal, moral ou

religieux, peut influencer ce travail psychique (Herrera et al., 2006; Medina et al., 2011; Osafo et al., 2011; Shilubane et al., 2012). On peut enfin penser à l'influence des processus psychopathologiques tels que la dépression, les troubles cognitifs, les addictions (Hamza et al., 2012; Nock et al., 2006; Tuisku et al., 2014). Toutes ces dimensions psychopathologiques, sociales, anthropologiques, culturelles, religieuses et philosophiques, sont nécessaires pour la compréhension des passages à l'acte auto-agressifs.

Pour approfondir cette question en prenant en compte la complexité du contexte environnemental et socio-culturel et en explorant davantage le vécu subjectif et l'expérience rapportée des adolescents, des études semblent nécessaires. En l'occurrence, les études qualitatives sont parfaitement adaptées pour étudier en profondeur les questions complexes et la compréhension fine de comportements (Hjelmeland & Knizek, 2010; Malterud, 2001; Rich & Ginsburg, 1999).

RÉFÉRENCES

Les références ont été ajoutées aux références générales de la thèse.

PARTIE 3 : REVUE DE LA LITTERATURE

I. LES AUTOMUTILATIONS

Il s'agit dans ce chapitre de présenter les principaux thèmes retrouvés dans la littérature qualitative. La plupart des études qualitatives sur le sujet, en explorant l'expérience subjective d'adolescents automutilateurs, visent à répertorier les fonctions associées aux automutilations. Nous les avons ordonné et présentons les trois principales fonctions retrouvées. Un autre thème souvent exploré est celui de la dimension addictive de l'acte automutilatoire. Et enfin, nous approfondirons la thématique importante de l'expérience corporelle, visant à souligner les spécificités corporelles émotionnelles chez ces adolescents. Après une revue de la littérature qualitative, nous exposerons une lecture davantage socio-culturelle des automutilations.

A. Les thèmes de la littérature qualitative

1. Les différentes fonctions attribuées aux conduites d'automutilations

Les discours d'adolescents s'automutilant décrivent de multiples raisons de le faire. Les fonctions associées aux AM seraient multi-factorielles et simultanées (Adams, Rodham, & Gavin, 2005; Horne & Csipke, 2009). La conduite automutilatrice servirait des fonctions se chevauchant et opérant habituellement simultanément (Gicquel & Corcos, 2011). Nous avons choisi de présenter les plus fréquentes et d'essayer d'en dégager des concepts de compréhension.

a. La fonction de 'coping'

La fonction de '*coping*' permettrait de soulager des affects insupportables, de diminuer la tension interne et ainsi de retrouver un état affectif acceptable (Adams et al., 2005; Deiter, Nicholls, & Pearlman, 2000; Sharkey, 2003). Les AM peuvent être représentées comme un moyen de survivre à des émotions ou des situations vécues comme

intolérables ou du moins un moyen de les supporter et de « survivre » avec (Harvey & Brown, 2012).

Cette fonction est fréquemment retrouvée dans les études explorant le vécu subjectif de ces adolescents mais il semblerait qu'un grand nombre s'accommode de cette explication puisqu'elle est admise et donnée par les professionnels de santé et puisqu'elle est culturellement acceptée (Hill & Dallos, 2012). Certains adolescents retireraient de la satisfaction et ainsi du soulagement à pouvoir gérer eux-mêmes leurs problèmes et leurs émotions. On retrouve, dans le prisme de la théorie attachementiste, que cette forme extrême de '*coping*' indépendant pourrait potentiellement être reliée à des modalités d'attachement évitantes ou ambivalentes et pourrait entraîner des difficultés à tisser des relations de soutien et de qualité par la suite (Hill & Dallos, 2012; McCarthy & Taylor, 1999).

b. La reprise de contrôle par l'automutilation

La fonction de contrôle serait vue comme une tentative de reprendre le contrôle sur ce qui est vécu comme non-maîtrisable et menaçant, pouvant venir du monde extérieur mais aussi de son propre monde interne psychique et physique. Il est décrit le besoin de retrouver le sens de la réalité ou encore de retrouver la maîtrise d'un corps qui échappe (Adams et al., 2005; Babiker & Arnold, 1997; Clarke & Whittaker, 1998; Favazza, 1987, 1998; Harris, 2000; Low, Jones, MacLeod, Power, & Duggan, 2000; Solomon & Farrand, 1996).

Les AM leur permettent de convertir le chaos interne en calme et l'impuissance en contrôle (Babiker & Arnold, 1997; Boynton & Auerbach, 2004; Favazza, 1987; Harvey & Brown, 2012; Plante, 2007; Strong, 1998). Si un événement a ouvert un abîme dans l'existence, ou si une souffrance diffuse empêche de penser, le corps, et en particulier la peau, est le refuge pour s'agripper au réel et ne pas sombrer. Le recours au corps en situation de souffrance s'impose pour ne pas mourir (Le Breton, 2011).

Cependant, comme nous le verrons après, avec le rapprochement entre les AM et les conduites addictives, les adolescents présentent fréquemment les conduites

automutilatrices comme quelque chose dont il est impossible, ou du moins très difficile, de s'échapper, soulignant finalement la perte de contrôle associée (Harvey & Brown, 2012). La question du contrôle et de la maîtrise peut également se comprendre sous la forme d'un contrôle exercé sur l'environnement, en ça que l'automutilation est entendue comme un appel à une réponse affective de ce dernier (Bostik & Everall, 2007; Gicquel & Corcos, 2011).

c. La validation d'une douleur

La troisième fonction, fréquemment rapportée, est celle de la validation d'une souffrance psychique en créant une manifestation physique d'une douleur non-figurable, une preuve tangible de souffrance (Adams et al., 2005; Babiker & Arnold, 1997; Barstow, 1995; Bunclark & Crowe, 2000; Harris, 2000; Horne & Csipke, 2009; McLane, 1996; Milia, 2000; Miller, 1994; Solomon & Farrand, 1996). Clark (2002) disait d'ailleurs « *une blessure émotionnelle ne peut être suturée* ». Là où ils n'expriment qu'une haine d'eux-mêmes et un besoin de se punir, ces adolescents sont à la recherche d'une reconnaissance de leur valeur (Adams et al., 2005; Favazza, 1987; Horne & Csipke, 2009).

La fonction de validation fait référence au désir sous-jacent de l'adolescent automutilateur de maintenir un sens de soi légitime, défendable et acceptable, tant intérieurement (pour eux-mêmes), qu'extérieurement (pour les autres). Au cœur de ce concept, se situe le conflit entre le *Self* dit valide et le *Self* dit invalide (Adams et al., 2005).

Ce conflit apparaît à travers trois niveaux : le premier niveau de conflit se situe entre le « *Self* intrinsèque » et le « *Self* extrinsèque », marqué par la différence entre l'opinion interne et subjective de soi et l'opinion externe, liée à des faits objectifs. Les qualités intrinsèques vont avoir davantage de valeur dès lors qu'elles sont allouées par l'extérieur, attribuant ainsi peu de subjectivité à l'autre. Ce conflit colore les perceptions qu'ont d'eux-mêmes les adolescents automutilateurs (Adams et al., 2005).

Le deuxième niveau de conflit se situe entre l'« *Accepted-Self* » et le « *Denied-Self* ». Ces adolescents expriment souvent avoir l'impression de cacher « qui ils sont vraiment derrière un masque », réclamant un besoin de cohérence, soit en étant acceptés « comme ils sont », soit en devenant intrinsèquement celui qu'ils montrent « aux autres » (Adams et al., 2005).

Le troisième domaine de conflit se trouve entre le « *Self normal* » et le « *Self anormal* » qui met en lumière le rapport à la norme de ces adolescents. Pour beaucoup d'entre eux, les AM sont synonymes de folie, ce qui tend à les invalider d'autant plus et à creuser le fossé avec leurs pairs qui ne comprennent pas les raisons à s'auto-agresser. La non-compréhension de la part des autres vient également invalider leur souffrance et renforcer ce comportement auto-destructeur (Adams et al., 2005).

Ces adolescents automutilateurs, présentant très souvent une faible estime d'eux-mêmes, sont plus à même de construire un *Self* plus adapté à ce qu'ils pensent qu'il est attendu d'eux qu'à leurs propres perceptions d'eux-mêmes (Campbell & Lavallee, 1993; Josephs, Bosson, & Jacobs, 2003), ceci pouvant créer une tension interne difficile à réguler, un manque de cohérence résultant en un sens de soi fragmenté, partagé. Dans leurs travaux sur le trouble de personnalité borderline, Bateman & Fonagy (2005) relie les automutilations aux difficultés à développer un sens cohérent de soi. Cela peut s'expliquer par les difficultés de ces adolescents à construire et internaliser une narration cohérente de leur propre histoire (Crittenden, 2013; Hill & Dallos, 2012), à nouer des relations leur permettant d'exprimer leurs émotions notamment la colère, souvent très absente des récits (Bateman & Fonagy, 2005; Hill & Dallos, 2012). Quelques études relevaient un manque de liant dans les récits d'adolescents automutilateurs (Habermas & Paha, 2001; Hill & Dallos, 2012).

Pour Adams (2005), le message fondamental qu'essayent de faire passer ces adolescents est le besoin d'être regardé au-delà de leurs actes, au delà de l'image qu'ils nous renvoient. Plusieurs études mettent en avant la valeur de communication des automutilations, le but serait de faire passer un message là où les mots manquent où les choses ne peuvent être dites (Machoian, 2001; Yip, Ngan, & Lam, 2003). L'automutilation manifesterait une souffrance qui ne parvient pas à trouver une voie d'expression symbolique (Gicquel & Corcos, 2011).

L'étude des fonctions sous-jacentes aux automutilations permet ainsi de dégager des pistes de compréhension sur la réalité interne et les modalités relationnelles de ces adolescents.

2. La dimension addictive de l'automutilation

Plusieurs auteurs comparent les conduites automutilatrices et les conduites addictives de part leurs dimensions de dépendance, de compulsion, d'habitude et de bénéfice sur le plan de l'économie psychique avec la fonction de soulagement, de décharge et de reprise de contrôle (Adams et al., 2005; Gothard & Conroy-Stocker, 2005; Harvey & Brown, 2012). Les termes attachés au vocabulaire de l'addiction reviennent fréquemment dans le discours de ces adolescents comme par exemple 'le besoin', 'l'obligation de le faire'. Cela interroge sur la vision plus globale que peut porter la société sur ce comportement.

Dans le passage à l'acte automutilateur qui se répète, confinant à l'addiction, l'adolescent paraît trouver une jouissance dans un acte ritualisé, qui a son rythme et sa sensorialité. Gicquel et Corcos (2011) disent que ce qui est recherché dans l'addiction le plus souvent, c'est la fin de l'état de manque, la fin de la crise caractérisée par une reprise progressive d'un maintien de soi, le retour d'un éprouvé singulier. On peut voir là, le parallèle avec les actes automutilatoires à l'adolescence.

3. L'expérience émotionnelle corporelle

On retrouve dans des études (Horne & Csipke, 2009; Schoppmann et al., 2007) mais aussi dans la pratique la question chez ces adolescents de la conscience des émotions et de l'expérience émotionnelle corporelle. L'automutilation semble être un moyen de résoudre deux états émotionnels contraires mais tous deux intolérables : celui de ressentir trop et celui de ne pas ressentir assez (Horne & Csipke, 2009). Pourquoi ces adolescents semblent ressentir les choses autrement ?

William James, au 19^{ème} siècle (1884), définissait les émotions comme la sensation de

changements corporels résultant de perceptions : « *les changements corporels font suite à la perception d'un fait excitant, (...) et notre sensation de ces mêmes changements à mesure qu'ils arrivent est l'émotion* ». Bion (1974) disait également : « *l'émotion provient du corps et est mère de toutes les pensées* ». L'émotion serait définie comme une expérience particulièrement physique. L'AM serait ainsi un moyen de manipuler l'état émotionnel en introduisant une modification physique et corporelle, là où le corps ne permet plus de structurer l'expérience émotionnelle (Horne & Csipke, 2009).

Damasio (1994) et Craig (2002) suggéraient que le sens de son propre corps était la base pour acquérir un sens de soi, pouvant être décliné en trois catégories : la conscience du soi sensorielle, la conscience du soi réflexive et l'identité narrative (Horne & Csipke, 2009; Stanghellini, 2004). Le corps prendrait un rôle central dans la continuité du sens du soi (Gicquel & Corcos, 2011).

Il apparaît que l'expérience partagée par les adolescents automutilateurs soit due à un défaut de conscience du soi sensorielle. Ces adolescents décrivent des moments d'incapacité à reconnaître et s'approprier leurs propres sensations, à mettre en lien l'expérience corporelle et psychique. Le corps est ressenti comme un piège pour le psychisme, déconnecté de ce dernier. Cette perte de résonance affective impacte également la manière d'expérimenter la réalité (Horne & Csipke, 2009).

Partant du postulat que l'émotion est une expérience éminemment corporelle, les états émotionnels décrits par les adolescents automutilateurs, ressentis sur le mode « trop » ou « pas assez » semblent créer des états de « désincarnation ». L'émotion reste bloquée dans le corps et n'accède pas à une pensée enchâssable dans un sentiment. Les automutilations, en introduisant une modification corporellement ressentie, permettraient de retrouver la capacité de contrôle des sensations, de mettre fin au vécu de « désincarnation », de soulager une tension et ainsi de reconnecter le corps et le psychisme. L'adolescent pourrait ainsi se réapproprier l'expérience émotionnelle et la conscience sensorielle du soi (Horne & Csipke, 2009). Percevoir visuellement et tactilement le sang jouerait également un rôle important dans ce processus (Schoppmann et al., 2007).

On pourrait également penser que si, dans le lien précoce à la figure d'attachement

principal, l'émotion n'a pas été transmise charnellement, corps à corps vers l'enfant, celui-ci n'a pas de possible lecture de ses émotions, faute d'assises corporelles du soi suffisamment constituées (Gicquel & Corcos, 2011).

B. L'automutilation comme langage social : Étude du contexte socio-culturel

Trois niveaux de facteurs de risque de conduites auto-agressives sont décrits : le milieu socio-culturel, l'environnement (familial et extra-familial) et l'individuel (van Bergen, Smit, van Balkom, van Ameijden, & Saharso, 2008). Afin d'approfondir la compréhension fine de ces comportements, il est important de prendre en compte toutes ces dimensions. Le niveau individuel est plus étudié et très accessible par la recherche qualitative qui explore les représentations du sujet sur son propre vécu. La dimension environnementale doit être plus étudiée, notamment en favorisant les études explorant le vécu des proches (Lachal et al., 2015). Enfin, la dimension sociale et culturelle est peu approchée par les études médicales à ce jour (Colucci & Martin, 2007). Pourtant, les contenants culturels sont des contenants véhiculés implicitement et portés par un groupe, qui aident la pensée à fonctionner et permettent la circulation des contenus de pensée au sein des membres du groupe. Quand ces contenants viennent à manquer, c'est la fonction générale de symbolisation qui est atteinte, « *de même que les apprentissages cognitifs, scolaires, sociaux et culturels* » (Gibello, 1988; Moro et al., 2009; Skandrani et al., 2009). Les facteurs culturels influencent le fonctionnement psychique à la fois au niveau conscient du langage et de la narrativité, mais aussi au niveau infra-verbal du comportement. Ils occupent une place importante dans la genèse du sens donné aux actes et aux maux et participent grandement à la conception du rapport à la mort et des représentations des agressions contre soi (Herrera et al., 2006; Medina et al., 2011; Moro, 1994; Osafo et al., 2011; Shilubane et al., 2012).

Les changements sociaux ont des répercussions sur les modes d'expression des conflits à l'adolescence. L'évolution actuelle de nos sociétés, à travers des changements imprimés au fonctionnement de la cellule familiale favorise l'expression plus aiguë de

problématiques narcissiques d'affirmation de son estime personnelle au regard des exigences sociales. L'adolescent est un révélateur de la sensibilité sociale et culturelle d'une époque, il est sensible aux mouvements et y répond, non pas uniquement en imitation mais en reflétant les tensions. Les troubles du comportement paraissent traduire les difficultés qu'a l'adolescent à trouver sa place autonome dans sa famille et in extenso dans la société. La problématique classique de séparation – individuation – subjectivation peut prendre une expression comportementale corporelle avec un « marquage » charnelle de la souffrance identitaire (Gicquel & Corcos, 2011).

Dans son étude, Kokaliari (2008) aborde la problématique des conduites automutilatrices sous un angle différent et intéressant. Il examine ce phénomène dans une perspective théorique sociale en s'appuyant sur les concepts de Foucault. Il met en avant la fréquence du phénomène dans les pays occidentaux (Conterio & Lader, 1998; Kokaliari & Berzoff, 2008; Kokaliari, 2005; Sargent, 2003), la multiplicité de profils associés à ce comportement, avec notamment l'augmentation de la prévalence des AM chez les adolescents ou jeunes adultes issus de la population générale sans pathologie psychiatrique associée (Kokaliari & Berzoff, 2008; Walsh, 2006; Whitlock et al., 2006). Il tente d'explorer l'automutilation comme la manifestation d'une souffrance non seulement psychologique au niveau individuel mais aussi sociale à un niveau davantage collectif (Kokaliari & Berzoff, 2008; Potter, 2003; Shaw, 2002). L'étude se base sur les conceptions de Foucault (1984) qui décrit les caractéristiques de nos sociétés occidentales, dont le pouvoir serait de définir ce qui est normal et ce qui ne l'est pas et qui voit le corps comme le parfait médiateur sur lequel s'exerceraient les relations de pouvoir, les tensions sociétales et politiques. Foucault s'était d'ailleurs intéressé au concept d'Objectification du corps, et notamment du corps des femmes (Foucault, 1990; Kokaliari & Berzoff, 2008). D'Onofrio (2007) dit également que *« les catégories que nous utilisons pour comprendre notre réalité, à fortiori pathologique, sont toujours construites d'un point de vue social et culturel. Aussi comme d'autres comportements qui ont émergé à certains moments et à certains lieux dans l'évolution de nos sociétés, reflétant en cela les conditions culturelles du moment, l'automutilation s'est matérialisée comme une nouvelle pathologie de notre temps reflétant spécifiquement une situation culturelle dans laquelle nous nous trouvons et à laquelle nous appartenons »*.

Kokaliari (2008), dans son étude, décrit une souffrance sociale forte au sein d'une population de jeunes filles (adolescentes et jeunes adultes) automutilatrices issues de la population générale. L'automutilation est vue comme un moyen d'aider le corps à retrouver sa capacité à produire au service d'un système capitaliste, mettant de côté les émotions. Elle apparaît comme une forme insidieuse de contrôle social, afin de répondre à ce que la société demande de manière implicite, c'est à dire gérer et contrôler sa souffrance seule. La demande de productivité croissante ne laisse pas d'espace à l'expression des émotions. « *L'évolution sociale marquée par le culte de la performance et l'exhibitionnisme « déréalise » l'objet de l'émotion et dépersonnalise le sujet* », nous disait Corcos (2009). Les automutilations seraient ainsi un moyen de régulation émotionnelle et deviendraient un symptôme et un symbole de notre époque, en son aspect efficace et immédiat (Brossard, 2014; Kokaliari & Berzoff, 2008). Elias (2000), sociologue, a décrit dans son concept du « *processus de civilisation* », un changement récent de forme du contrôle social dans les sociétés occidentales : nous serions passés d'une forme de contrôle social sur les individus exercés par d'autres individus à un contrôle sur les individus exercés par eux-mêmes. Brossard (2014) voit dans l'automutilation le paroxysme de ce processus, en cela que ce comportement tendrait à renforcer l'ordre social en inhibant violence et agressivité.

D'Onofrio (2007) décrit le comportement automutilateur comme « *sous-jacent à un trouble social plus large qui serait caractérisé par un accroissement du sentiment d'aliénation, d'inégalité de pouvoir, de phénomènes de marginalisation* ». Il pointe alors l'évolution des structures familiales au cours de ces trois dernières décennies (Gicquel & Corcos, 2011).

Malgré la conscience du rôle que la culture joue dans la définition du normal et du pathologique, les études manquent dans le champ des comportements automutilatoires (Colucci, 2006; Colucci & Martin, 2007a; Domino & Takahashi, 1991; Eskin, 1999; Leenaars, Haines, Wenckstern, Williams, & Lester, 2003; Roberts & Chen, 1995; Trovato, 1986) et davantage en ce qui concerne les jeunes populations (Colucci & Martin, 2007a; Watt & Sharp, 2002). Il apparaît cependant nécessaire d'approfondir la compréhension de la dimension ethnoculturelle associée aux gestes auto-agressifs (Colucci, 2006; Colucci & Martin, 2007a; Weiss, 2001) afin de nourrir l'attribution de sens à ces gestes.

Il convient également de rappeler qu'il existe deux grandes catégories de comportements automutilateurs : les AM culturellement significantes et les AM pathologiques (Favazza, 1987). Les automutilations culturellement significantes comprennent les rituels et pratiques culturelles, renvoyant à des activités se transmettant sur plusieurs générations et reflétant les traditions, le symbolisme et les croyances d'une société. Les rituels automutilateurs visent à promouvoir trois grands objectifs sociétaux : la guérison, la spiritualité et l'ordre en corrigeant ou prévenant les facteurs menaçants pour la société (Gicquel & Corcos, 2011). De nombreux exemples permettent d'illustrer la fonction symbolique culturellement significative des automutilations. L'induction de dommages corporels contribuerait dans certaines tribus à organiser le contrôle des choses et à préserver l'ordre social notamment en indiquant l'appartenance à un clan. Il est décrit chez les jeunes hommes de la tribu Abidji une lacération auto-infligée de leur abdomen le lendemain du jour des réconciliations entre membres de la tribu ; la cicatrisation des plaies symbolisant la cicatrisation sociale ainsi obtenue entre les membres du groupe (Gicquel & Corcos, 2011).

On retrouve également dans certaines cultures la fonction initiatique de passage à l'âge adulte via l'acte automutilateur. L'adolescent acquiert de nouvelles fonctions sociales et garantit ainsi la pérennité et la préservation de la vie en communauté. Les enfants, ayant ainsi pu surmonter leurs peurs et se départir de leur innocence infantile, deviennent des adultes. L'automutilation symbolise ce passage (Gicquel & Corcos, 2011). Cette fonction initiatique pourrait peut-être se retrouver chez certains adolescents automutilateurs de nos sociétés occidentales, sans que celle-ci soit culturellement admise.

Selon Lambert (2004), « *la dimension opposant les pratiques culturellement significantes au champ pathologique réside avant tout dans leur caractère foncièrement social et symbolique* ». Les automutilations pathologiques tendent à être perçues de manière négative dans la culture générale et renvoient à un manque de signifiants culturels partagés, même si elles peuvent être à titre individuel riches de sens et de symboles.

II. LES TENTATIVES DE SUICIDE

Dans ce chapitre, nous présenterons les thèmes principaux retrouvés dans la littérature qualitative concernant l'expérience suicidaire, davantage exhaustive que celle concernant les automutilations. La quête de sens autour des tentatives de suicide vient interroger une vulnérabilité relationnelle et une vulnérabilité émotionnelle chez ces adolescents. Nous essayerons ensuite d'appréhender la question de la prise en compte du contexte culturel dans la compréhension de l'acte suicidaire.

A. Les thèmes de la littérature qualitative

Le processus suicidaire est un processus dynamique et évolutif. Il peut être appréhendé avec une perspective développementale de l'enfance vers l'âge adulte, selon laquelle les sujets présentant des idéations suicidaires auraient davantage de risque de passer à l'acte en grandissant (Everall, 2000; Leenaars, 1990, 1997). Ce processus est à rapprocher du modèle intégratif de Joiner (2005) présenté précédemment. Néanmoins, il convient de se représenter l'acte suicidaire comme faisant partie de ce processus afin de mieux comprendre le vécu de ces adolescents, comme une escalade dans la désespérance.

1. La vulnérabilité relationnelle

À la différence de la littérature qualitative concernant les automutilations, les études explorant les vécus d'adolescents suicidaires parlent plus des difficultés d'ordre relationnel au niveau familial mais également social, que de l'acte en lui-même.

La plupart des études rapportent des expériences infantiles douloureuses (séparations, deuils...) et une communication intra-familiale dysfonctionnelle pour ces adolescents (Everall, 2000; Herrera et al., 2006; Lachal et al., 2015; Medina & Luna, 2006; Shilubane et al., 2012; Wasserman et al., 2008) contribuant au développement d'un sentiment

d'insécurité dans les interactions et d'une vulnérabilité narcissique que l'adolescent semble, sans cesse, vérifier au cours de ses expériences relationnelles ultérieures (Beekrum, Valjee, & Collings, 2011; Bostik & Everall, 2006; Everall, 2000; Everall, Bostik, & Paulson, 2005; Herrera et al., 2006; Medina & Luna, 2006; Medina et al., 2011; Zayas et al., 2010). On pourrait dire que ces adolescents répètent un schéma témoignant de leur impossibilité à faire face aux émotions que soulève la découverte d'objets nouveaux, répétant là l'insécurité de leurs premières relations (Birraux et al., 2012; Cyrulnik, 2011).

Progressivement, il semble se développer un sentiment de non-appartenance au sein du groupe famille et aussi au sein du groupe de pairs (Bostik & Everall, 2006; Everall, 2000). Ces adolescents se décrivent comme différents de leurs semblables, « à part » et se sentent ainsi fréquemment isolés et rejetés (Everall et al., 2006; Keyvanara & Haghshenas, 2011; Lachal et al., 2015; Medina & Luna, 2006; Medina et al., 2011; Orri et al., 2014; Sun & Hui, 2007; Walsh & Minor-Schork, 1997). Les expériences relationnelles sont dans un premier temps, l'occasion, pour eux, de répondre à ce qu'ils pensent qu'il est attendu d'eux, essayant ainsi de combler le vide narcissique. Néanmoins, ces tentatives échouées viennent renforcer ce vécu d'isolement et de non-appartenance. À force, ces adolescents finissent par alimenter eux-mêmes leur isolement en se protégeant de toute relation potentiellement dangereuse, qui viendrait finalement confirmer leur vécu de rejet (Bostik & Everall, 2006; Everall, 2000; Everall et al., 2006; Herrera et al., 2006; Jo et al., 2011; Shilubane et al., 2012; Sinclair & Green, 2005). Les difficultés à s'affilier à un groupe entraînent des sentiments de honte, de culpabilité et de colère (Bennett, Coggan, & Adams, 2002; Bennett et al., 2003; Bostik & Everall, 2006; Everall, 2000; Everall et al., 2005, 2006; Lachal et al., 2015; Lindqvist et al., 2008; Orri et al., 2014; Sinclair & Green, 2005; Törnblom et al., 2013; Walsh & Minor-Schork, 1997). Cela conduit à un vécu d'incompréhension, une impression de ne pas être entendu par la famille ou les pairs, venant renforcer l'impasse dans laquelle ils disent se trouver (Anderson et al., 2005; Baker & Fortune, 2008; Bennett et al., 2002; Bostik & Everall, 2007; Daly, 2005; Owens et al., 2008; Paulson & Everall, 2003; Rodham, Gavin, & Miles, 2007; Tallaksen et al., 2013; Törnblom et al., 2013). L'adolescent développe ainsi une représentation de lui-même et du monde dans lequel il évolue, qui vient faire le lit du processus suicidaire. Marcelli (2012) parle d'une vulnérabilité psychique secondaire à la défaillance des mécanismes adaptatifs ou défensifs.

Quelques études qualitatives (Bostik & Everall, 2006, 2007) se sont d'ailleurs intéressées aux qualités d'attachement des adolescents suicidaires, faisant l'hypothèse que la vulnérabilité narcissique et relationnelle était liée à une mauvaise qualité des relations précoces et à des modalités d'attachement insécures (Jong, 1992; West, Spreng, Rose, & Adam, 1999).

On retrouve cette question de l'appartenance dans les études qualitatives sur les sites internet dits « pro-suicide » réunissant des adolescents partageant leurs expériences d'auto-agression leur permettant ainsi de faire « groupe ». Néanmoins, cela peut participer à davantage de marginalisation (Baker & Fortune, 2008; Greidanus & Everall, 2010; Rodham et al., 2007).

2. La vulnérabilité émotionnelle

a. La détresse et le sentiment de perdre le contrôle

Les adolescents suicidaires rapportent un vécu de détresse et d'importantes difficultés à l'exprimer. Ce vécu émotionnel, en interaction avec d'autres déterminants précédemment cités, amène l'adolescent à penser que le suicide serait la seule option envisageable pour mettre fin à sa souffrance (Bostik & Everall, 2006; Everall, 2000). La mort, comme représentation d'une fin à une situation qu'on ne peut plus gérer, s'impose comme la seule issue. Si « *on ne se tue jamais que pour exister* » (citation attribuée à Malraux), c'est davantage le désir d'une renaissance à un autre monde qui meut l'adolescent (Birraux et al., 2012).

Les études montrent la présence importante de symptômes dépressifs : la tristesse, la douleur morale, le désespoir, la colère ou encore un vécu d'anesthésie affective (Bostik & Everall, 2006; Everall, 2000; Everall et al., 2006; Orri et al., 2014; Wasserman et al., 2008). Ces adolescents décrivent des tentatives échouées de gérer des éprouvés douloureux et les situations créant ces éprouvés, entraînant un profond sentiment d'insécurité, une perte de sens et la croyance qu'ils n'ont que peu d'impact sur leur environnement (Everall, 2000; Lachal et al., 2015). De nombreux adolescents suicidaires semblent avoir l'impression de perdre le contrôle de leur propre existence (Beekrum et

al., 2011; Bostik & Everall, 2006; Everall, 2000; Everall et al., 2006; Sinclair & Green, 2005) entraînant un vécu d'échec et un sentiment d'inutilité et d'incompétence (Bennett et al., 2002, 2003; Bostik & Everall, 2007; Everall et al., 2005; Everall, Altrows, & Paulson, 2006; Herrera et al., 2006; Jo et al., 2011; Walsh & Minor-Schork, 1997). L'acte suicidaire peut alors apparaître comme un moyen de regagner le contrôle de soi, de ses émotions et ainsi de sa vie (Bergmans, Langley, Links, & Lavery, 2009; Everall et al., 2006; Lachal et al., 2015; Orri et al., 2014).

Ce thème peut être mis en regard du concept de *vulnérabilité émotionnelle* de Cyrulnik (2011), évoqué précédemment. En effet, une vulnérabilité émotionnelle pourrait être acquise au cours d'interactions précoces, lorsque celles-ci sont partielles et carencées ; les carences affectives conduisant à un isolement sensoriel délétère durant les premiers mois de vie. Elle se définit par une sensibilité excessive aux modifications de l'environnement vécues comme persécutives, de part la non-mise en place d'une structure de régulation de l'émotion, de l'absence de contrôle ultérieur de l'information venant de l'environnement et de l'incapacité à inhiber l'explosion physique. Cette vulnérabilité pourrait se réactiver lors des épreuves qui constituent l'adolescence et être davantage intense dans les familles où la parole circule mal (Birraux et al., 2012; Cyrulnik, 2011).

b. Les difficultés à communiquer la détresse

Les adolescents suicidaires ressentent une détresse mais sont en difficulté pour l'exprimer. De manière inhérente à l'adolescence, ils manquent d'outils pour décrire leur monde interne ; leurs capacités de liaison, de représentation et de symbolisation étant encore immatures. Mais on retrouve chez les adolescents suicidaires des difficultés à exprimer leurs émotions, en lien avec la perception d'un manque de support émotionnel de la part de leurs familles, qui ne leur auraient pas transmis la capacité à exprimer leurs ressentis, à comprendre leurs émotions et ainsi à les réguler (Bostik & Everall, 2006; Denham, 1998; Eisenberg, Fabes, & Murphy, 1996; Everall et al., 2006; Fonagy & Target, 1997). En effet, l'environnement familial, de par la mise en place d'un support émotionnel, interagit sur le développement émotionnel de l'enfant (Fonagy & Target, 1997). Les adolescents suicidaires disent avoir le sentiment que les émotions négatives

sont difficilement acceptées et contenues au sein de leurs familles (Bostik & Everall, 2006; Everall et al., 2006). Ces résultats semblent également supporter l'hypothèse de Cyrulnik (2011), décrite ci-dessus. La tentative de suicide serait-elle le seul moyen d'exprimer et de communiquer cette détresse non-représentable ?

Il s'agirait de mentionner que la stigmatisation et le tabou autour du suicide peuvent parfois bloquer la parole et l'accès aux soins (Daly, 2005; Joe, Canetto, & Romer, 2008; Lachal et al., 2015, 2015; Maple et al., 2010; Medina et al., 2011; Wasserman et al., 2008). La verbalisation d'idées suicidaires ainsi que l'acte suicidaire en lui-même peut délivrer un message de violence pouvant sidérer les capacités d'écoute, de compréhension et d'empathie des familles mais également des professionnels de santé (Lachal et al., 2015). Les adolescents ressentent souvent de la honte à avoir des idées suicidaires, de ne pouvoir gérer leurs émotions et préfèrent garder pour eux ces pensées, de peur d'être stigmatisés et qualifiés par la maladie mentale souvent associée au processus suicidaire, dans les représentations sociales. Cela contribue bien sûr à alimenter le vécu de rejet et de non-appartenance (Everall et al., 2006).

La violence du suicide et de sa tentative interroge toujours sur le fait de savoir si l'acte est adressé ou s'il ne fait que traduire la détresse de celui qui le commet (Birraux et al., 2012).

3. Moyens multiples d'agression contre soi

Plusieurs études qualitatives viennent étayer la théorie de l'automutilation, comme facteur prédictif de gestes suicidaires ultérieurs (Everall, 2000; 2006). Elles révèlent, de par le discours d'adolescents suicidaires, la présence importante d'autres conduites auto-agressives associées, dont les automutilations principalement mais également des abus de substance et des prises de risques sexuelles, utilisés comme stratégies de '*coping*' (Everall, 2000; 2006). Les discours d'adolescents suicidaires rapportent une aggravation en fréquence et en intensité des comportements auto-agressifs au fur et à mesure du temps, renforçant ce vécu d'incompréhension, de rejet et de différence par rapport aux autres (Everall et al., 2006).

On retrouve ici, la théorie d'acquisition d'une aptitude au suicide, élaborée par Joiner (2005), qui paraît corroborée en partie par d'autres auteurs (Chu et al., 2010; Everall, 2000; Maris, 1981; Shneidman, 1993; 1985; Wenzel & Beck, 2008) : le suicide serait une résolution de la douleur après que les seuils de tolérance aient été franchis et dépassés à l'aide de comportements auto-agressifs tels que les automutilations. Les comportements auto-agressifs font ici partie intégrante du processus suicidaire qui pourrait se construire dans le temps à la suite d'une accumulation d'expériences douloureuses venant impacter directement le sens attribué à la vie et à la valeur personnelle, bien au delà d'un acte purement impulsif (Everall et al., 2006).

B. Une lecture du contexte socio-culturel autour des gestes suicidaires

Le suicide, comme en témoigne l'importante littérature sur le sujet, est une problématique universelle et intemporelle, questionnée à travers le monde et les âges. Condamné éthiquement pendant plusieurs siècles dans l'idéologie judéo-chrétienne, il est dépénalisé en France en 1810 dans le Code Pénal Napoléonien.

Nous tenterons ici d'explorer le contexte socio-culturel du suicide afin d'alimenter la quête de sens liée à ce geste, car si « *la mort n'est pas pensable comme expérience intime, la mort des adolescents ne cesse au contraire de provoquer le désir de penser et de comprendre* » (Birraux et al., 2012). Nous aborderons ensuite la prise en compte des facteurs culturels dans l'évaluation du risque suicidaire.

Dans toutes les sociétés, la mort naturelle étant affectée d'une sorte de sacralité, la mort volontaire bouscule les éthiques et leurs lois. Lorsqu'il s'agit d'adolescents : cet acte est vu comme anormal. Il demeure dans les représentations du plus grand nombre, un scandale, une transgression et une « *énigme inexplicable* » (Birraux et al., 2012). Afin de tenter de répondre à cette énigme, le suicide a été de plus en plus médicalisé dans nos sociétés occidentales et réduit à une dimension individuelle. Néanmoins, il ne semble pouvoir se résumer à son caractère médical et psychiatrique. De la même manière, le rapport à la mort a considérablement évolué dans les sociétés occidentales, si bien que

ce rapport est maintenant pensé comme purement individuel et relevant de la sphère privée (Clavandier, 2009). Progressivement la mort a été évacuée de la scène sociétale, les mourants et les endeuillés ne sont plus pris en charge par la communauté mais par des professionnels (Rouchon & Baubet, 2015). Ainsi, le débat sur l'inscription du suicide dans le DSM ne peut être tranché facilement et il convient de prendre en compte la place centrale qu'occupent les facteurs culturels (De Leo, 2011). La question du « droit de mourir » est sous-tendue par des questionnements complexes éthiques, philosophiques, culturels et religieux (Anderson et al., 2000, 2005, 2003; Diamond et al., 2011; Herrera et al., 2006; Jordan et al., 2012; Osafo et al., 2011; Tallaksen et al., 2013; Zayas et al., 2010). La « pathologisation » du geste suicidaire paraît être un moyen de donner du sens à un acte perçu finalement, comme violent et agressif envers la société (Bennett et al., 2002; Lachal et al., 2015; Rapport OMS, 2014). À titre d'exemple, Esquirol disait : « *L'homme n'attende à ses jours que lorsqu'il est dans le délire. Les suicidés sont des aliénés* » (Durkheim, 1897). Dans d'autres cultures, les réponses à la question du suicide visent à protéger le groupe de cette violence : accusation criminelle, condamnation morale du suicidaire, par exemple en Asie, en Afrique et notamment au Ghana où le suicide est considéré comme une offense à Dieu et à la famille bousculant l'ordre social établi (Herrera et al., 2006; Keyvanara & Haghshenas, 2011; Medina et al., 2011; Osafo et al., 2011; Shilubane et al., 2012; Yang, 2012). Prenons l'exemple du suicide par immolation chez les jeunes femmes dans la région du Kurdistan d'Irak pour souligner l'aspect symbolique et socio-culturel que peut revêtir le geste suicidaire. Il y dénonce dans ce cas précis la résistance à la subordination dans une société patriarcale, où le mariage est une source majeure de conflits entre les générations et les genres (Rasool & Payton, 2014).

Durkheim (1897) avait débuté le travail d'analyse du suicide dans sa dimension collective, le considérant comme lié au degré d'intégration du sujet dans son groupe social. Il décrivait ainsi trois grands types de catégories : le suicide égoïste, le suicide altruiste et le suicide anémique. Le premier, le suicide égoïste, correspond à un état de « *langueur mélancolique qui détend les ressorts de l'action* » où l'homme s'est détaché de la société, qui l'ignore : « *si le lien qui rattache l'homme à la vie se relâche, c'est que le lien qui le rattache à la société s'est lui-même détendu* » (Durkheim, 1897). Le suicide altruiste correspondrait à celui du soldat, que Durkheim décrit comme un état où le « *moi ne s'appartient pas, où il se confond avec autre chose que lui-même, à savoir dans un des*

groupes dont il fait partie », il y voit un besoin de reconnaissance avec une individuation trop rudimentaire (Durkheim, 1897). Ce n'est pas principalement une affaire intérieure de recherche du sens de la vie mais plus trivialement la recherche du sens de la société et « moi là-dedans » (Fleury, 2012). La dernière catégorie, le suicide anémique correspond à la mort par colère ou déception de la vie, qui ne parvient pas à assouvir le désir. Selon Durkheim (1897), ils sont à différencier des suicidés égoïstes, car eux éprouvent surtout « *un dégoût plus ou moins irrité de l'existence* », c'est ici « *l'infini d'un désir qui fait mal* » (Fleury, 2012). Cette catégorisation a bien sûr ses limites mais il paraissait intéressant de les présenter. La question serait de savoir dans quelle catégorie pourrait-on mettre les suicides adolescents. Probablement les trois, mais la catégorie du suicide altruiste pourrait correspondre, de part la question de l'individuation dans la famille d'abord et in extenso dans la société.

Plusieurs articles prônent l'intérêt d'études menées dans différents groupes culturels et dans davantage de pays afin d'approfondir la compréhension globale du suicide, d'en appréhender la dimension socio-culturelle et d'améliorer notre évaluation du risque suicidaire notamment pour des populations de migrants (Boldt, 1988; Canetto, 2008; Chu et al., 2010; Colucci, 2006; Colucci & Martin, 2007a, 2007b; Eskin, 2004; Hjelmeland et al., 2006; Joe et al., 2008; Lee, Tsang, Li, Phillips, & Kleinman, 2007; Osafo et al., 2011; Sun, Long, & Boore, 2007). Il paraît évident que la nature et l'expression des gestes suicidaires sont influencées par la culture de l'individu ; les contenus culturels, véhiculés implicitement dans un groupe, influencent le niveau infra-verbal du comportement (Chu et al., 2010; Herrera et al., 2006; Lester, Leong, & Leach, 2009; Medina et al., 2011; Moro, 1994; Osafo et al., 2011; Shilubane et al., 2012). Goldston (2008) a notamment tenté d'étudier le rôle de facteurs tels que la vie en collectivité, la religion ou le stress lié à l'acculturation sur le processus suicidaire dans différents groupes culturels de populations migrantes. Plusieurs modèles théoriques (dont notamment celui de Durkheim (1897)) essayent d'étendre la conception du suicide, souvent centrée sur l'individuel, à un niveau davantage collectif (Chu et al., 2010).

Chu (2010) a proposé un 'Modèle Culturel du Suicide' (Figure 3) présentant les facteurs culturels spécifiques à prendre en compte dans l'évaluation du risque suicidaire dans des populations migrantes de première et deuxième générations aux Etats-Unis. Nous allons tenter d'en dégager les axes principaux.

Le premier niveau comprend les facteurs de stress liés au contexte social (Allison, 1998; Chu et al., 2010; Mirowsky & Ross, 1989), qui peuvent être distingués en trois catégories. Ces trois catégories décrivent trois types de ces facteurs de stress contribuant à une vulnérabilité suicidaire. La première prend en compte les facteurs de stress liés au fait d'appartenir à une « minorité » ethnique (*'minority stress'*), pouvant être victime de stigmatisation, de remarques récurrentes combinant à l'internalisation de croyances négatives au sujet de son groupe culturel. Le stress lié à l'acculturation, reconnu comme facteur de risque suicidaire dans certaines populations migrantes bien que la relation reste inconsistante dans la littérature (Cho & Haslam, 2009; Chu et al., 2010) pourrait appartenir à cette première catégorie. La seconde catégorie, la déconnection sociale (*'social discord'*) correspond au manque de support social ou même à la présence de conflits familiaux qui peuvent être culturellement signifiants dans certains groupes culturels, notamment ceux basés sur un fonctionnement en collectivité. La troisième et dernière catégorie fait référence aux « approbations ou condamnations culturelles » (*'cultural sanctions'*) associées à l'interprétation d'un événement (stressant) dans une culture donnée. On pense notamment aux événements pouvant être jugés comme honteux par la communauté. L'auteur met en avant l'importance de prendre en compte la signification culturelle donnée à un facteur de stress, elle-même influencée par le contexte culturel, dans le développement du processus suicidaire.

Le second niveau se situe avant le passage à l'acte suicidaire et comprend ce qui va mener au geste ou non. Il met en avant le fait que la culture impacte sur l'expression de la détresse psychique (American Psychiatric Association, 2013), ainsi que sur la verbalisation autour des idées suicidaires et même dans le choix de la méthode de l'acte suicidaire (Chu et al., 2010).

Le troisième niveau correspond à ce qui va influencer le passage de l'idée à l'acte. Les significations culturelles du suicide jouent ici un rôle central dans la décision finale (Chu et al., 2010).

Les facteurs culturels sont à prendre en compte car ils permettent de coder les représentations associées aux gestes suicidaires et ainsi de donner du sens à ce comportement dans une compréhension multi-dimensionnelle et approfondie.

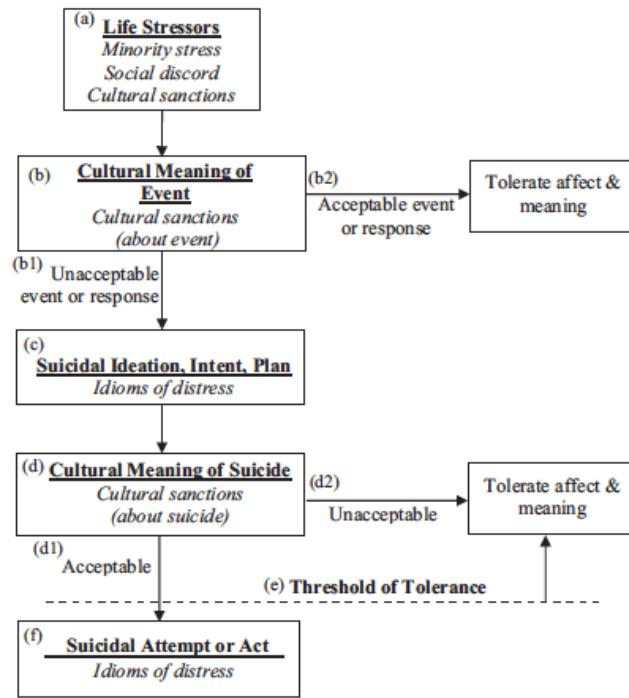


Figure 3 : Modèle Culturel du Suicide (Chu et al., 2010)

PARTIE 4 : MÉTHODE

Les considérations théoriques que nous venons de présenter nous ont permis de circonscrire le contexte théorique et clinique dans lequel nous avons pensé notre travail de recherche que nous allons présenter. Nous avons choisi une méthodologie qualitative pour explorer le vécu interne d'adolescents ayant présenté au moins une conduite d'agression contre soi (tentative de suicide et/ou automutilation). Après un bref rappel théorique de la méthodologie qualitative, nous présenterons la méthode selon laquelle a été pensée notre étude.

I. MÉTHODES QUALITATIVES : GÉNÉRALITÉS ET INTÉRÊT EN SUICIDOLOGIE

La méthode qualitative vise à décrire, comprendre, approfondir plus qu'à répertorier les phénomènes observés. Elle s'appuie sur un modèle constructiviste, où la connaissance émerge d'un processus humain de construction et de reconstruction. Ce modèle est issu des concepts de Kant selon lesquels la connaissance des phénomènes résulte d'une construction effectuée par le sujet. Il n'existe pas selon ce paradigme de réalité objective, intrinsèque et irréductible mais une réalité co-construite dans une relation d'interdépendance permanente entre le sujet, l'objet et le monde (Mays & Pope, 2000).

Les méthodes qualitatives cherchent à donner une description d'une structure complexe, en dégager une théorie, produire des hypothèses (Glaser & Strauss, 1967). Elle adopte une démarche inductive, c'est à dire qu'elle ne nécessite pas d'hypothèse formulée au préalable. Les hypothèses émergent du matériel, du contexte de la co-construction de la réalité par le sujet et le chercheur : c'est le concept de la Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967). Le chercheur est ainsi encouragé à mettre de côté ses conceptions théoriques afin d'être attentif aux hypothèses émergentes. L'analyse des données doit être effectuée en parallèle au recueil, avec des allers-retours circulaires entre le matériel et l'interprétation, pour faire naître du sens à partir du matériel (Mays & Pope, 1995). Son objectif est d'alimenter la conception théorique d'un phénomène.

Les critères de validité de la méthode qualitative sont spécifiques, non superposables aux critères de validité des méthodes quantitatives. En effet, elles ont la spécificité de

revendiquer la place du chercheur dans la méthode et d'envisager les interactions dans la production du savoir entre données et chercheur. Les résultats sont spécifiques d'une co-construction d'une interaction donnée, la généralisabilité ne dépend pas de critères classiques statistiques, mais plutôt de la qualité de la description méthodologique, de la rigueur et de la prudence des interprétations, de la puissance des résultats obtenus. La méthode qualitative possède donc ses propres critères de crédibilité et de pertinence.

Certains auteurs ont tenté de théoriser des critères théoriques communs, assurant la validité ou la crédibilité de la méthode qualitative (Brown & Lloyd, 2001; Malterud, 2001; Mays & Pope, 1995, 2000). Ces critères sont la triangulation, la validation par le sujet, la description fine des méthodes utilisées et la fiabilité inter-utilisateurs, la réflexivité, l'attention aux cas négatifs et l'équité.

- La triangulation est l'utilisation de plusieurs sources de collection des données. Comparer les données issues de différentes sources permet de faire émerger des modèles de convergence corroborant une interprétation globale.

- La validation par le sujet est le fait de permettre au sujet de lire et commenter le travail d'interprétation puis d'intégrer ces commentaires à l'analyse.

- Le paradigme de départ suppose que la méthode utilisée influe sur le résultat obtenu. La description de la méthode de manière systématique et détaillée devrait permettre en théorie qu'un utilisateur entraîné puisse analyser les mêmes données de la même façon et obtenir des résultats semblables (Mays & Pope, 1995). L'analyse doit être également faite par plusieurs chercheurs, avec des bagages théoriques différents, afin de renforcer les résultats obtenus en commun.

- La réflexivité nécessite que le champ théorique dans lequel le chercheur se place pour effectuer l'analyse soit clairement défini. Le fait de clarifier sa position permet de minorer les biais d'interprétation par le lecteur.

- Les éléments venant contredire l'explication émergente ne doivent pas être écartés mais bien inclus dans l'explication. L'analyse consiste en un perpétuel va et vient entre le matériel et les interprétations émergentes. L'analyse doit tenir compte de tous les aspects observés afin de décrire l'ensemble du phénomène.

- L'équité est le fait d'incorporer suffisamment de perspectives pour explorer complètement le phénomène. Il est utile d'explorer les différents points de vue et de sélectionner les sujets exemplaires de l'étude, qui sont les sujets les plus informatifs

pour obtenir du matériel le plus riche possible. Le nombre de sujets à inclure est difficile à déterminer à l'avance, et c'est le fait de ne plus trouver de matériel nouveau dans l'analyse qui permet de conclure à la saturation de l'échantillon.

La pertinence d'une étude qualitative est évaluée par la nouveauté de l'information qu'elle apporte aux connaissances existantes d'une part, et par l'ampleur avec laquelle les données peuvent être généralisées. Mays & Pope (2000) précisent que la meilleure façon d'obtenir des données généralisables est de détailler au maximum le rapport de recherche, afin que le lecteur soit capable de juger s'il observe les mêmes résultats dans des conditions identiques.

L'étude de récits narratifs est un moyen majeur utilisé par les chercheurs qualitatifs pour comprendre les sujets qui vivent et parlent de leur monde intérieur. Comme Bruner (1990) le décrit, les personnes construisent et comprennent le monde à travers des histoires. Traditionnellement, en recherche qualitative, le matériel est recueilli grâce à des sources telles que les transcriptions d'interview ou de focus group, ou les observations. Le récit narratif est ainsi compris la plupart du temps comme un texte écrit ou parlé. Mais il peut aussi s'exprimer à l'aide ou à travers des images, photos, sons, enregistrements vidéo, actes physiques ou une combinaison de ces différentes méthodes.

Les méthodes qualitatives sont en plein essor en recherche médicale. Elles sont historiquement utilisées en sciences sociales, en anthropologie (Hammersley, 1990) et en sociologie (Thomas & Thomas, 1928). Mais elle sont également utilisées dans le domaine des sciences médicales en général, autour du vécu des patients dans des contextes précis notamment dans les modalités de prise en charge. La recherche qualitative explore le sens de la souffrance, de la maladie ou encore du soin. Il s'agit de compréhension (*understanding*) au sens d'essayer de faire sens plutôt que d'explication (*explanation*) (Hjelmeland & Knizek, 2010). Elle est particulièrement adaptée à la recherche en psychiatrie, où les perspectives du patient sont centrales, dans le diagnostic et le traitement (Revah-Levy, Birmaher, Gasquet, & Falissard, 2007; Taïeb, Révah-Lévy, Moro, & Baubet, 2008).

Les recherches qualitatives peuvent permettre d'étudier les relations entre plusieurs facteurs, de prendre en considération l'impact du contexte, et notamment du contexte social. Elles semblent donc indispensables à la recherche en suicidologie et complémentaires aux recherches quantitatives (Goldney, 2002; Hjelmeland & Knizek, 2010; Leenaars, 2002). Pour appréhender suicide et automutilations dans toute leur complexité individuelle, environnementale et socio-culturelle, les méthodes qualitatives sont les méthodes les plus adaptées (Hjelmeland & Knizek, 2010; Malterud, 2001; Rich & Ginsburg, 1999).

II. OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Nous voulions nous concentrer sur le travail de sens attribué à l'acte. De nombreux travaux ces dernières années ont permis d'avancer sur les facteurs de risques et les facteurs protecteurs des conduites automutilatoires et suicidaires (Hamza et al., 2012; Haw, Hawton, Niedzwiedz, & Platt, 2013; Hawton et al., 2012; Prinstein et al., 2008; Rapport OMS, 2014), ainsi que sur les liens et différences entre ces comportements (Grandclerc, Delabrouhe, Spodenkiewicz, Lachal, & Moro, 2015; Nock et al., 2006; Turner et al., 2013; Whitlock et al., 2013). Ces études sont intéressantes, mais ne permettent pas d'appréhender toute la complexité des agressions contre soi, l'importance du contexte et de l'environnement. Des études qualitatives ont permis d'étudier plus en détail le vécu des adolescents (Bostik & Everall, 2006; Everall, Bostik, & Paulson, 2005; Lachal, Orri, Moro, & Revah-Levy, 2015), et ont mis en évidence la place centrale de la dimension relationnelle de leur acte. Ces études sont toutefois centrées sur un comportement particulier (suicide ou automutilation), et peu d'entre elles explorent l'attribution de sens aux passages à l'acte et les représentations de la mort associées.

Nous avons choisi d'étudier automutilations et tentatives de suicide ensemble faisant l'hypothèse que, derrière l'acte, des problématiques communes existent. Plusieurs méta-synthèses d'études qualitatives sur les tentatives de suicide rapportent une homogénéité des résultats, soulignant en cela les difficultés à penser la mort et le suicide

pour les participants mais certainement aussi pour les chercheurs (Lachal et al., 2015; Lakeman & FitzGerald, 2008; Taylor, Hawton, Fortune, & Kapur, 2009). La question de la mort semble se poser différemment chez les adolescents automutilateurs et suicidaires, néanmoins, l'étude du lien entre ces deux conduites a pu montrer une forte corrélation et questionner le concept d'intentionnalité (Grandclerc et al., 2015). Nous avons également pu constater que les thèmes émergents de la littérature qualitative pour ces deux conduites partageaient des sous-thématiques communes. Nous avons donc fait l'hypothèse qu'étudier ensemble ces comportements permettrait de faire naître de nouvelles pistes de compréhension des passages à l'acte auto-agressifs chez les adolescents, de délimiter les contours de ces deux conduites néanmoins différentes et ainsi de questionner la façon de conceptualiser ces deux types d'acte en pratique.

Nous proposons donc une étude qualitative, qui vise à explorer l'expérience d'agression contre soi de l'adolescent, plus spécifiquement l'expérience d'automutilation et l'expérience suicidaire. L'objectif principal de notre travail est d'examiner divers aspects de l'expérience décrite par des adolescents automutilateurs et suicidaires et ainsi de proposer des améliorations de la prise en charge des comportements auto-agressifs. Pour cela, nous essayerons de mieux comprendre les mécanismes conduisant au passage à l'acte : histoire de vie, sens donnés au geste, compétences relationnelles ; d'étudier en détail les modalités relationnelles de l'adolescent avec ses proches et ainsi de pouvoir évaluer les écarts entre nos propres représentations et celles des adolescents.

III. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle qui était constituée de deux temps avec les adolescents. Notre démarche est qualitative, phénoménologique et inductive. La méthode qualitative est particulièrement adaptée à la complexité de l'objet de l'étude ; elle permet de décrire, approfondir et ainsi mieux comprendre les agressions contre soi. La démarche inductive autorisait l'apparition de résultats très originaux en donnant un rôle central aux résultats empiriques. Enfin, le cadre phénoménologique

nous est apparu le plus adapté pour étudier l'expérience de la souffrance et du soin. Il est très proche de la démarche clinique psychiatrique.

A. Échantillonnage

L'échantillonnage en recherche qualitative consiste à sélectionner délibérément les individus qui pourront apporter la description la plus riche du phénomène étudié (Mays & Pope, 2000). Notre population était déterminée par notre objectif principal : mieux comprendre les enjeux des passages à l'acte auto-agressifs de l'adolescent et en particulier les enjeux relationnels afin d'améliorer leur prise en charge. Notre technique d'échantillonnage a été déterministe et nous avons décidé de sélectionner des sujets représentant des cas typiques (Patton, 2002). Le cadre théorique était qualitatif et aucune comparaison statistique n'a été réalisée.

Les adolescents étaient recrutés parmi les patients pris en charge à la Maison de Solenn (service du Professeur Marie-Rose MORO, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris). Les différents services (hospitalisation temps plein, hôpital de jour, consultations ambulatoires) ont été sollicités. L'étude était proposée à l'adolescent par l'équipe de recherche et une réunion d'information en présence des parents était organisée avant l'obtention d'un consentement écrit des adolescents et de leurs parents. Les adolescents recrutés avaient entre 12 et 21 ans au moment de la recherche, et devaient avoir présenté au moins un passage à l'acte d'agression contre soi (automutilation et/ou tentative de suicide).

B. Méthode du recueil de données

La triangulation des modalités de recueil des données qualitative est un critère de rigueur . Nous avons donc proposé différents types de recueil.

1. Les entretiens semi-structurés

Les entretiens semi-structurés sont spécifiquement conçus afin de pouvoir explorer les différents thèmes annoncés. Un guide d'entretien a été construit par le groupe de recherche constitué de spécialistes en psychiatrie de l'adolescent et dans les méthodes qualitatives. Le guide n'était pas fixe, contenait des questions « starters » et pouvait être modulé au fur et à mesure de la recherche.

Le chercheur avait en tête une liste de thèmes à nécessairement aborder mais la discussion demeurait cependant très ouverte, afin de pouvoir entrer dans le monde interne du sujet. Le sujet était institué comme expert et pouvait amener un ou plusieurs thème(s) auquel le chercheur n'avait pas pensé, selon ses préoccupations et ses intérêts, il devait leur être permis de raconter leur propre histoire. De la même manière, le chercheur était libre d'investiguer un nouveau thème émergent de l'échange avec l'adolescent. Il s'agissait d'un processus collaboratif. Cette forme d'entretien a permis de faciliter le dialogue, la fluidité de l'échange en favorisant l'empathie et une relation de confiance entre le sujet et le chercheur.

Les entretiens semi-structurés étaient tous enregistrés audio-numériquement et anonymisés. Les enregistrements n'ont pas été conservés au-delà de l'étude.

2. Le choix d'un objet

Le recueil de données qualitatif peut s'exprimer à l'aide ou à travers des images, photos, sons, objets ou même une combinaison de ces différentes méthodes. Il s'agit de visual narratives (Rose, 2006). Ici, les participants étaient invités à apporter avec eux durant un entretien de recherche, un objet, selon une certaine consigne. Une partie de l'entretien se déroulait autour de l'objet : celui-ci servait alors de support aux entretiens.

Il permettait d'ouvrir de nouvelles pistes d'exploration du récit de l'expérience du sujet. La présence de l'objet permettait de converser autour de son choix, des souvenirs qui lui étaient associés et libérait ainsi la parole sur des sujets forts émotionnellement pouvant inhiber la pensée. L'objet permettait d'aider les sujets, et notamment les adolescents à

articuler, exprimer, communiquer les concepts difficiles et complexes en facilitant la remémoration, à une période de leur développement où leurs capacités de verbalisation et d'élaboration sont encore en construction (Drew, Duncan, & Sawyer, 2010).

Cet outil de construction du lien incitait le jeune à dérouler un récit qui implique quelques éléments de sa réalité, mais qui peut être aussi imaginaire afin de ne pas le mettre en difficulté. Il permettait de mettre en avant les compétences à la narration de l'adolescent.

Ces objets font référence, en quelque sorte, aux objets flottants utilisés dans les thérapies systémiques. L'objet est alors *“un objet concept, qui s'inscrit dans et décrit une théorie constructiviste ; un objet expérience, qui crée un espace de rencontre codifié et scande les étapes du parcours ; un objet narratif, qui invite à raconter l'histoire autrement, par le jeu, la poésie, la métaphore, et engage à une conversation créative”*. Il ouvre ainsi un espace communicationnel (Sprocq-Demarcq & Rey, 2009).

L'objet servait ici de support : il n'était pas en lui-même l'objet de l'analyse et des interprétations mais permettait de générer du discours. Toutefois, même si l'objet en lui-même n'était pas directement analysé, il pouvait modifier les perceptions et constructions du chercheur sur le phénomène, et a ainsi été considéré comme partie intégrante de la recherche.

C. Déroulement du recueil de données

1. L'entretien d'information

La première rencontre fixée après accord de principe des participants permettait d'établir un contact entre l'équipe de recherche, l'adolescent et ses parents. Le projet était exposé oralement : déroulement de l'étude, objectifs, conditions pratiques, respect de l'anonymat. Une information écrite du projet ainsi qu'un formulaire de consentement étaient remis à l'adolescent et ses parents. Un document écrit permettant de recueillir les principales données sociodémographiques (informations administratives, contexte

familial, niveau socio-économique, niveau d'éducation, antécédents psychiatriques) était également rempli durant cet entretien.

2. L'entretien de recherche n°1

Le premier entretien avait lieu après recueil des consentements signés de l'adolescent et de ses parents (mineurs). Il s'agissait d'un entretien semi-structuré, d'une durée d'environ 30min à 1H. Le guide d'entretien était flexible et évolutif (Tableau 1). Durant cet entretien le chercheur explorait le récit de vie de l'adolescent, le récit du passage à l'acte et les aspects relationnels familiaux et sociaux. À l'issue de l'entretien, il était proposé à l'adolescent de réfléchir et d'apporter, lors d'un deuxième rendez-vous, un objet en lien avec son (ou ses) passage(s) à l'acte auto-agressif(s). La consigne était la suivante :

« Je te propose d'apporter lors de notre prochain rendez-vous un objet en lien avec ton passage à l'acte. Il peut s'agir par exemple d'un objet concret, d'un écrit, d'une image ou encore d'une chanson, mais celui-ci doit être directement lié à ton passage à l'acte. Nous discuterons lors du prochain entretien de cet objet, de son histoire et de ce qu'il représente pour toi. »

3. L'entretien de recherche n°2

Il s'agissait également d'un entretien semi-structuré. Le guide est visible dans le tableau 1. L'entretien durait entre 30 min et 1H, et était centré autour du récit de l'objet et de la co-construction de sens autour du passage à l'acte auto-agressif. Le sujet pouvait décrire et commenter de manière libre cet objet concernant la forme, le choix de cet objet en particulier, les souvenirs associés. Puis cette discussion évoluait de manière libre autour du thème de la recherche, de ses représentations de l'acte, du sens donné à son geste, de son rapport à sa propre mort.

L'objet et le lien instauré avec le chercheur permettaient d'explorer plus en détail les aspects relationnels ; était ainsi approfondi le vécu des relations familiales et sociales du sujet, notamment sa manière d'intégrer l'école, ses pairs, la société.

Tous les entretiens étaient enregistrés audio-numériquement et retranscrits littéralement et intégralement, y compris les questions. Ils étaient menés par le même chercheur (SG).

Entretien de recherche n°1 :

- Pourrais-tu m'expliquer pourquoi, selon toi, tu as été pris en charge dans ce service ?
- Pourrais-tu me raconter ce qui t'a conduit à te faire du mal selon toi ?
- Dans quelles circonstances avaient lieu ces passages à l'acte ? Peux-tu m'en dire plus ?
- Comment cela se passe-t-il dans ta famille ? Avec tes parents ? Tes frères et sœurs ?
Comment vous entendez-vous ? Vous ressemblez-vous ?
- Comment cela se passe-t-il à l'école ? Avec tes copains ?
- Lors du prochain entretien que nous aurons, je te propose d'apporter un objet en lien avec ton passage à l'acte. Il peut s'agir par exemple d'un objet concret, d'un écrit, d'une image ou encore d'une chanson, mais celui-ci doit être directement lié à ton passage à l'acte. Nous discuterons lors du prochain rendez-vous de cet objet, de son histoire et de ce qu'il représente pour toi.

Entretien de recherche n°2 :

- Peux-tu me dire pourquoi as-tu choisi cet objet / écrit / image / chanson pour rappeler ton geste ? En quoi représente-t-il cela pour toi ?
- Quels souvenirs y sont associés ?
- Comment vois-tu le fait de t'auto-mutuler ? Comment vois-tu le fait d'avoir fait une tentative de suicide ? Quel sens donnes-tu à cela ?
- Quelles sont les raisons selon toi ?
- Comment penses-tu que ta famille a vécu ce(s) geste(s) ? As-tu eu l'impression que vos relations avaient changé avant ou après ?

Tableau 1 : Guide d'entretien

D. Analyse des résultats

L'analyse était d'orientation phénoménologique. Nous avons choisi d'utiliser l'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith, 2008; Smith, 1996), permettant d'étudier le sens que le sujet construit à partir d'expériences vécues.

L'IPA est une méthode d'analyse de contenu reconnue, en particulier en psychologie de la santé, lorsqu'on aborde les aspects psychologiques associés au développement des techniques de biologie génétique (Chapman & Smith, 2002; Macleod, Craufurd, & Booth, 2002; Smith, Michie, Stephenson, & Quarrell, 2002), mais encore dans différentes pathologies (Barr & McConkey, 2007; Moore, Norman, Harris, & Makris, 2008; Noble, Nelson, & Finlay, 2008; Senior, Smith, Michie, & Marteau, 2002; Taïeb et al., 2010). La démarche était la suivante : les entretiens étaient lus plusieurs fois, et pour chaque entretien, le chercheur annotait le texte de premiers commentaires. Ces commentaires étaient ensuite regroupés en thèmes, qui contenaient succinctement leurs caractéristiques essentielles. Puis, des connections étaient construites entre les thèmes, jusqu'à obtenir une organisation thématique cohérente de l'entretien. Des méta-connections étaient ensuite construites entre les entretiens, de manière à déterminer un jeu de méta-thèmes décrivant l'ensemble des récits d'expérience. Chaque méta-thème était relié au thème sous-jacent, lui même relié aux annotations originales et aux extraits d'entretiens.

À chaque étape, le chercheur vérifiait dans le matériel que les regroupements qu'il faisait, étaient cohérents. Les entretiens étaient analysés au fur et à mesure des passations. Ceci permettait de réorienter les questions abordées lors des entretiens suivants, afin d'obtenir le matériel le plus riche possible. Les entretiens ont été analysés par deux chercheurs différents (SG et JL), et ce afin d'assurer la meilleure validité des résultats obtenus et d'améliorer l'uniformité et la cohérence de l'analyse.

E. Considérations éthiques

Il s'agissait d'une étude observationnelle, non interventionnelle. Chaque adolescent inclus possédait son référent médical, à la consultation où dans le service d'hospitalisation, qu'il pouvait solliciter à tout moment.

Les entretiens enregistrés audio-numériquement étaient anonymes. Ils n'étaient pas gardés au-delà de l'étude et étaient détruits. Les données écrites (transcriptions des entretiens) conservées étaient anonymisées. Les données socio-démographiques étaient recueillies dans un but de description du contexte dans lequel évoluait le sujet. Elles n'étaient pas utilisées à des fins de randomisation. Toute donnée qui permettait d'identifier un sujet était écartée. Aucune hiérarchie, ni jugement de valeur, n'ont été établis à partir de ces données. Les objets n'étaient ni recueillis, ni photographiés, ni publiés. Pour les objets écrits retranscrits, le consentement du participant était spécifiquement recueilli et tout élément pouvant identifier le participant était supprimé.

Une information claire et complète, orale et écrite était adressée aux adolescents et aux familles. Les consentements écrits des participants étaient recueillis après une période de réflexion suivant la première rencontre.

Le projet a obtenu l'accord du Comité d'Évaluation de l'Éthique des projets de Recherche Biomédicale (CEERB) Paris Nord en décembre 2015 (Institutional Review Board – IRB 00006477).

PARTIE 5 : RÉSULTATS

I. POPULATION

A. Recueil de données

Au total, huit patientes ont été incluses durant une période allant d'août 2015 à février 2016. Seulement trois patientes ont refusé de participer, l'une se disant non-intéressée et les deux autres du fait d'un refus des parents. Ces parents craignaient notamment que parler des passages à l'acte pourrait aggraver la symptomatologie et intensifier les gestes d'agression contre soi. D'autres patients, au nombre de trois n'ont pu être inclus du fait de problématiques logistiques (déménagement, rupture de soin en consultation) et une patiente a été jugée par sa psychiatre trop instable sur le plan symptomatique le jour de l'inclusion.

L'échantillon obtenu est constitué uniquement de jeunes filles, recrutées au sein de la Maison des Adolescents de l'hôpital Cochin. Parmi elles, six ont été recrutées dans le service d'hospitalisation, une dans le service de consultation et une au sein de l'hôpital de jour pour adolescents. Nous n'avons rencontré aucun garçon présentant des passages à l'acte automutilatoire ou suicidaire lors de la période de recrutement.

Après un entretien préliminaire d'information et de recueil de données sociodémographiques, le consentement oral et écrit de l'adolescente et celui de ses parents étaient obtenus et il était convenu de deux entretiens avec la participante. La moitié des adolescentes incluses dans cette étude ont pu bénéficier des deux entretiens, cela permettant de créer un climat de confiance afin d'explorer plus en détail lors du second entretien les thèmes abordés dans le premier. Cette seconde rencontre était également le moment de la discussion autour d'un « objet », apporté par les jeunes filles, rappelant leurs passages à l'acte, permettant ainsi un accès à leurs capacités de symbolisation. Du fait d'incompatibilité d'emploi du temps, d'un manque de temps, ou parfois d'un matériel suffisamment riche durant le premier entretien, quatre des huit patientes n'ont bénéficié que d'un seul entretien. Cet unique entretien, cependant, englobait les thématiques prévues dans les deux entretiens, dont notamment la question de « l'objet ». Au total, douze entretiens ont été réalisés.

B. Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques de la population de l'étude sont résumées dans le tableau 2. L'échantillon est constitué uniquement de jeunes filles, entre 14 et 21 ans avec une majorité entre 16 et 18 ans. Sept patientes parmi les huit avaient un parcours de soins psychologiques ou psychiatriques (deux années de suivi en moyenne en consultation) et pour quatre d'entre elles, des antécédents d'hospitalisation en pédopsychiatrie. On retrouvait également chez trois patientes une problématique active (pour une patiente) ou ancienne (pour les deux autres) de trouble du comportement alimentaire de type mixte. Une patiente avait subi une agression sexuelle intra-familiale dans l'enfance. La moitié de l'échantillon présentait des antécédents de déscolarisation. Il s'agissait donc d'une population clinique assez sévère mais néanmoins variée sur le plan symptomatique. Nous n'avons pas répertorié pour chaque patiente les diagnostics psychiatriques assignés dans un souci phénoménologique, mais les entretiens pouvaient fournir des informations cliniques, liées au parcours de soin. Concernant les passages à l'acte, cinq des huit patientes avaient présenté des automutilations, de type scarifications ou abrasions cutanées (par grattage ou frottement répété) ainsi que des tentatives de suicide (majoritairement par intoxication médicamenteuse volontaire), trois déclaraient seulement des conduites de scarifications, la population de notre échantillon étant ainsi davantage axée sur les conduites automutilatoires. Aucune patiente n'avait présenté de geste suicidaire sans automutilation associée. Six patientes sur huit avaient été ou étaient dans un processus chronique d'agression contre soi et deux parmi ces six patientes ne présentaient plus de passage à l'acte depuis environ un an. Concernant le niveau socio-économique, l'échantillon était varié.

Service d'origine	Sexe	N°	Âge	Pays d'origine	Contexte familial	Fratric	Antécédents psychiatriques	Scolarité
Hospitalisation MDA - Paris	F	1	18	France	Séparés (ne connaît pas son père)	1 sœur jumelle	-Suivi depuis 2014 -TCA mixte actif	Scolarisée Niveau Term ES
Hospitalisation MDA - Paris	F	2	16	France	Mariés	1 frère	-Suivi depuis 2010 -Antécédent d'hospitalisation	Déscolarisée Niveau 1 ^{ère} S
Hospitalisation MDA - Paris	F	3	16	France	Mariés	1 frère	-Suivi depuis 2013 -Plusieurs antécédents d'hospitalisation -HDJ -Antécédent de déscolarisation	Scolarisée au PIL Niveau 1 ^{ère}
Hospitalisation MDA - Paris	F	4	17	France	Séparés	1 soeur	-Suivi depuis juin 2015	Scolarisée Niveau 1 ^{ère} S
Consultation MDA - Paris	F	5	21	Turquie (Parents turques)	Mariés	1 frère	-Suivi depuis 2012 -Antécédent de TCA mixte	Scolarisée Niveau L2 de Droit
Hospitalisation MDA - Paris	F	6	14	France	Séparés	2 demi-frères 2 demi-sœurs	-Suivi depuis 2014 -Antécédent de TCA mixte	Scolarisée Niveau 3 ^{ème}
Hospitalisation MDA - Paris	F	7	19	France	Mariés	1 frère	-Suivi depuis 2013 -1 hospitalisation en 2014 -Antécédent de déscolarisation	Scolarisée au CNED Niveau Term L
Hôpital de jour MDA - Paris	F	8	17	France	Mariés	1 soeur	-Suivi depuis 2012 -Antécédent d'hospitalisation -Abus sexuel intra-familial -HDJ -Antécédent de déscolarisation	Scolarisée Niveau 1 ^{ère} STMG

Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée

II. MÉTA-THÈMES ET THÈMES

L'analyse thématique phénoménologique des entretiens a permis de mettre en évidence 14 thèmes principaux. À partir des thèmes et de leur transversalité, nous avons pu décrire quatre axes d'expérience : le premier axe aborde le rapport à soi à un niveau intra-psychique ; le second explore le rapport à l'autre, à l'altérité à un niveau inter-subjectif ; le troisième, le rapport au corps et aux sensorialités ; et le dernier, le rapport à la mort. Les différents thèmes et méta-thèmes sont présentés dans le tableau 3.

A. Le rapport à soi

Un « autre Moi » : Du vécu de possession à la peur de devenir fou

Les adolescentes de notre étude rapportent un vécu d'étrangeté en amont et pendant l'expérience automutilatoire ou suicidaire. Elles décrivent une « envie » de se faire du mal, une « envie » de se suicider. Cette envie, difficilement élaborée, semble confiner soit à la folie, soit à la représentation plus acceptable, qu'il y a un « autre Moi » en elles, sans que cela soit de l'ordre du clivage cependant. On retrouve une forme de possession dans cette expérience d'aliénation, qui résulte en une perte de contrôle sur soi.

Fille 1 : « Sur le coup, on est possédé. »

Chercheur : « Ça revient souvent dans ton discours, la possession ? »

Fille 1 : « Ouais... Mais y'a quelqu'un en moi, hein... Y'a un autre Moi. »

Fille 1 : « C'est fort, c'est trop fort. C'est plus que de la tension, c'est de la folie »

Fille 3 : « Je sais que quand j'suis normale... j'vais pas me scarifier... parce que je sais que ça fait mal mais en fait... (...) En fait j'crois que... mon moment de crise, il me... il me transforme, enfin c'est... C'est un peu comme si... si... j'avais pris de la drogue en fait... (...) Des fois, après mes moments de crise, j'suis... 'fin j'ai tellement mal que j'ai... j'ai l'impression d'être... euh... 'fin... pas droguée, mais... j'sais pas, j'ressens un truc bizarre... »

Fille 3 : « Souvent, j'ai... 'fin j'ai très envie de, 'fin... Tout le temps, j'me dis, j'ai envie, là de... C'est comme avoir envie de fumer, en fait 'fin... »

Fille 5 : « J'peux pas dire que j'étais claire dans ma tête en fait... J'étais tellement... J'avais tellement mal que euh... »

Fille 6 : « Mais quand j'me coupe, j'me fais peur à moi-même, parce que... c'est pas moi... »

Le passage à l'acte, partie intégrante de cette expérience, ne paraît pas complètement assumé. Il est exprimé comme une contrainte s'imposant à l'adolescente, avec un fort vécu de passivité. Les actes d'agression contre soi sont alors fréquemment associés à un ressenti de soulagement, synonyme de reprise de contrôle sur soi en partie.

Fille 2 : En parlant des automutilations : « Et puis après, j'me suis rendue compte que ça ne faisait pas ça... Et que, d'une certaine façon, en fait, ça me soulageait de mes angoisses... »

Fille 6 : « On sait que ça, ça nous fait...fin je sais que ça nous fait du mal... mais t'es obligé en fait... Tu... tu peux pas... c'est, c'est comme ça... et... »

Fille 4 : « Mais avec les lames de rasoir, j'avais mal sur le moment mais ça m'soulageait donc j'me sentais obligée de le faire même si ça faisait mal en fait... »

La question du contrôle est au centre de la problématique. Les passages à l'acte permettent une reprise de contrôle mais c'est aussi la perte de contrôle qui conduit ces adolescentes à se faire du mal. Expérimentent-elles un vécu d'aliénation invivable avec pour seul moyen d'y mettre un terme le passage à l'acte ? Ou bien, se faire du mal engendre-t-il un sentiment de contrôle qui peut conduire à une intolérance à l'impuissance ?

Le combat intérieur

Se représenter comme étant double avec l'image d'un « autre Moi » semble permettre d'accepter d'être aussi son propre agresseur. Plusieurs adolescentes se décrivent dans un combat contre elle-même, dans un conflit sans négociation possible entre « deux soi » où l'un doit ressortir vainqueur. Nous décelons en effet une très grande tension qui ne trouve pas à s'exprimer autrement, parce qu'en général elle résulte de contradictions internes qui leur donnent le sentiment d'être dans une impasse.

Fille 1 : « Ba j'suis en conflit avec moi-même, je me déteste... J'me fais du mal mais c'est comme si c'était à mon adversaire mais c'est moi, mon adversaire. J'me bats contre l'adversaire mais l'adversaire, c'est moi... Donc j'me bats contre moi-même... Donc, ba, dans ce combat, on en arrive aux mains, quoi... Et finalement, c'est toujours contre moi et... »

Fille 4 : « Donc c'est vraiment... c'est... c'est comme si, y'a eu deux personnes différentes en fait... Et donc mon but, c'est de retrouver la personne que j'étais avant... »

Ce conflit interne peut se retrouver dans la fonction libératrice ou purgative de l'automutilation, comme si elle devenait un moyen de faire sortir cet « autre Moi » et de retrouver un état de paix transitoire ; le conflit ne pouvant cependant être résolu de cette manière.

Fille 8 : « C'est aussi pour ça que j'le faisais que sous la douche... C'était... y'avait quelque chose de sale à l'intérieur de moi donc, euh... j'ouvrais tout pour que ça puisse sortir et j'lavais avec l'eau en fait... C'était... une sorte de douche en fait... »

Fille 6 : « J'ai besoin de, de, de faire sortir cette souffrance en fait... Le surplus... Le surplus de souffrance, j'le, j'le dessine sur... sur moi entre guillemets... Donc voilà... »

Fille 3 : « Si j'crois, j'sais pas... De voir quelque chose de... sortir de moi en fait... J'sais pas... comment expliquer... »

La tentative de suicide ne revêt pas cette fonction cathartique et s'illustre moins bien par l'idée de combat intérieur, comme si, dans les moments suicidaires, il n'y avait plus de bataille. Le niveau de mal-être atteint est tel, qu'il n'y a plus de possibilité de se libérer mais seulement d'abolir la conscience.

Fille 1 : « En fait... C'est arrivé à la suite d'un... C'était un samedi et j'ai crisé toute la journée, ça voulait plus s'arrêter, j'savais plus quoi faire pour m'arrêter. Et j'ai tout essayé, j'suis sortie, j'suis remontée... Et la crise a duré du matin jusqu'à 19h le soir. Et comme je savais... Y'avait rien qui me calmait, ni le Tercian, rien du tout... J'me suis dit qu'il fallait un truc radical, qui m'fasse...euh... qui m'assomme. Et donc du coup, j'ai un peu fouillé dans toute la maison... (...) J'me suis dit que... de base, j'ai une tension faible, parce que... j'ai une tension faible quoi... si j'prenais des... ma mère, elle prend des trucs pour réguler la tension, j'allais avoir une tension encore plus faible, donc ça allait m'affaiblir donc ça allait peut-être faire que j'arrête ma crise. Après j'prends du Prozac, j'me suis dit que si j'en prenais une grosse dose, ça aussi, ça allait me calmer... Et après, à côté de ça, j'me suis dit que là, quand même, ça devrait faire effet... Et à côté de ça, j'me suis dit, mais... Vu que j'avais envie encore de me faire du mal, j'ai pris plein d'autres médicaments mais sans conséquence, des trucs pour le mal de ventre, des trucs pour le mal de tête, des trucs pour la gastro, des trucs pour... euh... plein de trucs. »

Chercheur : « Et est-ce que ça t'est déjà arrivé de faire des tentatives de suicide ? »

Fille 6 : « J'ai voulu une fois... j'me suis dit que ça y est, c'était... c'était mort... donc j'suis allée, plus, plus plus loin que prévu... et ça, ça a jamais, euh... ça a jamais fonctionné... »

La dépendance à l'agression contre soi

L'automutilation endosse fréquemment, dans le discours des adolescentes, une fonction de soulagement d'un état émotionnel décrit comme intolérable et hors de contrôle. Il peut alors s'installer une dépendance à l'automutilation : le rétablissement d'une homéostasie interne dans l'après-coup et le ressenti d'un manque en son absence sont souvent retrouvés dans notre étude. L'automutilation peut être identifiée comme un moyen de résoudre un vécu interne et in extenso de supporter une situation difficile. La dépendance s'installe lorsqu'il s'agit du seul moyen jugé efficace et pouvant être mis en œuvre dans l'immédiat.

Fille 6 : « Au début, c'était une fois par semaine, après deux, après trois et après, c'était tous les soirs... Donc j'ai eu des moments où j'ai arrêté pendant un mois, deux mois... Mais ça dure pas... jamais plus... parce que, à chaque fois, j'retombais et j'étais... 'fin j'étais dépendante... et si j'le faisais pas, j'étais encore plus mal... »

Fille 3 : « (...) je crois pas que j'culpabilise à chaque fois... »

Chercheur : « Donc c'est pas la culpabilité qui te fait arrêter l'épisode de scarification ? »

Fille 3 : « Non... J'sais pas, c'est autre chose... euh... p'tet parce que j'ai eu ma dose... ou j'sais pas, euh... »

L'acte suicidaire ne se situe pas dans une problématique de surenchère et de dépendance. Il y a en effet, dans la tentative de suicide, une conscience moindre des ressentis immédiats et des conséquences directes de l'acte.

Le passage à l'acte comme un moment seul avec soi

Le passage à l'acte (automutilatoire ou suicidaire) est décrit, dans le discours de nos adolescentes, comme un moment d'intimité, appartenant à leur jardin secret, où l'autre n'existe plus, où elles sont seules avec elles-mêmes. Un moment « seul avec soi », telle une cérémonie secrète accomplie comme une liturgie intime.

Fille 4 : « ce geste, ce qui est un peu impressionnant sur le moment, c'est que... on est un peu enfermé dans une bulle en fait... C'est... en fait, on s'fiche un peu de ce qu'il y a autour... euh... et c'est vrai que, quand on est dedans, c'est un peu compliqué... »

Fille 1 : « Une fois que j'ai fait ma crise, j'ai vomi pendant des heures et des heures, j'me suis fait mal, enfin j'me suis... Que je saigne, que j'suis fatiguée, que j'suis à bout. Là j'me mets sous mon lit, sous ma couette et y'a plus personne. On ne m'entend plus, on ne me parle plus, j'ferme tous les volets et je n'existe plus pendant un moment. »

Ces adolescentes évoquent un besoin égoïste d'isolement, sans interférence de l'extérieur, rappelant une image de cocon. Mais, de par le procédé, ce moment intime ne peut que rarement rester dans le secret et peut être relayé dans la sphère familiale, voire sociétale (par exemple : l'hôpital).

Fille 3 : « Ouais... j'ai mon précieux... j'ai, j'ai besoin d'être enfermée, euh... avec moi-même, de pas écouter le monde extérieur... »

Fille 3 : « C'est dur pour moi parce que... En fait, j'aimerais bien être toute seule dans ce moment-là, j'aimerais bien que personne ne le sache... et... et sauf que un moment, ils découvrent... 'fin ils le voient... et... du coup... moi... 'fin mes parents, ils le gèrent mal... et, et... ba à chaque fois, ils appellent les pompiers... Puis j'me retrouve, c'est tout le temps la même chose... »

B. Le rapport à l'autre

La recherche de la réaction de l'autre

Le geste, qu'il soit automutilatoire ou suicidaire, est en attente de la réaction de l'autre. Le passage à l'acte est un langage interactif sollicitant l'entourage et il semble avoir une forte valeur relationnelle. Le lien s'en trouve testé, attaqué.

Fille 4 : En parlant de sa TS : « Déjà, j'pense aussi en partie d'attirer un peu l'attention, voilà de dire : « bon ba voilà, elle a été capable d'aller jusqu'ici »... pour voir un peu la réaction des gens... »

Fille 5 : « Ouais, la première fois que j'l'ai fait, j'm'en rappelle aussi... 'fin euh... j'm'étais disputée avec mes parents et ils avaient brisé un cadre qui comptait beaucoup pour moi et euh... Ouais, j'm'étais fait du mal avec ce cadre quoi... avec euh... les trucs cassés mais euh... »

Fille 3 : « avant, euh... vu que j'avais pas l'habitude et tout ça, euh... au moment, où j'voyais beaucoup beaucoup de sang, euh... euh... j'sortais de la pièce et j'disais : « maman, euh... ». Mais, moi, j'pensais pas qu'on allait à l'hôpital pour ça en fait... et... j'me souviens, euh... j'ai vu maman et tout et... elle me posait et ils ont appelé les pompiers, et en fait... »

Moyen de tester la relation, le passage à l'acte est également un moyen de la contrôler par la peur, l'imprévisibilité et la violence sous-jacentes à l'acte. Cela donne une impression d'interaction figée, l'entourage se retrouvant impuissant.

Fille 3 : En parlant de ses parents : « Ba... moi... j'pense que ça leur fait... ça leur fait... constamment peur en fait... parce que, j'fais ça... des moments... parce que j'suis avec mon téléphone... ça peut être un texto avec mon p'tit copain, un truc horrible... qui me met hors de moi... J'suis dans ma chambre... eux ils font la cuisine... ça arrive dans des moments, eux ils savent pas... Et du coup... euh... je sais que ça... ils doivent avoir constamment peur en fait. »

Fille 2 : En parlant de ses parents : « Non... Ils étaient plus tristes... Maman, elle était énervée pendant un petit bout de temps... Mais euh... C'est vrai que ça servait à rien de s'énerver sur moi... Donc, euh... Et des fois, elle avait tendance à s'énerver quand elle savait... mais euh... elle pouvait rien faire et ça servait à rien de s'énerver... »

Une adolescente nous a apporté un de ses écrits comme objet de support à l'entretien et illustre bien comment le passage à l'acte peut induire une relation d'inter-dépendance. L'autre doit toujours s'attendre au pire. Le but est d'être toujours dans la tête de l'autre. Elle se présente ici comme dans un état d'impuissance totale, comme un nourrisson nécessitant une présence permanente.

Fille 6 : « T'aurais compris que j'suis pas le bon genre de fille. Qui fait partie de celle qu'il faut pas laisser seule sur les quais de Seine, pas sur les ponts non plus, encore moins sur les buildings. Pas trop près des couteaux, éloigner les médocs. Parce qu'on sait jamais ce qui pourrait me prendre dans la nuit noire, ce qui pourrait me faire hurler à la mort après un énième cauchemar. J'fais partie de celles qu'il faut pas laisser seule avec elle-même. Parce que quand tu rentreras, tu sauras jamais ce que tu pourras trouver dans la salle de bain inerte, ce que tu pourras découvrir dans la cuisine ensanglantée. »

Le message caché derrière le passage à l'acte

Nos adolescentes tentent de communiquer un message via leur passage à l'acte. Néanmoins, l'interprétation est laissée à celui qui reçoit le message, les raisons sous-jacentes étant difficilement verbalisables et communicables.

Fille 2 : *En parlant de ses parents : « Ils ont cru que c'était une erreur de leur part, que c'était de leur faute, euh... Et euh... Enfin... les parents ont tendance à mettre, euh... à rejeter la faute sur eux et à se remettre en question, alors que ça a rien à voir avec eux... (...) Ils prennent plus ça comme une sorte d'attaque... »*

Fille 4 : *« (...) aussi pour... 'fin... pour euh... pour 'fin... pour crier... 'fin pour montrer que je souffre quoi, vraiment... 'fin pour... voilà. Parce que c'est vrai que quand on est en dépression, on a l'impression d'être... euh... d'être seule en fait... et de pas être compris par les autres, c'est ça ! »*

Chercheur : *« Et donc, qu'est-ce que ça voulait dire quand tu te scarifiais après un conflit ? »*

Fille 8 : *« Ouais, ba oui, c'est que... ba j'étais passée à une phase où j'm'exprimais quoi... sauf que j'voyais pas trop... j'savais pas trop comment l'exprimer... donc du coup euh... du coup, j'sais pas, voilà, j'me scarifiais quoi... »*

Ce message peut être sous-entendu, suggéré, notamment par les traces laissées par les automutilations. La teneur du message demeure floue : partager sa souffrance parce qu'il n'y a pas d'autres moyens de la dire, interpeller l'autre au sujet de sa souffrance semblent être les plus courantes. On retrouve chez certaines de nos participantes une tendance à être collée à l'autre dans la relation et une communication entre elles et l'autre au-delà des mots. Le passage à l'acte vient peut-être vérifier cette forme de communication. Sans avoir besoin de parler, l'autre peut entendre le message caché.

Fille 3 : *« Si, on s'resemble beaucoup... En fait, sans l'savoir... 'fin... 'fin... moi et ma mère, on est pareil... oui c'est vrai... 'fin sans se parler, on peut s'comprendre en fait... 'fin... mais euh... »*

Fille 5 : *En parlant d'une amie : « On a évolué ensemble, on a... On s'est rencontré quand on avait des troubles alimentaires... Mais en fin de compte, elle comme moi, les troubles c'était un peu... dommage collatéral quoi... C'était plus euh... On était plus axé sur la scarification... sur ça... et euh... on a évolué ensemble et j'avais... et encore aujourd'hui, j'peux lui dire des choses... j'peux lui balancer un sujet mais... sans queue ni tête et elle va comprendre... Et c'est ça, c'est ça qui fait beaucoup de bien... »*

Fille 6 : *« Mais j'en parle pas, ils le voient... Ils le découvrent que j'suis... 'fin ils le voient que j'suis mal... 'fin ça se voit quand quelqu'un est mal... ils le voient et euh... ils supportent pas, donc euh... (...) Ba quand ils voyaient les marques sur mes bras, ils m'demandaient des explications mais j'avais pas à leur en donner... »*

Fille 8 : *En parlant de sa TS : « Ba, je savais ce que je voulais prendre, parce que... (...) Donc, euh... j'me suis renseignée, j'avais regardé sur internet... Et, euh... et puis, euh... ouais, en voyant les, les risques et tout ça... ba, je... j'sais pas en fait... J'ai pas voulu faire trop de mélanges, et tout ça, parce que j'me suis dit... en fait, à la base, avant, j'voulais pas du*

tout... j'étais complètement... ça m'tentait pas du tout le médicamenteux parce que j'me suis dit, c'est soit trop rapide, on souffre pas... y'a pas de... physique, y'a pas de rappel physique donc, euh... j'voulais pas... Et du coup, ba, moi j'ai dit... 'fin j'ai pas trouvé d'autre moyen d'appeler à l'aide... donc du coup, euh... »

Les mouvements de rapprochement et d'éloignement jugulés par le passage à l'acte

On retrouve souvent, dans les discours, des relations proches voire collées entre les adolescentes et leurs mères.

Fille 1 : « J'suis très proche de ma mère... un peu trop... ça m'étouffe un peu mais bon... »

Fille 5 : En parlant de sa mère : « Ouais... On est vachement... On est très, très fusionnelles... Avec mon frère, euh... pfff... c'est tout l'inverse, on parle pas... »

Le passage à l'acte peut être présenté comme un moyen violent de couper les liens entre elle et leur mère ou du moins de tester la possibilité de les couper, comme pour métaphoriser l'individuation, pour s'affranchir d'une dépendance.

Fille 1 : « Et pourtant, après chaque crise, j'dis à ma mère : « Alors, tu m'aimes plus, hein ? Tu veux m'abandonner ? Tu veux me jeter ? ». À chaque fois j'lui dis...euh... : « Alors, est-ce que j't'ai bien énervée ? Alors ». Euh... Enfin j'lui pose toujours les mêmes questions. « Tu me détestes maintenant, hein ? ». Elle en a marre... »

Fille 1 : « Mais j'aime bien savoir sa réaction après... J'aime bien savoir... Enfin, j'sais pas... On sent que j'attends qu'elle me dise : « Bon, ça y est, j'en ai marre de toi... Je te jette. » J'sais pas... Tout le temps. (...) Mais avant la crise, quand elle me fait : « Alala, Esther, j'en peux plus de toi, j'vais t'exploser ! » Et là, ça me donne encore plus envie de criser... Et c'est moi... en fait... j'la provoque un peu, en fait. Mais j'attends ces mots en fait, je crois. »

L'acte suicidaire peut être même l'alternative ultime à la séparation, dans une situation d'incapacité à envisager ce processus. Une patiente parle de la dépression et des idées suicidaires de sa mère, qu'elle a vécues comme une menace d'abandon. Son geste suicidaire à elle, peut être vu comme un moyen de ne pas risquer de nouveau l'abandon et la séparation.

Fille 4 : En parlant de sa mère : « Elle peut pas m'en vouloir d'avoir ces envies-là pare qu'elle sait ce que c'est... euh... elle l'a vécu aussi... parce que ba elle, la seule chose qui l'a

retenue, c'est ma sœur et moi... après ba moi, j'ai pas d'enfant... donc c'est un peu plus compliqué... »

On peut donc voir le passage à l'acte (automutilatoire ou suicidaire) comme un moyen de mettre l'autre à distance mais également comme une auto-punition infligée à soi-même pour avoir envisagé ou désiré la séparation.

Fille 5 : En parlant des automutilations : « D'un côté, j'me punissais aussi, parce que 'fin je m'en voulais beaucoup... »

Chercheur : « Tu t'en voulais de quoi ? »

Fille 5 : « Parce que j'étais... j'ai eu une période où j'étais, euh... j'étais... 'fin j'avais des relations très conflictuelles avec ma mère... mais énormément, 'fin ma crise d'adolescence... elle a été vachement violente et elle a duré... Et j'crois que c'était une façon de me punir de lui faire du mal... puis euh... après... après mes 18 ans, ça a été plus euh... une façon de ME punir moi...euh... J'ai une relation très... très fusionnelle avec ma mère, donc elle se retrouve souvent dans les... euh... dans la situation mais euh... ouais... »

Nous voyons que ces adolescentes, par l'attaque de leur corps, cherchent à se dessaisir des liens mais aussi à les maintenir « collés », dans un mouvement de rapprochement et d'éloignement médié par le passage à l'acte, illustrant bien les conflits à l'œuvre à l'adolescence.

Chercheur : « Et toi, comment tu le vivais cette surprotection de tes parents en réaction aux passages à l'acte ? »

Fille 8 : « J'pense que j'le voulais quand même, ouais... j'le voulais... et euh... ça m'soulait mais j'le comprenais... c'est que... ouais, j'comprenais qu'ils fassent ça mais euh... bon, ça m'soulait parce que... ba, euh... pffff... parce que j'étais plus libre de mes mouvements, en fait... parce que, moi, à la base, j'avais fait ça aussi un petit peu pour m'libérer... et euh... finalement... ça m'a encore plus enfermée dans... chez moi quoi... donc euh... »

L'automutilation qui isole et affilie

Les discours montrent d'importantes difficultés relationnelles avec les pairs, avec un vécu de rejet, d'incompréhension, de non-appartenance. Les adolescentes se sentent à part, différentes de leurs semblables et mettent cette différence sur le compte de leur mal-être et de sa traduction la plus visible : les automutilations.

Fille 7 : « Euh... je suis au CNED, donc euh... je fais des cours par correspondance, dans ma maison... Et j'me suis totalement isolée des autres... Et là maintenant, je ne travaille plus... J'me sens plus capable... euh... de travailler mes cours... »

Fille 6 : « Et quand j'commence à dévoiler un peu ma vraie personnalité, celle qui est mal, et celle qui... qui arrive pas... à vivre, entre guillemets, normalement. Là, ça... les gens, ils partent en fait... »

Fille 6 : « Pour moi, en fait... me faire du mal, mes coupures, etc... c'est déjà une grande, grande partie de ma vie... parce que c'est devenu ma personnalité en fait... J'ai tellement été habitué à être mal que pour moi maintenant, c'est... c'est moi en fait. C'est ma personnalité, c'est... c'est moi ! Du coup, ils... ils en voient déjà tellement que j'vais pas leur expliquer plus pourquoi, le pourquoi du comment. »

Cette adolescente, à travers un texte qu'elle a écrit et qu'elle nous a apporté en réponse à la consigne de l'objet, a pu mettre en mot ce sentiment d'isolement :

Fille 6 : « J'veux pas que vous me laissiez seule avec mon chagrin, ma solitude, mes cauchemars. Seule dans le noir, seule face au silence qui me transperce. Seule face au monde. »

De ces difficultés à tisser des relations aux pairs, à s'affilier, on retrouve fréquemment une forte propension à s'identifier aux autres adolescents en souffrance, l'automutilation en étant le symbole. C'est ainsi qu'on voit de nombreux jeunes fréquenter les sites ou les groupes de discussions relatifs aux automutilations, partageant leurs maux, jusqu'à leurs façons de s'automutiler.

Fille 5 : « Même si, y'a eu beaucoup de... de cas où euh... non parce que moi, j'me sens encore vachement impliquée... Et donc j'avais fait des, 'fin voilà... Quand j'vois des reportages, des... des trucs euh... 'fin je regarde forcément... »

Fille 3 : « Moi, avant d'faire tout ça et tout, euh... ça m'arrivait de... de voir des vidéos sur youtube où j'regardais pendant trois heures, parce que j'avais un ordi... je... je faisais que de regarder pendant trois heures, toute la nuit... puis des fois, j'tombais sur une vidéo, euh... de filles qui faisaient des montages euh... : « Oh, j'me scarifie, oh machin... oh machin... ». Puis, euh... j'en regardais plein, j'ai dit : « Oui, mais pourquoi elles font ça, elles ! ». »

Cette affiliation groupale se retrouve davantage via l'automutilation que via les conduites suicidaires, et c'est en cela une différence fondamentale. Les discours illustrent bien ce processus par l'utilisation du « on », lorsqu'elles parlent des scarifications. Cela semble être le point de départ des effets de contagion, fréquemment décrits dans les conduites automutilatoires.

Fille 4 : « Si on l'a pas vécu, c'est... c'est très compliqué... Parce qu'on est un peu dans un... dans une bulle... un peu spéciale. Et on peut pas trop nous... on arrive pas à nous raisonner... On arrive pas à... »

Fille 6 : « On sait très bien que ça nous fait du mal et... pour... 'fin... c'est paradoxal... et qu'en fait... finalement ça nous fait du bien, 'fin ça fait... ça m'a fait du bien en tout cas, à moi... donc euh... »

C. Le rapport au corps et aux sensorialités

Des éprouvés émotionnels douloureux non représentables

On observe, dans les discours, des expériences émotionnelles très fortes, parfois explosives. Les passages à l'acte (AM et TS) sont souvent liés à des états d'angoisse, de tristesse, de colère. Les adolescentes de notre échantillon se décrivent souvent comme submergées par leurs émotions. Les difficultés à mettre des mots sur leurs sensations et ainsi sur leurs émotions entravent les processus de mentalisation et peuvent mener aux passages à l'acte.

Fille 3 : « Ba... euh... C'était tellement fort... que... ba... j'me dis que j'avais pas le droit de souffrir autant... que du coup je... 'fin j'voulais vraiment plus... 'fin sentir tout ça... »

Chercheur : « Et dans quelles circonstances, t'en venais à penser à l'automutilation et à le faire ? »

Fille 2 : « Quand j'étais très angoissée... C'était une idée... euh... une pensée qui m'obsédait, c'est à dire que j'avais quelque chose qui m'obsédait, qui me faisait mal... qui faisait que j'me sentais pas bien... Alors du coup, ba... j'allais me réfugier... vers ça. »

Fille 4 : « Mon père m'avait envoyé bouler, ma sœur aussi, donc j'me suis retrouvée dans ma chambre et j'étais tellement en colère que fallait que j'le fasse quoi... »

On retrouve une extrême sensibilité voire une porosité émotionnelle chez nos adolescentes. L'émotion se transmet impalpable, non contenue par le sens des mots.

Fille 7 : « Parce que, euh... j'voulais tellement faire plaisir aux autres... et j'me mets tellement de pression, que... j'me sentais vraiment à vif... (...) j'étais tellement à vif et perturbée par... par mes angoisses, que j'avais oublié que j'avais une barrière protectrice. »

Fille 2 : « C'est à dire quand j'vois des gens qui sont mal, etc, c'est... j'peux pas m'empêcher de... de m'sentir mal pour eux, de... »

Le langage et les représentations mentales ne sont pas utilisés pour marquer une distance vis-à-vis des éprouvés, ni pour différer la réponse aux émotions. Les expériences émotionnelles de nos adolescentes, vécues comme des expériences éminemment corporelles, peuvent être éprouvées de manière particulièrement violente et aliénante. Le passage à l'acte, par un retour au corps, permet de mettre un terme à ce vécu, de justement marquer une distance et de reprendre le contrôle sur les ressentis émotionnels.

Fille 3 : « Si y'a un truc qui m'fait mal... je... j'ai pas l'temps dans ma tête en fait de... de... de m'dire « bon calme-toi ! On va régler ça tout ça... ». Ca me... C'est comme un pistolet en fait... J'ai pas le temps de l'arrêter... J'ai pas le temps d'arrêter la balle en fait ! Donc j'pars direct... euh... en explosion... ça fait un truc... euh... »

Fille 6 : « J'avais besoin de sentir que je saignais et que je... c'est... en fait c'est... inexplicable... cette sensation de... j'sais même pas... y'a même pas de mot en fait... »

Fille 3 : « Ça (en montrant les cicatrices de scarifications), c'est quand j'suis pas bien... 'fin... c'est quand j'suis pas bien, quand il s'est passé une crise... Mais que... ça m'a... ça m'a énervé... euh... très haut... et pour peut-être rien du tout... »

Chercheur : « Et qu'est-ce qu'elles viennent dire ces idées noires ? »

Fille 7 : « Ba... d'y mettre un terme... de mettre un terme à la pression... de mettre un terme à... aux angoisses... qui sont trop fortes... de... reprendre contrôle... Y'a plus d'autre solution... »

Le corps, média des ressentis

Le rapport au corps est interrogé dans les expériences d'agression contre soi. Le besoin de ressentir et le besoin d'arrêter de sentir se retrouvent simultanément dans de nombreux discours. Les sensations corporelles interrogent sans cesse l'existence de ce corps, comme une nécessité d'exister corporellement. Les adolescentes ont un besoin d'apprendre à connaître leur corps et ce qu'il leur dit ; ainsi, elles utilisent le passage à l'acte pour apprivoiser leurs sensations et questionner le vécu d'existence. Dans l'automutilation, se couper et ainsi pouvoir visualiser son sang joue un rôle central, comme la preuve qu'elles sont en vie. Cela contribue au soulagement espéré.

Fille 2 : « J'me dis que c'est pas en mourant que j'avais ressentir du soulagement... J' ressentirais plus rien et ce sera le vide donc... euh... J'ai pas vraiment envie que ça arrive... »

Fille 6 : « J'avais besoin de sentir que je saignais et que je... c'est... en fait c'est... inexplicable... cette sensation de... j'sais même pas... y'a même pas de mot en fait... »

Fille 1 : « J'me fais bien mal autre part, jusqu'au sang. J'ai besoin de me faire mal et de sentir que je suis là... (...) J'ai besoin que... de voir qu'il y a du sang. »

De nouveau, lors de la discussion autour de la consigne de l'objet pendant l'entretien, une adolescente nous a lu un de ses écrits, où on retrouve le questionnement autour du rôle du sang.

*Fille 7 : « Alors, et seulement alors, tu sentiras à nouveau, ce liquide qui s'échappait de tes poignets avancer paisiblement en ton corps.
Alors tu ne le laisseras plus jamais couler.
Tu n'essayeras plus jamais de t'en séparer.
Tu le garderas au chaud, en toi.
Et enfin, tu vivras avec lui, avec eux, en paix. »*

L'automutilation permet aussi de ressentir physiquement la douleur, dans une tentative d'apprivoiser et de matérialiser la douleur psychique. L'inscription dans la chair par l'automutilation est aussi une inscription dans la réalité des blessures psychiques permettant de les panser et ainsi de les penser. Il s'agit de mettre en forme des blessures intérieures ressenties comme confuses. Les voir peut signifier en prendre le contrôle.

Fille 6 : « Du coup, j'me disais qu'en m'coupant, j' ressentirais une douleur... Et du coup, ba... une douleur et finalement j'me dirais : ouais, j'suis vivante quoi... j'existe encore... »

Fille 8 : « Au tout début, c'était vraiment pour un p'tit peu justifier mon mal en fait... surtout pour que je comprenne, que j'arrive à m'dire, euh... c'est pas que mental... comme ça c'est physique donc au moins... parce qu'au début, j'y croyais pas trop... les trucs psy, j'étais pas trop dans l délire quoi... (rires) donc du coup, c'était plus pour euh... pour rendre physique les choses, quoi... »

Fille 2 : « On a l'impression que c'est un peu plus gérable. Parce que, on se désinfecte... on se dit, ça va passer... ça va cicatriser. Et du coup, on pense plus à... aux angoisses... »

La définition de son corps et de ses limites

Nos adolescentes entretiennent un rapport complexe à leur corps, avec des difficultés à le définir. La notion de marquage est essentielle. Les traces, les marques, les cicatrices de scarifications permettent de contrôler ce qui peut être vu, ce qui peut être caché du regard de l'autre, délimitant ainsi les contours de soi et de son corps.

Fille 5 : En parlant de sa mère : « Elle le voyait pas en fait... Alors que y'a des moments où euh... où j'me cachais pas quoi... 'fin j'm'en rends compte que... 'fin voilà, j'laissais mes bras complètement dénu... dénudés... mais un moment, 'fin y'a eu ça puis j'ai commencé à mettre plein de bracelets aussi... Ça l'énervait mais euh... elle savait pas... Et 'fin d'un côté, j'lui en voulais de pas remarquer et d'un autre côté, ça m'rassurait 'fin j'étais vraiment dans une... situation paradoxale... »

Fille 2 : « J'ai... préféré faire ça sur la hanche parce que ça se voyait pas... Et, euh... le problème, c'est que quand on met des débardeurs, c'est que ça se voit... Puis la hanche, c'est toujours un endroit bien caché. Donc, euh... c'était plutôt pratique. Et euh... après finalement, j'l'ai pas refait là, parce que je sais que ça laisse des traces... et, euh... c'est chiant quand on se met en maillot de bain... On les voit légèrement et puis... quand même. »

Nous retrouvons chez nos adolescentes un besoin de se réapproprier leur corps, d'en marquer la limite et d'expérimenter la fonction enveloppante de la peau. L'automutilation peut apparaître comme une expérience charnelle.

Fille 6 : « La première fois, j'pense que c'est toujours, euh... la plupart des personnes qui le font, c'est pour tester... Et en fait, euh... C'est comme, euh... la première fois, qu'on teste un joint... une cigarette, etc... c'est pour essayer. Et finalement, on s'rend compte, qu'en fait, ça fait du bien... Ça libère... C'est tester les... les limites... C'est tester ce que... ce que notre corps, il est capable de faire... »

Fille 7 : « Parce que, euh... (...) j'me sentais vraiment à vif... J'avais oublié que j'avais, euh... que j'avais une protection en fait... donc euh... qui était en fait ma peau... et j'me sentais, euh... attaquée par tout le monde et j'avais l'impression que tout le monde pouvait lire en moi, que... j'étais tellement à vif et perturbée par... par mes angoisses, que j'avais oublié que j'avais une barrière protectrice. Et le fait de m'avoir fait du mal, c'était pour me rappeler que... les gens ne pouvaient pas lire en moi... et que j'étais protégée de... que j'étais libre de... »

La peau est ici une frontière écorchée vive car les frontières entre soi et l'autre peinent à s'établir, l'automutilation est un moyen de dénoncer le flou des limites, de vérifier la permanence de la capacité protectrice de cette limite corporelle, et de matérialiser une interface dedans-dehors, soi-l'autre.

D. Le rapport à la mort

La confusion sur l'intention de mourir

À travers les entretiens, les liens entre automutilations et tentatives de suicide apparaissent souvent intriqués. Les expériences automutilatoires et suicidaires peuvent être situées à des niveaux différents mais sont souvent confondues dans les discours de nos adolescentes. On rencontre des adolescentes qui tentent de se suicider sans intention de mort, ainsi que des adolescentes qui se scarifient avec une intention suicidaire ambiguë, disant se couper plus ou moins profondément, dans une alternance et une association de multiples configurations. Les adolescentes rapportent des distinctions entre les automutilations et les tentatives de suicide mais ne les situent pas forcément autour de l'intentionnalité suicidaire, plutôt autour d'un degré de souffrance différant en intensité. La question de l'intention de mourir soulève des réponses ambivalentes et ambiguës et paraît difficilement appréciable dans nos résultats.

Fille 6 : « J'avais pris des médicaments en fait... C'était pas vraiment une tentative de suicide mais j voulais m'faire du mal... et j voulais un peu oublier durant quelques heures... du coup j'ai pris tout mon flacon de, de médicaments et une, une... une plaquette de, de, de mon, de mon traitement et euh... et après j'ai fait un... une overdose en fait... presque... et du coup, euh... je savais que j'pouvais mourir mais j'm'en foutais en fait... »

Chercheur : « Si on compare les moments où tu te scarifies et ceux où t'en viens à tenter de te suicider, c'est des moments un peu similaires ou non ? Comment tu dirais toi ? »

Fille 3 : « Y'a eu des moments différents... Ça (en montrant les scarifications), c'est quand j'suis pas bien... Et l'autre moment, c'est... 'fin... c'est quand j'suis pas bien, quand il s'est passé une crise... Mais que... ça m'a... ça m'a énervé... euh... très haut... et pour peut-être rien du tout... Et quand j'ai vraiment envie de mourir, c'est quand y'a un truc que j'ai appris... un truc que... qui est important pour moi et qui est... effondré... et... C'est pas quand j'm'énervé en fait... C'est quand y'a un truc qui... un truc qui va pas... C'est les sentiments en fait... C'est plus... pour les sentiments... »

Les jeunes entretiennent un rapport ambigu au risque de mort lié au passage à l'acte. La pensée de la mort semble être toujours présente derrière, mais le risque associé n'est pas pris en compte voire dénié. La mort ne fait pas toujours sens pour ces adolescentes, avec un jeu ambigu dans la prise de risque.

Chercheur : « Et derrière les scarifications, est-ce qu'il y a pour toi la perspective de la mort ? »

Fille 1 : « Ba, elle est très forte mais c'est toujours une ambivalence »

Fille 1 : « Ba... pfff... j'l'ai fait au ventre, généralement ... Puis j'sais pas s'il y aura des traces, ça fait longtemps que j'l'ai pas fait... Mais... (Elle ouvre son pull et montre son cou, sa poitrine...) J'l'ai fait là, et puis là, **et partout sauf les points sensibles**. J'ai besoin que... Mais j'le fais jusqu'au sang, jusqu'à qu'il y ait du sang. »

Fille 6 : En parlant de sa TS : « Ah non, j'avais réfléchi... Je, j'm'étais dit, au pire, je meurs, c'est pas grave... 'fin... J'ai... C'était pas mon intention de mourir mais je savais que j'pouvais... »

Les représentations de l'acte suicidaire sont multiples mais sont surtout associées à des images de paix, d'interruption de la souffrance, de repos transitoire. La mort, ne renvoyant plus à la notion d'irréversibilité, peut se confondre avec l'existence ou se juxtaposer à elle et valoir comme sensation. Le geste suicidaire est le plus souvent un moyen de fuir une tension insupportable à travers un « sommeil réparateur » plus que le point d'aboutissement d'un véritable désir de mort.

Fille 1 : En parlant de sa TS : « J'avais très envie que ça s'arrête, que tout s'arrête... Mais est-ce que j'avais envie de mourir ? J'pense pas... (...) J'voulais... euh... dormir, dormir, **pas exister pendant un moment** quoi... »

Fille 4 : En parlant de sa TS : « C'était en partie pour tester mes limites... euh... et après en avoir parlé avec le psy... euh... Je pense que j'serais pas allée... 'fin c'est... voilà... j'serais pas allée au bout vraiment pour mourir mais euh... histoire de... de moins souffrir... (...) Et parce que voilà, j'me disais, bon ba... si j'prends des médicaments, j'vais être... euh... j'vais plus ou moins me reposer un peu même si ba... **j'tombe dans le coma ou des trucs comme ça... Au moins, j'me serais reposée un moment, genre mon cerveau, il serait un peu éteint quoi...** »

Les relations entre automutilations et suicide paraissent notamment extrêmement confuses pour les parents des participantes, qui expriment et véhiculent des angoisses de mort pour les deux types de passage à l'acte, les plaçant ainsi sur un même continuum.

Chercheur : « J'voulais qu'on discute ensemble de comment, selon toi, ta famille avait vécu les scarifications. »

Fille 2 : « Ba, euh... Pas très bien, en fait. Au début, ils ont pas compris... euh... (...) Ils prennent plus ça comme une sorte d'attaque... Et donc du coup, ba... Ils l'ont pas forcément bien pris au début... Mais, euh... C'est pas pour autant qu'ils m'ont empêché de vivre... Ils m'ont un peu étouffé sur le moment, parce qu'ils avaient peur de... euh... de ce qui pourrait arriver. »

Chercheur : « Tu crois qu'ils avaient peur de quoi ? »

Fille 2 : « Ba, euh... que j'tente de... de me suicider... en fait, ils pensaient ça donc... du début jusqu'à la fin, donc ça, c'est jamais parti de leurs têtes... »

Chercheur : « Ils pensaient que les scarifications et le suicide, c'était la même chose tu crois, en ce qui te concerne ? »

Fille 2 : « Ouais, ouais... toujours. »

Tester les limites entre la vie et la mort

Le passage à l'acte est aussi présenté comme un moyen de tester les limites entre la vie et la mort, afin de se les approprier ; les adolescentes défient leur toute-puissance face à la mort, héritée de l'enfance. Elles ont besoin de s'éprouver pour apprivoiser les limites de leur puissance et ressentir le vécu d'existence, sinon le doute semble persister.

Fille 6 : « J'pense que j'ai besoin de m'détruire et de m'prouver que... euh... 'fin... que j'suis vivante, entre guillemets. Parce qu'à l'intérieur, j'suis tellement pas bien que j'ai l'impression d'être morte en fait... J'ai l'impression que j'ai plus aucun sentiment, etc... »

Fille 7 : « Qui nous fait douter de ce rapport à la vie... Généralement... 'fin, ce dont, j'ai... ce dont je sais, par rapport aux autres... et par rapport à moi-même... c'est que les personnes se font du mal pour être sûr qu'ils sont encore en vie. Pour en être sûr. »

La limite de la mort est interrogée, questionnée, parfois en référence à un processus magique, à un « inconscient protecteur ». Les adolescentes interrogent leurs capacités de contrôle, de maîtrise, mises à mal par les remaniements pubertaires.

Fille 3 : « Ba, en fait, quand j'le fais, j'ai cette conscience en moi que... que... j'vais m'arrêter... que... que je... je sais que... après, ça va aller mieux, je sais très bien que c'est pas là que j'vais mourir... pas pour cette connerie juste avant... »

Fille 4 : « Ce jour-là, j'ai sorti plusieurs comprimés de mes antidépresseurs, j'ai voulu en prendre plein mais... j'les ai pas pris. J'les ai laissé, c'était un peu pour me tester, quoi, en gros... (...) j'ai avalé un comprimé mais c'était un peu... euh... même si ça paraît rien, c'était vraiment juste le fait de l'avoir fait... »

Chercheur : « Qu'est-ce que tu cherchais ? »

Fille 4 : « A tester mes limites... Voir jusqu'où j'étais capable d'aller en fait... »

Fille 4 : « Ba sur le moment, forcément, on s'dit : « si, j'vais faire ça pour mourir » mais quand on est dedans, on va pas forcément au bout... Parce que c'est quand même une décision qui est... qui est dure et même dans... 'fin notre inconscient met des limites aussi, j'pense... »

Le passage à l'acte comme un seul en scène

L'analyse des résultats montre que nos participantes ont recours à une forme de mise en scène du passage à l'acte, nous interrogeant sur sa dimension exhibitionniste. Il est décrit comme toujours effectué dans un même lieu, dans une même position, avec les mêmes rituels. L'image d'un seul en scène nous paraît illustrer ce procédé. Il s'agit d'une mise en scène de soi en souffrance face à un public fantasmé. La jeune est seule sur cette scène, elle a l'impression d'être seule au milieu des autres, de ne pouvoir appartenir au même groupe. Le fantasme d'être regardée semble rentrer en ligne de compte dans le processus automutilatoire mais également suicidaire : fantasme que les proches découvrent les lames de rasoir, les traces de sang, le corps inerte, comme un moyen d'exister de manière indélébile dans la tête des autres.

Chercheur : « Et les moments où tu te fais du mal, c'est dans quelles circonstances ? »

Fille 4 : « Seule... Ça c'est... bon après j'ai eu des envies... Bon là, y'a du monde donc voilà... Mais en général, j'suis seule... euh... la première fois, j'étais seule dans ma chambre... J'me suis mise dans mon lit... J'étais vraiment seule... Pareil quand j'allais à l'école, j'm'isolais vraiment... ba parce que c'est vraiment un moment où... même si y'a des gens autour... on se sent très très seule... ça veut dire que même, on voit des gens passer à côté de nous, c'est comme si... ils étaient pas là quoi... (...) Et j'étais comme ça et j'bougeais pas pendant genre 1h, j'suis restée avec mes médicaments dans la main... et ils passaient devant moi, ils passaient devant moi et... j'étais assise dans le couloir... y'en a pas un qui a bougé... »

Fille 3 : « fin déjà, j'le fais tout le temps dans mon lit... euh... j'me pose, j'me mets sous ma couette, j'me mets bien... je... j'fume une cigarette dans mon lit... et... j'mets ma musique et je prends ma lame, et je commence... Et en fait je... Et du coup, voilà... à chaque fois, j'le fais en fumant et j'essaye d'être le plus détendue possible en fait... »

Fille 6 : « J'étais en angoisse... totale... j'paniquais... j'trouvais plus mes lames et j'étais là... j'les cherchais parce que souvent, j'les cachais dans des endroits improbables... D'ailleurs, quand j'suis rentrée ici... ils ont retrouvé des lames dans un... dans des endroits... dans des doublures... j'ai... même dans, dans... derrière un cadre, dans ce cadre-là d'ailleurs... derrière un cadre caché et je savais... Ils m'ont dit : « oui, t'as essayé d'faire rentrer des trucs, etc... »... J'ai fait : « Non, mais moi, j'étais même plus au courant qu'elles étaient là... ». Je savais même plus... parce que j'en ai tellement un milliard... et je sais que dans ma chambre, aujourd'hui, dans des livres... dans des... y'en a plein... plein, plein, plein... et je sais pas où elles sont... »

Une adolescente interroge, à travers le terme de « vraie vie », les moments d'agression contre soi, qui n'appartiendraient pas à la vraie vie, mais à un jeu avec soi-même mis en

scène par soi. Dans l'acte automutilatoire, le spectacle est destiné au public mais également à soi, en tant que spectateur.

*Fille 3 : En faisant référence aux moments de passage à l'acte : « J'm'aime pas dans ces moments-là déjà... et puis après **dans la vraie vie**... non... j'm'en fous un peu... »*

Les discours montrent des fantasmes suicidaires derrière les automutilations. On retrouve le fantasme que les automutilations « dérapent » malgré soi, comme un « flirt » avec la mort. La fonction de cette mise en scène est de jouer un jeu ambigu, factice, où la réalité, la douleur et la mort sont déniées, renforcées par les difficultés à se représenter la mort à cet âge.

Fille 3 : « Ba, déjà, quand j'suis beaucoup, beaucoup plus mal... j'ressens même plus quand j'le fais en fait... J'sens plus du coup, oui, j'vais plus profond... J'le fais plus, j'me fais plus de... de cicatrices... Je pense, euh... en fait j'pense qu'à une chose, c'est... euh... de réussir mais euh... à chaque fois, j'y arrive pas... »

Chercheur : « De réussir à quoi ? »

Fille 3 : « Ba... à essayer de toucher une... de couper les veines et, euh... et en fait j'pense même pas à ce qu'il va se passer après, aux conséquences, euh... parce que j'suis dans un moment où en fait euh... j'contrôle pas... et... »

Fille 2 : En parlant de la première fois où elle s'est scarifiée : « J'ai choisi les poignets d'abord en pensant que ça ouvrirait les veines... Mais du coup, ça l'a pas fait... (...) ça a rien fait, ça a fait juste... voilà, j'avais du sang... etc... Mais, euh, ça a pas fait que le lendemain, j'me suis vidée de mon sang ou truc comme ça... »

Fille 8 : En parlant des AM : « C'est qu'elles sont un peu limites parce que finalement, euh... c'était à chaque fois, j'espérais... j'espérais atteindre une veine en fait... Sauf que ba... c'était pas le cas... »

Le rapport à soi

Un « autre Moi » : Du vécu de possession à la peur de devenir fou

Le combat intérieur

La dépendance à l'agression contre soi

Le passage à l'acte comme un moment seul avec soi

Le rapport à l'autre

La recherche de la réaction de l'autre

Le message caché derrière le passage à l'acte

Les mouvements de rapprochement et d'éloignement jugulés par le passage à l'acte

L'automutilation qui isole et affine

Le rapport au corps et aux sensorialités

Des éprouvés émotionnels douloureux non représentables

Le corps, média des ressentis

La définition de son corps et de ses limites

Le rapport à la mort

La confusion sur l'intention de mourir

Tester les limites entre la vie et la mort

Le passage à l'acte comme un seul en scène

Tableau 3 : Récapitulatif des méta-thèmes et thèmes

III. ÉTUDE DES OBJETS

Nous avons consacré ensuite une partie, à part, dédiée aux données supplémentaires apportées par la consigne de l'objet, qui était :

« Je te propose d'apporter lors de notre prochain rendez-vous un objet en lien avec ton passage à l'acte. Il peut s'agir par exemple d'un objet concret, d'un écrit, d'une image ou

encore d'une chanson, mais celui-ci doit être directement lié à ton passage à l'acte. Nous discuterons lors du prochain entretien de cet objet, de son histoire et de ce qu'il représente pour toi. »

L'objet a été considéré dans cette étude comme un support à la narration, un renforçateur au propos afin de venir nourrir l'entretien et donner accès aux capacités de symbolisation. Les objets ont fourni aux sujets un canal pour raconter leurs récits en fournissant un point de départ explicite permettant les remémorations. Il n'a pas été en soit analysé, bien que certains écrits nous ont permis d'illustrer quelques – uns de nos résultats.

Il s'agira dans cette partie, de répertorier dans un abord plutôt quantitatif le nombre de patientes ayant répondu à cette consigne et les différents types d'objets recensés. Sur les huit patientes interrogées, quatre ont bénéficié d'un second entretien pendant lequel l'objet servait en effet de support à la narration. Plus l'étude avançait, plus nous nous sommes rendus compte que les premiers entretiens étaient riches et que les seconds n'apportaient pas davantage de matériel. La consigne de l'objet permettait plutôt d'avoir accès aux représentations symboliques en lien avec les passages à l'acte que de générer du discours. De plus des difficultés organisationnelles pour certaines de ces patientes ont rendu nécessaire la réalisation d'un seul entretien, englobant cependant les thématiques prévues pour les deux entretiens et la discussion autour de l'objet.

Sur nos huit patientes, sept ont répondu à cette consigne, sans trop de réticence. Une seule patiente, à une semaine d'intervalle avec le premier entretien, n'a pu trouver d'objet venant rappeler ses passages à l'acte. Il s'agissait d'ailleurs d'une patiente dans une certaine forme d'immaturation.

Concernant les sept autres patientes : les réponses étaient variées dans le choix de l'objet mais cela ne permettait pas systématiquement de générer du discours sur notre thème de recherche. Il pouvait cependant apporter un éclairage intéressant sur le rapport de nos adolescentes à leurs passages à l'acte et à leurs voies de représentations. Les différents types d'objets ainsi que les significations qui leur sont attribuées et les thèmes en lien, sont répertoriés dans le tableau 4.

Participant	Objet rappelant le passage à l'acte	Significations attribuées à l'objet	Thèmes en lien
Fille n°1	Nourriture S'automutile systématiquement après ses crises de boulimie	Haine de la nourriture, haine de soi	<i>Le combat intérieur</i> Symbolisé par son rapport à la nourriture
Fille n°2	Pas d'objet	Dit ne pas avoir eu « d'idée », « ne pas avoir su quoi rapporter »	<i>Des éprouvés émotionnels douloureux non représentables</i> Difficultés à se représenter le passage à l'acte
Fille n°3	Chanson : « Somewhere only we know : un endroit qui n'appartient qu'à nous » de Keane Écoulée régulièrement lorsqu'elle se scarifie	Chanson choisie avec son amoureux pour se rappeler l'un de l'autre	<i>La recherche de la réaction de l'autre</i> Passages à l'acte utilisés comme un langage
Fille n°4	Pince à épiler Premier objet utilisé pour se scarifier	Objet à portée de main, n'occasionnant pas de coupures trop importantes	<i>Le passage à l'acte comme un moment seul avec soi</i> Moment d'intimité <i>Le corps, média des ressentis</i> Retour au corps
Fille n°5	Deux chansons : «Skin» de Sixx : A.M., «Scars» de PapaRoach et un poème de Baudelaire «L'héautontimorouménos : Celui qui se châtie lui-même» Rappelant la période antérieure de souffrance et d'automutilation	Recherche de sens à sa douleur et à son besoin de s'auto-agresser à travers les paroles de ces chansons et ce poème	<i>L'automutilation qui isole et affilie</i> Vécu de non-appartenance et recherche d'un groupe capable de comprendre son message
Fille n°6	Trois compositions écrites par elle-même Dans des moments de souffrance, souvent après des passages à l'acte	Textes adressés dans lesquels elle parle de sa vulnérabilité, de son rapport aux autres souvent mis à mal par son mal-être	<i>Les mouvements de rapprochement et d'éloignement jugulés par le passage à l'acte</i> Dynamiques de séparation et d'inter-dépendance
Fille n°7	Vers libre composé par elle-même À la suite d'un moment de scarification	Texte écrit venant interroger les relations entre corps et souffrance	<i>La définition de son corps et de ses limites</i> Apprivoiser son corps pour moins souffrir
Fille n°8	« Mon bras » « J'ai pas besoin d'objet, (...) c'est mon bras, mon objet... »	Les cicatrices d'automutilations comme symboles	<i>Le corps, média des ressentis</i> Inscription de sa souffrance en sa chair

Tableau 4 : Étude des objets

PARTIE 6 : DISCUSSION

Le but de cette recherche était d'explorer les différents aspects de l'expérience décrite par les adolescents automutilateurs et suicidaires à partir d'une méthode qualitative. Nous obtenons quatre niveaux de réponse et de compréhension : le rapport à soi, le rapport à l'altérité, le rapport au corps propre et le rapport à la mort. Ces quatre axes d'expérience nous aident à penser l'adolescent qui s'agresse. Nous allons maintenant dégager et discuter quatre pistes de compréhension théorique, émanant de nos résultats : les allers-retours entre folie et contrôle dans le rapport qu'entretient l'adolescent avec lui-même ; la fonction d'affiliation de l'automutilation ; les automutilations comme langage du corps et enfin nous questionnerons la signification du recours à la mise en scène du passage à l'acte. Nous terminerons ensuite sur les implications pratiques d'un travail de recherche de sens autour des actes auto-agressifs avec les adolescents et présenterons les limites de notre étude.

I. LES ALLERS-RETOURS ENTRE FOLIE ET CONTRÔLE

Le premier niveau de compréhension interroge le rapport à soi qu'entretient l'adolescent. À travers nos résultats, on retrouve la notion de double et de conflit intérieur. L'attaque de soi vient questionner la présence d'un autre en soi, à un moment où les remaniements identitaires sont intenses. Comme l'écrivait Rimbaud, le *je* est-il « *un autre* » : autre, étranger, qui commet l'acte ou auquel il est destiné ? (Kernier et al., 2015). Cette idée paraît confortée également par l'étymologie latine du mot *suicide* : *sui* signifiant « soi » et *-cide* dérivé de *caedere* signifiant « tuer ». Le mot suicide n'a été introduit dans la langue française qu'au XVIII^{ème} siècle pour remplacer l'expression « homicide de soi-même » employée jusque là (Kernier et al., 2015; Moron, 1999). Le verbe *se suicider* dérivé du latin équivaut ainsi à « se soi-tuer ». Ce conflit intérieur résonne également avec la situation de l'automutilation, puisque le sujet occupe plusieurs places en même temps : celle de la victime qui passivement se voit saigner, celle du bourreau qui agit en incisant et en voyant le résultat et celle du spectateur qui observe le spectacle du corps mutilé qui est vu (De Luca, 2012).

Nombre de nos adolescentes décrivent un vécu de passivité, comme une impression que le sujet ne peut décider ce qui est de soi, ce qui est de l'autre, ce qui vient de l'intérieur et ce qui vient de l'extérieur (Blanquet, 2010). C'est ce que l'on retrouve dans la mise en œuvre de la puberté, notamment par ses changements physiologiques et corporels imposés. Mais Jeammet (2015) nous apprend que l'adolescent qui a recours à la violence agit, « *se vit comme le jouet d'une force qui le dépasse, que celle-ci soit l'œuvre du destin, d'autrui ou de désirs que le Moi a du mal à reconnaître comme siens* ». Se sentir dépossédé de soi conduit à un vécu d'aliénation et à la folie, ce qui fait écho à nos résultats.

Le passage à l'acte auto-agressif paraît être un moyen de reprendre le contrôle et la maîtrise de soi mais également de son environnement dont les adolescents fragiles se sentent souvent dépendants. On rencontre fréquemment, chez ces adolescents, un discours d'auto-dépréciation sur leurs capacités à influencer sur leur environnement, au sens large. On comprend combien les conduites d'auto-destruction représentent une tentative de maîtrise de ce qu'ils craignent de subir (Jeammet, 2015). En passant à l'acte, l'adolescent prend une position active qui va à l'encontre du vécu profond de passivité et qui permet de mettre un terme au vécu de possession aliénant. De là, peut venir un besoin urgent, massif et permanent de contrôle sur tout ce qui pourrait atteindre ces adolescents. On voit alors se mettre en place une dynamique d'allers retours entre folie et contrôle, que le recours aux conduites auto-agressives entretient.

II. LA FONCTION BIEN PARTICULIÈRE D’AFFILIATION DE L’AUTOMUTILATION

Nous avons pu voir dans l'étude du rapport à l'autre que nos adolescents adressaient un message via leurs passages à l'acte, et qu'ils étaient dans l'attente de la réaction de l'autre. Ces mouvements relationnels, jugulés par l'acte d'agression contre soi peuvent être interprétés à la lumière du processus de séparation – individuation. Si l'acte auto-agressif peut être vu comme un moyen de « couper » les liens d'avec les figures d'attachement ou même de les maintenir dans une certaine forme de fusion, il peut aussi revêtir une fonction d'affiliation aux pairs. « *La trace sur la peau est un cran d'arrêt plus*

ou moins symboliquement efficace pour se séparer et accéder à une différence propre » (Le Breton, 2005).

S'affilier via les conduites auto-agressives se retrouve davantage pour les actes automutilatoires que suicidaires dans nos résultats. Les adolescents, qui cherchent à donner du sens à leur souffrance, peuvent voir dans l'automutilation un symbole de cette souffrance. L'automutilation peut devenir une « *bannière identitaire, un signe de ralliement* » (Le Breton, 2010) d'un groupe dont les membres se reconnaissent les uns les autres, car ils souffriraient du même mal cependant indicible. Nous avons fréquemment retrouvé l'utilisation du pronom « on » dans nos résultats, lorsque nos participantes nous transmettaient leur expérience automutilatoire, comme si un lien invisible unissait tous les adolescents automutilateurs. Pour autant, il s'agit pour beaucoup d'un acte de l'ordre de l'intime, dont les traces restent cachées au regard de l'autre, pour ne pas attirer l'attention. Cette signature semble répondre au besoin d'articulation paradoxale entre désir de singularité et désir d'appartenance au groupe des pairs, inhérent à l'adolescence. Elle viendrait symboliser par l'acte le processus adolescent entre individuation et nouvelles affiliations. « *Les scarifications sont des solutions de compromis destinées en principe à assurer une transition, un passage difficile de l'existence* », Le Breton (2011), sociologue, souligne là, la logique sociale de l'acte, qui vise à traverser la période épineuse qu'est l'adolescence. Il ajoute même que : « *Plutôt que de le réduire à une nosographie venant trancher entre le normal et le pathologique, dans l'indifférence à sa singularité et aux épreuves personnelles traversées par le sujet, il importe d'en interroger la signification et de comprendre en quoi, même si ces conduites paraissent mettre l'existence en danger, à un autre niveau, plus essentiel, elles la protègent aussi* » (Le Breton, 2011). « *À l'opposé du passage à l'acte, il s'agit d'un acte de passage pour des jeunes lucides sur ce qu'ils font et sur ce qu'ils poursuivent* », voyant là « *une (anthropo)logique de l'acte* » (Le Breton, 2011).

Pommereau (2006), pédopsychiatre, aborde également l'idée d'individuation et d'affiliation par l'automutilation : « *Dans une société où les limites s'estompent et où l'apparence tient lieu de passeport identitaire, la plupart des adolescents cherchent à se distinguer des adultes et à partager entre pairs des marques ayant valeur de codes d'intégration. Ils le font à travers vêtements et parures, et sont tentés de marquer la peau elle-même (piercing et à un moindre degré, tatouage). Mais ces signes de reconnaissance*

ne suffisent pas, au moins dans leur forme usuelle, aux adolescents qui souffrent de failles narcissiques et identitaires. Eux cherchent à se démarquer dans la rupture en exagérant cet auto-étiquetage et/ou en se maltraitant la peau. ». Il souligne ici la fonction parfois identitaire de l'automutilation. Néanmoins, il circonscrit ce type de comportement aux adolescents fragiles sur le plan narcissique et identitaire, plaçant l'automutilation du côté du pathologique. On retrouve donc une opposition conceptuelle entre ces deux positions, l'une anthropologique soulignant la logique sociale dans la collectivité et l'autre psychologique soulignant la fragilité individuelle. Les concepts transculturels permettent d'associer ces deux points de vue et reflètent, à notre sens, une réalité. La culture conditionnant en partie l'expression de la souffrance, on peut dire ici, qu'il y a souffrance individuelle et conditionnement culturel (au sens de sociétal) du mode d'expression de cette souffrance.

Il semble en être autrement pour les gestes suicidaires, plutôt mis en récit par le pronom « je ». On passe du « on se scarifie » à « j'ai tenté de me suicider ». En effet, l'acte suicidaire, bien que très lié à la conduite d'automutilation en bien des aspects, ne semble pas revêtir cette fonction d'affiliation. L'acte suicidaire est peut-être plus intime, plus désespéré. La tentative de suicide interpelle mais est un langage moins interactif, fermant davantage le dialogue ou le sidérant. La façon de communiquer n'est pas la même que dans les automutilations, le marquage corporel n'étant pas au centre du procédé. La part d'appel au figuratif, au visuel dans les automutilations semble absente des tentatives de suicide (De Luca, Bonnichon, & Marty, 2013). De plus, on ne retrouve pas de phénomènes de contagion dans les conduites suicidaires. Il y aurait donc une forme de subjectivation dans la tentative de suicide, de part une fonction non affiliante, moins identitaire.

III. UN LANGAGE DU CORPS

Notre troisième axe développe le rapport au corps de nos participantes. On retrouve la notion de réappropriation du corps par l'automutilation, avec la recherche de ses limites, de ses frontières mais également de ses capacités de contenance de sa propre

colère, de sa propre agressivité et de son auto-destructivité. La scarification est en effet un moyen de « *se sentir exister, d'éprouver la consistance de son rapport au monde par le rappel d'une limite à même la chair* » (Le Breton, 2011).

Freud (1923) disait que la surface du corps est une interface entre perceptions internes et externes et effectue un travail au service du tracé des frontières mais également à l'investissement du corps propre. Comme l'objet transitionnel de Winnicott (1971), à l'adolescence, le corps peut revêtir cette fonction de transition, de passage, de lien fondamental au monde pour faire progressivement corps avec soi. Le corps qui a assumé cette fonction de passage est intégré dans le soi et perd sa signification de bouclier contre le monde pour inscrire les frontières du sujet (Le Breton, 2010).

La trace de l'attaque du corps appartient au langage du corps, privilégié à un âge où la parole a tendance à être saturée. Ces pratiques questionnent notamment de façon privilégiée les processus engagés dans l'articulation entre corps et psyché (Dargent, 2010). Damasio (2002), neurologue américain, travaille depuis de nombreuses années à décrypter ce qu'il appelle « le cerveau des émotions » et à démontrer que « *les émotions se manifestent sur le théâtre du corps ; les sentiments sur celui de l'esprit* » (Corcos, 2009). L'origine de l'émotion serait primitivement charnelle et plus profondément somatique (biologique). Il s'agirait donc « *d'une impulsion corporelle devenant sensation, sur laquelle vont secondairement se développer un affect et ensuite une représentation* » (Corcos, 2009). Nous avons décrit dans la revue de littérature, la déconnection entre corps et psyché chez des adolescents automutilateurs, lors notamment d'éprouvés émotionnels douloureux et trop sollicitant psychiquement. L'émotion, ayant pour origine le corps, paraît y rester bloquée, ne pouvant être psychisée (Horne & Csipke, 2009; Schoppmann et al., 2007). Ce sont les représentations ou encore les mots pour traduire ce qui est éprouvé, dans le champ affectif, qui manquent (Corcos, 2009) du fait de limites cognitives inhérentes à l'adolescence mais exacerbées chez des adolescents fragiles. Nous faisons l'hypothèse que le passage à l'acte (automutilatoire ou suicidaire), dans ces cas-là, mettrait un terme à cet état de déconnection et de désincarnation et permettrait au corps de « parler ». L'émotion, faute d'être métabolisée, serait résolue par une intervention directe sur le corps, évitant le détour par la psyché. Cette conception du vécu émotionnel serait à rapprocher du vécu de passivité, décrit par nos adolescentes : le passage à l'acte étant souvent peu assumé, voire vu comme une contrainte.

Néanmoins, le soulagement ressenti est transitoire et ce mode de résolution d'émotions débordantes aboutit fréquemment à une surenchère.

IV. QUE VIENT DIRE CE RECOURS À LA MISE EN SCÈNE AUTOUR DU PASSAGE À L'ACTE AUTOMUTILATOIRE ET SUICIDAIRE ?

Le dernier niveau de nos résultats concerne le rapport qu'entretiennent ces adolescentes avec la mort. Nous savons que l'idée de la mort fait partie de l'adolescence. Elle est consubstantielle au travail de subjectivation qui conduit l'individu à se penser en tant que tel, différent d'autrui et à penser sur ses pensées, c'est à dire à penser au sens de ses pensées (Marcelli, 2012). Néanmoins, lorsque l'adolescent est dans le passage à l'acte, il n'est plus dans l'élaboration symbolique mais dans une mise en acte traduisant une incapacité à penser la mort (Chavagnat, 2005). À propos des automutilations, Le Breton (2003), sociologue, dit : « *La blessure délibérée est un jeu symbolique avec la mort en ce qu'elle mime le meurtre de soi, le jeu avec la douleur, le sang, la mutilation* ». L'attaque au corps est comme une mise en ordre symbolique (Le Breton, 2010). Le corps constitue la scène sur laquelle sont transposés les traces d'une souffrance non représentable (Blanquet, 2010).

Les résultats mettent en avant le recours à la mise en scène autour du passage à l'acte. Ainsi, en frôlant la mort, l'adolescent met en scène ce qu'il tente de symboliser (Blanquet, 2010), à savoir « *la plaie qui sépare deux berges* », la séparation entre soi et l'autre, entre la vie et la mort. Le recours à la mise en scène semble permettre d'amorcer le travail de subjectivation, qui ne parvient pas à se faire dans la psyché et qui nécessite d'être extériorisé.

Dans une perspective psychopathologique, cette difficulté de subjectivation peut s'expliquer par une activité psychique de symbolisation donc de liaison moins opérante ou insuffisamment investie chez les adolescents fragiles ; le processus pubertaire

sollicitant hautement le fonctionnement psychique et l'ensemble des mécanismes de défense et d'adaptation (Marcelli, 2012). Le recours au factice et à une certaine forme d'irréalité semblerait lié à cette incapacité représentative individuelle et à la perte de sens qui peut en résulter.

Par ailleurs, toutes les sociétés se préoccupent d'organiser le passage de l'enfance à l'âge adulte. Dans certaines sociétés traditionnelles, les rites le matérialisent plus explicitement. Elles envisagent les rites en leur conférant une efficacité : « *Sans rituel point de symbolisation du passage* » (Douville, 2010). Les rites d'initiation communiquent à l'adolescent son statut d'adulte et l'authentifient (Sibertin, Blanc, & Gerstle, 1983). Ils marquent le développement de la construction identitaire, reconnue par l'ensemble du groupe. Ils sont prédéterminés et codifiés par les adultes pour situer les novices, leur transmettre les valeurs et les croyances du groupe, inscrire leur appartenance et les intégrer comme membres actifs de la communauté (Pommereau, 2006). Ainsi, le travail de subjectivation de l'adolescence peut être pris en charge par le groupe. Pommereau (2001) souligne d'ailleurs le déclin du symbole dans notre société n'encadrant plus suffisamment les temps de passage par des rites collectifs.

Nous évoquons l'idée que le recours à une forme de scénographie dans le passage à l'acte pourrait être rapproché du procédé de rituel de passage. Par rite, nous entendons une mise en scène instituée à signification symbolique, respectant un ordre précis et donnant lieu à des comportements répétés (Rouchon & Baubet, 2015). Nous faisons également l'hypothèse que cela fait écho au manque de mise en récit symbolique et collective autour du passage de l'adolescence dans nos sociétés actuelles, entravant le processus individuel de subjectivation. Le travail sociologique et anthropologique dans une approche complémentariste avec la recherche en psychologie a ainsi toute son importance dans l'étude de cet âge bien particulier.

V. LE TRAVAIL DE QUÊTE DE SENS : UN INTÉRÊT EN PRATIQUE ?

Si les conduites à risque sont le signe d'une souffrance, l'enjeu de l'accompagnement thérapeutique est de favoriser chez l'adolescent une autre définition de soi : qu'il redevienne le sujet de son histoire et trouve des solutions différentes, moins dommageables pour son existence (Le Breton, 2011). Cette nécessité de se faire mal pour avoir moins mal connaît d'importantes variations individuelles et la signification intime de l'acte une étonnante polysémie (Le Breton, 2003).

Notre travail avait pour but d'explorer comment les adolescents attribuaient du sens à leurs passages à l'acte. Nous amenons ainsi l'idée que les entretiens de recherche menés dans le cadre de notre étude auprès des adolescents pourraient avoir un intérêt pratique, en cela qu'ils permettraient au sujet de se placer comme conteur de sa propre histoire, qu'ils pourraient induire une réflexion notamment sur ce que ces actes viennent signifier pour lui et son entourage familial et social. L'utilisation d'objets, comme supports à la narration peut également avoir un intérêt en pratique clinique, en favorisant la mise en récit. En mettant l'adolescent en position de narrateur, il peut prendre du recul sur la situation. Les entretiens de recherche pourraient correspondre à une première étape dans le travail de subjectivation que l'adolescent doit réaliser. Il y a souvent un effet sidérant du passage à l'acte mais la proposition est ici de s'en servir comme levier afin d'ouvrir des voies de dialogue et d'élaboration. Les adolescents, face à leurs scarifications, sont capables, en relation avec un tiers – le clinicien – de joindre des mots et de donner du sens à leur acte. Nous avons pu voir que la recherche de signification de l'acte pouvait résonner avec la recherche de sens autour de leurs problématiques adolescentes (Haza, 2009). Dans une perspective davantage psychanalytique, De Luca (2012) souligne d'ailleurs que « *le recours aux scarifications offre une scène permettant d'avoir accès aux modalités de fonctionnement intrapsychique* ».

Les significations attribuées par la famille, notamment la valeur relationnelle qu'elle va donner à l'acte, interfèrent dans le travail psychique, qu'effectue l'adolescent. Il paraît ainsi primordial de donner toute sa place aux familles dans cette recherche de sens et de

faire dialoguer les représentations de l'adolescent avec celles de sa famille afin de reconstruire une histoire. Notre travail se poursuivra d'ailleurs avec une étude qualitative menée auprès des familles d'adolescents et des soignants les prenant en charge, afin de mettre en perspective les représentations de chacun et d'ouvrir des pistes de compréhension.

Dans une autre perspective, la diffusion des résultats de notre étude pourrait permettre de modifier certains regards sociétaux et stéréotypés autour du passage à l'acte (chantages au suicide, automutilations jugés comme des manipulations). Ces préjugés nous habitent tous, famille comme soignants, et le partage de représentations diverses et complexes, permet de les analyser et de s'en distancer. La crainte d'un geste suicidaire ultérieur paraît très présente chez les parents d'adolescents automutilateurs et devrait ainsi être explorée et discutée par les professionnels de santé confrontés à ces problématiques. Nous pensons également que les diverses professions impliquées à savoir les infirmiers, aides-soignants, médecins des services d'accueil d'urgences et de pédiatrie puissent être tenus informés par les équipes de recherche en pédopsychiatrie des avancées de la recherche en suicidologie, car on sait à quel point les premiers temps de l'accueil de ces adolescents est important pour la suite de la prise en charge. Comme dit Le Breton (2006): « *Ce sont des jeunes en quête d'adultes leur donnant le goût de vivre* ».

De manière caricaturale, les approches psychologiques occultent souvent l'ancrage social et culturel mais les approches sociologiques considèrent souvent les individus comme des adultes éternels, n'ayant jamais eu d'enfance, ni d'inconscient, ni de difficultés intimes. Il convient de travailler à faire communiquer la trame affective et sociale, qui baigne l'individu et surtout les significations qui alimentent son rapport au monde (Le Breton, 2015). Continuer d'avancer dans la compréhension des attaques du corps à l'adolescence requiert d'intégrer de nouvelles dimensions à notre conception psychiatrique et psychologique : les dimensions sociales, anthropologiques, philosophiques sont primordiales pour aider les professionnels de santé à penser ces passages à l'acte et ainsi les adolescents qui les réalisent.

VI. LIMITES DE L'ÉTUDE

D'un choix délibéré d'étudier les automutilations et les tentatives de suicide ensemble, nous convenons d'une limite à nos résultats en cela qu'ils participent à des amalgames faits entre les deux conduites. On retrouve néanmoins cette confusion dans les discours de nos adolescentes, accentuant le flou de la frontière entre les deux. Il s'agit de placer automutilations et tentatives de suicide sur un même continuum d'agression contre soi, mais les liens restent complexes et pas nécessairement linéaires. Deux idées se chevauchent : l'automutilation comme anti-chambre du suicide, un moyen permettant d'apprivoiser l'idée de la douleur auto-infligée, d'un passage à l'acte suicidaire et favorisant ainsi l'acte suicidaire (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010, 2008); et dans le même temps l'automutilation comme protection contre le geste suicidaire, permettant de réguler transitoirement les affects négatifs et parfois les pensées suicidaires (Suyemoto, 1998). Ces deux configurations paraissent s'intriquer. Néanmoins, nos résultats ne permettent pas clairement de délimiter les contours de ces deux comportements. Notre échantillon était constitué d'adolescentes pratiquant ou ayant pratiqué toutes des automutilations dont une majorité (6 participantes sur 8) avec des tentatives de suicide associées. Il convient également de préciser que notre échantillon est issu d'une population cliniquement sévère : toutes les adolescentes recrutées sont inscrites dans un parcours de soins psychiatriques, et la majorité sont ou étaient dans des problématiques chroniques d'agression contre soi. Nous ne nous sommes pas intéressés aux diagnostics psychiatriques de nos participantes dans un but phénoménologique mettant de côté les pré-conceptions théoriques, mais il transparaît, à travers les entretiens, des profils psychopathologiques variés.

L'échantillon uniquement féminin constitue une autre limite de notre étude, bien que cela vienne confirmer les données épidémiologiques (Andover et al., 2010; Baetens et al., 2011; Nock et al., 2008; Plener et al., 2009; Prinstein et al., 2008). De plus, en l'absence de sujets masculins, nous n'avons pu arriver à saturation des données. Nous pensons donc que les résultats viennent ouvrir des pistes de compréhension peut-être plus spécifiques d'une population adolescente féminine. Les différences de genre dans les conduites automutilatrices et suicidaires ont été étudiées mais restent à approfondir (De Luca et al., 2013). L'idée que la souffrance s'intériorise davantage chez les filles et

emprunte plutôt la forme d'une agression à l'encontre du monde extérieur chez les garçons est un axe de réflexion (Le Breton, 2011). Ce qui attire les auteurs, néanmoins, semble être les moyens d'agression contre soi, qui sont de manière générale plus violents et létaux chez les garçons (De Luca et al., 2013; Kposowa & McElvain, 2006; David Lester, 2000). Pommereau (2006) souligne les enjeux autour de l'identité sexuée dans le choix de la méthode, les garçons mettant en œuvre des moyens particulièrement évocateurs de puissance virile selon lui. Il conviendrait cependant d'inclure des garçons afin d'interroger la spécificité du processus d'agression contre soi masculin.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les préoccupations autour des gestes suicidaires à l'adolescence sont des questions de santé public et les conduites d'automutilations sont en nette majoration depuis plusieurs années, rendant indispensable la bonne connaissance de ce phénomène. Les études sur les liens entre ces deux conduites ont permis d'identifier l'automutilation comme indicateur précoce du risque suicidaire à cet âge. La forte prévalence des conduites auto-agressives dans une population d'adolescents venant consulter en pédopsychiatrie rend urgent et indispensable de penser le soin de manière spécifique.

L'automutilation semble revêtir un caractère polymorphe, au carrefour de différents modèles théoriques et parfois aux frontières entre pathologie et expression symbolique de l'adolescence. Néanmoins, comme nous le dit Pommereau (2006) : « *l'insistance à les produire signale une quête, un besoin de révélation et d'expression indicibles qu'il convient d'explorer pour en comprendre le sens* ».

L'acte automutilatoire ou suicidaire peut sidérer, coupant court aux capacités d'élaboration de l'adolescent mais aussi de sa famille et parfois même des soignants qui le prennent en charge. Les méthodes qualitatives nous ont permis d'aller explorer le vécu, l'expérience de l'acte, qui semble parfois devoir se passer de la parole. Remettre du sens sur l'acte, dans le but de remettre le dialogue au centre du processus a été notre objectif de recherche.

Nos résultats sont en faveur d'une polysémie de l'acte d'agression contre soi, dont il convient de faire converser les différents sens. Nos résultats viennent interroger quatre niveaux de l'expérience automutilatoire et suicidaire, qu'il paraît important de prendre en compte dans la prise en charge de ces adolescents : le rapport à soi, à l'autre, au corps propre et à la mort. Les difficultés à tracer les frontières de son corps en changement, à définir les limites entre soi et l'autre, entre la vie et la mort émergent de manière transversale aux différents axes d'expérience. Cela semble venir représenter la tâche laborieuse de subjectivation. Aider l'adolescent à conter son histoire à travers le récit du passage à l'acte a permis d'ouvrir des pistes de réflexion et de venir nourrir les représentations attribuées à l'acte.

La principale limite de notre étude est liée à l'échantillon uniquement féminin et issu d'une population cliniquement sévère. En effet, les problématiques d'agression contre

soi recouvrent des profils psychopathologiques variés et touchent des populations adolescentes exemptes de trouble défini. Il paraît important d'étendre la recherche, afin d'inclure davantage de jeunes garçons et davantage d'adolescents issus de la population générale. Nous défendons l'idée que l'étude de ces comportements requiert l'aide d'autres disciplines comme la sociologie et l'anthropologie afin de prendre en compte des populations non-inscrites dans un parcours de soins psychiques et de nourrir l'attribution de sens à ces gestes.

De nouveaux axes de recherche s'ouvrent pour la poursuite de nos travaux. Le projet est en effet amené à se poursuivre auprès des adolescents mais également auprès des familles et des diverses professions confrontées à ces problématiques. Interroger les familles et les professionnels de santé sur leurs représentations pourrait permettre d'élargir nos résultats et de construire des modèles théoriques pour aider à penser la prise en charge de ces adolescents.

Nous voudrions conclure ce travail en citant un extrait d'un poème de Baudelaire, l'art ayant toujours été en avance sur la recherche pour refléter l'âme humaine.

*« Je suis la plaie et le couteau !
Je suis le soufflet et la joue !
Je suis les membres et la roue,
Et la victime et le bourreau !*

*Je suis de mon cœur le vampire,
Un de ces grands abandonnés
Au rire éternel condamnés,
Et qui ne peuvent plus sourire ! »*

L'héautontimorouménos (Baudelaire, 1857)

BIBLIOGRAPHIE

1. Adams, J., Rodham, K., & Gavin, J. (2005). Investigating the « Self » in Deliberate Self-Harm. *Qualitative Health Research*, 15(10), 1293-1309. <http://doi.org/10.1177/1049732305281761>
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (1998). *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide - Recommandations pour la pratique clinique*.
3. Allison, K. W. (1998). Stress and oppressed social category membership. In J. K. Swim & C. Stangor (éd.), *Prejudice: The target's perspective* (p. 145-170). San Diego, CA, US: Academic Press.
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)* (5ème éd., p. 1629). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
5. Anderson, M., Standen, P. J., & Noon, J. P. (2005). A social semiotic interpretation of suicidal behaviour in young people. *Journal of Health Psychology*, 10(3), 317-331. <http://doi.org/10.1177/1359105305051418>
6. Anderson, M., Standen, P., Nazir, S., & Noon, J. P. (2000). Nurses' and doctors' attitudes towards suicidal behaviour in young people. *International Journal of Nursing Studies*, 37(1), 1-11.
7. Anderson, M., Standen, P., & Noon, J. (2003). Nurses' and doctors' perceptions of young people who engage in suicidal behaviour: a contemporary grounded theory analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 587-597.
8. Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178(1), 101-105. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.03.019>
9. Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*, 6, 11-11. <http://doi.org/10.1186/1753-2000-6-11>
10. Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G., & Gibb, B. E. (2005). Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(5), 581-591. <http://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.581>

11. Andover, M. S., Primack, J. M., Gibb, B. E., & Pepper, C. M. (2010). An Examination of Non-Suicidal Self-Injury in Men: Do Men Differ From Women in Basic NSSI Characteristics? *Archives of Suicide Research*, *14*(1), 79-88. <http://doi.org/10.1080/13811110903479086>
12. Anestis, M. D., Bagge, C. L., Tull, M. T., & Joiner, T. E. (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(5), 603-611. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.013>
13. Anglin, D. M., Gabriel, K. O. S., & Kaslow, N. J. (2005). Suicide Acceptability and Religious Well-Being: A Comparative Analysis in African American Suicide Attempters and Non-Attempters. *Journal of Psychology and Theology*, *33*(2), 140-150.
14. Arango, V., Underwood, M. D., & Mann, J. J. (1997). Postmortem findings in suicide victims. Implications for in vivo imaging studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *836*, 269-287.
15. Arènes, J., Janvrin, M. P., & Baudier, F. (1998). *Baromètre santé jeunes 97/9*. INPES.
16. Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., ... Brent, D. A. (2011). Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the TORDIA Trial. *J Am Academic Child Adolescent Psychiatry*, *50*(8), 772-781. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.003>
17. Aseltine, R. H., James, A., Schilling, E. A., & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, *7*, 161. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-7-161>
18. Babiker, G., & Arnold, L. (1997). *The language of injury: comprehending self-mutilation*. Leicester, UK: British Psychological Society.
19. Baetens, I., Claes, L., Hasking, P., Smits, D., Grietens, H., Onghena, P., & Martin, G. (2013). The Relationship Between Parental Expressed Emotions and Non-suicidal Self-injury: The Mediating Roles of Self-criticism and Depression. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(2), 491-498. <http://doi.org/10.1007/s10826-013-9861-8>
20. Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2011). Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, *15*(1), 56-67. <http://doi.org/10.1080/13811118.2011.540467>
21. Baetens, I., Claes, L., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., ... Griffith, J. W. (2014). Non-suicidal self-injury in adolescence: A longitudinal study of the relationship between NSSI, psychological distress and perceived parenting. *Journal of Adolescence*, *37*(6), 817-826. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.05.010>

22. Baker, D., & Fortune, S. (2008). Understanding Self-Harm and Suicide Websites. *Crisis*, 29(3), 118-122. <http://doi.org/10.1027/0227-5910.29.3.118>
23. Barr, O., & McConkey, R. (2007). A different type of appointment: the experiences of parents who have children with intellectual disabilities referred for genetic investigation. *Journal of Research in Nursing*, 12(6), 637-652. <http://doi.org/10.1177/1744987107083516>
24. Barstow, D. G. (1995). Self-injury and self-mutilation. Nursing approaches. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 33(2), 19-22.
25. Bateman, A., & Fonagy, P. (2005). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford, UK: Oxford University Press.
26. Baudelaire, C. (1857). *Les Fleurs du mal* (1857) (p. 123-124). Paris: Poulet-Malassis et de Broise.
27. Beck, F. G. E., Guilbert, P., & Gautier, A. (2007). *Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé*. (INPES, éd.). INPES. Consulté à l'adresse <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00311116>
28. Beekrum, R., Valjee, S. R., & Collings, S. J. (2011). An Emic Perspective on the Dynamics of Non-Fatal Suicidal Behaviour in a Sample of South African Indian Women. *South African Journal of Psychology*, 41(1), 63-73. <http://doi.org/10.1177/008124631104100107>
29. Bennett, S., Coggan, C., & Adams, P. (2002). Young People's Pathways to Well-being Following a Suicide Attempt. *International Journal of Mental Health Promotion*, 4(3), 25-32. <http://doi.org/10.1080/14623730.2002.9721877>
30. Bennett, S., Coggan, C., & Adams, P. (2003). Problematising depression: young people, mental health and suicidal behaviours. *Social Science & Medicine*, 57(2), 289-299. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00347-7](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00347-7)
31. Bergmans, Y., Langley, J., Links, P., & Lavery, J. V. (2009). The Perspectives of Young Adults on Recovery from Repeated Suicide-Related Behavior. *Crisis*, 30(3), 120-127. <http://doi.org/10.1027/0227-5910.30.3.120>
32. Bion, W. R. (1974). *Attention et interprétation*. Paris: Payot.
33. Birraux, A., Lauru, D., & Collectif. (2012). *L'Énigme du suicide à l'adolescence*. Albin Michel.
34. Blanquet, B. (2010). Frôler la mort à l'adolescence : un danger nécessaire. *Adolescence*, n° 71(1), 123-131.

35. Bohus, M., & Schmahl, C. (2007). [Psychopathology and treatment of borderline personality disorder]. *Der Nervenarzt*, 78(9), 1069-1080; quiz 1081. <http://doi.org/10.1007/s00115-007-2341-x>
36. Boldt, M. (1988). The meaning of suicide: Implications for research. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 9(2), 93-108.
37. Bostik, K. E., & Everall, R. D. (2006). In My Mind I Was Alone: Suicidal Adolescents' Perceptions of Attachment Relationships. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 28(3), 269-287.
38. Bostik, K. E., & Everall, R. D. (2007). Healing from suicide: adolescent perceptions of attachment relationships. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35(1), 79-96. <http://doi.org/10.1080/03069880601106815>
39. Boynton, P. M., & Auerbach, A. (2004). « I cut because it helps »: Narratives of Self-Injury in Teenage Girls. In B. Hurwitz, T. Greenhalgh, & V. Skultans (éd.), *Narrative Research in Health and Illness* (p. 95-114). Blackwell Publishing Ltd. Consulté à l'adresse <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470755167.ch6/summary>
40. Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2009). Differences in Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 233-242. <http://doi.org/10.1007/s10964-009-9482-0>
41. Breeze, J. A., & Repper, J. (1998). Struggling for control: the care experiences of 'difficult' patients in mental health services. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1301-1311. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00842.x>
42. Brent, D. (2007a). Antidepressants and Suicidal Behavior: Cause or Cure? *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 989-991. <http://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.989>
43. Brent, D. (2007b). Antidepressants and suicidal behavior: cause or cure? *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 989-991.
44. Breton, J., Labelle, R., Berthiaume, C., Royer, C., Saint-Georges, M., Ricard, D., & Armas, S. D. (2008). Facteurs de risque et de protection de la dépression et des idées suicidaires en milieu scolaire. Présenté à Colloque scientifique international sur les conduites suicidaires chez les jeunes, Montréal.
45. Brezo, J., Barker, E. D., Paris, J., Hébert, M., Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Turecki, G. (2008). Childhood trajectories of anxiousness and disruptiveness as predictors of suicide attempts. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(11), 1015-1021. <http://doi.org/10.1001/archpedi.162.11.1015>
46. Brossard, B. (2014). Fighting with Oneself to Maintain the Interaction Order: A Sociological Approach to Self-Injury Daily Process. *Symbolic Interaction*, 37(4), 558-575. <http://doi.org/10.1002/symb.118>

47. Brown, C., & Lloyd, K. (2001). Qualitative methods in psychiatric research. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(5), 350-356. <http://doi.org/10.1192/apt.7.5.350>
48. Bruner, J. S. (1990). *Acts of Meaning*. Harvard University Press.
49. Bunclark, J., & Crowe, M. (2000). Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry*, 12(1), 48-53. <http://doi.org/10.1080/09540260074120>
50. Bureau, J-F., Martin, J., Freynet, N., Poirier, A. A., Lafontaine, M.-F., & Cloutier, P. (2009). Perceived Dimensions of Parenting and Non-suicidal Self-injury in Young Adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 484-494. <http://doi.org/10.1007/s10964-009-9470-4>
51. Bursztein, C., & Apter, A. (2009a). Adolescent suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 1-6. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283155508>
52. Bursztein, C., & Apter, A. (2009b). Adolescent suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 1-6. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283155508>
53. Campbell, J. D., & Lavalley, L. F. (1993). Who am I? The Role of Self-Concept Confusion in Understanding the Behavior of People with Low Self-Esteem. In R. F. Baumeister (éd.), *Self-Esteem, the puzzle of low self-regard* (p. 3-20). Springer US. Consulté à l'adresse http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-8956-9_1
54. Canetto, S. S. (2008). Women and suicidal behavior: A cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 259-266. <http://doi.org/10.1037/a0013973>
55. Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., ... Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science (New York, N.Y.)*, 301(5631), 386-389. <http://doi.org/10.1126/science.1083968>
56. Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological Autopsy Studies of Suicide: A Systematic Review. *Psychological Medicine*, 33(03), 395-405. <http://doi.org/10.1017/S0033291702006943>
57. Chabrol, H. (1984). *Les comportements suicidaires de l'adolescent*. Paris: Presses universitaires de France.
58. Chapman, E., & Smith, J. A. (2002). Interpretative phenomenological analysis and the new genetics. *Journal of Health Psychology*, 7(2), 125-130. <http://doi.org/10.1177/1359105302007002397>
59. Chavagnat, J.-J. (2005). *Prévention du suicide*. Montrouge, France: John Libbey Eurotext.

60. Choquet, M., & Granboulan, V. (2004). *Les jeunes suicidants à l'hôpital*. Paris: EDK Editions.
61. Choquet, M., & Ledoux, S. (1994). *Adolescents: enquête nationale*. Paris: INSERM.
62. Cho, Y-B., & Haslam, N. (2009). Suicidal Ideation and Distress Among Immigrant Adolescents: The Role of Acculturation, Life Stress, and Social Support. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(4), 370-379. <http://doi.org/10.1007/s10964-009-9415-y>
63. Chu, J. P., Goldblum, P., Floyd, R., & Bongar, B. (2010). The cultural theory and model of suicide. *Applied and Preventive Psychology*, 14(1-4), 25-40. <http://doi.org/10.1016/j.appsy.2011.11.001>
64. Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S., & Geddes, J. R. (2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 346, f3646.
65. Claes, L., Muehlenkamp, J., Vandereycken, W., Hamelinck, L., Martens, H., & Claes, S. (2010). Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Personality and Individual Differences*, 48, 83-87.
66. Clark, A. (2002). Language of self harm is somatic and needs to be learnt. *BMJ British Medical Journal*, 324(7340), 788-789.
67. Clarke, L., & Whittaker, M. (1998). Self-mutilation: culture, contexts and nursing responses. *Journal of Clinical Nursing*, 7(2), 129-137. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2702.1998.00120.x>
68. Clavandier, G. (2009). *Sociologie de la mort: Vivre et mourir dans la société contemporaine*. Paris: Armand Colin.
69. Cohen, C. I., Colemon, Y., Yaffee, R., & Casimir, G. J. (2008). Racial Differences in Suicidality in an Older Urban Population. *The Gerontologist*, 48(1), 71-78. <http://doi.org/10.1093/geront/48.1.71>
70. Coid, J., Allolio, B., & Rees, L. H. (1983). Raised plasma met-enkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *The Lancet*, 322, 545-546. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(83\)90572-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(83)90572-X)
71. Colucci, E. (2006). The cultural facet of suicidal behaviour: Its importance and neglect. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 5(3), 234-246. <http://doi.org/10.5172/jamh.5.3.234>
72. Colucci, E. (2008). Recognizing spirituality in the assessment and prevention of suicidal behaviour. *WCPRR*, 3, 77-95.

73. Colucci, E., & Martin, G. (2007a). Ethnocultural aspects of suicide in young people: a systematic literature review part 1: Rates and methods of youth suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(2), 197-221. <http://doi.org/10.1521/suli.2007.37.2.197>
74. Colucci, E., & Martin, G. (2007b). Ethnocultural aspects of suicide in young people: a systematic literature review part 2: Risk factors, precipitating agents, and attitudes toward suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(2), 222-237. <http://doi.org/10.1521/suli.2007.37.2.222>
75. Connor, J. J., & Rueter, M. A. (2006). Parent-child relationships as systems of support or risk for adolescent suicidality. *Journal of Family Psychology*, 20, 143-155. <http://doi.org/10.1037/0893-3200.20.1.143>
76. Conterio, K., & Lader, W. (1998). *Bodily harm: The breakthrough healing program for self-injurers*. Hyperion Books.
77. Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 297-303. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.297>
78. Corcos, M. (2009). Racine corporelle des affects, langage et acte à l'adolescence. In *Le corps dans le langage des adolescents* (p. 35-43). ERES. Consulté à l'adresse http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=ERES_NASSI_2009_01_0035
79. Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 655-666. <http://doi.org/10.1038/nrn894>
80. Crittenden, P. M. (2013). *Raising Parents: Attachment, Parenting and Child Safety*. Routledge.
81. Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., Hsiao, R. C., Vasilev, C. A., Yaptangco, M., Linehan, M. M., & McCauley, E. (2012). Differentiating adolescent self-injury from adolescent depression: possible implications for borderline personality development. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 45-57. <http://doi.org/10.1007/s10802-011-9578-3>
82. Cyrulnik, B. (2011). *Quand un enfant se donne « la mort »: Attachement et sociétés*. Odile Jacob.
83. Daine, K., Hawton, K., Singaravelu, V., Stewart, A., Simkin, S., & Montgomery, P. (2013). The Power of the Web: A Systematic Review of Studies of the Influence of the Internet on Self-Harm and Suicide in Young People. *PLOS ONE*, 8(10), e77555. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0077555>
84. Daly, P. (2005). Mothers living with suicidal adolescents: a phenomenological study of their experience. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 43(3), 22-28.

85. Damasio, A. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason and the human brain*. New York, USA: Harper Collins.
86. Damasio, A. (2002). *Spinoza avait raison*. Paris: Odile Jacob.
87. Darche, M. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non self-mutilating adolescent inpatient families. *Journal of Family Psychology*, 21, 31-35.
88. Dargent, F. (2010). Corps scarifié, adolescence marquée. *Revue française de psychosomatique*, (38), 131-143.
89. Darke, S., Torok, M., Kaye, S., & Ross, J. (2010). Attempted Suicide, Self-Harm, and Violent Victimization among Regular Illicit Drug Users. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(6), 587-596. <http://doi.org/10.1521/suli.2010.40.6.587>
90. Davidson, F., & Choquet, M. (1981). *Le suicide de l'adolescent: étude épidémiologique et statistique*. Paris, France: Éd. ESF.
91. Deiter, P. J., Nicholls, S. S., & Pearlman, L. A. (2000). Self-injury and self capacities: Assisting an individual in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 56(9), 1173-1191. [http://doi.org/10.1002/1097-4679\(200009\)56:9<1173::AID-JCLP5>3.0.CO;2-P](http://doi.org/10.1002/1097-4679(200009)56:9<1173::AID-JCLP5>3.0.CO;2-P)
92. De Leo, D. (2011). DSM-V and the Future of Suicidology. *Crisis*, 32(5), 233-239. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000128>
93. De Luca, M. (2012). Les scarifications à l'adolescence : toute honte vue. *Champ psy*, (62), 75-88.
94. De Luca, M., Bonnichon, D., & Marty, F. (2013). Les scarifications à l'adolescence : un équivalent suicidaire ? *La psychiatrie de l'enfant*, 55(2), 637-678.
95. Denham, S. A. (1998). *Emotional development in young children* (Vol. xi). New York, NY, US: Guilford Press.
96. de Tournemire, R. (2010). [Teenagers' suicides and suicide attempts: finding one's way in epidemiologic data]. *Archives De Pédiatrie: Organe Officiel De La Société Française De Pédiatrie*, 17(8), 1202-1209. <http://doi.org/10.1016/j.arcped.2010.05.011>
97. Diamond, G., Shilo, G., Jurgensen, E., D'Augelli, A., Samarova, V., & White, K. (2011). How depressed and suicidal sexual minority adolescents understand the causes of their distress. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15(2), 130-151.
98. Domino, G., & Takahashi, Y. (1991). Attitudes Toward Suicide in Japanese and American Medical Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21(4), 345-359. <http://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1991.tb00573.x>

99. D'Onofrio. (2007). *Adolescent Self-Injury. A comprehensive guide for counsellors and healthcare professionals*. New York, USA: Springer Publishing Company.
100. Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh-Richard, D. M., Pevette, K. N., Dawes, M. A., Hatzis, E. S., ... Nouvion, S. O. (2009). Impulsivity and Clinical Symptoms among Adolescents with Non-Suicidal Self-Injury with or without Attempted Suicide. *Psychiatry research*, 169(1), 22-27. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.011>
101. Douville, O. (2010). Du rituel et de l'adolescence aujourd'hui. *Adolescence*, (74), 873-886.
102. Drew, S. E., Duncan, R. E., & Sawyer, S. M. (2010). Visual storytelling: a beneficial but challenging method for health research with young people. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1677-1688. <http://doi.org/10.1177/1049732310377455>
103. Durkheim, É. (1897). *Le Suicide: Etude de sociologie* (Félix Alcan). Paris, France. Consulté à l'adresse <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6128145d>
104. Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Murphy, B. C. (1996). Parents' Reactions to Children's Negative Emotions: Relations to Children's Social Competence and Comforting Behavior. *Child Development*, 67(5), 2227-2247. <http://doi.org/10.2307/1131620>
105. Elias, N. (2000). *The Civilizing Process*. Oxford: Blackwell.
106. Eshun, S. (2003). Sociocultural Determinants of Suicide Ideation: A Comparison Between American and Ghanaian College Samples. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(2), 165-171. <http://doi.org/10.1521/suli.33.2.165.22779>
107. Eskin, D. M. (2004). The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(7), 536-542. <http://doi.org/10.1007/s00127-004-0769-x>
108. Eskin, M. (1999). Gender and Cultural Differences in the 12-Month Prevalence of Suicidal Thoughts and Attempts in Swedish and Turkish Adolescents. *Journal of Gender, Culture and Health*, 4(3), 187-200. <http://doi.org/10.1023/A:1023277231880>
109. Everall, R. D. (2000). The Meaning of Suicide Attempts by Young Adults. *Canadian Journal of Counselling*, 34(2), 111-25.
110. Everall, R. D., Altrows, K. J., & Paulson, B. L. (2006). Creating a Future: A Study of Resilience in Suicidal Female Adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 84(4), 461-470. <http://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00430.x>
111. Everall, R. D., Bostik, K. E., & Paulson, B. L. (2005). I'm sick of being me: developmental themes in a suicidal adolescent. *Adolescence*, 40(160), 693-708.

112. Overall, R. D., Bostik, K. E., & Paulson, B. L. (2006). Being in the Safety Zone: Emotional Experiences of Suicidal Adolescents and Emerging Adults. *Journal of Adolescent Research, 21*(4), 370-392. <http://doi.org/http://doi.org/10.1177/0743558406289753>
113. Evrard, P. (1999). Stimulation et développement du système nerveux. In *Au début de la vie psychique: Le développement du petit enfant*. Paris: Odile Jacob.
114. Favaro, A., Santonastaso, P., Monteleone, P., Bellodi, L., Mauri, M., Rotondo, A., ... Maj, M. (2008). Self-injurious behavior and attempted suicide in purging bulimia nervosa: Associations with psychiatric comorbidity. *Journal of Affective Disorders, 105*(1-3), 285 - 289. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2007.05.010>
115. Favazza, A. R. (1987). *Bodies Under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. JHU Press.
116. Favazza, A. R. (1989). Why Patients Mutilate Themselves. *Psychiatric Services, 40*, 137-145. <http://doi.org/10.1176/ps.40.2.137>
117. Favazza, A. R. (1998). The Coming of Age of Self-Mutilation. *The Journal of Nervous & Mental Disease, 186*, 259-268. <http://doi.org/10.1097/00005053-199805000-00001>
118. Fenaughty, J., & Harré, N. (2003). Life on the seesaw: a qualitative study of suicide resiliency factors for young gay men. *Journal of Homosexuality, 45*(1), 1-22. http://doi.org/10.1300/J082v45n01_01
119. Fennig, S., Carlson, G. A., & Fennig, S. (1995). Contagious self-mutilation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*(4), 402-403.
120. Firestone, R. W., & Seiden, R. H. (1990). Suicide and the continuum of self-destructive behavior. *Journal of American College Health: J of ACH, 38*(5), 207-213. <http://doi.org/10.1080/07448481.1990.9936189>
121. Fleury, C. (2012). L'étrangeté non énigmatique du suicide. In *L'énigme du suicide à l'adolescence*. Paris: Albin Michel.
122. Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology, null*(04), 679-700. <http://doi.org/null>
123. Foucault, M. (1990). *Histoire de la sexualité (Tome 3) - Le souci de soi*. Editions Gallimard.
124. Foucault, M., Bernauer, J., & Rasmussen, D. (1984). The ethic of care for the self as a practice of freedom. In *The final Foucault* (p. 1-120). Cambridge: MA: MIT Press.
125. Fox, C., & Hawton, K. (2004). *Deliberate Self-harm in Adolescence*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

126. Franklin, J. C., Hessel, E. T., & Prinstein, M. J. (2011). Clarifying the role of pain tolerance in suicidal capability. *Psychiatry Research*, 189(3), 362-367. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.08.001>
127. Freud, S. (1923). Le moi et le ça. In *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot.
128. Gibbons, R., Brown, C., Hur, K., Marcus, S., Bhaumik, D., Erkens, J., ... Mann, J. (2007). Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1356-1363.
129. Gibbons, R. D., Brown, C. H., Hur, K., Marcus, S. M., Bhaumik, D. K., Erkens, J. A., ... Mann, J. J. (2007). Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1356-1363. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07030454>
130. Gibello, B. (1988). Contenants de pensée, contenants culturels. La dimension créative de l'échec scolaire. In *Troubles du langage et de la filiation chez le Maghrébin de la deuxième génération* (p. 140-52). Grenoble: La Pensée Sauvage.
131. Gicquel, L., & Corcos, M. (2011). *Les automutilations à l'adolescence*. Paris, France: Dunod.
132. Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Transaction.
133. Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*, 46(1), 25-29. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2008.08.020>
134. Glenn, J. J., Michel, B. D., Franklin, J. C., Hooley, J. M., & Nock, M. K. (2014). Pain analgesia among adolescent self-injurers. *Psychiatry Research*, 220(3), 921-926. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.016>
135. Goldney, R. D. (2002). Qualitative and Quantitative Approaches in Suicidology: Commentary. *Archives of Suicide Research*, 6(1), 69-73. <http://doi.org/10.1080/13811110213117>
136. Goldston, D. B., Molock, S. D., Whitbeck, L. B., Murakami, J. L., Zayas, L. H., & Nagayama, C. (2008). Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *American Psychologist*, 63(1), 14-31. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.63.1.14>
137. Good, C. r. (2006). Adjunctive Quetiapine Targets Self-Harm Behaviors in Adolescent Females with Major Depressive Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16(3), 235-236. <http://doi.org/10.1089/cap.2006.16.235>

138. Gothard, S., & Conroy-Stocker, M. (2005). Adolescent Self-Harm & Suicidal behavior. A guide for schools. Wiltshire Educational Psychology Service.
139. Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2006). Youth Suicide: A Review. *Prevention Researcher*, 13(3), 3-7.
140. Granboulan, V., Roudot-Thoraval, F., Lemerle, S., & Alvin, P. (2001). Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(1), 31-36. <http://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00297.x>
141. Grandclerc, S., Delabrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., & Moro, M. (2015). Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: a Systematic Review. *Soumis à publication*.
142. Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140.
143. Greening, L., & Stoppelbein, L. (2002). Religiosity, Attributional Style, and Social Support as Psychosocial Buffers for African American and White Adolescents' Perceived Risk for Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(4), 404-417. <http://doi.org/10.1521/suli.32.4.404.22333>
144. Greidanus, E., & Overall, R. D. (2010). Helper therapy in an online suicide prevention community. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38(2), 191-204. <http://doi.org/10.1080/03069881003600991>
145. Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D., & Boergers, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1062-1069. <http://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00015>
146. Gunderson, J. (2001). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
147. Habermas, T., & Paha, C. (2001). The Development of Coherence in Adolescents' Life Narratives. *Narrative Inquiry*, 11(1), 35-54. <http://doi.org/10.1075/ni.11.1.02hab>
148. Haim, A. (1970). *Les suicides des adolescents*. Paris, France: Payot.
149. Hammersley, M. (1990). *Reading ethnographic research: A critical guide*. London: Longman. Consulté à l'adresse <http://oro.open.ac.uk/20349/>
150. Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 482-495. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>

151. Hargus, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2009). Distinguishing Between Subgroups of Adolescents Who Self-Harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(5), 518-537. <http://doi.org/10.1521/suli.2009.39.5.518>
152. Harris, J. (2000). Self-Harm: Cutting the Bad out of Me. *Qualitative Health Research*, 10(2), 164-173. <http://doi.org/10.1177/104973200129118345>
153. Harvey, K., & Brown, B. (2012). Health Communication and Psychological Distress: Exploring the Language of Self-harm. *Canadian Modern Language Review*, 68(3), 316-340. <http://doi.org/10.3138/cmlr.1103>
154. Haw, C., Hawton, K., Niedzwiedz, C., & Platt, S. (2013). Suicide clusters: a review of risk factors and mechanisms. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 43(1), 97-108. <http://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00130.x>
155. Hawton, K. (2010). Completed suicide after attempted suicide. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 341, c3064.
156. Hawton, K., Cole, D., O'Grady, J., & Osborn, M. (1982). Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 141, 286-291. <http://doi.org/10.1192/bjp.141.3.286>
157. Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*, 325(7374), 1207-1211. <http://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1207>
158. Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012a). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379(9834), 2373-2382. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
159. Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012b). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
160. Hawton, K., Saunders, K., Topiwala, A., & Haw, C. (2013). Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 821-830. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.020>
161. Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., ... Hazell, P. (2015). Interventions for self-harm in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD012013. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD012013>
162. Haza, M. (2009). Scarifications et « représentation de peau ». *Perspectives Psy*, 48(2), 176-183.

163. Heath, N., Toste, J., & Beettam, E. (2007). School counsellors' experiences with self-injury in the schools. Paper presented at the Canadian Academy for Child and Adolescent Psychiatry annual conference, Montreal, Quebec.
164. Herrera, A., Dahlblom, K., Dahlgren, L., & Kullgren, G. (2006). Pathways to suicidal behaviour among adolescent girls in Nicaragua. *Social Science & Medicine*, 62(4), 805-814. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.055>
165. Hill, K., & Dallos, R. (2012). Young people's stories of self-harm: A narrative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(3), 459-475. <http://doi.org/10.1177/1359104511423364>
166. Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal Study of Nonsuicidal Self-Injury Among Young Adolescents Rates, Correlates, and Preliminary Test of an Interpersonal Model. *The Journal of Early Adolescence*, 28(3), 455-469. <http://doi.org/10.1177/0272431608316604>
167. Himer, J. (1994). Blood rituals: Self-cutting in female psychiatric inpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(4), 620-631. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.31.4.620>
168. Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2010). Bullying, cyberbullying, and suicide. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 14(3), 206-221. <http://doi.org/10.1080/13811118.2010.494133>
169. Hintikka, J., Tolmunen, T., Rissanen, M-L., Honkalampi, K., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2009). Mental disorders in self-cutting adolescents. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 44(5), 464-467. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.10.003>
170. Hjelmeland, H., Kinyanda, E., Knizek, B. L., Owens, V., Nordvik, H., & Svarva, K. (2006). A Discussion of the Value of Cross-Cultural Studies in Search of the Meaning(s) of Suicidal Behavior and the Methodological Challenges of Such Studies. *Archives of Suicide Research*, 10(1), 15-27. <http://doi.org/10.1080/13811110500318257>
171. Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40(1), 74-80. <http://doi.org/10.1521/suli.2010.40.1.74>
172. Hohmann, A. G., Suplita, R. L., Bolton, N. M., Neely, M. H., Fegley, D., Mangieri, R., ... Piomelli, D. (2005). An endocannabinoid mechanism for stress-induced analgesia. *Nature*, 435(7045), 1108-1112. <http://doi.org/10.1038/nature03658>
173. Hooley, J. M., Ho, D. T., Slater, J., & Lockshin, A. (2010). Pain perception and nonsuicidal self-injury: a laboratory investigation. *Personality Disorders*, 1(3), 170-179. <http://doi.org/10.1037/a0020106>

174. Horne, O., & Csipke, E. (2009). From Feeling Too Little and Too Much, to Feeling More and Less? A Nonparadoxical Theory of the Functions of Self-Harm. *Qualitative Health Research*, 19(5), 655-667. <http://doi.org/10.1177/1049732309334249>
175. Horwitz, A. G., Hill, R. M., & King, C. A. (2011). Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence*, 34(5), 1077-1085. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.10.004>
176. Hukkanen, R., Sourander, A., & Bergroth, L. (2003). Suicidal ideation and behavior in children's homes. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 131-137. <http://doi.org/10.1080/08039480310000969>
177. International Society for the Study of Self-Injury. (2007). Definitional issues surrounding our understanding of self-injury.
178. Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 37(2), 363-375. <http://doi.org/10.1080/15374410801955771>
179. James, W. (1884). What is an emotion? In *What is an emotion? Classic and contemporary readings* (p. 127-141). New York, USA: Oxford University Press.
180. Jeammet, P. (2015). Le passage à l'acte. *Cliniques*, (10), 72-81.
181. Jeammet, P., & Birot, É. (1994). *Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*. Paris: PUF.
182. Jeppson, J., Richards, P., Hardman, R., & Granley, H. (2003). Binge and Purge Processes in Bulimia Nervosa: A Qualitative Investigation. *Eating Disorders*, 11(2), 115-128. <http://doi.org/10.1080/10640260390199307>
183. Joe, S., Canetto, S. S., & Romer, D. (2008). Advancing Prevention Research on the Role of Culture in Suicide Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(3), 354-362. <http://doi.org/10.1521/suli.2008.38.3.354>
184. Joiner, T. (2005). *Why People Die by Suicide*. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press.
185. Jo, K-H., An, G. J., & Sohn, K.-C. (2011). Qualitative content analysis of suicidal ideation in Korean college students. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 18(2), 87-92.

186. Jong, M. L. de. (1992). Attachment, individuation, and risk of suicide in late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(3), 357-373. <http://doi.org/10.1007/BF01537023>
187. Jordan, J., McKenna, H., Keeney, S., Cutcliffe, J., Stevenson, C., Slater, P., & McGowan, I. (2012). Providing Meaningful Care Learning From the Experiences of Suicidal Young Men. *Qualitative Health Research*, 22(9), 1207-1219. <http://doi.org/10.1177/1049732312450367>
188. Josephs, R. A., Bosson, J. K., & Jacobs, C. G. (2003). Self-Esteem Maintenance Processes: Why Low Self-Esteem may be Resistant to Change. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(7), 920-933. <http://doi.org/10.1177/0146167203029007010>
189. Kalt, A., Hossain, M., Kiss, L., & Zimmerman, C. (2013). Asylum Seekers, Violence and Health: A Systematic Review of Research in High-Income Host Countries. *American Journal of Public Health*, 103(3), e30-e42. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301136>
190. Kaslow, N. J., Webb Price, A., Wyckoff, S., Bender Grall, M., Sherry, A., Young, S., ... Bethea, K. (2004). Person Factors Associated With Suicidal Behavior Among African American Women and Men. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 10(1), 5-22. <http://doi.org/10.1037/1099-9809.10.1.5>
191. Katz, L. Y., Kozyrskyj, A. L., Prior, H. J., Enns, M. W., Cox, B. J., & Sareen, J. (2008a). Effect of regulatory warnings on antidepressant prescription rates, use of health services and outcomes among children, adolescents and young adults. *Canadian Medical Association Journal*, 178(8), 1005-1011. <http://doi.org/10.1503/cmaj.071265>
192. Katz, L. Y., Kozyrskyj, A. L., Prior, H. J., Enns, M. W., Cox, B. J., & Sareen, J. (2008b). Effect of regulatory warnings on antidepressant prescription rates, use of health services and outcomes among children, adolescents and young adults. *Canadian Medical Association Journal*, 178(8), 1005-1011.
193. Kernier, N. de, Marty, F., & Nothomb, A. (2015). *Le geste suicidaire à l'adolescence: tuer l'infans*. Paris, France: PUF, DL 2015.
194. Keyvanara, M., & Haghshenas, A. (2011). Sociocultural contexts of attempting suicide among Iranian youth: a qualitative study. *Eastern Mediterranean Health Journal = La Revue de Sante de La Mediterranee Orientale = Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit*, 17(6), 529-535.
195. King, S. R., Hampton, W. R., Bernstein, B., & Schichor, A. (1996). College Students' Views on Suicide. *Journal of American College Health*, 44(6), 283-287. <http://doi.org/10.1080/07448481.1996.9936856>
196. Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2008). Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS).

Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31(3), 215-219.
<http://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>

197. Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056.
<http://doi.org/10.1002/jclp.20412>

198. Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 22-27. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.22>

199. Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>

200. Knafo, A., Mirkovic, B., Belloncle, V., Bapt-Cazalets, N., Berthiaume, C., Bodeau, N., ... Breton, J. J. (2012). Nouveaux regards sur l'évaluation du risque suicidaire à l'adolescence: les facteurs de protection. In *L'énigme du suicide à l'adolescence* (p. 71-99). Paris, France: Albin Michel.

201. Kokaliari, E. D. (2005). *Deliberate self-injury: An investigation of the prevalence and psychosocial meanings in a non-clinical female college population*. ProQuest Information & Learning, US.

202. Kokaliari, E. D., & Berzoff, J. (2008). Nonsuicidal Self-Injury Among Nonclinical College Women Lessons From Foucault. *Affilia*, 23(3), 259-269.
<http://doi.org/10.1177/0886109908319120>

203. Kposowa, A. J., & McElvain, J. P. (2006). Gender, place, and method of suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 435-443.
<http://doi.org/10.1007/s00127-006-0054-2>

204. Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *The American Journal of Psychiatry*, 158(6), 848-856.
<http://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.848>

205. Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozono, R. (2002). World report on violence and health. World Health Organization, Geneva.

206. Labelle, R., Lachance, L., & Morval, M. (1996). Validation d'une version franco-canadienne du Reasons for Living Inventory. *Science et Comportement*, 24(3), 237-248.

207. Lachal, J., Orri, M., Moro, M. R., & Revah-Levy, A. (2015). Perspectives des adolescents et jeunes adultes sur le suicide : une méta-synthèse qualitative. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. <http://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.03.002>

208. Lachal, J., Orri, M., Sibeoni, J., Moro, M., & Revah-Levy, A. (2014). Metasynthesis of Youth Suicide: Perspectives of Youth, Parents, and Health Care Professionals. Soumis à publication.
209. Lachal, J., Orri, M., Sibeoni, J., Moro, M. R., & Revah-Levy, A. (2015). Metasynthesis of youth suicidal behaviours: perspectives of youth, parents, and health care professionals. *PloS One*, *10*(5), e0127359. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0127359>
210. Ladame, F. (1981). *Les tentatives de suicide des adolescents*. Masson.
211. Lakeman, R., & FitzGerald, M. (2008). How people live with or get over being suicidal: a review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*, *64*(2), 114-126. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04773.x>
212. Lambert, S., Dupuis, G., Guisseau, M., & Venisse, J. L. (2004). Automutilations à répétition du sujet jeune: parler un même langage. *Synapse*, *209*, 25-28.
213. Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
214. Le Breton, D. (2003). *La peau et la trace: sur les blessures de soi*. Paris, France: Éd. Métailié, 2003.
215. Le Breton, D. (2005). La part du feu : anthropologie des entames corporelles. *Adolescence*, *no 52*(2), 457-470.
216. Le Breton, D. (2006). Scarifications adolescentes. *Enfances & Psy*, *no 32*(3), 45-57.
217. Le Breton, D. (2010). Se reconstruire par la peau. Marques corporelles et processus initiatique. *Revue française de psychosomatique*, (38), 85-95.
218. Le Breton, D. (2011). La peau entre signature et biffure : du tatouage et du piercing aux scarifications. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, *n° 57*(2), 79-92.
219. Le Breton, D. (2015). Suicide, travail et sociologie(s). *Travailler*, *n° 33*(1), 9-24.
220. Leenaars, A. A. (1990). Psychological perspectives in suicide. In *Current Concepts of Suicide*. Philadelphia: The Charles Press.
221. Leenaars, A. A. (1997). 2 Rick: A Suicide of a Young Adult. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *27*(1), 15-27. <http://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1997.tb00498.x>
222. Leenaars, A. A. (2002). The Quantitative and Qualitative in Suicidological Science: An Editorial. *Archives of Suicide Research*, *6*(1), 1-3. <http://doi.org/10.1080/13811110213121>

223. Leenaars, A. A., Haines, J., Wenckstern, S., Williams, C. L., & Lester, D. (2003). Suicide notes from Australia and the United States. *Perceptual and Motor Skills*, 96(3c), 1281-1282. <http://doi.org/10.2466/pms.2003.96.3c.1281>
224. Lee, S., Tsang, A., Li, X., Phillips, M. R., & Kleinman, A. (2007). Attitudes toward suicide among Chinese people in Hong Kong. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 565-575. <http://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.565>
225. Leibenluft, E., Gardner, D., & Cowdry, R. (1987). The inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders*, 1, 317-324.
226. Lester, D. (2000). *Why people kill themselves: A 2000 summary of research on suicide (4th ed.)* (Vol. xxv). Springfield, IL, US: Charles C Thomas Publisher.
227. Lester, D., Leong, F. T. L., & Leach, M. M. (2009). Theories of suicide. In *Suicide among racial and ethnic minority groups: Theory, research and practice* (p. 39-53). New York: Routledge.
228. Lindqvist, P., Johansson, L., & Karlsson, U. (2008). In the aftermath of teenage suicide: a qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members. *BMC Psychiatry*, 8, 26. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-8-26>
229. Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
230. Linehan, M. M. (1986). One Population or Two? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487(1), 16-33. <http://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1986.tb27882.x>
231. Lonetto, R. (1988). *Dis, c'est quoi quand on est mort? L'idée de la mort chez l'enfant*. Paris, France: Eshel.
232. Low, G., Jones, D., MacLeod, A., Power, M., & Duggan, C. (2000). Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: A pilot study. *British Journal of Medical Psychology*, 73(2), 269-278. <http://doi.org/10.1348/000711200160363>
233. Lynam, D. R., Miller, J. D., Miller, D. J., Bornovalova, M. A., & W, C. (2011). Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: A test of the incremental validity of the UPPS model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 151-160. <http://doi.org/10.1037/a0019978>
234. Machoian, L. (2001). Cutting voices. Self-injury in three adolescent girls. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 39(11), 22-29.
235. Macleod, R., Craufurd, D., & Booth, K. (2002). Patients' perceptions of what makes genetic counselling effective: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*, 7(2), 145-156. <http://doi.org/10.1177/1359105302007002454>

236. Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., Leo, D. D., Wilde, E. J. de, ... Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 499-508. <http://doi.org/10.1007/s00787-011-0210-4>
237. Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., ... Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(6), 667-677. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>
238. Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet (London, England)*, 358(9280), 483-488. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
239. Mann, Apter, Bertolote, & al. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064-2074. <http://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
240. Maple, M., Edwards, H., Plummer, D., & Minichiello, V. (2010). Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. *Health & Social Care in the Community*, 18(3), 241-248. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00886.x>
241. Maple, M., Plummer, D., Edwards, H., & Minichiello, V. (2007). The effects of preparedness for suicide following the death of a young adult child. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(2), 127-134. <http://doi.org/10.1521/suli.2007.37.2.127>
242. Marcelli, D. (2012). L'énigme du suicide. In *L'énigme du suicide à l'adolescence* (p. 17-43). Paris: Albin Michel.
243. Marcelli, D., & Humeau, M. (2006). Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent. *EMC-Psychiatrie*, 128, 1-11.
244. Maris, R. W. (1981). *Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
245. Martin, J., Bureau, J.-F., Yurkowski, K., Lafontaine, M.-F., & Cloutier, P. (2015). Heterogeneity of Relational Backgrounds is Associated With Variation in Non-Suicidal Self-Injurious Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1-12. <http://doi.org/10.1007/s10802-015-0048-1>
246. Mays, N., & Pope, C. (1995). Rigour and qualitative research. *BMJ: British Medical Journal*, 311(6997), 109-112.
247. Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7226), 50-52.

248. McCarthy, G., & Taylor, A. (1999). Avoidant/Ambivalent Attachment Style as a Mediator between Abusive Childhood Experiences and Adult Relationship Difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 465-477. <http://doi.org/10.1111/1469-7610.00463>
249. McLane, J. (1996). The Voice on the Skin: Self-Mutilation and Merleau-Ponty's Theory of Language. *Hypatia*, 11(4), 107-118. <http://doi.org/10.1111/j.1527-2001.1996.tb01038.x>
250. McMahan, E. M., Keeley, H., Cannon, M., Arensman, E., Perry, I. J., Clarke, M., ... Corcoran, P. (2014). The iceberg of suicide and self-harm in Irish adolescents: a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(12), 1929-1935. <http://doi.org/10.1007/s00127-014-0907-z>
251. Medina, C., & Luna, G. (2006). Suicide attempts among adolescent Mexican American students enrolled in special education classes. *Adolescence*, 41(162), 299-312.
252. Medina, C. M. O., Dahlblom, K., Dahlgren, L., Herrera Rodríguez, A., & Kullgren, G. (2011). I keep my problems to myself: pathways to suicide attempts in Nicaraguan young men. *Suicidology online [electronic resource]*, 2, 17-28.
253. Menninger, K. (1938). *Man against him-self*. New York, NY, US: Harcourt Brace world.
254. Milia, D. (2000). *Self-mutilation and Art Therapy: Violent Creation*. Jessica Kingsley Publishers.
255. Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. Guilford Press.
256. Miller, S. G. (1994). Borderline Personality Disorder From the Patient' Perspective. *Psychiatric Services*, 45(12), 1215-1219. <http://doi.org/10.1176/ps.45.12.1215>
257. Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1989). *Social Causes of Psychological Distress*. Hawthorne: Aldine De Gruyter.
258. Mizes, J. S., & Arbitell, M. R. (1991). Bulimics' perceptions of emotional responding during binge-purge episodes. *Psychological Reports*, 69(2), 527-532. <http://doi.org/10.2466/pr0.1991.69.2.527>
259. Moore, T., Norman, P., Harris, P. R., & Makris, M. (2008). An interpretative phenomenological analysis of adaptation to recurrent venous thrombosis and heritable thrombophilia: the importance of multi-causal models and perceptions of primary and secondary control. *Journal of Health Psychology*, 13(6), 776-784. <http://doi.org/10.1177/1359105308093861>

260. Moro, M.R., (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. (3^e éd.). Paris: P.U.F.
261. Moro, M. R., Baubet, T., Bouche-Florin, Noë, Q. de L., Heidenreich, F., Du, C. L., ... Taïeb, O. (2009). 3 - Les débats autour de la question culturelle en clinique. In *Psychopathologie transculturelle* (p. 30-48). Paris: Elsevier Masson. Consulté à l'adresse <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294704345000083>
262. Moron, P. (1999). *Le suicide (1975)* (7^{ème} éd.). Paris: PUF.
263. Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012a). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 1-9. <http://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
264. Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012b). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 1-9. <http://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
265. Muehlenkamp, J. J., Ertelt, T. W., Miller, A. L., & Claes, L. (2011). Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 148-155. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02305.x>
266. Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 12-23. <http://doi.org/10.1521/suli.34.1.12.27769>
267. Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for Suicide Attempts Among Adolescents Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury. *Archives of Suicide Research*, 11(1), 69-82. <http://doi.org/10.1080/13811110600992902>
268. Muehlenkamp, J. J., Walsh, B. W., & McDade, M. (2009). Preventing Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: The Signs of Self-Injury Program. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 306-314. <http://doi.org/10.1007/s10964-009-9450-8>
269. NICE, N. I. of C. E. (2004). *Self-harm: The Short-term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-harm in Primary and Secondary Care: Clinical Guideline*. London: Gaskell and British Psychological Society.
270. Nirui, M., & Chenoweth, L. (1999). The response of healthcare services to people at risk of suicide: a qualitative study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(3), 361-371.
271. Nisbet, P. A., Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Seidltiz, L. (2000). The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(8), 543-546.

272. Noble, S. I. R., Nelson, A., & Finlay, I. G. (2008). Challenges faced by palliative care physicians when caring for doctors with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 22(1), 71-76. <http://doi.org/10.1177/0269216307084607>
273. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008a). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154. <http://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
274. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008b). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154. <http://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
275. Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
276. Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
277. Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140-146. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.140>
278. Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 816-827. <http://doi.org/10.1037/a0016948>
279. O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2012). Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 200(4), 330-335. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.097808>
280. Orri, M., Paduanello, M., Lachal, J., Falissard, B., Sibeoni, J., & Revah-Levy, A. (2014). Qualitative Approach to Attempted Suicide by Adolescents and Young Adults: The (Neglected) Role of Revenge. *PLoS ONE*, 9(5), e96716. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0096716>
281. Osafo, J., Hjelmeland, H., Akotia, C. S., & Knizek, B. L. (2011). The meanings of suicidal behaviour to psychology students in Ghana: a qualitative approach. *Transcultural Psychiatry*, 48(5), 643-659. <http://doi.org/10.1177/1363461511417319>
282. Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107.e2. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>

283. Owens, C., Lambert, H., Lloyd, K., & Donovan, J. (2008). Tales of biographical disintegration: how parents make sense of their sons' suicides. *Sociology of Health & Illness*, 30(2), 237-254. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01034.x>
284. Papadatos, C. (1991). *Children and Death (Death Education, Aging and Health Care)*. New York, USA: Taylor & Francis.
285. Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867-872.
286. Patton, G. C., Coffey, C., Sawyer, S. M., Viner, R. M., Haller, D. M., Bose, K., ... Mathers, C. D. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet (London, England)*, 374(9693), 881-892. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60741-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60741-8)
287. Patton, M. Q. (2002). Purposeful Sampling. In *Qualitative research and evaluation methods* (p. 230-245). SAGE.
288. Paulson, B. L., & Overall, R. D. (2003). Suicidal Adolescents: Helpful Aspects of Psychotherapy. *Archives of Suicide Research*, 7(4), 309-321. <http://doi.org/10.1080/713848939>
289. Pembroke, L. (1990). Mental health. Surviving psychiatric. *Nursing times*, 87(49), 30-32.
290. Piaget, J. (1926). *La représentation du monde chez l'enfant*. Paris, France: F. Alcan.
291. Plante, L. G. (2007). *Bleeding to ease the pain: cutting, self-injury, and the adolescent search for self*. Westport, Conn., USA: Praeger.
292. Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39(09), 1549-1558. <http://doi.org/10.1017/S0033291708005114>
293. Pommereau, X. (2001). *L'adolescent suicidaire* (3ème éd.). Paris: Dunod.
294. Pommereau, X. (2006). Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. *Enfances & Psy*, no 32(3), 58-71.
295. Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Aral, L., & Rodgers, M. (2006). *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC Methods Programme*. Swindon: Economic and Social Research Council.

296. Potter, N. N. (2003). Commodity/Body/Sign: Borderline Personality Disorder and the Signification of Self-Injurious Behavior. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, *10*(1), 1-16. <http://doi.org/10.1353/ppp.2003.0079>
297. Prinstein, M. J., Nock, M. K., Simon, V., Aikins, J. W., L, S., & Spirito, A. (2008). Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(1), 92-103. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.92>
298. Rapport OMS. (2014). Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial. World Health Organization, Geneva. Consulté à l'adresse <http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/preventing-suicide-a-global-imperative>
299. Rapport ONS. (2014). Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche. Consulté à l'adresse http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf
300. Rasool, I. A., & Payton, J. L. (2014). Tongues of fire: women's suicide and self-injury by burns in the Kurdistan Region of Iraq. *The Sociological Review*, *62*(2), 237-254. <http://doi.org/10.1111/1467-954X.12153>
301. Revah-Levy, A., Birmaher, B., Gasquet, I., & Falissard, B. (2007). The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): A validation study. *BMC Psychiatry*, *7*. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-7-2>
302. Rich, M., & Ginsburg, K. R. (1999). The reason and rhyme of qualitative research: why, when, and how to use qualitative methods in the study of adolescent health. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *25*(6), 371-378.
303. Roberts, R. E., & Chen, Y.-W. (1995). Depressive Symptoms and Suicidal Ideation among Mexican-Origin and Anglo Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *34*(1), 81-90. <http://doi.org/10.1097/00004583-199501000-00018>
304. Rodham, K., Gavin, J., & Miles, M. (2007). I Hear, I Listen and I Care: A Qualitative Investigation into the Function of a Self-Harm Message Board. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*(4), 422-430. <http://doi.org/10.1521/suli.2007.37.4.422>
305. Rose, D. G. (2006). *Visual Methodologies: An Introduction to the Interpretation of Visual Materials* (2nd éd.). Sage Publications Ltd.
306. Ross, R., & Mc Kay, H. (1979). *Self-mutilation*. Lexington: MA Lexington Books.
307. Ross, S., & Heath, N. (2002). A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *31*(1), 67-77. <http://doi.org/10.1023/A:1014089117419>

308. Rouchon, J-F., & Baubet, T. (2015). Aspects culturels du rapport à la mort. In *Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation* (p. 71-79). Paris, France: Dunod.
309. Sargent, C. F. (2003). Gender, Body, Meaning: Anthropological Perspectives on Self-Injury and Borderline Personality Disorder. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 10(1), 25-27. <http://doi.org/10.1353/ppp.2003.0084>
310. Schoppmann, S., Schröck, R., Schnepf, W., & Büscher, A. (2007). 'Then I just showed her my arms . . .' Bodily sensations in moments of alienation related to self-injurious behaviour.* A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(6), 587-597. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01150.x>
311. Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., ... van Heeringen, K. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 601-607. <http://doi.org/10.1007/s00127-008-0469-z>
312. Sebree, R., & Popkess-Vawter, S. (1991). Self-Injury Concept Formation: Nursing Diagnosis Development. *Perspectives in Psychiatric Care*, 27(2), 27-35. <http://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1991.tb00340.x>
313. Senior, V., Smith, J. A., Michie, S., & Marteau, T. M. (2002). Making sense of risk: an interpretative phenomenological analysis of vulnerability to heart disease. *Journal of Health Psychology*, 7(2), 157-168. <http://doi.org/10.1177/1359105302007002455>
314. Shafranske, E. P., & Malony, H. N. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(1), 72-78. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.27.1.72>
315. Sharkey, V. (2003). Self-wounding: a literature review. *Mental Health Practice*, 6(7), 35-38.
316. Shaw, S. N. (2002). *The complexity and paradox of female self-injury: Historical portrayals, journeys toward stopping, and contemporary interventions* (Unpublished doctoral dissertation). Harvard University Graduate School of Education, Cambridge, Massachusetts.
317. Shilubane, H., Ruiter, R., Bos, A., Van den Borne, B., James, S., & Reddy, P. (2012). Psychosocial determinants of suicide attempts among black South African adolescents: a qualitative analysis. *Journal of Youth Studies*, 15, 177-89.
318. Shneidman, E. S. (1985). *Definition of Suicide*. New York: John Wiley And Sons.
319. Shneidman, E. S. (1993). Some Controversies in Suicidology: Toward a Mentalistic Discipline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(4), 292-298. <http://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1993.tb00199.x>

320. Sibertin, Blanc, & Gerstle. (1983). Corps, initiation et communication thérapeutique à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, (8-9), 412.
321. Simpson, M. (1980). Self-mutilation as indirect self-destructive behavior. In *The many faces of suicide: Indirect self-destructive behavior*. (p. 257-283). New York, McGraw Hill, USA: N. L. Farberow.
322. Sinclair, J., & Green, J. (2005). Understanding resolution of deliberate self harm: qualitative interview study of patients' experiences. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 330(7500), 1112. <http://doi.org/10.1136/bmj.38441.503333.8F>
323. Skandrani, S. M., Bouche-Florin, L. (2009). 11 - Adolescence: la construction identitaire et ses aléas. In *Psychopathologie transculturelle* (p. 217-236). Paris: Elsevier Masson. Consulté à l'adresse <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294704345000162>
324. Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366(9495), 1471-1483. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3)
325. Slovak, K., & Singer, J. B. (2012). Engaging parents of suicidal youth in a rural environment. *Child & Family Social Work*, 17(2), 212-221. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2012.00826.x>
326. Smith, J. (2008). Interpretative phenomenological analysis. In *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (2^e éd.). Sage Publications Ltd.
327. Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology and Health*, 11(2), 261-271.
328. Smith, J. A., Michie, S., Stephenson, M., & Quarrell, O. (2002). Risk Perception and Decision-making Processes in Candidates for Genetic Testing for Huntington's Disease: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Health Psychology*, 7(2), 131-144. <http://doi.org/10.1177/1359105302007002398>
329. Solomon, Y., & Farrand, J. (1996). « Why don't you do it properly? » Young women who self-injure. *Journal of Adolescence*, 19(2), 111-119. <http://doi.org/10.1006/jado.1996.0011>
330. Sprocq-Demarcq, N., & Rey, Y. (2009). Les objets flottants en formation systémique : contribution au développement personnel et professionnel du futur thérapeute. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 41(2), 69-80.
331. Stack, S. (2000). Suicide: A 15-Year Review of the Sociological Literature Part II: Modernization and Social Integration Perspectives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 163-176. <http://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb01074.x>

332. Stanghellini, G. (2004). *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. OUP Oxford.
333. Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *The American Journal of Psychiatry*, *158*(3), 427-432.
334. Strong, M. (1998). *A bright red scream: Self-mutilation and the language of pain*. London, UK: Virago.
335. Sun, F-K., Long, A., & Boore, J. (2007). The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. *Journal of Clinical Nursing*, *16*(2), 255-263. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01479.x>
336. Sun, R., & Hui, E. (2007). Building social support for adolescents with suicidal ideation: implications for school guidance and counselling. *British Journal of Guidance & Counselling*, *35*(3), 299-316.
337. Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, *18*(5), 531-554.
338. Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *44*(3), 273-303. <http://doi.org/10.1111/sltb.12070>
339. Taïeb, O., Bricou, O., Baubet, T., Gaboulaud, V., Gal, B., Mouthon, L., ... Rose Moro, M. (2010). Patients' beliefs about the causes of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford, England)*, *49*(3), 592-599. <http://doi.org/10.1093/rheumatology/kep430>
340. Taïeb, O., Révah-Lévy, A., Moro, M. R., & Baubet, T. (2008). Is Ricoeur's Notion of Narrative Identity Useful in Understanding Recovery in Drug Addicts? *Qualitative Health Research*, *18*(7), 990-1000. <http://doi.org/10.1177/1049732308318041>
341. Tallaksen, D. W., Bråten, K., & Tveiten, S. (2013). « ... You are not particularly helpful as a helper when you are helpless » A qualitative study of public health nurses and their professional competence related to suicidal adolescents. *Vard I Norden*, *33*(1), 46-50.
342. Tang, J., Yu, Y., Wu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhu, H., ... Liu, Z. (2011). Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: a cross-section study. *PloS One*, *6*(4), e17977. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0017977>

343. Taylor, E. A., & Stansfeld, S. A. (1984). Children who poison themselves. II. Prediction of attendance for treatment. *The British Journal of Psychiatry*, *145*(2), 132-135. <http://doi.org/10.1192/bjp.145.2.132>
344. Taylor, T. L., Hawton, K., Fortune, S., & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, *194*(2), 104-110. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.046425>
345. Thomas, W. I., & Thomas, D. S. T. (1928). *The Child in America: Behavior Problems and Programs*. A. A. Knopf.
346. Timson, D., Priest, H., & Clark-Carter, D. (2012). Adolescents who self-harm: professional staff knowledge, attitudes and training needs. *Journal of Adolescence*, *35*(5), 1307-1314. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.05.001>
347. Törnblom, A. W., Werbart, A., & Rydelius, P.-A. (2013). Shame behind the masks: the parents' perspective on their sons' suicide. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, *17*(3), 242-261. <http://doi.org/10.1080/13811118.2013.805644>
348. Trovato, F. (1986). Suicide and Ethnic Factors in Canada. *International Journal of Social Psychiatry*, *32*(3), 55-64. <http://doi.org/10.1177/002076408603200308>
349. Tuisku, V., Kiviruusu, O., Pelkonen, M., Karlsson, L., Strandholm, T., & Marttunen, M. (2014). Depressed adolescents as young adults - predictors of suicide attempt and non-suicidal self-injury during an 8-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, *152-154*, 313-319. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.09.031>
350. Tulloch, A. L., Blizzard, L., & Pinkus, Z. (1997). Adolescent-parent communication in self-harm. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *21*(4), 267-275. [http://doi.org/10.1016/S1054-139X\(97\)00118-3](http://doi.org/10.1016/S1054-139X(97)00118-3)
351. Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, *30*(6), 398-408.
352. Turner, B. J., Layden, B. K., Butler, S. M., & Chapman, A. L. (2013). How often, or how many ways: clarifying the relationship between non-suicidal self-injury and suicidality. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, *17*(4), 397-415. <http://doi.org/10.1080/13811118.2013.802660>
353. Turp, M. (1999). Encountering Self-Harm in Psychotherapy and Counselling Practice. *British Journal of Psychotherapy*, *15*(3), 306-321. <http://doi.org/10.1111/j.1752-0118.1999.tb00455.x>
354. van Bergen, D. D., Smit, J. H., van Balkom, A. J. L. M., van Ameijden, E., & Saharso, S. (2008). Suicidal ideation in ethnic minority and majority adolescents in Utrecht, the Netherlands. *Crisis*, *29*(4), 202-208. <http://doi.org/10.1027/0227-5910.29.4.202>

355. van Heeringen, K., & Mann, J. J. (2014). The neurobiology of suicide. *The Lancet. Psychiatry*, 1(1), 63-72. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70220-2](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70220-2)
356. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. <http://doi.org/10.1037/a0018697>
357. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner Jr., T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 72-83. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.72>
358. Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 282-297. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.005>
359. Walsh, B. (2006). Treating self-injury, A practical guide. (p. 46-47). New York, NY, US: Guilford Press.
360. Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research, and treatment* (Vol. xiii). New York, NY, US: Guilford Press.
361. Walsh, S. M., & Minor-Schork, D. (1997). Suicidal adolescent perceptions after an art future image intervention. *Applied Nursing Research: ANR*, 10(1), 19-26.
362. Wasserman, D., Thanh, T. T. H., Minh, P. T. D., Goldstein, M., Nordenskiöld, A., & Wasserman, C. (2008). Suicidal process, suicidal communication and psychosocial situation of young suicide attempters in a rural Vietnamese community. *World Psychiatry*, 7(1), 47-53. <http://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00152.x>
363. Watt, T. T., & Sharp, S. F. (2002). Race Differences in Strains Associated with Suicidal Behavior among Adolescents. *Youth & Society*, 34(2), 232-256. <http://doi.org/10.1177/004411802237865>
364. Weiss, M. G. (2001). Cultural epidemiology: An introduction and overview. *Anthropology & Medicine*, 8(1), 5-29. <http://doi.org/10.1080/13648470120070980>
365. Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 189-201. <http://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>
366. West, M. L., Spreng, S. W., Rose, S. M., & Adam, K. S. (1999). Relationship between attachment-felt security and history of suicidal behaviours in clinical adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(6), 578-582.

367. Wheeler, B. W., Gunnell, D., Metcalfe, C., Stephens, P., & Martin, R. M. (2008a). The population impact on incidence of suicide and non-fatal self harm of regulatory action against the use of selective serotonin reuptake inhibitors in under 18s in the United Kingdom: ecological study. *BMJ*, *336*(7643), 542-545. <http://doi.org/10.1136/bmj.39462.375613.BE>
368. Wheeler, B. W., Gunnell, D., Metcalfe, C., Stephens, P., & Martin, R. M. (2008b). The population impact on incidence of suicide and non-fatal self harm of regulatory action against the use of selective serotonin reuptake inhibitors in under 18s in the United Kingdom: ecological study. *BMJ: British Medical Journal*, *336*(7643), 542.
369. Whitlock, J. (2010). Self-injurious behavior in adolescents. *PLoS Medicine*, *7*(5), e1000240. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000240>
370. Whitlock, J., & Knox, K. L. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *161*(7), 634-640. <http://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.634>
371. Whitlock, J. L., Powers, J. L., & Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, *42*(3), 407-417. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.42.3.407>
372. Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Baral Abrams, G., Barreira, P., & Kress, V. (2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *52*(4), 486-492. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.010>
373. Wilkinson, P. (2013). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *22 Suppl 1*, S75-79. <http://doi.org/10.1007/s00787-012-0365-7>
374. Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *The American Journal of Psychiatry*, *168*(5), 495-501. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050718>
375. Willis, L. A., Coombs, D. W., Cockerham, W. C., & Frison, S. L. (2002). Ready to die: a postmodern interpretation of the increase of African-American adolescent male suicide. *Social Science & Medicine*, *55*(6), 907-920. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00235-0](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00235-0)
376. Winnicott, D. (1971). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.
377. Wong, Y. J., Rew, L., & Slaikeu, K. D. (2006). A Systematic Review of Recent Research on Adolescent Religiosity/Spirituality and Mental Health. *Issues in Mental Health Nursing*, *27*(2), 161-183. <http://doi.org/10.1080/01612840500436941>
378. Wray, M., Colen, C., & Pescosolido, B. (2011). The Sociology of Suicide. *Annual Review of Sociology*, *37*(1), 505-528. <http://doi.org/10.1146/annurev-soc-081309-150058>

379. Yang, S. (2012). A life history of a Korean adolescent girl who attempted suicide. *Death Studies*, 36(3), 253-269.
380. Yip, K. S., Ngan, M. Y., & Lam, I. (2003). A qualitative study of parental influence on and response to adolescents' self-cutting in Hong-Kong. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(3), 212-218.
381. Zayas, L., Gulbas, L. E., Fedoravicius, N., & Cabassa, L. J. (2010). Patterns of distress, precipitating events, and reflections on suicide attempts by young Latinas. *Social Science & Medicine* (1982), 70(11), 1773-1779. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.013>

Titre :

LA QUÊTE DE SENS AUTOUR DES PASSAGES À L'ACTE AUTOMUTILATOIRES ET SUICIDAIRES : APPORT D'UNE ÉTUDE QUALITATIVE MENÉE AUPRÈS D'ADOLESCENTS

Résumé :

Suicide et automutilations sont des problématiques majeures du champ de la psychiatrie de l'adolescent. Les automutilations touchent 10% d'entre eux et le suicide est la deuxième cause de mortalité des 15-29ans. Tous deux posent des problèmes en terme de prise en charge : face aux vécus d'incompréhension des adolescents, soignants et proches se sentent souvent démunis. Il paraît important de remettre du sens sur l'acte pour favoriser les soins. Après une revue de la littérature ayant pour but d'appréhender suicide et automutilations dans leur complexité individuelle, environnementale et socio-culturelle, nous présenterons une étude qualitative, menée auprès de huit sujets entre 14 et 21 ans, ayant présenté au moins un passage à l'acte automutilatoire et / ou suicidaire. L'objectif principal était de proposer une meilleure compréhension des mécanismes conduisant au passage à l'acte ; mais aussi une étude en détail des modalités relationnelles familiales et sociales, et une meilleure évaluation des représentations de l'agression faite à soi de l'adolescent. Nous avons utilisé une méthodologie qualitative, phénoménologique et inductive, particulièrement adaptée à la complexité de l'objet de l'étude. L'analyse thématique phénoménologique a permis de mettre en évidence 14 thèmes principaux, à travers lesquels nous avons pu décrire quatre axes d'expérience chez nos sujets : le rapport à soi ; le rapport à l'autre ; le rapport au corps et le rapport à la mort. Nous discuterons ensuite les aspects originaux de nos résultats et l'implication en pratique clinique de la quête de sens comme travail de subjectivation.

Mots clés : Automutilations, Tentatives de suicide, Adolescence, Sens, Analyse de contenu, Étude qualitative

Title :

THE SEARCH FOR MEANING ABOUT NONSUICIDAL SELF-INJURY AND SUICIDE ATTEMPTS : CONTRIBUTION OF A QUALITATIVE STUDY WITH ADOLESCENTS

Abstract :

Nonsuicidal self-injury (NSSI) and suicidal behaviors are major issues in adolescent psychiatry. NSSI affects around 10% of adolescents and suicide is the second leading cause of death among those aged 15-29 years. Both behaviours raise problems in terms of their management : when faced with adolescents' incomprehension experiences, healthcare providers and family members often feel alone. It seems important to restore meaning to the act in order to promote care. We will start with a literature review aiming to understand suicide and NSSI in their individual, environmental, social and cultural complexity and we will follow with a qualitative study of eight adolescents between 14 and 21 years old, who experienced at least one episode of NSSI and / or of suicide attempt. The principal objective is to propose a better comprehension of nonsuicidal self-injury and / or suicide attempt mechanisms ; but also a detailed study of family and social relational terms, and a better assessment of adolescents' self-inflicted injuries representations. We used a qualitative, phenomenological and inductive methodology, perfectly adapted to the studied object complexity. The thematic phenomenological analysis has enabled to highlight 14 principal themes, around which we have described four experience levels concerning these adolescents : the relationship to the self, the relationship to the other, the relationship to the body and the relationship to death. We will then discuss our results' original aspects and the implication of practice in the search for meaning as subjectivation work.

Keywords : Nonsuicidal Self-Injury, Suicide Attempt, Adolescence, Meaning, Qualitative Study, Content Analysis

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06