

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 1992

THESE N° 176 / 1



106 013785 0

LES COUPURES CUTANÉES A L'ADOLESCENCE
Sens et fonctions du symptôme

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 1992

par

Catherine DELARAI

Née le 24 novembre 1962 à NIORT (Deux-Sèvres)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur GAROUX
Monsieur le Professeur BOULESTEIX
Monsieur le Professeur BOUQUIER
Monsieur le Professeur JEAMMET
Madame le Docteur BOURRAT
Monsieur le Docteur ROCHE

Président
Juge
Juge
Juge
Membre Invité
Membre Invité

974
176

Catherine DELARAI

LES COUPURES CUTANÉES A L'ADQ
SENS ET FONCTIONS DU SYMPTON

THESE MED LIMOGES 1992



Ex 3
Sibl
H24 H50

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1992

THESE N° 146

LES COUPURES CUTANÉES A L'ADOLESCENCE
Sens et fonctions du symptôme

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 1992

par

Catherine DELARAI

Née le 24 novembre 1962 à NIORT (Deux-Sèvres)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur GAROUX
Monsieur le Professeur BOULESTEIX
Monsieur le Professeur BOUQUIER
Monsieur le Professeur JEAMMET
Madame le Docteur BOURRAT
Monsieur le Docteur ROCHE

Président
Juge
Juge
Juge
Membre Invité
Membre Invité

- DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD
- ASSESEURS : Monsieur le Professeur PIVA
Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT

* PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie orthopédique et Traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
ROUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de chirurgie digestive
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAINANT Alain	Chirurgie digestive
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires
HUGON Jacques	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
LABADIE Michel	Biochimie
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle
LASKAR Marc	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'adultes

LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique Médicale A
LOUBET René	Anatomie pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
MOULIES Dominique	Chirurgie infantile
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et Cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépatologie-Gastrologie-Entérologie
PIVA Claude	Médecine légale
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie
ROUSSEAU Jacques	Radiologie
SAUTEREAU Denis	Hépto-Gastro-Entérologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie-Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique
WEINBRECK Pierre	Maladies infectieuses

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

A la mémoire de ma mère,
A mon père,
A François,
A Anne-Marie, Jean-Marc et Julien,
A la mémoire de mes grand-parents,
A ma famille

A NOTRE PRESIDENT DE THESE ,

Monsieur le Professeur GAROUX
Professeur des Universités de Pédopsychiatrie
Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant
la Présidence de cette thèse, pour vos conseils et
votre disponibilité, nous vous assurons de notre
gratitude et de notre profond respect.

A NOS JUGES ,

Monsieur le Professeur JEAMMET
Professeur des Universités Paris VI
Chef de Service de Psychiatrie de l'adolescent
et du jeune adulte (HIUP)

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter
de juger cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression du témoignage
de toute notre considération et de notre
gratitude.

Monsieur le Professeur BOULESTEIX
Professeur des Universités de Pédiatrie
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service

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

Veillez trouver ici nos sincères remerciements.

Monsieur le Professeur BOUQUIER
Professeur des Universités de Pédiatrie
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service

Vous avez accepté de siéger dans notre jury.
Soyez en vivement remercié et assuré de tout notre
respect.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur ROCHE

Praticien Hospitalier, Pédopsychiatre

Dont le soutien, les conseils et la disponibilité nous ont permis de mener ce travail à bien, qu'il trouve ici l'assurance de notre sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur BOURRAT

Praticien Hospitalier, Pédopsychiatre

Veillez trouver ici le témoignage de toute notre considération et de notre respect.

A Monsieur le Docteur Gilles AGMAN
A Madame Elisabeth BIROT

Pour leur aide précieuse

A Evelyne

Pour sa patience et son aide

A tous mes amis

PLAN

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : Notions théoriques et revue de la littérature.

I - Notions théoriques : corps et agir à l'adolescence, Moi-peau

A - Corps et passage à l'acte à l'adolescence

1-Le corps à l'adolescence

2- Place du passage à l'acte à l'adolescence

B - Moi-peau

II - Les coupures cutanées : une forme d'auto-agressivité

A - Auto-agressivité : définitions et classifications

B- Les coupures cutanées : aspects historiques et actuels

DEUXIEME PARTIE : Observations cliniques

I - Observation n° 1 : MARIA

II - Observation n° 2 : MONSIEUR J.

III - Observation n° 3 : KARINE

IV - Observation n° 4 : FREDERIQUE

V - Observation n° 5 : CYRIL

VI - Observation n° 6 : DOMINIQUE

TROISIEME PARTIE : Commentaires des observations

I - Observation n° 1 : MARIA

II - Observation n° 2 : MONSIEUR J.

III - Observation n° 3 : KARINE

IV - Observation n° 4 : FREDERIQUE

V - Observation n° 5 : CYRIL

VI - Observation n° 6 : DOMINIQUE

QUATRIEME PARTIE : Synthèse - Discussion

I - Caractéristiques communes de ces observations et leur rapport avec la littérature

A - Les coupures cutanées autoprovocées : un mode particulier de passage à l'acte

B - Aspects descriptifs de ce passage à l'acte

- 1 - Le sentiment de tension
- 2 - L'état transitoire de dépersonnalisation
- 3 - Le soulagement après l'acte
- 4 - La douleur
 - a - description
 - b - fonctions
- 5 - Exhibition ou dissimulation
 - a - exhibition
 - b - dissimulation
- 6 - Imitation et contagiosité

C - Quels sont les adolescents qui se coupent ?

II - Carving et autres gestes autovulnérants cutanés

- A - Carving et automutilations au sens large
- B - Carving et autres gestes auto-offensifs bénins
- 1 - Les brûlures de cigarette
 - 3 - Le tatouage
 - 3 - Les excoriations cutanées et le grattage
- C - Les scarifications rituelles

III- Carving et gestes suicidaires

- A - Carving et gestes suicidaires en général
- 1 - Le carving ne paraît pas correspondre a priori à un geste suicidaire
 - 2 - Geste antisuicidaire ?
 - 3 - Association carving et tentative de suicide
- B - Carving et phlébotomie
- C - Carving et tentatives de suicide médicamenteuses
- D - Conclusion

IV - Carving, toxicomanie et alcoolisme

V - La peau et le carving

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

" En somme, dit le missionnaire, c'est la notion d'esprit que nous avons portée dans votre pensée.

- Pas du tout, objecte le vieux Boessoou brusquement, nous avons toujours connu l'esprit. Ce que vous nous avez apporté c'est le corps.

- ?????

- Nous ne savions pas que nous avions un corps.

Maintenant, nous savons qu'il n'est pas mê par l'esprit des vieux, nous pouvons arrêter ses impulsions, et penser à ce que nous voulons qu'il fasse ".

Les Gens de la Grande Terre
Maurice LEENHARDT

Alors que nous suivions dans le cadre de consultations spécialisées de pédopsychiatrie une adolescente hospitalisée pour tentative d'autolyse médicamenteuse qui présentait de nombreuses cicatrices cutanées, nous avons été frappés par la lecture d'un article récent concernant ce que les anglo-saxons appellent le " carving " (129).

Interrogeant alors plus particulièrement la patiente sur ces marques corporelles, nous avons retrouvé un grand nombre d'éléments sémiologiques décrits par les auteurs.

A partir de là, nous avons systématiquement recherché les coupures cutanées provoquées chez les adolescents hospitalisés ou vus en consultations externes dans le service de Pédiatrie du CHRU de Limoges .

Nous avons pu en recueillir une dizaine de cas dont 6 que nous exposerons et commenterons dans ce travail.

Ce comportement a été peu étudié, peut être à cause des conséquences somatiques la plupart du temps bénignes. Les études portent essentiellement sur les phlébotomies au sens général du terme avec non différenciation entre phlébotomie au sens étymologique (phlebo = veine; tomie = coupure) et les autres coupures cutanées (scarifications rituelles exceptées).

Banalises par les médecins (chirurgiens, somaticiens, psychiatres), on n'en parle pas ou on ne les voit pas quand elles sont sans gravité somatique ou quand l'idée d'un suicide n'est pas envisagée. Pourtant, elles traduisent souvent une souffrance psychique parfois importante, souffrance qui ne peut s'exprimer que par l'intermédiaire du corps et de l'agir.

Cette thèse tentera, à partir de quelques observations d'adolescents s'entaillant la peau volontairement, d'étudier la signification et la fonction économique de ce comportement dans la problématique adolescente où le corps et le passage à l'acte ont une place particulièrement grande.

PREMIERE PARTIE

NOTIONS THEORIQUES ET REVUE DE LA LITTERATURE

*" Ce qu'il y a de plus profond en
l'homme c'est la peau."*

Paul VALERY

Dans cette première partie, nous rappellerons quelques notions théoriques que nous utiliserons lors de l'analyse des observations.

Puis nous ferons une brève revue de la littérature française et anglo-saxonne concernant les gestes auto-agressifs en nous orientant plus particulièrement vers les coupures cutanées.

I- Notions théoriques : corps et agir à l'adolescence, Moi-peau

Ces notions, éparses dans la littérature, concernent l'adolescence et ses corollaires : le corps et le passage à l'acte, et une notion à laquelle nous nous référerons également : celle du Moi-peau de ANZIEU.

Ces 3 notions : corps, passage à l'acte et Moi-peau nous semblent être importantes à préciser, les coupures cutanées pouvant être considérées comme un passage à l'acte agressant le corps en passant par la peau.

A- Corps et passage à l'acte à l'adolescence

Ces notions ont été développées par de nombreux auteurs tels que JEAMMET, KESTEMBERG, MARCELLI, BRACONNIER, BIRRAUX et bien d'autres. Nous en retiendrons les données suivantes que nous utiliserons dans la suite de ce travail.

1) Le Corps à l'adolescence

Pratiquement tous les écrits concernant l'adolescence font référence au corps à cette époque de la vie. Corps tour à tour familier et étranger ; c'est le " compagnon de voyage " de l'adolescent qui doit aller " du territoire familial aux espaces extérieurs qui vont devenir siens ". (JEAMMET, 1983, (70)).

Moyen d'expression et d'échange avec l'entourage, ce corps, en pleine transformation pubertaire, est au centre de la plupart des conflits de l'adolescent.

" Le recours au corps est à l'adolescence un moyen privilégié d'expression. Ce corps est en effet un repère fixe pour une personnalité qui se cherche et qui n'a qu'une image de soi encore flottante. Il est un point de rencontre entre le dehors et le dedans en marquant les limites [...]. Le corps est une présence tout à la fois familière et étrangère : il est simultanément quelque chose qui vous appartient et quelque chose qui représente autrui et notamment les parents [...]. Enfin le corps est un message adressé aux autres "(JEAMMET, 1980, (68)).

2) Place du passage à l'acte à l'adolescence

A l'adolescence, l'agir est considéré comme un des modes d'expression privilégié des conflits et des angoisses de l'individu.

Le passage à l'acte représente une tentative de résolution de la tension liée à un conflit par une décharge immédiate qui remplace une prise de conscience douloureuse.

" Les adolescents qui passent à l'acte ont rompu les limites de l'espace psychique interne, de leur conflictualité interne. Ces conflits internes se sont alors traduits par des troubles du comportement [...] c'est à dire par des agirs". (JEAMMET, 1985, (74)).

" En passant à l'acte, l'adolescent exprime le besoin de se redonner un rôle actif qui contrecarre le vécu profond de passivité face au bouleversement subi, il évite la prise de conscience qui serait douloureuse et facteur de dépression dans la mesure où elle ferait ressortir le caractère conflictuel de sa situation ainsi que sa solitude et le vécu de séparation qui explique tout mouvement réflexif. L'adolescent adopte fréquemment la même attitude phobique d'évitement à l'égard de ses productions mentales que celles qu'il a avec le corps sexué ".(JEAMMET, (67)).

" Lorsqu'on dit que l'adolescent passe à l'acte, il faut entendre qu'il extériorise quelque chose de son monde interne. L'acte est alors l'expression d'un désir qui n'a pas pû ni être représenté [...] ni élaboré [...]". L'acte " vient manifester un état de désarroi et de souffrance qui n'est pas autrement dicible ". (A. BIRRAUX (24)).

Chez les sujets qui utilisent difficilement le langage, on constate une augmentation fréquente de l'agir et des passages à l'acte.

Ces passages à l'acte à l'adolescence peuvent permettre de colmater une angoisse en court-circuitant ou écrasant l'activité fantasmatique et en empêchant que se construise une représentation insupportable.

En ce sens, les gestes auto-agressifs cutanés appartiennent aux troubles des conduites agies de l'adolescent et vont correspondre, comme on le verra plus loin, à des conflits psychiques angoissants non verbalisables.

B- Moi-peau

Les éléments suivants sont issus de la cure analytique mais on finit par les utiliser en dehors de ce cadre. Il nous semble difficile de travailler sur l'agression corporelle sans y faire référence et notamment en ce qui concerne le Moi-peau. Nous rappellerons par conséquent quelques notions qui relient la peau et le psychisme.

Ainsi, plusieurs auteurs psychanalytiques ont mis en évidence des corrélations entre les deux.

D'abord FREUD en 1923 (54) note que l'enveloppe psychique dérive par étayage de l'enveloppe corporelle.

WINNICOTT en 1962 (138) parle de "membrane frontière" : "le Moi se fonde sur un Moi corporel, mais c'est seulement lorsque tout se passe bien que la personne du nourrisson commence à se rattacher au corps et aux fonctions corporelles, la peau en étant la membrane frontière".

Puis ANZIEU en 1974 (1) étudie les fonctions de la peau qu'il met en relation avec le psychisme :

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

Cette fonction de barrière est l'une des 3 principales fonctions de la peau que décrit ANZIEU dans son article princeps sur le Moi-peau (1), les deux autres étant "le sac qui retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de paroles y ont accumulés", et le "lieu et moyen primaire d'échange avec autrui".

Cette notion de Moi-peau, décrite en continuité avec les réflexions de FREUD et de FEDERN, désigne "une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps".

En 1985, il propose alors 9 fonctions pour ce Moi-peau :

- *Maintenance du psychisme* par intériorisation du holding maternel
- *Contenance du psychisme* exercée principalement par le handling maternel.

La carence de cette fonction est à l'origine de 2 formes d'angoisse :

" l'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse" qui pousse le sujet à chercher une enveloppe substitutive " dans la douleur physique ou dans l'angoisse psychique " et l'angoisse " d'avoir un intérieur qui se vide tout particulièrement de l'agressivité nécessaire à toute affirmation de soi ".

- *Pare-excitation*
- *Individuation du soi*
- *Intersensorialité*
- *Soutien de l'excitation sexuelle*
- *Recharge libidinale* du fonctionnement psychique

- *Surface d'inscription des traces.* Deux formes d'angoisse sont liées à cette fonction
 - celle " d'être marquée à la surface du corps et du Moi par des inscriptions infamantes et indélébiles venant du Surmoi (les rougeurs, l'eczéma, les blessures symboliques selon BETTELHEIM) " et
 - celle du " danger d'effacement des inscriptions sous l'effet de leur surcharge" ou de la " perte de la capacité de fixer des traces "
- *Toxique ou autodestructrice* par analogie au système de rejet immunitaire.

Plusieurs de ces effets du Moi-peau sont mis en cause dans l'auto-agression cutanée.

II- Les coupures cutanées: une forme d'auto-agressivité

Après avoir défini les concepts se référant à l'auto-agressivité avec les classifications s'y rapportant, nous ferons une revue de la littérature française et anglo-saxonne concernant les travaux effectués sur les coupures cutanées.

A- Auto-agressivité : définitions et classifications

L'auto-agressivité renvoie à 2 approches particulières : le suicide et l'automutilation au sens global du terme.

Si la plupart des conduites auto-agressives par intoxication médicamenteuses sont classiquement rattachées à des conduites suicidaires, on pourrait penser que les gestes consistant à entailler la peau appartiennent davantage aux automutilations.

Mais, comme le souligne PEDINIELLI en 1986 (110) cette distinction est loin d'être claire pour les auteurs s'y étant intéressés (SIMPSON en 1975, 77, 79, (130), PAO en 1969 (106), KAFKA en 1969 (78)) puisque ce type de comportement est aussi bien considéré comme un geste suicidaire que comme une automutilation ou une

défense contre le suicide (MENNINGER en 1938 (98)).

Il faut noter à ce propos que le mot de phlébotomie qui, au sens étymologique du terme, désigne une section d'une veine est régulièrement utilisé pour désigner les coupures du revêtement cutané par des objets tranchants que la veine soit ou non atteinte.

Certains auteurs comme BERTAGNE (21) ont alors proposé le terme de " scarification " pour désigner les coupures n'atteignant pas le réseau veineux en faisant ainsi un sous- chapitre des phlébotomies.

La même confusion de terme existe chez les anglo-saxons.

" Wrist-cutting ", " wrist-slashing ", " self-slashing ", " self-cutting " , "carving" , syndrome du " wrist-cutter " , sont employés pour désigner l'ensemble de ces conduites d'auto-agression cutanée incluant aussi bien le lieu du geste (wrist = poignet, alors que d'autres parties du corps peuvent être atteintes) que la forme de l'acte (carving vient de to carve = sculpter, cutting de to cut = couper, slashing de to slash = lacérer) avec souvent le préfixe self à connotation narcissique.

Afin de définir plus précisément les notions d'automutilation, de gestes auto-agressifs, nous partirons de la définition de LORTHOIS en 1909 :

" l'automutilation comprend toutes les pratiques entraînant des lésions des tissus ou des organes; on peut la définir comme une atteinte portée à l'intégrité du corps; elle peut consister, soit dans la blessure ou l'ablation totale ou partielle d'un organe ou d'un membre, du revêtement cutané ou de ses annexes; soit enfin, dans les manoeuvres [...] pouvant compromettre sa vitalité ou son bon fonctionnement sans que cependant elle ait été accomplie dans le but de se donner la mort " .

Depuis, de nombreux auteurs ont tenté de classer les diverses modalités de ce comportement :

Ainsi BOURGEOIS en 1984 (124) différencie l'automutilation proprement dite des auto-agressions corporelles.

" L'automutilation proprement dite est localisée dans le temps, non ou peu répétitive, et localisée dans l'espace du corps. Elle crée souvent un dommage irréversible [...]. Elle a habituellement une signification symbolique et/ou témoigne d'un vécu délirant du corps. Les phlébotomies répétitives, beaucoup plus banales [...] sont plus proches des comportements d'autostimulations vulnérantes répétitives, syndromes auxquels on peut supposer diverses fonctions : retrouver le sentiment d'exister, une identité, un corps, des limites, une enveloppe, un contenant, des sensations, un plaisir douloureux pour décharger une tension, projeter une agressivité inintégrable, etc..."

LAXENAIRE en 1984 (87) oppose les automutilations psychotiques aux actes auto-agressifs névrotiques où les conséquences sont en général moindres mais qui sont plus fréquentes avec les cibles préférentielles que sont la peau et les veines.

Il fait rentrer dans cette deuxième catégorie les comportements automutilatoires répétitifs telles les phlébotomies itératives et les tentatives répétées de strangulation.

SCHARBACH (126) quant à lui dans son ouvrage " Automutilations et Auto-offenses ", propose trois dénominations pour les gestes autodirigés :

- gestes auto-offensifs bénins qui n'entraînent pas de lésion somatique (ex. onychophagie)
- gestes auto-offensifs vulnérants qui comportent des lésions de par l'intensité du choc ou sa répétition : érosion, plaie, meurtrissure
- automutilations qui répondraient à une déf inition plus classique de retranchement d'une partie du corps du sujet

PATTISON et KAHAN en 1983 (107) classent les comportements autodestructeurs en fonction de la léthalité et du moyen direct ou indirect utilisé :

Classification des comportements auto-destructeurs d'après PATTISON et KAHAN, 1983		
Léthalité élevée	Tentative de suicide <i>épisode unique</i>	Arrêt d'un traitement vital exemple:hémodialyse <i>épisode unique</i>
Léthalité moyenne	Tentatives de suicide <i>épisodes multiples</i>	Exploits à haut risque (stunts) <i>épisodes multiples</i>
	"Atypical deliberate self-harm syndrome = Syndrome auto-agressif volontaire atypique <i>épisode unique</i>	"Ivresse aiguë <i>épisode unique</i>
Léthalité faible	"Deliberate self-harm syndrome" = Syndrome auto-agressif volontaire <i>épisodes multiples</i>	Alcoolisme chronique Obésité sévère Tabagisme <i>épisodes multiples</i>
	DIRECT	INDIRECT

Nous voyons dans ce tableau la place occupée par un syndrome particulier le " Deliberate self-harm syndrome " ou syndrome auto-agressif volontaire (entité décrite par MORGAN en 1979) de faible léthalité correspondant à une agression directe. Ce syndrome différencié à partir d'une étude de la littérature exclue les jeunes enfants et les intoxications médicamenteuses mais inclue de nombreuses automutilations telles que les morsures, les brûlures, les incisions et les ulcérations cutanées et les amputations. Réalisé sans intention suicidaire, plusieurs critères cités ci-dessous concourent à sa définition :

- début en fin d'adolescence
- épisodes multiples
- utilisation de différents moyens avec faible léthalité
- prévalence de la colère, de l'angoisse, de la perte d'espoir et de la limitation cognitive.

Les auteurs demandent que ce syndrome soit inclu dans le D.S.M. IV comme une entité autonome sur l'axe I.

BOURGEOIS et Coll.(25) classent ce syndrome dans la classe 312 du D.S.M. III : Trouble du contrôle des impulsions.

B- Les coupures cutanées : aspects historiques et actuels

Les données suivantes anglo-saxonnes et françaises seront énumérées par ordre chronologique de publication.

La liste n'en est pas exhaustive, elle se réfère essentiellement aux références des derniers auteurs cités. Ces données concernent pour beaucoup la phlébotomie au sens global du terme.

Peu d'enquêtes ont été réalisées chez les adolescents, les principaux travaux concernant les adultes jeunes. Il s'agit surtout d'études descriptives et de réflexions psychopathologiques, les études quantitatives étant rares.

La plupart des travaux en France ont été faits en milieu institutionnel hospitalier militaire ou carcéral mais le plus souvent en les englobant dans les automutilations diverses et les tentatives de suicide (travaux de BAZOT dans les armées).

La première analyse publiée d'une patiente se coupant fut celle de EMERSON en 1913 cité par FELDMAN (46) " le cas de Mlle A. "une jeune personne qui s'est automutilée 28 ou 30 fois.

Mais il semble que ce soient OFFER et BARGLOW (105) en 1960 qui aient été les premiers à reconnaître que ce phénomène de coupure était assez répandu chez les patients hospitalisés en étudiant une population de jeunes de 14 à 22 ans.

Ils ont insisté sur la contagiosité de ces gestes.

GRAFF et MALLIN en 1967 (60) recherchent les caractéristiques d'une population de 20 patientes ayant réalisé une phlébotomie. Ils mettent en évidence un profil de "cutter" typique: il s'agit d'une jeune femme de 23 ans intelligente, célibataire, souvent droguée et peu capable d'avoir de bonnes relations sociales, ayant une mère froide et dominatrice passant elle-même à l'acte et un père passif et critique. Cette jeune femme se coupe les poignets de façon répétée au hasard de façon un peu provoquante mais n'a pas d'intention suicidaire. Elle se sent soulagée après l'acte.

Les auteurs insistent sur le rôle de la privation maternelle qui entrainerait une défaillance de la communication verbale. L'acte serait alors rendu nécessaire par l'incapacité à verbaliser les difficultés avec recherche d'affection par le biais de ce geste qui provoque des manœuvres thérapeutiques. De plus, il permettrait d'attaquer et de punir l'instance maternelle rejetante et de produire une autostimulation nécessaire au soulagement.

GRUNEBAUM et KLERMAN en 1967 (63) retrouvent plusieurs des caractéristiques citées par GRAFF et MALLIN concernant le profil psychologique des "wrist-slahers".

Ils soulignent le rôle du rejet familial et de l'agressivité en relation avec des limitations dans le développement du Moi.

Pour eux, la majorité de ces gestes de coupures cutanées serait un moyen de faire baisser une tension et non des actes suicidaires.

Ces résultats sont confirmés en 1968 par les études de RINZLER et SHAPIRO (117) mais remis en cause par d'autres auteurs comme CLENDENIN et MURPHY en 1971 (32) qui eux, insistent sur la prévalence masculine.

MATTHEWS en 1968 (92) rapporte une épidémie d'autocoupures cutanées dans une unité d'adolescents de 13 à 15 ans hospitalisés pour diverses pathologies. A l'aide d'un questionnaire, il recherche les raisons qu'en donnent les patients ainsi que les sentiments qu'ils rapportent pendant et après le geste.

Les réponses font apparaître outre les sentiments classiquement retrouvés (tension avant l'acte, colère ou plaisir pendant l'acte ou soulagement après) une notion d'imitation du geste de certains adolescents jouant le rôle d'inducteurs.

KAFKA en 1969 (78) en se référant au concept de WINNICOTT (137) suggère que ces patients traitent leur corps comme un objet transitionnel : "en traitant son propre corps comme un objet transitionnel la patiente regarde son sang comme une "couverture de sécurité" chaleureuse, enveloppante et immédiatement accessible".

PODVOLL en 1969 (113) émet l'idée que ces patients acquièrent une identité par leur symptôme, à l'intérieur de l'hôpital : ce sont les "scratchers" ("griffeurs"), les "slashers" ("entailleurs"), les "cutters" ("coupeurs").

Toujours en 1969, PAO (106) dont les travaux seront prolongés par ceux de KAPLAN en 1977 (79), individualise parmi les "self-cutters" le type "coarse" (grossier) et le type "delicate" (délicat). Les premiers (les "coarses") seraient des patients déprimés suicidants avec manifestations psychotiques, les seconds (les "delicates") ne seraient pas suicidaires; chez ces derniers la phlébotomie est comparée à la dépersonnalisation et on note l'utilisation préférentielle de l'amnésie et du déni notamment de la douleur comme mécanisme de défense. PAO estime de plus que les traumatismes survenant lors de la phase de séparation-individuation joueraient un rôle primordial.

ROSENTHAL, RINZLER, WALLSH et KLAUSNER en 1972 (120) considèrent la phlébotomie comme un geste permettant de récupérer le contrôle d'une situation intolérable par le psychisme. Ils ont trouvé par ailleurs une grande proportion de drogués parmi les jeunes "wrist-cutters", et ont mis en évidence une relation avec les menstruations en retrouvant 60% de la population féminine étudiée se coupant pendant les règles.

SIOMOPOULOS en 1974 (133) met l'accent sur le caractère auto-érotique de la phlébotomie et classe cette conduite, surtout si elle est répétée, parmi les "impulsions nerveuses" (trouble du contrôle des impulsions du D.S.M.III R).

GARDNER en 1975 cité par OCHONISKY (104) note que ces pratiques "soulageraient" les patients. Il rapproche ces scarifications de certains tatouages permettant dans une certaine mesure une restauration narcissique. Il confère à ce symbole la valeur d'un message préverbal.

SIMPSON en 1975 (130) compare 24 "wrist-cutters" et 24 suicidants par intoxication médicamenteuse.

Il relève, outre l'existence d'un syndrome borderline chez les "wrist-cutters", une séquence stéréotypée du geste : le facteur précipitant est la perte ou l'abandon d'un objet entraînant dépression, frustration, colère et tension; cette tension ne pouvant s'exprimer par des mots, le projet de se couper émerge et est réalisé dans la solitude dans un état proche de la dépersonnalisation avec sentiment de vide, d'irréalité; ce passage à l'acte permet alors une "réintégration" avec reprise du contrôle des fonctions du Moi.

Ainsi il se rapproche des conclusions de ROSENTHAL, RINZLER, WALLSH et KLAUSNER de part la restauration d'un état psychique tolérable.

Il faut noter aussi la relation qu'il trouve entre la dysorexie et l'automutilation.

KAPLAN en 1977 (79) prolonge les travaux de PAO en comparant 8 "coarse wrist-cutters" et 2 "delicate self-cutters". Il conclue que les "coarse wrist-cutters", déprimés, recherchent et ressentent la douleur, sont préoccupés par la vue du sang et ont une intention suicidaire contrairement aux "delicate self-cutters" qui ne sont pas suicidaires pendant l'acte, ne sont pas préoccupés de leur sang et se coupent de façon répétée.

ROSS et Mc KAY en 1979 (121) font une étude dans un établissement carcéral pour adolescents. Ils trouvent 86% des 136 filles incarcérées qui se lacèrent en moyenne 7 fois après leur incarcération.

PATTISON et KAHAN en 1983 (107) décrivent alors le syndrome d'auto-agression délibéré à partir de 56 cas tirés de la littérature. Les phlébotomies en sont un des aspects et ne sont pas différenciées des autres automutilations.

SCHARBACH (124) dans sa communication à la société médico-psychologique en 1984, évoque le "self-cutting" dans le cadre des psychopathologies avec aménagements névrotiques. Chez des sujets ayant réalisé une phlébotomie s'autonomise un comportement autovulnérant marqué

par des manifestations renouvelées, utilisées dans le but de décharge de tension, de valorisation et de revendication affective.

Il évoque également les scarifications chez les personnalités états limites (borderlines) :

- d'abord en citant KERNBERG : " Ces patients peuvent trouver un apaisement non spécifique de leur angoisse en se tailladant ou par diverses formes d'automutilations ou par des actes suicidaires impulsifs accomplis sous le coup d'une forte rage et pratiquement sans aspect dépressif " .

- et plus tard en soulignant la valeur de décharge tensionnelle des coupures cutanées fréquentes chez ces sujets. Cette fréquence s'expliquerait par " la prévalence du clivage sur le refoulement, de la mise en acte sur la représentation, du renversement sur la projection comme chez le psychopathe, de leurs possibilités de régression, de leur modalité de relation d'objet anaclitique et de dépendance " .

En ce qui concerne le sens du geste et de la topologie, l'automutilation au sens global du terme " apparaît comme évitant une conduite autodestructrice suicidaire "(rejoignant en cela les hypothèses de MENNINGER 1938 (98) pour qui l'automutilation peut être une défense contre le suicide), ou " comme intervenant comme autostimulation dans une recherche du sentiment d'exister "

Cette deuxième fonction est reprise par BOURGEOIS en 1984 (124) à propos des phlébotomies répétitives : "les phlébotomies répétitives sont plus proches des comportements d'automutilation vulnérante répétitive auxquels on peut supposer diverses fonctions : retrouver le sentiment d'exister, une identité, un corps, des limites, une enveloppe, un contenant, des sensations, un plaisir douloureux, pour décharger une tension, projeter une agressivité inintégrable, etc..." .

BERTAGNE en 1985 (21), dans sa thèse propose une approche psychopathologique de la phlébotomie. Nous n'en rapporterons que les éléments qui nous semblent pouvoir être utilisés dans notre travail excluant ainsi la dimension suicidaire de l'acte.

Elle dégage une suite de phénomènes mis en jeu dans le geste pour laquelle elle emploie le terme de " séquence": "colère - dépersonnalisation - passage à l'acte - soulagement ".

La colère apparaît comme inductrice de la phlébotomie; elle naît de la douleur provoquée par une frustration le plus souvent mise en rapport avec le manque de l'objet; elle joue le rôle d'un phénomène antidépressif en court-circuitant par l'agir l'activité imaginaire insupportable.

Le sentiment de " dépersonnalisation - déréalisation" est un état difficile à décrire, étrange, rendant possible au patient la projection de l'origine du déplaisir sur une partie du corps.

Elle étudie également le rapport à la douleur et au sang de ces patients; la douleur est généralement peu mentionnée au moment de l'acte mais apparaît au moment de la "réparation" médicale (suture) ou le plus souvent sous forme de dénégation; la vue du sang et de la plaie suscite quant à elle à la fois aversion et fascination.

En ce qui concerne la cicatrice, cet auteur considère qu'elle intervient comme élément fondamental de la phlébotomie, entraînant deux types de réactions : dissimulation et exhibition, dissimulation pouvant être protectrice contre une répétition de l'acte, exhibition rappelant les scarifications rituelles.

A partir d'un échantillon de 22 sujets d'âges différents, elle met en évidence certaines caractéristiques rencontrées dans l'enfance de ces patients :

- la fréquence des séparations
- celle des violences physiques
- celle du rejet affectif
- la présence d'interventions médicales vécues de façon tragique.

Elle retrouve également souvent une association de comportements auto-agressifs chez le même individu.

Cette importance de la marque est reprise en 1986 par PEDINIELLI (110) qui, avec BERTAGNE , en souligne son importance dans son rapport au regard

et à la plaie, différenciant ainsi la phlébotomie des ingestions médicamenteuses.

Ces auteurs se réfèrent au Moi-peau de ANZIEU considérant que les auteurs de phlébotomie posent la question de la persistance d'un Moi-peau archaïque (persistance d'une peau commune) et d'une prévalence de l'érogénéité cutanée.

Ces mêmes auteurs en 1989 (111) tentent de dégager les particularités d'un groupe de sujets auteurs de phlébotomies en les comparant à l'intérieur d'une population de suicidants, à des patients ayant réalisé une intoxication volontaire médicamenteuse.

Ils retrouvent une plus forte proportion de sujets jeunes de sexe masculin chez les auteurs de phlébotomie avec une fréquence plus importante de "psychopathes" et d' "états limites" , d'une alcoolisation associée, d'un risque léthal faible et d'une intention suicidaire basse.

Mais on peut se demander ce qu'ils entendent par "phlébotomie" étant donné qu'ils étudient une population définie comme étant de suicidants, et se réfèrent à des auteurs anglo-saxons cités précédemment qui eux ont étudié les coupures cutanées au sens large (phlébotomie et autres coupures).

En 1988, ROY et CHAVAGNAT (123) analysent à partir de quelques observations recueillies dans le cadre des consultations auprès des suicidants le comportement de sujets réalisant des coupures cutanées récidivantes.

Ils individualisent trois modalités psychopathologiques de fonctionnement qu'ils rapportent aux trois fonctions principales du Moi-peau de ANZIEU :

- l'une est proche du registre névrotique; la coupure exhibée est l'amorce d'un dialogue : c'est la fonction d'échange du Moi-peau qui est en cause
- une autre traduit un processus délirant dans le cas de patients psychotiques : ici c'est la fonction contenante de la peau qui est altérée
- la troisième correspond à une agression autant dirigée vers l'extérieur (par les cicatrices qui blessent l'autre) que vers le corps propre : c'est la fonction de barrière qui est touchée.

Ils posent la question de la dimension masochiste du geste et du rapport avec la toxicomanie.

En 1989, SCHWARTZ, COHEN, HOFFMANN et MEEKS (129) rapportent les résultats d'une étude concernant une population d'adolescentes hospitalisées pour toxicomanie ou alcoolisme qui se coupent.

Nous développerons d'avantage cet article étant donné qu'il nous a servi de point de repère pour ce travail, sa lecture nous ayant fait prendre conscience des coupures cutanées que présentait un certain nombre d'adolescents.

Cette étude a été faite afin de rassembler des données concernant la prévalence du " carving " et ses caractéristiques chez ces adolescentes et pour obtenir des informations au sujet de leur fonctionnement psychique et des particularités de leur comportement.

Le " carving " mot qui dérive du verbe " to carve " signifiant tailler, graver ou sculpter, est généralement employé par les Nord- Américains pour désigner les coupures cutanées que se font certains adolescents. Ce comportement plus fréquent et mieux étudié chez les filles, est rencontré outre-Atlantique chez des adolescentes délinquantes ou en rupture du milieu familial. En milieu carcéral, il se propage de manière épidémique.

Ces adolescents s'entaillent ouvertement ou en secret pour affirmer leur attachement à une personne aimée, pour se " venger " d'une rupture sentimentale ou en réaction à la discipline parentale.

Le carving est aussi une manière d'exprimer des sentiments émotionnels divers.

Très souvent les sujets reconnaissent éprouver une impulsion irrésistible à s'entailler quand ils sont confrontés à une situation intolérable. L'acte est généralement suivi d'un soulagement psychique.

Parmi 85 patientes traitées ayant accepté de répondre à leur questionnaire, 41 sont considérées comme des " self-carvers " typiques.

Ces jeunes filles de 14 à 18 ans s'entaillent généralement les bras ou les poignets avec des objets tranchants comme des coupe-ongles, des morceaux de verre ou des lames de rasoir. Les coupures sont faites le plus souvent au hasard mais parfois représentent des initiales ou des symboles divers.

Ces cicatrices peuvent être associées à d'autres automutilations comme des brûlures de cigarettes, des " épiluchages " de plaies croûteuses ou des tatouages.

La plupart du temps, les adolescentes ne sont pas sous l'emprise de la drogue au moment du geste même si ce comportement survient souvent dans les populations de drogués. 20 % d'entre elles ont commencé à se couper par imitation.

Elles rapportent des sentiments de colère, de "déprime", de solitude ou de douleur psychique avant le geste. Après, elles se sentent gênées ou honteuses (51 % des cas), soulagées dans seulement 37 % des cas contrairement aux études précédentes; certaines ne ressentent rien (vide émotionnel) dans 5 % des cas.

Ils soulignent la particularité de ce geste en le différenciant nettement des tentatives de suicide auxquelles il est souvent associé. De plus ils estiment que sa signification étant différente, sa prise en charge doit l'être également.

Ils établissent 7 facteurs de risque des "carvers"(cf annexe 1) :

- geste auto-agressif antérieur,
- comportements antisociaux,
- abus d'alcool ou de drogue,
- fréquentation d'amis se coupant,
- antécédents de troubles psychiatriques ou de troubles des conduites,
- faible image de soi,
- anxiété, agitation ou colère croissante ,

avant de proposer une démarche thérapeutique (éviction de tous les objets coupant, aide et écoute, traitement médical réduit au minimum, psychothérapie : cf annexe 2)

Ils estiment que la plupart des actes isolés semble être dûe à un contrôle incorrect des impulsions, un comportement de relâchement tensionnel, une façon d'influencer les autres et une méthode pour établir un contrôle sur un environnement incontrôlable.

De toutes ces études depuis celle d' OFFER et BARGLOW en 1960 jusqu'à celle de SCHWARTZ et Coll. en 1989, on en dégagera plusieurs points :

- Ces coupures "carving", coupures cutanées "simples" semblent avoir été différenciées des sections cutanées avec atteinte veineuse chez la

plupart des anglo-saxons . Le terme français " phlébotomie " laisse quant à lui peu de place aux scarifications, terme plutôt réservé aux scarifications rituelles.

Les auteurs insistent sur la différence psychopathologique avec tentatives de suicide, tentatives auxquelles les coupures sont souvent associées (SCHWARTZ (129)).

- Ces gestes expriment des sentiments divers dont les plus fréquents sont la colère en réaction à une frustration qu'ils sont incapables de supporter psychiquement. Ils sont le plus souvent suivis d'un soulagement psychique.
- L'état de dépersonnalisation entre la tension et le passage à l'acte est relevé fréquemment (SIMPSON (130), PAO (106), BERTAGNE et PEDINIELLI (21,110)).
- Le rapport à la douleur physique est diversement mentionné.
Certains auteurs qui différencient 2 sous- groupes, les "coarses" et les "délicates" (PAO, KAPLAN) (106,79)), la relèvent dans le premier groupe mais pas dans le deuxième . BERTAGNE et PEDINIELLI (21,110) soulignent qu'elle ne se manifeste pas clairement dans le discours des sujets, apparaissant soit lors de la suture, soit sous forme de dénégation.
- Quant à la plaie et au sang, ils suscitent indifférence ou fascination. Plusieurs auteurs comme DEUTSCH en 1944 cité par FELDMANN (46) ou ASCH en 1971 (10) se sont penchés sur le symbolisme du saignement provoqué, DEUTSCH en voyant dans le geste une façon de résoudre chez la femme un conflit menstruel déplaçant le saignement et en le rendant visible et explicable, ASCH en le considérant comme un moyen de "faire sortir le poison dehors" dans la technique archaïque de la saignée.
- A l'adolescence, ces auto-agressions cutanées ont surtout été étudiées

en milieu institutionnel hospitalier ou carcéral (OFFER et BARGLOW (105), MATTHEWS (92), ROSENTHAL et Coll. (120), ROSS et Mc KAY (121), SCHWARTZ et Coll. (129).

- De nombreux auteurs ont souligné la contagiosité de ce geste (OFFER et BARGLOW (105), MATTHEWS (92), SCHWARTZ (129)) dans les institutions.
- La personnalité borderline ou état limite de ces patients est évoquée à plusieurs reprises (SIMPSON (130), SCHARBACH (124), KERNBERG (in 124)).
- L'association aux toxiques (drogues hallucinogènes et alcool est retrouvée par certains auteurs (ROSENTHAL (120), SCHWARTZ(129) GRAFF et MALLIN (60)). Il faut à ce propos noter que des auteurs français récents rapprochent les sujets réalisant des actes auto-offensifs et vulnérants des addicts (PEDINIELLI (109), SCHARBACH (128), ROY et CHAVAGNAT (123)).
- Proches sont aussi les tatouages pour quelques auteurs (GARDNER (58), SCHWARTZ (129)).
- Gestes antisuicidaires (MENNINGER (98), SCHARBACH (124)), autostimulants (SCHARBACH (124) , BOURGEOIS (in 124), gestes recupérant le contrôle d'une situation intolérable (ROSENTHAL (120), SIMPSON (130)), gestes remplaçant la communication verbale (GRAFF et MALLIN (60), à valeur de message préverbal (GARDNER (58), trouble du contrôle des impulsions (SIOMOPOULOS (133)), gestes masochistes sont tour à tour évoqués.

Selon BOURGEOIS 1984 (25) ces gestes augmenteraient en fréquence de part l'évolution culturelle, les conflits étant actuellement exprimés de façon privilégiée par le corps.

Tous ces travaux essentiellement descriptifs ayant suscité des réflexions psychopathologiques variées concernent le plus souvent aussi bien les phlébotomies au sens global du terme que les coupures cutanées à type de scarification.

Mode de passage à l'acte s'exprimant par l'intermédiaire d'une agression corporelle, ce comportement a été peu étudié en France chez les adolescents.

Les observations cliniques qui vont suivre tenteront d'illustrer ce que les anglo-saxons appellent le "carving" (coupures corporelles intentionnelles non suicidaires) pour en approcher sa signification et sa fonction économique à l'adolescence.

Annexe 2

PRINCIPE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS QUI SE COUPENT

in SCHWARTZ et Coll. 1989

SOINS INDIVIDUELS

Enlever tous les objets coupants (y compris les ciseaux à ongles)

Panser les blessures

S'occuper des patients avec empathie et attention : ne pas leur montrer révolusion ou dégoût concernant leur automutilation

Etre sûr qu'ils ne se droguent pas ou ne s'alcoolisent plus

Utiliser les principes de la thérapie comportementale et permettre individuellement aux patients d'exprimer leurs sentiments

Prescrire des antidépresseurs si nécessaire

Nommer un infirmier référent si besoin

SOINS INSTITUTIONNELS

Utiliser une équipe multidisciplinaire

Désigner un des membres de l'équipe comme principal responsable du patient

Isoler le meneur si nécessaire pour le bien-être du groupe

Utiliser les "carvers" antérieurs comme des aides thérapeutiques ainsi que des moniteurs.

DEUXIEME PARTIE

OBSERVATIONS CLINIQUES

*" J'ai tout pour être heureux
il me manque seulement le
sentiment de l'être."*

Paul VALERY

INTRODUCTION

Nous avons choisi de rapporter 5 observations d'adolescents et une d'un adulte jeune ayant commencé à se couper à l'adolescence.

Bien que nous ayons eu connaissance d'autres patients s'entaillant la peau, nous ne ferons que citer quelques éléments succins de leur histoire afin d'en illustrer la discussion.

Les données que nous en rapportons sont influencées par l'étude que nous avons faite. Il nous semble que les éléments cliniques retenus sont :

- la description des lésions cutanées : lieu, forme de la scarification, existence d'une atteinte veineuse
- la description du geste : moment de la coupure, existence d'une notion de tension, d'un état de dépersonnalisation, d'un soulagement après le geste, moyen utilisé
- les sentiments éprouvés à la vue du sang, la notion d'une douleur
- l'existence de facteurs de risques associés tels que les soulignent SCHWARTZ et Coll. (cf annexe 1).

Nous avons également attaché de l'importance aux antécédents somatiques et notamment cutanés de ces patients ainsi qu'au contexte clinique dans lequel ils se sont coupés afin d'essayer d'en approcher le sens et la fonction.

OBSERVATION N° 1

MARIA, 17 ans, est hospitalisée à la suite d'une tentative d'autolyse médicamenteuse.

C'est au cours de cette hospitalisation lors d'un examen somatique systématique, que l'on découvre de nombreuses traces de coupures cutanées au niveau des membres, du tronc et de l'abdomen. Ces cicatrices, situées sur la face antérieure des parties non découvertes du corps sont multiples et d'âges différents.

Elle nous explique (avec quelques réticences) que depuis quelques mois, elle se coupe avec une lame de rasoir à l'occasion de disputes avec son père. Laissant celui-ci crier, elle va s'enfermer dans la salle de bains, s'entaille les bras ou une autre partie facilement accessible du corps, regarde le sang couler puis, soulagée, se fait un pansement compressif qu'elle camoufle sous ses vêtements. Elle décrit la sensation d'une importante tension interne qui tend à diminuer et à s'estomper au fur et à mesure que le sang coule. Ensuite, apaisée, elle retourne avec ses parents. Elle ne se souvient pas avoir eu mal au moment du geste.

Les réticences à parler de ces épisodes sont grandes comme si, en l'encourageant à le faire, on pénétrait trop loin dans son intimité.

Son histoire personnelle est marquée par la violence corporelle : celle que lui a depuis toujours infligée son père en la battant et celle qu'elle s'est ensuite infligée elle-même quand celui-ci a cessé de la frapper.

Née en France de parents portugais immigrés depuis une vingtaine d'années, elle est la dernière enfant d'une fratrie de 4. Elle effectue un stage de réceptionniste (stage d'apprentissage professionnel) à l'époque de son hospitalisation. Son père est maçon, sa mère aide-ménagère. Elle vit seule avec eux depuis le départ de ses frères et sœurs hors du foyer familial, départs précipités par des conflits avec le père. Ce dernier est décrit comme un homme autoritaire, éthylique chronique, violent, frappant sa femme et ses enfants en état d'ivresse.

Maria se rappelle avoir toujours été battue, "même dans le ventre de ma mère" précise-t-elle.

Depuis le début de l'adolescence, les conflits avec son père sont fréquents, en général en rapport avec des interdits "éducatifs" tels que les sorties nocturnes et les relations avec un petit ami (de 3 ans son aîné) depuis un an. Ces interdits interviennent en référence à la propre adolescence du père et de ses filles aînées.

La mère de Maria quant à elle, reste assez passive lors des échanges agressifs père/fille.

Pratiquement tous ces échanges se soldent par des coups jusqu'au jour où, battue violemment avec un fouet (dont elle garde les marques cutanées), elle fugue pour la première fois (elle a 16 ans). Elle se réfugie chez son ami quelques jours avant de rentrer chez elle.

Depuis son retour, les conflits avec son père se feront uniquement sur le mode verbal même s'ils sont aussi fréquents.

Et c'est à partir de cette époque que Maria commence à se couper régulièrement en cachette.

Mais quelques mois après sa fugue, au décours d'une nouvelle dispute avec son père qui lui interdit de partir en weekend avec son ami, elle absorbe de façon impulsive, dans un mouvement de désespoir et de colère, une poignée de médicaments d'un traitement ORL en cours; elle en informe rapidement sa mère qui l'emmène à l'hôpital. Cette fois-ci, elle ne s'est pas coupée.

Elle bénéficie d'un lavage gastrique dans un premier temps et est adressée au psychiatre.

Celui-ci, devant l'importance de sa souffrance psychique, décide de l'hospitaliser dans l'unité d'adolescents du service de pédiatrie.

Il s'agit de sa première hospitalisation, Maria n'ayant aucun antécédent somatique ou psychiatrique autres que les coups portés par son père.

Nous sommes d'emblée frappés par la pauvreté de son discours. Les entretiens psychiatriques successifs retrouveront des traits de personnalité abandonnique et de faibles possibilités de mentalisation.

Maria est restée dans le service 15 jours; elle a refusé de prolonger son hospitalisation qui représentait pour elle une contrainte trop importante

notamment dans le respect des horaires de sortie du service. Mais il faut noter qu'elle ne s'est pas entaillée pendant cette période.

Nous avons prévu un entretien familial avec ses deux parents mais son père, qui avait tout d'abord accepté, s'est récusé sans explication. Seule sa mère est donc venue, assez désemparée devant le geste de sa fille et perplexe quant à l'attitude à adopter envers les échanges père/fille.

A propos des coupures cutanées, elle nous apprend que l'ami de Maria s'est lui aussi entaillé les membres il y a quelques années sans pouvoir en dire plus. Maria quant à elle, reste discrète sur ce sujet.

Adressée à l'équipe sociale de son département, Maria a fait des démarches visant à s'éloigner de son milieu familial. Elle vit maintenant dans une chambre indépendante près de ses parents et a repris son stage professionnel. Nous n'avons plus de nouvelles depuis.

Se coupe t-elle encore ?

OBSERVATION N° 2

Nous faisons la connaissance de MONSIEUR J., 28 ans, dans le cadre d'une garde de nuit. L'appel d'un infirmier " un patient s'est coupé au niveau d'un bras, il faut recoudre ", nous amène à voir Mr J., hospitalisé pour la énième fois à la suite d'une intoxication volontaire au GARDENAL[★]. Il présente, ce jour là, une plaie superficielle longitudinale assez grande (10 cm de long) au niveau de l'avant-bras gauche déjà marqué par de nombreuses cicatrices de coupures plus petites et par un tatouage (effectué à son insu par des copains lors d'un coma éthylique). Il explique qu'il s'est "senti mal" et n'a pas osé aller parler aux infirmiers présents. Il a donc pris une lame de rasoir et s'est entaillé le bras, ce qui l'a vite soulagé. Puis, s'apercevant de l'importance de la blessure, il l'a rapidement montrée à une infirmière.

Quand on reprend son histoire, on s'aperçoit qu'il a commencé à s'entailler les bras vers l'âge de 17 ans avec un rasoir ou un cutter. Ces gestes autoagressifs survenaient toujours à des moments de tension intense quand il était seul sans qu'il soit sous l'emprise de toxiques ou de médicaments. Ces gestes le soulageaient sans lui occasionner de douleur sur le moment, la vue du sang ne le gênant nullement; il n'y prêtait d'ailleurs aucune attention. Il se tailladait les avant-bras ou les bras avec un lame de rasoir ou un cutter au hasard sans se préoccuper du réseau veineux sous-jacent.

Il n'avait pas d'idée suicidaire. Son but : se soulager. On ne retrouve pas de notion d'hallucinations le poussant à le faire. Il se souvient très bien de cette période de sa vie, où régulièrement, il éprouvait la nécessité de se couper.

Ces gestes autovulnérants, fréquents vers l'âge de 17 ans, sont devenus rares actuellement, le dernier de ce type datant de l'année précédente.

Par ailleurs, il rapporte la présence d'un éthylisme itératif impulsif depuis l'âge de 13 ans, apparu au moment de la séparation de ses parents. A 17 ans, il bénéficie d'une première cure de désintoxication par implant de disulfirame (ESPERAL[★]). Il en fera deux ou trois autres par la suite sans succès. Il faut noter entre temps le décès de son père des complications d'un éthylisme chronique.

Ses 17 ans sont marqués également par une tentative de suicide au THERALENE[★] (alimémazine) et un peu plus tard par un traumatisme crânien au cours d'un accident de la voie publique. Depuis il fait de temps en temps des crises épileptiques d'autant que le GARDENAL[★] (phénobarbital) est mal pris et qu'il continue à s'alcooliser.

Actuellement, Mr J. boit épisodiquement mais de plus en plus souvent et absorbe des doses massives de GARDENAL[★] pour " planer " selon ses termes. Il précise qu'il n'utilise pas de toxiques autres que l'alcool ou ce médicament et qu'il éprouve un sentiment de vide ou d'ennui qu'il comble par ces produits sans velléité suicidaire.

Il est hospitalisé de façon répétée à la suite de comas dûs à ces ingestions intempestives tantôt à sa demande tantôt et le plus souvent en HDT (c'est sa mère qui accepte de le signer).

Entre temps, il vit seul dans un appartement depuis son divorce 6 ans auparavant et bénéficie d'un RMI; il a cessé de travailler depuis plusieurs années (après avoir été jusqu'en Terminale, il a fait plusieurs métiers manuels qu'il a laissé tomber rapidement).

Cette hospitalisation, au cours de laquelle il s'est coupé, avait elle aussi été motivée par une intoxication au GARDENAL[★] associé à de l'alcool suite à une rupture sentimentale.

Il faut noter que lors des hospitalisations suivantes (avec un an de recul) il ne s'est pas coupé mais a accepté de s'occuper du traitement de son acné du visage et du tronc, acné aggravée par le GARDENAL[★] selon les dermatologues.

OBSERVATION N° 3

KARINE a 14 ans et demi quand elle est hospitalisée pour la première fois dans le service de psychiatrie. Elle y est amenée de force par sa mère dans un contexte d'urgence sans attendre l'heure du rendez-vous prévu ce jour-là en consultation externe avec une psychothérapeute du service (sa mère l'a mise dans la voiture sans lui dire où elle l'emmenait).

A l'entrée , elle se présente comme un adolescente paraissant plus âgée qu'elle ne l'est en réalité, déprimée et anxieuse, n'acceptant pas l'hospitalisation vécue comme un piège. Son syndrome dépressif évolue dans un contexte de grande crise familiale avec agressivité envers ses parents, fugue, refus scolaire.

Elle dit qu'elle va mal sans pouvoir expliquer pourquoi, ne veut pas d'aide mais souhaite une séparation du milieu familial. On note une dépression profonde et des éléments projectifs avec identification à une soeur morte et à un frère autiste. Ses bras sont marqués par de nombreuses cicatrices de taille et d'âge différents. Ces cicatrices correspondent à des gestes autoagressifs qu'elle s'inflige depuis quelques mois à l'aide d'un cutter qu'elle garde toujours avec elle, "qui la rassure " nous confie -t-elle. Elle a commencé à s'automutiler la première fois l'année précédente à la suite d'une violente dispute avec sa mère qui lui a dit "si tu n'es pas contente, tu sors", ce que Karine a fait sans nuance puisqu'elle a fugué immédiatement.

Depuis, elle se coupe dans des moments d'angoisse toujours à l'abri du regard des autres ou avec un adolescent qui fait la même chose.

Elle laisse en général ses coupures s'infecter, expliquant que le pus s'évacuant de la plaie représente ce qu'il y a de mauvais en elle.

Histoire de Karine

Elle est l'aînée de deux frères. Le plus jeune qui a 6 ans et dont elle s'occupe beaucoup, est autiste et épileptique. Ses parents sont cadres supérieurs. Les relations avec eux sont particulièrement difficiles depuis environ 2 ans. Elles vont en se détériorant surtout depuis qu'ils lui interdisent de fréquenter un adolescent qui leur déplaît.

Les conflits sont nombreux et Karine ira jusqu'à les menacer un jour avec un couteau (elle emploiera plus tard le terme de "tentative de meurtre").

Elle fugue à plusieurs reprises de chez elle, refuse d'aller au collège (elle est en classe de 4^{ème}, classe pour laquelle un triplement est envisagé bien que son efficience intellectuelle soit considérée comme normale), s'alcoolise, reste prostrée sur son lit des journées entières sans pouvoir dormir. C'est dans ce contexte qu'elle est hospitalisée pour la première fois.

Ses difficultés semblent avoir débuté à l'âge de 12 ans par des crises tétaniformes répétées avec pertes de connaissance brèves. A cette époque sont apparus des problèmes relationnels avec ses camarades de classe dont elle avait le sentiment qu'ils la persécutaient.

Une psychothérapie est alors commencée, mais Karine l'interrompt au bout de 8 mois.

C'est également à 12 ans qu'est découverte une scoliose lombaire nécessitant le port permanent d'un corset. Elle va le porter assez régulièrement pendant 2 ans, jours et nuits, puis l'abandonne un peu prématurément vers 14 ans ne pouvant plus le supporter.

Elle rapporte les souffrances que lui occasionnait ce matériel avec les plaies et les escarres douloureuses des points de friction.

A 13 ans, elle absorbe, lors d'un cours de chimie, du sulfate de cuivre. Sa mère est persuadée qu'il s'agit d'une tentative de suicide bien que Karine affirme le contraire.

Au cours des entretiens, Karine dit avoir été marquée par toute une série d'évènements douloureux familiaux : à 5 ans, son oncle maternel schizophrène se suicide, à 7 ans elle perd une petite sœur à quelques jours de vie, à 8 ans sa mère fait une fausse couche à 6 mois de grossesse, à 9 ans naît son frère handicapé et à 10 ans son grand père maternel se suicide.

Elle dit penser tous les jours à sa sœur morte et elle surinvestit son frère malade.

On remarquera qu'au travers de cette suite d'éléments tragiques, est passée sous silence la naissance de son premier frère quand elle avait deux ans

et demi. Or son père décrira plus tard une certaine diminution d'attention de sa part envers elle au profit de ce bébé.

Outre ces antécédents cités précédemment elle rapporte également une morsure de chien quand elle avait 5 ans, une greffe de peau pour un naevus à 8 ans et une appendicectomie à 12 ans.

Lors d'un de ces entretiens, elle relate un rêve au cours duquel on lui enfonce des aiguilles dans le dos. Elle associe avec un épisode où sa mère la menaçait de lui injecter du valium lors d'une crise d'agitation et avec sa peur des aiguilles depuis son appendicectomie.

Au cours de cette hospitalisation, on notera sa propension à prendre en charge la souffrance des autres et à s'automutiler dans des moments d'angoisse.

Elle reste hospitalisée 3 mois puis retourne dans sa famille et change d'école pour aller dans une 4^{ème} aménagée. Elle est revue régulièrement en consultation.

Un mois et demi plus tard, ses parents rapportent un nouvel épisode d'automutilation qui les angoisse beaucoup : Karine, en vacances avec eux, semblait aller mieux, elle dormait mieux, lisait, discutait avec eux. Mais après un moment de morosité, d'apathie, elle s'est tailladé le visage.

"Aujourd'hui, ce qui nous perturbe le plus, c'est la mutilation volontaire. Nous ne supportons pas ces blessures, notamment sur le visage, déjà que les bras sont bien atteints et de façon irréversible [...]. Nous ne comprenons plus [...]; ces blessures, même si elles ont pour explication les pleurs qu'elle ne peut avoir naturellement, nous semblent destinées. Ce à quoi elle répond : " si je voulais vous agresser, je le ferais directement ". Possible, mais pas convaincant".

Karine reprendra, lors d'un entretien, la relation abordée par ses parents, entre ses scarifications et son absence de larmes. Elle explique qu'elle se coupe au cutter pour faire couler le sang sur son visage.

Au cours de ce même entretien, elle rapporte deux souvenirs d'enfance : le premier concerne son nounours que sa mère avait recousu et qui avait gardé une cicatrice; le deuxième se rapporte à un chien qui l'a mordu et qui a dû être piqué quand elle avait 5 ans.

Ces moments d'autoagressivité finissent par disparaître et Karine confie son cutter à un copain.

Elle raconte qu'un jour, entrant par hasard dans la salle de bain, elle y découvre son frère aîné sous la douche, et s'aperçoit qu'il a le corps lacéré. Elle est horrifiée; elle nous dit que cette vision lui était insupportable, qu'elle n'avait pas imaginé qu'il puisse s'abîmer le corps comme ça, comme elle.

Karine est de nouveau hospitalisée un an environ après le début de son premier séjour dans le service. Elle fugue de nouveau, s'alcoolise et ceci dans un contexte de grande détresse psychique.

C'est elle qui, cette fois, décide de son hospitalisation.

Les conflits avec ses parents sont de plus en plus fréquents sous forme d'échanges verbaux particulièrement vifs se terminant en général par une fugue. Karine a le sentiment d'être incomprise. Elle part avec une bande d'adolescents plus âgés qu'elle et passe la nuit dans les catacombes. Elle s'alcoolise épisodiquement et expérimente des drogues hallucinogènes.

Elle a repris son cutter que son copain lui a rendu avec difficulté et s'est entaillé les bras une ou deux fois dans le mois précédant son arrivée dans le service. Elle précise qu'elle ne l'a pas fait sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue.

Elle dort peu, a énormément de difficultés pour trouver le sommeil, ne peut s'endormir sans une lumière dans sa chambre.

Elle aura recours un fois à son cutter, à l'hôpital, après une nouvelle dispute avec sa mère qu'elle était pourtant contente de retrouver. "Ça n'allait pas, je me suis coupée devant la glace".

Karine évoque au cours des entretiens son sentiment d'être incomprise par ses parents et les médecins qui envisagent de l'adresser dans une structure médico-éducative. Elle se dit loin de la "folie", "je ne suis pas malade", "je ne veux pas aller avec des ados qui le sont".

Pour elle, ses difficultés sont reliées à son manque de communication avec ses parents. Elle dit ne pas avoir été aimée, ne pas être aimée, avoir toujours dû "se débrouiller" seule. Elle relate avec envie les visites de la mère

d'une de ses amies qui, pour l'embrasser, l'enveloppe dans ses bras; "ma mère ne m'a jamais prise comme ça".

Un autre élément de son histoire actuelle que nous rapporterons est le suivant : au retour d'une sortie de week-end, alors qu'elle était encore hospitalisée, elle est revenue dans le service très troublée. Elle raconte qu'elle s'est faite abordée par un homme dans la rue qui lui a lu les lignes de la main. Séduite, elle l'a suivi dans sa voiture mais celui-ci a tenté d'abuser d'elle. Elle a pu s'échapper sans trop de difficultés mais se dit très traumatisée, quelqu'un ayant pu profiter de sa suggestibilité. Elle associe alors avec un souvenir de viol survenu quelques années plus tôt. Elle rapporte qu'au cours d'une soirée où elle avait beaucoup bu, trois hommes l'ont violée successivement. Elle n'en avait jamais parlé à quiconque jusqu'à présent. Elle pourra alors, après cet entretien, confier à sa mère ce souvenir pénible.

Un bilan psychologique est réalisé au cours de cette nouvelle hospitalisation. Karine se montrera très inquiète à l'idée de se faire "piéger". En voici le compte rendu :

"Sa participation au Rorschach sera à la fois intense et minimale, et elle refusera le TAT. Les réponses vont montrer une alternance entre une réactivité extrême en perceptions et le souci de s'en défendre, soit par une banalisation excessive, soit, de façon plus élaborée, dans un repli narcissique où prédominent des images féminines phalliques.

Les mouvements projectifs qui visent à éloigner un sentiment de persécution interne surgissent parfois, mais peuvent laisser la place à des images beaucoup plus positives auxquelles elle peut s'identifier.

C'est la mobilité de ces mouvements, l'intensité de la charge pulsionnelle qui les accompagnent, qui montrent la fragilité du fonctionnement psychique et de l'introjection d'un objet tour à tour idéalisé ou destructeur.

On peut penser à un état limite, dont les défenses narcissiques ne sont actuellement que partiellement efficaces, pour protéger d'une relation objectale très excitante, plus que désorganisée.

Sur le plan thérapeutique, on va envisager avec ses parents, d'une part une structure d'accueil lui permettant " de prendre du recul " par rapport au milieu familial et d'autre part un aménagement de sa scolarité dans un cadre thérapeutique. C'est ainsi qu'elle est adressée dans un hôpital de jour avec scolarité intégrée et qu'une recherche d'une famille d'accueil est en cours.

OBSERVATION N° 4

FREDERIQUE a 17 ans et demi. Elle est vue en consultation en Avril 1992 dans le cadre d'une hospitalisation pour tentative d'autolyse par "Solvant à Blanco "(solvant pour correcteur liquide).

Le psychiatre qui la reçoit est frappé par l'aspect de ses mains marquées par de nombreuses cicatrices cutanées.

Frédérique raconte qu'elle a commencé à s'entailler en Janvier 1992 avec des ciseaux : " au début, je me tailladais le dessus des mains n'importe comment puis j'ai fait plus artistique " , " je faisais des carrés et d'autres formes géométriques " , " je m'appliquais " .

La douleur physique qu'elle ressentait et recherchait soulageait sa douleur morale.

Elle "se sentait mal " et, apercevant des ciseaux à sa portée, ne pouvait résister au besoin de se couper. Elle était toujours seule dans sa chambre à ce moment là.

Quand on lui demande ce qu'elle éprouvait à la vue du sang, elle nous répond qu'elle ne le voyait pas.

Ces épisodes auto-agressifs ont duré jusqu'en Juin 1992, date de sa 2ème tentative d'autolyse. Depuis, elle ne se coupe plus.

Sa première tentative de suicide en Avril 1992 par ingestion de solvant pour correcteur liquide est réalisée moins de 3 semaines après une interruption volontaire de grossesse (IVG), IVG elle-même effectuée dans les jours suivant la découverte de la grossesse.

Elle rattache d'emblée son geste suicidaire à cette IVG très mal vécue qui lui paraît lui avoir été imposée par son entourage et les circonstances sociales dans lesquelles se trouvait son ami chômeur.

Frédérique se présente comme une adolescente qui se féminise de consultation en consultation, séductrice, ayant un bon contact. Sur le plan structural, on évoque une personnalité de type narcissique.

Les scarifications qu'elle décrit apparaissent comme des épisodes de passage à l'acte limités dans le temps dont elle parle peu spontanément.

Elle rapporte d'emblée dès la première consultation un vécu douloureux de suivi psychologique de 1 an dans l'enfance pour des raisons qu'elle ne peut préciser ainsi que des épisodes de séparation.

Il faut noter dans son histoire qu'elle a été placée chez ses grands parents durant 1 an et demi à la naissance de sa sœur de 3 ans sa cadette pour laquelle un pronostic de retard mental et de cécité avait été émis en fait par erreur.

Actuellement, elle vit en alternance chaque semaine chez son père ou chez sa mère avec sa sœur et son frère depuis la séparation de ses parents. Les relations avec ces derniers sont assez conflictuelles; Frédérique parle d'eux en ces termes "ce sont mes parents mais pas des parents "; elle a le sentiment d'être étrangère à eux bien qu'étant leur fille.

Elle a cependant une énorme quête affective et se sentant incomprise, elle a trouvé un nouveau moyen de communication, la C.B.

En ce qui concerne sa fratrie, il existe un lien particulier entre sa jeune sœur et elle. En effet Frédérique qui pratiquait à un haut niveau la gymnastique et qui était considérée comme l' "espoir " des années à venir au niveau national, a dû abandonner la compétition à la suite d'un problème d'épiphysite rachidienne au début de l'adolescence (12-13 ans). Elle a alors participé à la réussite sportive de sa sœur qui a maintenant pris sa place au niveau national

Elève brillante par ailleurs, elle a commencé à fuguer de chez ses parents vers l'âge de 16 ans et demi pour partir avec des amis.

C'est environ 1 an après qu'elle commence à se taillader le dessus des mains à des moments de " malaise intérieur ".

Cette première hospitalisation qui dure une semaine est suivie de consultations externes auxquelles se rend régulièrement Frédérique.

Mais 5 semaines plus tard, elle est de nouveau hospitalisée dans un contexte de grande tension psychique. Elle rapporte que quelques jours auparavant, elle a ingéré des produits vétérinaires dans un but plus ou moins suicidaire. Il s'agissait de produits qu'elle avait conservé depuis la mort de son chat (qu'elle surnommait " mon bébé ") au moment de la séparation de ses parents.

Ce geste avait été banalisé et par le médecin du SAMU contacté et par les parents du fait de la bénignité somatique.

Frédérique reste quelques jours dans le service, s'apaise et demande sa sortie. Elle est revue depuis en consultations externes, va mieux et ne se coupe plus.

OBSERVATION N° 5

CYRIL a 14 ans quand il est vu pour la première fois à la suite d'une chute d'un toit pour laquelle est évoqué un équivalent suicidaire.

Il va faire par la suite plusieurs tentatives d'autolyses médicamenteuses, des fugues et des actes de délinquance.

A 19 ans, alors qu'il demande une hospitalisation pour état d'anxiété majeure, il va parler à son éducatrice des coupures qu'il s'inflige après lui avoir remis son couteau avec lequel il s'agresse. Pendant son séjour à l'hôpital il va même s'entailler une fois les bras avec un rasoir.

Il explique que, quand il se " sent trop mal " avec des " tensions insupportables ", il a besoin d'être rapidement soulagé; alors il se taillade. Il précise qu'il ne veut pas se couper les veines, qu'il ne veut pas mourir. Il cache ses cicatrices parce qu' il n'a pas envie d'en parler à n'importe qui, mais si on lui en parle, il l'accepte alors comme une amorce de conversation.

Lors de son hospitalisation , il va se lacérer les membres avec une lame de rasoir. Ce sont les infirmiers qui, venant lui prendre la tension artérielle comme tous les après-midi, découvrent de nombreuses plaies au niveau des 2 avant-bras.

Cyril leur dit avec assez de détachement qu'il attendait des nouvelles de ses parents mais que, n'en recevant pas, il n'a pas supporté et s'est coupé.

Cette hospitalisation a été marquée, outre par cet incident, par des moments confuso-oniriques qui disparaissaient dès lors que Cyril rencontrait son éducatrice ou son psychiatre habituel. C'est dans un état semblable qu'il a fugué du service pour revenir spontanément 2 heures après sans explication du moins pour le personnel du service, car il dira plus tard à son médecin que quand il fugue, c'est pour éviter de frapper quelqu'un.

Par ailleurs, il faut noter aussi un épisode de violence peu après son admission, épisode dont on peut se demander s'il est survenu dans les mêmes conditions psychiques. Il s'est brutalement agité et a brisé une porte du

service. Cet incident repris plus tard entrainera une réflexion de Cyril " Elle m'en demande trop " en parlant de sa mère.

Quand on reprend son histoire depuis l'âge de 14 ans, âge auquel on l'a rencontré pour la première fois, on s'aperçoit que son évolution est marquée par de nombreux passages à l'acte.

A 14 ans, il est adressé en consultation de pédopsychiatrie par les chirurgiens orthopédiques qui s'interrogent sur l'état psychique de ce jeune garçon hospitalisé pour une fracture du coude à la suite d'une chute de 15 mètres.

Il se présente alors comme un adolescent dépressif dont la chute paraissait correspondre à un geste suicidaire.

Cet accident était survenu dans un contexte de répétition de fugues et de colères entraînant une grande tension intrafamiliale avec une mère assez exigeante et un père prêt à se reconnaître dans le comportement de son fils (père de surcroît éthylique chronique). Cyril avait l'impression qu'il était une personne de peu d'intérêt et de valeur pour ses parents et manifestait ses émotions par des passages à l'acte répétés.

Devant cette symptomatologie dépressive, un traitement médicamenteux par ANAFRANIL[★] et par LEXOMIL[★] associé à des consultations externes régulières est mis en place.

Mais peu de temps après, il est hospitalisé à la suite d'une intoxication volontaire au LEXOMIL[★] dans un contexte fusionnel avec sa mère qui venait de faire la même chose avec le LEXOMIL[★] de Cyril, rattachant sa tentative d'autolyse aux problèmes de ce dernier.

On retrouvait chez cet adolescent de nombreux éléments de dévalorisation et une absence de projection sur l'avenir.

Sur le plan scolaire, Cyril était en échec complet (il était en 6^{ème}) avec menace d'exclusion du collège de part ses troubles de comportement (fugues, refus de communication, actes délictueux...) et ses mauvais résultats.

Sa famille bien que très attachée à lui était incapable de gérer cette

situation difficile. Il faut noter que Cyril (14 ans et demi) est l'aîné d'une fratrie de 4 avec 2 sœurs de 11 et 13 ans et un frère de 7 ans dont il se préoccupe beaucoup.

C'est pourquoi a été proposé un placement familial qui a permis une amélioration symptomatique avec en particulier reprise de la scolarité. Il va réintégrer en effet une 5^{ème} classique après avoir fait une 6^{ème} CPPN et sera décrit comme un élève intelligent, attentif, mais avec une " mémoire défaillante ".

Pendant tout abord psychologique était inefficace devant une personnalité profondément dépressive avec peu de moyens de mentalisation.

A l'âge de 17 ans, il est à nouveau hospitalisé à la suite d'une tentative de suicide médicamenteuse (ARCALION[★], TILCOTIL[★] et NATI K[★]) avec alcoolisation et fugue pour aller chez ses parents dont il disait ne pas avoir assez de nouvelles. A cette époque il s'alcoolisait beaucoup.

Cet évènement amène alors à une réévaluation de la situation avec mise en place d'entretiens en présence de son éducatrice afin de reconstruire son histoire personnelle. Lors de ces consultations où est évoquée la problématique incestueuse vis à vis de sa mère et l'alcoolisme de son père, Cyril écoute mais ne dit mot. Ces entretiens mensuels dureront une année scolaire; ils vont s'accompagner d'un arrêt des troubles relationnels dans sa famille d'accueil et d'un projet professionnel (Cyril a eu son BEPC et envisage de faire un BEP).

Puis Cyril émet le souhait d'entrer dans l'armée mais il se fait exempter en racontant ses fugues et tentatives de suicide.

Il change de famille d'accueil en raison d'une limite d'âge, effectuée sans problème une première année de BEP puis décide de retourner vivre chez ses parents à sa majorité.

Là, il s'alcoolise de nouveau, fume du haschich, commet des actes délictueux (vols, bris de voitures...) et " rate " de peu sa 2^{ème} année de BEP.

Il trouve un travail de vigile dans un supermarché qu'il effectue dans un état de quasi dépersonnalisation.

A 19 ans, il va revoir son éducatrice (qu'il ne voyait plus depuis quelques mois) car il ne se sent pas bien et lui demande de l'aide. Celle-ci l'adresse à son

psychiatre habituel qui décide de l'hospitaliser (il faut noter que ce psychiatre et cette éducatrice sont ceux qui le suivent depuis l'âge de 14 ans dans le cadre du placement familial).

Son séjour va permettre d'apaiser son état d'anxiété et d'élaborer des projets comme celui d'entrer dans la Légion.

Par ailleurs, on notera sa capacité de sollicitude pour les autres et la disparition d'un état confuso- onirique lorsqu'il est étayé, état confuso-onirique qui inquiètera d'ailleurs beaucoup les psychiatres qui le recevront et qui ne le connaissent pas, évoquant d'emblée une structure psychotique.

OBSERVATION N° 6

Dans l'observation qui suit, nous allons présenter le cas d'une adolescente hospitalisée pour une anorexie mentale qui, à un moment précis de son évolution, va utiliser des ciseaux et un compas pour s'entailler la peau et y inscrire des marques de haine.

Ce cas est un peu différent des autres par le fait que cette adolescente n' a utilisé cette forme de passage à l'acte qu'une seule fois au cours de son évolution et qu'elle a associé aux coupures des inscriptions.

DOMINIQUE, 15 ans est hospitalisée pour la première fois en Octobre pour une anorexie mentale évoluant depuis environ 1 an.

Cinq mois après le début de son hospitalisation, alors qu'elle reprend progressivement du poids, elle " décide " de ne plus dire un mot aux soignants.

C'est peu de temps après, en reprenant des soins corporels interrompus depuis quelques semaines, que l'on découvre au niveau des bras et des jambes, des traces de coupures cutanées superficielles et des inscriptions : " mort ", " je vous hais ".

Il faut souligner que ces traces découvertes environ une semaine après qu'elles aient été faites étaient cachées sous des vêtements amples et que dès l'instant où elles ont été vues, elles ont été exhibées (port de vêtements sans manche, pantalon court).

Elle n'en dira pratiquement rien si ce n'est qu'elle veut mourir, qu'elle se déteste et qu'elle nous hait. C'est une des patiente du service (Dominique, contrairement à l'attitude envers les soignants communiquait bien avec les autres adolescents hospitalisés) qui nous apportera les ciseaux dont s'était servie Dominique de peur que celle-ci ne recommence. On découvrira aussi rapidement dans la chambre le compas qu'elle avait utilisé pour graver les mots sur sa peau.

Les soins corporels (massages) sont donc repris mais assez rapidement interrompus du fait de l'opposition de Dominique qui, par ailleurs, continue à prendre du poids.

Il s'agit de l'unique épisode d'auto-agression cutanée que présentera Dominique.

En ce qui concerne son anorexie, il semble qu'elle évolue depuis environ un an.

Un régime effectué en vue d'une compétition sportive paraît avoir marqué le début de la restriction alimentaire de plus en plus sévère.

Dominique et ses parents rapportent que tout le long de cette année a été émaillé de gros problèmes affectifs et médicaux tels qu'une hospitalisation en réanimation de la mère de Dominique peu après la réminiscence de souvenirs douloureux de son enfance avec remise en cause du couple conjugal.

Il semble que l'anorexie de cette adolescente se soit accentuée à cette période là.

Son amaigrissement se poursuivant, une hospitalisation est décidée avec mise en place d'un contrat de poids, contrat dont les termes ont été difficiles à établir, contestés par la mère et la fille.

Il faut noter la méfiance importante dont va faire preuve la mère de Dominique à l'égard du corps médical avec contestation quasi systématique de toutes les mesures thérapeutiques exceptée la nutripompe qui la rassurera.

Par ailleurs, l'histoire de cette patiente (la deuxième d'une fratrie de trois enfants) est marquée par de nombreuses manifestations somatiques apparues lors de situations de séparation que ce soit au cours de l'enfance ou de l'adolescence.

On peut citer outre l'anorexie actuelle, tout d'abord une diarrhée à la sortie de la maternité ayant suscité une grande inquiétude de la part de sa mère, puis un épisode d'anorexie transitoire à 2 mois au moment du sevrage et enfin un eczéma dit allergique au moment de son entrée à l'école maternelle et récidivant plusieurs fois par an.

Cet eczéma localisé aux mains a nécessité l'éviction de très nombreux produits cutanés contenant du baume du Pérou (sa mère nous apportera une liste très fournie de produits à éviter y compris alimentaires). Il était suffisamment suintant et important pour être invalidant lors des poussées.

Depuis le début de son anorexie, alors qu'il récidivait chaque année, il

n'est pas réapparu. C'est à la fin de l'hospitalisation qu'il se manifeste à nouveau quand Dominique revoit ses parents 7 mois plus tard.

Cet eczéma est source de nouveaux conflits avec la mère de Dominique au sujet de la thérapeutique à y apporter.

C'est d'ailleurs pendant la phase de réalimentation par nutripompe que les soins corporels (massages cutanés de détente et de prévention d'escarres) ont été réalisés. Ce temps était un moment privilégié d'échanges verbaux avec les soignants au cours duquel Dominique exprimait ses difficultés alimentaires et ses problèmes relationnels avec son père et les adolescents de son lycée; ces moments de soins ont été interrompus à l'arrêt de la nutripompe et c'est à leur reprise, quelques jours plus tard (pour des raisons variées) que l'on s'est aperçu de la présence des lésions cutanées .

Dominique qui pesait à son entrée 30 kg pour 1,61 m, est sortie du service à 44 kg après 7 mois d'hospitalisation avec de l'eczéma et des cicatrices cutanées...

Des séances de psychodrame ont été mises en place, Dominique n'ayant pas la capacité de représentation nécessaire pour une psychothérapie individuelle.

	MARIA	MONSIEUR J.	KARINE	FREDERIQUE	CYRIL	DOMINIQUE
Motif d'hospitalisation	TS médicamenteuse	TS médicamenteuse	Troubles du comportement	TS par solvant	Troubles du comportement	Anorexie mentale
Antécédents somatiques artériels aux coupures	battue	éthylisme traumatisme crânien (AVP)	corset moins reçus appendicéctomie	épilepsie rachidienne	fracture du coude par chute d'un toit	eczéma
Contacte des coupures	chez elle dispute avec son père	chez lui à l'hôpital	chez elle et à l'hôpital conflicte parental verbal	chez elle	Chez lui et à l'hôpital	pendant l'hospitalisation refus de parler
Moyen utilisé	lame de rasoir	lame de rasoir ou cutter	cutter	ciseaux	couteau et lame de rasoir	ciseaux et ciseaux
Douleur exprimée	non ressentie	non ressentie	non exprimée	redoutée	non exprimée	non exprimée
Rapport au sang	La vue de l'écoulement du sang la soulage	non exprimé	remplace les larmes	ne le voit pas	non exprimé	plaies peu sanglantes
Localisation des coupures	au hasard bras, tronc	au hasard avant-bras	bras et visage	dos des mains	au hasard bras et avant-bras	avant-bras et jambes
Tension, malaise	+	+	+	+	+	?
Dépersonnalisation	Probable	probable	?	?	oui	?
Soulagement après le geste	+	+	+	+	+	?
Extinction des plaies	cachées	indifférent	+	±	ni extirpées, ni cachées	non puis oui
Association drogue ou alcool	non	oui	oui	non	oui	non
Intention suicidaire pendant l'acte	non	non	non	non	non	non
Solitude pendant l'acte	oui	oui	oui	oui	oui	oui

TROISIEME PARTIE

COMMENTAIRES DES OBSERVATIONS

*"Une monstrueuse aberration fait croire
aux hommes que le langage est né pour
faciliter leurs relations mutuelles."*

Michel LEIRIS

OBSERVATION N°1 : MARIA

A la suite de la lecture d'un article concernant le " carving " à l'adolescence, notre attention a été attirée par les traces de coupures que présentait une adolescente du service. C'est ainsi que nous avons recueilli cette observation.

On retrouve en effet chez cette patiente de nombreuses caractéristiques décrites dans l'article (129) : coupures superficielles répétitives chez une adolescente en réaction à la discipline parentale sous l'effet d'une tension et suivie d'un soulagement.

C'est un examen somatique systématique qui a permis de se rendre compte des lésions cutanées. Maria n'en n'a pas parlé spontanément, elle avait des réticences à le faire et n'exhibait pas ses cicatrices recouvertes par ses vêtements.

Une première interrogation se pose alors ? Pourquoi ce " secret ", pourquoi ces réticences ? Correspondent-ils à des difficultés de verbalisation ? Font-ils parler d'une intimité qu'elle ne peut ou ne veut dévoiler à quelqu'un qu'elle ne connaît pas (elle en a seulement parlé à sa mère et probablement à son ami) ? A-t-elle honte ?

On peut imaginer que ces passages à l'acte qui court-circuitent l'activité de pensée et ont été réalisés dans un état de tension extrême susceptible d'en altérer la conscience, du moins en partie, sont difficiles à décrire et se réfèrent à un évènement passé douloureux (sur le plan psychique au moins).

Si sa fugue reste inscrite dans sa mémoire mais aussi dans celle de ses parents et n'est connue de l'entourage que si on en parle, ses coupures sont, quant à elles, aussi gravées sur sa peau et peuvent être vues par les autres si elles ne sont pas recouvertes.

Or on sait combien le regard des autres est important à cet âge de la vie.

Maria a-t-elle honte d'elle-même, de son corps ou se culpabilise-t-elle de ce geste agressant ce corps ?

Si on reprend LEVY (89), " la honte viendrait en réponse à un regard

perçu comme susceptible de violer la barrière anatomique de l'enveloppe corporelle et de faire intrusion dans l'intérieur du corps ".

Ce regard pourrait être celui de son père violant son intimité ou celui de l'Autre vécu comme inquisiteur et portant la culpabilité du sujet (Maria) renvoyant alors à une faute.

En ce qui concerne honte et culpabilité, les limites en ont été définies par plusieurs auteurs tels FURTOS (57).

" Si j'ai honte, je me cache. Je ne peux plus supporter le regard de l'autre. La culpabilité me plonge dans le vécu de la solitude, la solitude de la faute. La honte me précipite dans une solitude plus grande encore car elle n'est plus "pensable ", seulement sentie dans le corps. Culpabilité d'avoir fait quelque chose. Honte d'être une chose ".

On peut penser que Maria a à la fois en elle honte et culpabilité, honte d'être cette adolescente sur qui se portent les regards, coupable de son incapacité à n'avoir pu se maîtriser, à n'avoir pu s'opposer à son père, à s'en détacher.

Ce sentiment de honte est un sentiment qui a pu être relevé lors d'études concernant le " carving ".

SCHWARTZ et Coll. (129) le retrouvent dans 51% des cas .

Contrairement à l'hypothèse formulée par GRAFF et MALLIN (60), ces blessures ne semblent pas avoir comme but une quête affective par recherche de manœuvres thérapeutiques puisque Maria les soigne elle-même et les cache.

BERTAGNE et PEDINIELLI (110) suggèrent la possibilité d'une protection contre la répétition de l'acte. Maria cacherait-elle ses cicatrices pour éviter de recourir à nouveau à ce geste ?

Ce que d'emblée Maria met en avant, c'est la relation difficile avec son père, son enfance battue, les interdits que lui impose celui-ci sous le couvert de l'éducation.

Et on peut alors se demander s'il n'y aurait pas un lien entre son enfance

battue et son auto-agression corporelle. Car ce qui ressort de cette observation, c'est la succession dans le temps de ces deux éléments. Dès lors que son père a cessé de la battre et que les conflits ont été uniquement verbaux, Maria a commencé à s'entailler la peau.

Or elle est battue depuis "toujours" "même dans le ventre de ma mère" a-t-elle ajouté; et c'est à l'adolescence, moment important de changement corporel, qu'elle va pour la première fois se soustraire aux coups de son père en fugant pour s'auto-agresser elle-même quelque temps après.

Que recherche-t-elle en reconduisant une agression cutanée qu'elle a momentanément fuit ? retrouver les sensations procurées par les coups ? une identité, une différenciation dans une recherche d'indépendance ?

On sait qu'à l'adolescence, la nécessité d'une mise à distance des parents s'opère souvent par l'intermédiaire d'un conflit réalisant un compromis et atténuant ainsi la situation de tension. Ce conflit aigu permet de garder le contact tout en manifestant son indépendance et sa différence.

Fréquents avec ses parents et notamment son père (sa mère effacée intervient peu même si elle dit partager l'opinion de son mari concernant les interdits éducatifs), ces conflits semblent avoir toujours existé mais paraissent avoir été modifiés à l'adolescence.

En effet, on peut supposer que les rapports entre Maria et son père sont différents avant et pendant l'adolescence. Avant, elle était battue par son père en état d'ivresse pour un motif probablement pas toujours clair pour l'enfant qu'elle était. Adolescente, elle est battue quand elle s'oppose à la loi de celui-ci dans un conflit d'indépendance.

Or, c'est à la suite d'une agression corporelle avec un fouet lui ayant laissé une marque cutanée qu'elle va fuguer pour la première fois, première manifestation bruyante d'une révolte contre les coups.

Cette fugue aura comme conséquence un arrêt des violences corporelles de la part de son père. Celui-ci ne va plus la battre, ne va plus la toucher, mais va crier pour imposer ses limites. Et c'est à partir de ce moment-là que Maria, elle-même, va s'attaquer à son corps.

A-t-elle besoin d'agresser sa peau pour se prouver qu'elle existe ? Son automutilation interviendrait alors comme une "automutilation dans une recherche du sentiment d'exister" tel que le suggèrent SCHARBACH ou BOURGEOIS à propos des phlébotomies.

Si on reprend ce que dit JEAMMET (74), l'acte de violence protège le Moi, renforce les limites entre soi et l'objet. "Quand on se cogne, non seulement on se touche, mais on se différencie et on s'oppose. Le coup permet d'avoir le contact et d'ignorer le besoin qu'on en a."

Or à l'adolescence, les frontières entre soi et les autres sont remises en cause. " Les remaniements pulsionnels, la confrontation œdipienne, remettent les limites en question ne serait-ce que par l'exacerbation des mouvements identificatoires " ce qui entraîne " un sentiment de soumission, de pénétration par l'objet qui est assez intolérable " d'où la réponse par la violence pour sauvegarder autonomie et identité et rétablir les frontières.

Or cette violence chez Maria qui passe par une agression de son corps fait suite à une violence qu'elle a déjà "expérimenté" de la part de son père.

On peut alors se demander si elle n'essaie pas de retrouver un état auquel elle a été initiée par cette expérience antérieure. Ce geste serait non seulement réactionnel à une situation intolérable pour le psychisme court-circuitant l'activité de pensée, mais aussi pourrait apparaître comme une sorte de " commémoration " d'une situation déjà vécue : " agir des choses que l'adolescent a eu déjà à vivre ".

Cela renvoie à la compulsion de répétition, " processus incoercible et d'origine inconsciente, par lequel le sujet se place activement dans des situations pénibles, répétant ainsi des expériences anciennes sans se souvenir du prototype et avec au contraire l'impression très vive qu'il s'agit de quelque chose qui est pleinement motivé dans l'actuel " (LAPLANCHE et PONTALIS p.86 (86)).

Cette notion fait partie pour LAXENAIRE (87) de la triade théorique concernant l'automutilation : " passage à l'acte, compulsion de répétition et masochisme ".

Cela nous amène à évoquer dans le cas de Maria le problème du masochisme et d'un éventuel rapport sado-masochiste à son père.

Pour FREUD (55), le masochisme a d'abord représenté le retournement, par culpabilité, du sadisme de l'individu contre lui-même puis la manifestation de l'instinct de mort.

BERLINER cité par LADAME (85) estime que le sujet accepte le sadisme de l'objet d'amour pour des raisons libidinales et le retourne contre soi par la voie de l'introjection, de l'identification et de la formation des précurseurs du Surmoi (identification à l'agresseur). "Ainsi, le masochisme représente la haine ou le sadisme de l'objet, marié à la libido du sujet. Si amour et haine sont des instincts, le masochisme n'en est pas un; c'est une défense du Moi contre un conflit entre le besoin d'être aimé et l'expérience de l'hostilité qui lui fait place, défense de caractère, perdurable".

"Quant à l'agressivité du masochique, BERLINER la considère comme défense secondaire (la première défense étant le déni de la souffrance dans les mains de l'objet d'amour) qui préserve le lien à l'objet original, lien qui ne peut pas être abandonné" (ibid LADAME).

Il y aurait un lien entre Maria et son père qui contribuerait au masochisme.

Cette relation masochiste maintiendrait les frontières en contrôlant l'objet.

De plus, évoquer le masochisme, renvoie à la notion de douleur, notamment physique.

Ce rapport à la douleur a été étudié en ce qui concerne les phlébotomies au sens global du terme. Dans le discours des patients, la douleur est non ressentie ou apparaît sous forme de dénégation ou lors de la suture (BERTAGNE, PEDINIELLI (21,110)).

Pour ces auteurs, "au moment de l'acte, le sujet ne dispose pas de représentation de la zone atteinte et on ne trouve pas de trace d'investissement narcissique de l'endroit lésé, [...]. Le corps frappé n'est pas [...] le corps du sujet, mais [...] une partie du corps de l'Autre".

On remarquera que FREUD soulignait en 1926 (56) " le fait que lorsque l'esprit est distrait par un intérêt d'un autre genre, les douleurs corporelles, même les plus intenses, ne se produisent pas, trouve son explication dans la concentration de l'investissement sur le représentant psychique de l'endroit du corps douloureux ",

Si on se réfère au Moi-peau de ANZIEU " Quand le Moi-peau se développe davantage sur le plan masochique, la peau commune est fantasmée comme la peau arrachée et blessée ".

Mais, même si Maria ne se souvient pas avoir eu mal, on peut se demander si elle ne recherchait pas (inconsciemment peut-être) une douleur proche de celle qu'elle subissait quand son père la battait.

Cela nous amène à évoquer une possible érotisation de la douleur. La peau, en effet, est une zone érogène et on peut s'interroger si le fait d'être battue à l'adolescence par son père ne comportait pas une dimension érotique. Or son père, qui l'a frappée jusqu'à 17 ans, ne la bat plus comme s'il avait pris conscience que sa fille était devenue femme.

On notera aussi à ce propos que certains auteurs comme BERTAGNE (21) ont retrouvé une fréquence plus grande de gestes de "phlébotomies" chez les adultes ayant eu des antécédents de violence dans l'enfance.

Comme LAXENAIRE (87) le fait remarquer à propos des comportements automutilatoires répétitifs, "ces comportements ont toujours une valeur hétéro-agressive " et on peut se demander si Maria en se coupant n'agresse pas ses parents et notamment son père.

JEAMMET (75) souligne : "En s'en prenant à son corps, [l'adolescent] attaque à la fois ses parents qui l'ont conçu, la source de ses désirs, sexuels notamment, et le lieu où se concrétisent tous ces changements de l'adolescence qui le bouleversent et le submergent ".

Maria en mutilant son corps, agresserait ses parents sans avoir besoin de passer par l'exhibition de ses plaies ou de ses cicatrices.

Par ailleurs, il faut signaler le fait que son ami a des antécédents de coupures cutanées. Il semble qu'il ne se coupe plus actuellement . On peut alors se demander si Maria a "inventé" ce type d'acte auto-agressif ou si elle y a pensé parce qu'elle le connaissait.

Comme le remarquent SCHWARTZ et Coll. (129), un des facteurs de risque de carving est la fréquentation d'amis se coupant ou ne désapprouvant pas ce geste.

De nombreux auteurs qui ont noté la fréquence des "épidémies" de carving dans les institutions font apparaître, dans ce passage à l'acte une notion d'imitation .

Lors de la description du geste, Maria évoque deux éléments de la "séquence" dont parle BERTAGNE (21) : la sensation de tension avant l'acte avec la colère provoquée par un sentiment de frustration (le refus de son père de la laisser partir en week-end avec son ami alors qu'elle estime qu'elle a "l'âge de le faire") suivie d'un soulagement à la fin de l'acte.

Il est difficile par ailleurs de retrouver a posteriori le troisième élément de la séquence qui est l'état de dépersonnalisation, mais on peut supposer son existence dès lors que Maria s'apaise en voyant son sang couler comme si la vue de ce sang la ramenait à la réalité.

Ce soulagement apparaît au fur et à mesure que le sang s'écoule. On pourrait alors faire une analogie avec l'écoulement du flux menstruel et reprendre les hypothèses suggérées par DEUTSCH qui voit dans le geste une façon de résoudre un conflit menstruel ou ASCH le considérant comme un moyen d'expulser hors du corps ce qui est mauvais.

Plusieurs auteurs ayant remarqué la relation avec le cycle menstruel (ROSENTHAL (120)), il aurait été intéressant de savoir à quelles périodes du cycle se coupait Maria, mais nous n'avons pas de données concernant cela.

Il faut noter à ce propos qu'elle se lacère les bras, l'abdomen ou le tronc à des endroits où le réseau n'est pas particulièrement apparent ce qui écarte un but du geste qui serait d'atteindre spécifiquement les veines pour voir le sang couler. Il semble que, dans ce cas, la vue du sang passe au deuxième plan après l'atteinte de la peau.

Quand elle est soulagée, elle se fait un pansement compressif donc elle arrête l'écoulement activement. Ceci semble exclure un comportement qui

voudrait qu'elle se vide de son sang, qu'elle meurt comme dans certaines phlébotomies, écartant ainsi un geste suicidaire.

Or on sait que, à l'adolescence le passage à l'acte qui court-circuite ou écrase l'activité fantasmatique peut colmater l'angoisse et peut se substituer à la dépression (JEAMMET (75)). Ces gestes auto-agressifs pourraient correspondre à des gestes antisuicides comme le suggèrent SIMPSON en 1977 (130) ou MENNINGER (98).

La dernière fois qu'elle a été battue, elle a fugué. Ensuite elle s'est coupée à plusieurs reprises.

Quand elle ingère cette fois une poignée de médicaments, elle passe encore à l'acte.

Qu'ont donc ces trois passages à l'acte de différent et de semblable ?

Ces trois passages à l'acte (fugue, ingestion volontaire de médicaments et "carving") ont pour fonction première de fuir une tension interne insupportable, les capacités de mentalisation étant défailtantes.

Dans le cas de la fugue, Maria assure dans la réalité la distanciation avec ses relations objectales conflictuelles établies durant l'enfance et aussi va se sentir exister en partant, et rechercher de nouvelles identifications qu'elle ne peut rencontrer là où elle vit.

Si on se réfère au Moi-peau, c'est la fonction de barrière qui est concernée quand son père lui a fait une marque, barrière "violée" par ce dernier.

Quand elle se coupe, elle agresse sa peau. On peut se demander si elle se serait ainsi scarifiée si son père avait continué de la battre ou si elle n'avait jamais été battue.

Est-ce seulement un moyen d'apaiser une souffrance psychique par une souffrance physique qui va rétablir des limites, reproduisant des sensations "connues" et peut-être manquantes ou un moyen de marquer son corps dans une idée de continuité par des cicatrices laissées sur sa peau ?

Quand elle ingère des médicaments elle agresse son corps de l'intérieur, respecte son enveloppe cutanée. Elle agit beaucoup plus bruyamment puisque, contrairement aux lacérations qu'elle camoufle, elle "présentifie" à l'entourage sa tentative de suicide qui la conduit à l'hôpital, tentative de suicide dont on peut d'ailleurs se demander quelle est sa valeur suicidaire.

De plus, ces trois passages à l'acte appartiennent à un même continuum de conduites agies renvoyant à une pathologie de la dépendance.

Nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer son père qui "sans explication s'est récusé" et n'est pas venu.

"Sans explication" peut correspondre à son mode habituel de relation avec sa fille, "l'explication" passant par les coups, en quelque sorte un passage à l'acte remplaçant la verbalisation.

Au total, Maria, 17 ans, a utilisé pendant une période donnée de son adolescence un rasoir pour s'entailler la peau, voir couler son sang. Elle l'a fait sans idée suicidaire pour décharger une tension et court-circuiter ainsi par ce passage à l'acte une activité de pensée intolérable pour son psychisme.

Les sentiments de frustration entraînant de la colère en réaction à la discipline parentale sont l'élément déclenchant d'une agression corporelle qui va rapidement la soulager. Pourquoi ce passage à l'acte particulier ?

On ne peut s'empêcher de faire une corrélation entre son enfance battue et cet agir passant par la peau.

OBSERVATION N° 2 : MONSIEUR J.

Ce cas est un peu différent des autres par le fait qu'il concerne un adulte jeune. Monsieur J. se coupe épisodiquement et a des antécédents de "carving" dans son adolescence. Il en parle volontiers si on le lui demande et à 28 ans il lui arrive encore de faire un geste qu'il a souvent expérimenté plus jeune.

Etiqueté "psychopathe" par les psychiatres des services dans lesquels il fait de nombreux séjours, il passe souvent à l'acte en ingérant du GARDENAL[★] plus pour "planer" selon ses termes, telle une conduite toxicomaniaque, que pour se suicider.

De sa période adolescente, il garde une habitude de recours à l'alcool et des cicatrices, cicatrices de son traumatisme crânien et cicatrices cutanées de "carving".

Quand il se coupe ce soir-là, à 28 ans, il dit qu'il s'est senti "mal", sensation indéfinissable de mal être intérieur pouvant correspondre à une tension psychique interne non verbalisable. Il s'est donc lacéré le bras, seul, dans un état de conscience proche de la dépersonnalisation, réalisant seulement quelques minutes plus tard l'importance de sa blessure, soulagé mais inquiet des conséquences physiques de son acte (la plaie paraissant profonde à première vue).

On peut penser que ce geste auto-agressif a permis d'établir une relation avec l'autre par l'intermédiaire de la peau, en passant par le regard puis le toucher (exploration puis suture de la plaie), court-circuitant ainsi l'activité de pensée et la verbalisation.

S'agit-il d'une relation agressive (l'acte auto-agressif ayant souvent une valeur hétéro-agressive comme le souligne LAXENAIRE (87)) par le fait qu'il peut signifier l'incapacité de l'autre à le soigner, à le reconnaître comme personne souffrante ou par le biais du regard exposant une image sanglante et inesthétique à l'Autre, ou bien d'une relation ayant fonction d'appel dans une recherche affective ?

Cette dimension agressive, renvoyant à un sentiment d'incompréhension de la part de l'autre, est une situation que nous avons eu l'occasion de rencontrer chez certains adolescents.

Pour l'illustrer, nous rapporterons le cas de Sonia, 16 ans, hospitalisée pour troubles du comportement (fugues, alcoolisation), dans un contexte de rupture du milieu familial, qui, quand elle menaçait de se déprimer, faisait irruption dans la salle de soins exhibant ses poignets lacérés et hurlant "c'est de votre faute" "regardez, voyez ce que j'ai fait à cause de vous" "vous n'avez rien compris", reportant sa culpabilité sur les soignants coupables de ne pas la soulager.

On peut imaginer que Monsieur J. n'a pas "osé" parler aux infirmiers craignant d'être incompris, préférant exhiber sa souffrance par une blessure corporelle.

La deuxième dimension évoquée, celle de l'aspect inesthétique de la plaie agressant l'Autre par le biais du regard renverrait à la jouissance du pervers et à une toute puissance du sujet exhibant ses plaies.

Cette dimension ne nous paraît pas pouvoir être retenue chez Monsieur J. qui, s'il nous montre sa coupure, ne semble pas manifester de plaisir particulier à le faire.

Par contre, la fonction d'appel nous semble être importante, permettant par ce biais de "réparation" médicale, d'amorcer un dialogue qu'il n'aurait sans doute pû entamer sans cela; la peau aurait servi d'intermédiaire, le geste l'agressant ayant remplacé une verbalisation possible dans un deuxième temps.

Dans ce cas, si on se réfère au Moi-peau, c'est la fonction d'échange qui intervient.

On peut à ce propos se demander qu'elle était la signification de ces gestes à l'adolescence. Fonction d'appel ou d'échange?, fonction antidépressive?

Il est difficile a posteriori de retrouver des hypothèses de compréhension d'autant que le discours du sujet est pauvre, se limitant à une description bien classique avec la triade "tension - passage à l'acte - soulagement". On peut seulement relever dans ses antécédents des ruptures : la séparation de ses parents à l'âge de 13 ans, l'obligeant à quitter son père pour vivre avec sa mère et le décès de celui-ci à l'âge de 17 ans. Il faut souligner qu'il les met spontanément en relation avec d'une part son début d'alcoolisation à 13 ans et d'autre part sa première tentative de suicide à 17 ans, âge auquel il se coupait fréquemment.

On peut se demander si cette alcoolisation et cette tentative de suicide par THERALENE[★] n'entraient pas dans le cadre d'un fonctionnement dépressif; de même cet accident de la voie publique était-il un accident dû au simple "hasard" ou bien un équivalent suicidaire ?

D'autre part, pourquoi les coupures plutôt que la fuite dans l'alcool ou l'ingestion de médicaments ?

Dans son cas, contrairement à celui de MARIA qui ingère des produits peu sédatifs, les médicaments absorbés, que ce soit le THERALENE[★] à l'adolescence ou le GARDENAL[★] à l'âge adulte entraînent une somnolence importante. Sachant la complexité du problème suicidaire à cet âge de la vie, on peut penser que cette prise médicamenteuse recouvre davantage une recherche d'"anesthésie affective" : "dormir, on verra après" qu'un véritable désir de mourir. Le problème de l'ivresse éthylique peut alors en être rapproché, l'alcool "endormant" la conscience, permettant de fuir une réalité externe douloureuse.

Par contre, se couper, même si cela correspond à un passage à l'acte permettant de colmater une angoisse intérieure, nous semble différent pour plusieurs raisons :

D'abord, par le fait qu'ingérer du GARDENAL[★] ou du THERALENE[★] peut entraîner la mort même si le but suicidaire n'est pas clairement défini alors que les lacérations, hormis certaines "phlébotomies" au sens étymologique où l'écoulement sanguin est entretenu, ont peu de risque d'être mortelles. Ensuite car l'état de conscience immédiatement après le geste est totalement différent. Si le passage à l'acte est effectué de la même façon sous l'effet d'une grande tension psychique, le trouble de la conscience qui précède les scarifications (état transitoire de dépersonnalisation) est bref alors qu'il est prolongé lors de la prise de drogues (médicaments ou alcool).

La coupure en quelque sorte serait une solution beaucoup plus rapide (par son action plus immédiate et courte) contrairement aux intoxications.

De plus, le mode de relation à l'autre nous semble différent avec une dépendance beaucoup plus grande à l'autre dans le cas d'une agression corporelle par voie générale que dans celui du carving. En effet, l'altération prolongée de la conscience rend le sujet passif quand il ingère des produits

sédatifs (alcool et médicaments) donc moins indépendant alors qu'il est et reste actif quand il se coupe (il maîtrise davantage la situation) .

De plus, si on reprend SCHARBACH ou BOURGEOIS pour qui les coupures peuvent avoir une fonction de retrouver une identité, un sentiment d'exister, on peut évoquer pour Monsieur J., la présence de cette fonction quand il se lacère; par contre, quand il boit ou ingère un médicament sédatif, cette fonction n'apparaît pas.

Pour conclure, on peut se demander si ces coupures répétées peuvent se rapprocher des conduites addictives. Si on définit l'addiction comme " l'asservissement d'un sujet à l'usage d'une drogue dont il a contracté l'habitude par un emploi plus ou moins répété " (L.HALLION) et que, selon PEDINIELLI (109), l'emploi de ce terme " suppose une référence aux notions de répétition, d'acte, d'objet-chose et de dépendance", on retrouve chez Monsieur J. , quand il se coupe, un certain nombre de ces notions.

Ainsi, Monsieur J. aurait, par l'utilisation de ce geste (acte court-circuitant une activité de pensée), un soulagement rapide qui l'amènerait à le répéter dès qu'il se retrouve dans la même situation de tension et ceci d'autant plus que ces actes ont un effet apaisant sur son état psychique.

Il faut rappeler à ce propos que plusieurs auteurs comme PEDINIELLI déjà cité, SCHARBACH (126) ou ROY et CHAVAGNAT (123) ont rapproché les sujets réalisant des actes auto-offensifs et vulnérants des addicts. Cela se rapproche du concept de dépendance à l'adolescence que nous développerons par ailleurs.

OBSERVATION N° 3 : KARINE

Avant de commenter ce cas clinique, nous tenons à préciser que certains points déjà développés au sujet des observations précédentes ne seront pas repris en détail.

Cette observation est particulière par la place prépondérante qu'occupent les gestes auto-agressifs dans l'histoire clinique de Karine et par le fait que celle-ci en parle et en donnant quelques éléments "explicatifs".

L'aspect descriptif du geste est assez proche des descriptions habituelles avec la notion d'angoisse qui demande à être colmatée entraînant le passage à l'acte suivi d'un soulagement.

Plusieurs éléments rapportés par les auteurs s'étant intéressés au "carving" se retrouvent chez Karine :

- la notion d'association à l'alcoolisation et à la toxicomanie (SCHWARTZ (129), ROSENTHAL (120), GRAFF et MALLIN (60)) mais sans que le geste de coupure soit effectué sous l'emprise de ces toxiques
- les troubles associés des conduites sociales avec les fugues, le refus scolaire (SCHWARTZ)
- le conflit avec ses parents, le "carving" intervenant au début en réaction à la discipline parentale (SCHWARTZ)
- la notion de fréquentation d'amis se coupant eux-même (SCHWARTZ)
- l'absence d'idée suicidaire directe

Il faut remarquer à ce propos parmi les éléments cités un grand nombre de facteurs de risque de "carving" tels que les rapportent SCHWARTZ et Coll. (les comportements antisociaux, l'abus d'alcool et l'expérimentation de drogues hallucinogènes, la fréquentation d'un ami se coupant) auxquels on peut ajouter:

- des antécédents de malaise étiquetés " spasmophilie" pouvant entrer dans le cadre d'un histrionisme (tableau d'allure histrionnique ce qui ne préjuge pas de la structure sous-jacente.

- une faible image d'elle-même, Karine profondément dépressive cherchant à éliminer par le pus ce qu'il y a de mauvais en elle.

A propos de ces malaises à 14 ans, on pourrait les relier aux malaises convulsifs de son frère autiste dont elle s'occupait beaucoup et qui l'avaient beaucoup impressionnée notamment un soir, car, ses parents étant sortis, elle avait dû "gérer" seule les convulsions hyperthermiques de celui-ci.

Il semble que le comportement qui domine chez Karine et qui interpelle le plus l'entourage et notamment les parents, soit son agression cutanée. On peut alors se demander, comme nous avons tenté de le faire chez Maria, si ses antécédents peuvent être mis en relation avec ce type de passage à l'acte.

En effet, l'altération de la peau semble avoir été importante dans son enfance :

- tout d'abord la morsure de chien à 5 ans dont elle garde une cicatrice. On peut imaginer qu'elle voulait seulement caresser ce chien, désir de toucher une peau entraînant une blessure d'une autre peau, la sienne.

- ensuite l'ablation d'un naevus à 8 ans, anomalie de sa peau, laissant un trou comblé par un autre morceau de sa peau, entraînant une nouvelle cicatrice à l'endroit du prélèvement; cette greffe a été de plus effectuée avec un bistouri dont la ressemblance avec un cutter peut être notée.

- Puis l'appendicectomie à 12 ans : ouverture de la peau par un tiers pour évacuer son appendice infecté évitant ainsi la mort, avec de nouveau un bistouri laissant encore une cicatrice.

De cette intervention chirurgicale, Karine en garde une phobie des aiguilles dont on peut se demander si elle ne correspondrait pas à une peur de l'intrusion, de la pénétration.

- Enfin le port d'un corset à 14 ans, deuxième enveloppe imposée recouvrant l'enveloppe corporelle, entraînant des plaies cutanées douloureuses.

Toutes ces effractions de la surface corporelle ont été produites directement ou indirectement par un tiers (chien, chirurgien, orthopédiste).

Or Karine va, un an environ après l'ablation du corset, s'entailler la peau elle-même, faire ses marques, laisser ses traces.

On peut alors se demander si tous ces antécédents de plaies cutanées : plaie par agression (chien), plaies par protection (ablation d'un naevus pouvant dégénérer, appendicectomie), plaie pour corriger une malformation (naevus et scoliose), ne peuvent pas être en rapport avec un investissement particulier de la peau entraînant une agression corporelle passant essentiellement par elle.

On est frappé par la place importante occupée par la mort et la maladie dans l'histoire de Karine, décès dans la famille maternelle proche et naissance d'un frère autiste épileptique nécessitant beaucoup de soins.

On peut s'interroger alors : tous ces événements n'ont-ils pas contribué à altérer la relation affective avec ses parents et notamment avec sa mère?

On peut penser que les moments où Karine était souffrante "de sa peau" (morsure, greffe cutanée, appendicectomie) ont dû être des moments privilégiés de relation avec ses parents, la douleur et les cicatrices en étant la mémoire. Karine garderait-elle de cette enfance un besoin d'attirer l'attention de ses parents sur elle, de montrer qu'elle existe par l'intermédiaire de la peau et de son altération?

Karine dit avoir toujours dû se débrouiller seule, n'avoir jamais été "enveloppée" dans les bras de sa mère; par contre elle a été enveloppée pendant deux ans dans un corset rigide, une deuxième peau artificielle dont on peut imaginer le trouble de l'image du corps qu'il a pu entraîner à cet âge de la vie.

A propos de l'importance de l'aspect du revêtement cutané, on peut remarquer combien Karine a été sensible à la proposition d'un homme inconnu lui offrant de lire sur la peau de ses mains son histoire personnelle et combien, par cette acceptation, elle a failli être possédée.

Par ailleurs, on peut penser que toutes ces effractions corporelles ont été douloureuses et que les coupures au cutter qu'elle se fait doivent l'être aussi.

Là se pose de nouveau la question de la douleur dans le carving, douleur déniée, souffrance corporelle qui permet à l'adolescent de maintenir les

frontières et de contrôler l'objet, apaisante en cas de crises d'angoisse dépersonnalisantes (JEAMMET (70)).

"Partout où ça fait mal, c'est moi" dit Fritz ZORN cité par PONTALIS, cité lui même par JEAMMET (*ibid*).

On retrouve ce qui a été évoqué pour Maria : l'agression de la peau pouvant intervenir comme "autostimulation dans une recherche du sentiment d'exister" (SCHARBACH (124), et la notion soulignée par FREUD (56) que la douleur corporelle ne se produit pas" quand l'esprit est distrait par un intérêt d'un autre genre".

Karine n'a jamais évoqué une quelconque douleur.

En ce qui concerne le symbolisme des coupures, Karine en évoque deux éléments : faire couler le sang sur son visage pour remplacer les larmes qu'elle n'a pas, laisser la plaie s'infecter pour que, par l'intermédiaire du pus, ce qu'il y a de mauvais en elle s'évacue.

Se couper correspondrait à faire sortir quelque chose hors de son corps pour se soulager, les larmes correspondant à la partie souffrante d'elle-même, le pus, à la partie rejetante d'elle-même.

On pourrait en évoquer un troisième qui serait le symbole de la séparation d'avec ses parents; cette séparation qui, si elle est matérialisée par les fugues qui y sont associées (cf le commentaire de Maria), serait aussi symbolisée par la coupure.

Si on fait référence au Moi-peau de ANZIEU il s'agirait d'une rupture d'une peau commune.

Ce symbole pourrait être rapproché aussi des scarifications rituelles initiatiques qui brisent les liens d'attachement à la mère et permettent d'accéder à l'âge adulte.

Or les relations avec ses parents et notamment sa mère sont conflictuelles; le conflit qui, à cet âge, permet de garder le contact tout en manifestant son indépendance et sa différence ne peut se résoudre chez Karine que par un passage à l'acte qui pourrait être alors ces coupures qu'elle s'inflige.

Par ailleurs, il faut noter l'hétéro-agressivité du geste qui apparaît à plusieurs niveaux.

Elle est clairement exprimée par ses parents qui "ne supportent plus" ces blessures, qui ont l'impression qu'elles leurs sont destinées, agression indirecte de ces plaies de part leur exhibition. Ces coupures, ces cicatrices sont agressives par leur aspect inesthétique, traduisant par là leur incapacité à la soulager avec tout ce que ça comporte de culpabilité.

Karine agresse le corps qu'ils ont conçu et ils ne peuvent pas l'en empêcher.

L'adolescent "en s'en prenant à son corps, attaque à la fois ses parents qui l'ont conçu [...] et le lieu [de] tous ces changements de l'adolescence". JEAMMET (75).

Cette hétéro-agressivité envers ses parents apparaît aussi dans le geste de menace qu'elle a eu envers eux avec un couteau, instrument pouvant entraîner la mort en passant par la peau. Karine emploiera même le terme de tentative de meurtre.

On pourrait penser que Karine s'agresse elle-même pour ne pas agresser l'autre et protéger ainsi sa mère.

[De façon anecdotique, nous rapporterons à ce sujet une situation peu banale concernant la mère de Karine : celle-ci vient un jour en consultation, le bras bandé : elle s'était coupée avec un couteau de boucher et sa plaie mal soignée s'était infectée. Selon Karine, il aurait fallu qu'elle insiste beaucoup pour que sa mère aille se faire soigner correctement. (C'était environ un an et demi après la première hospitalisation de Karine)...]

Cette notion d'hétéro-agressivité du "carving" passant par le regard se retrouve aussi par l'intermédiaire du frère aîné de Karine qui se lacère le corps. Ce qu'elle fait, elle, régulièrement, elle ne supporte pas que quelqu'un de sa famille le fasse aussi. Cette vision des blessures l'agresse comme elle agresse ses parents quand elle se mutile.

On peut penser à ce sujet que ce frère l'a fait en partie par imitation mais, contrairement à Karine, il n'exhibait pas ses cicatrices ignorées de tous.

Il faut souligner aussi l'importance du regard dans le geste, regard des autres mais aussi regard d'elle-même : Karine se "voit agir" quand elle se coupe, d'autant qu'elle se met devant la glace quand elle se taillade le visage.

Un autre point que nous voudrions souligner est celui de l'objet utilisé pour le carving, à savoir son cutter. Ce cutter qui "la rassure", qu'elle confie à un copain quand elle a cessé de se couper et qu'elle reprend ensuite quand le besoin s'en fait ressentir à nouveau : à quoi correspond-il? Est-ce un objet transitionnel ou plutôt un objet fétiche?

La possibilité d'un objet transitionnel tel qu'en parle WINNICOTT ne nous paraît pas pouvoir être retenue. En effet manque la notion d'un objet doux au contact protecteur et chaud ce qui n'est pas vraiment pas le cas d'un cutter. De plus cet instrument appartient essentiellement à Karine, n'a pas de rapport avec la mère.

Par contre, cet objet pourrait être un objet fétiche qui aurait un lien avec la perversion, utilisé pour soutenir le déni de la castration.

De plus, il faut noter un souvenir d'enfance qui lui revient lors d'un entretien : celui de son nounours, objet transitionnel, que sa mère avait recousu et qui en a gardé une "cicatrice". Ce souvenir, toujours présent dans sa mémoire fait intervenir la relation à sa mère et une fois de plus l'agression de la peau et sa réparation.

Il faut noter par ailleurs l'appétence particulière de Karine pour l'alcool et de temps à autre pour les hallucinogènes, toxiques altérant la conscience de façon prolongée . Ceci se rapproche de l'observation de Monsieur J. pour qui nous avons supposé que le recours au cutter réglait plus rapidement une angoisse avec un rapport à l'autre différent. Nous rappellerons l'association fréquemment retrouvée par les anglo-saxons du carving et de la toxicomanie.

Il faut cependant préciser que Karine ne s'est jamais injecté de drogues intraveineuses; peut-être en a-t-elle été protégée par sa phobie des aiguilles ?

A ce propos on peut penser que cette peur des aiguilles correspond, comme nous l'avons déjà suggéré, à une peur de l'intrusion, de la pénétration.

Par les piqûres, on introduit quelque chose en passant par la peau, avec le cutter, on laisse sortir quelque chose.

De plus, y a-t-il un rapport entre le chien qui, parce qu'il l'avait mordu, a dû être "piqué" et donc est mort ?

Par ailleurs, le bilan psychologique a conclu à un état limite. Ce type de personnalité a été retrouvé chez plusieurs auteurs dont SCHARBACH (cf p.25). Les aspects hystériques que l'on peut noter dans son comportement ne sont pas constitués en véritable névrose hystérique, les mécanismes de refoulement n'étant pas suffisamment efficaces. Ces troubles du comportement entreraient plutôt dans le cadre d'une hystérie grave renvoyant alors à la pathologie du narcissisme.

Mais il ne nous paraît pas primordial d'utiliser une classification nosologique mais plutôt de situer ces troubles par rapport à une pathologie de la dépendance.

Ce concept de dépendance rendrait compte du lien entre ces différentes conduites agies que sont les fugues, l'alcoolisation, la toxicomanie et les coupures cutanées répétées.

Le dernier point que nous voudrions souligner est celui de sa préoccupation pour la souffrance des autres, celle des patients du service hospitalisés et celle de son frère malade comme si l'aide qu'elle leur apportait la soulageait. Nous avons déjà remarqué cela chez un adolescent qui se coupe dans des moments d'angoisse. Cette sollicitude envers les autres les aiderait à avoir le sentiment d'exister, d'être utile et donc à ne pas vouloir se supprimer, de même que les coupures par les sensations corporelles et le regard, en colmatant l'angoisse, les empêcheraient de se déprimer et par là de vouloir mourir ?

On retrouve cette attention particulière envers la douleur des autres quand elle dit avoir dû insister pour que sa mère soigne sa blessure alors qu'elle laisse infecter les siennes. Sollicitude ? besoin de réparation ?

OBSERVATION N° 4 : FREDERIQUE

Frédérique a commencé à se taillader vers l'âge de 17 ans avec des ciseaux, en solitaire, à des moments de " malaise intérieur "pouvant correspondre à l'émergence d'une angoisse qu'il s'agissait alors de colmater rapidement.

Contrairement aux patients des observations précédentes, elle dit clairement ressentir la douleur physique et même la rechercher. Cette souffrance corporelle lui permet de calmer sa souffrance psychique.

Ceci se rapproche de ce que dit JEAMMET (74) quand il évoque l'action apaisante des brûlures de cigarettes chez certains adolescents " je suis très frappé de voir combien d'adolescents soulagent leur crise de dépersonnalisation par des conduites masochiques, par exemple le fait de se brûler avec une cigarette et combien par ce geste, ils se retrouvent [...], la douleur, à condition qu'elle ne dépasse pas un certain seuil, rétablit les frontières et fait que le sujet se recentre sur lui-même" .

Le fait de s'entamer la peau avec des ciseaux correspondrait à une conduite masochique lui permettant de retrouver ses limites.

Mais contrairement aux brûlures de cigarettes évoquées précédemment, qui sont des gestes relativement brefs éventuellement répétés, les scarifications que se fait Frédérique durent un certain temps, Frédérique s'appliquant à graver sur sa peau des dessins géométriques. Cet état de conscience l "autorisant" à continuer malgré la douleur et l'"empêchant" de voir son sang pourrait correspondre à un état de dépersonnalisation prolongé.

Quand on évoque la notion de dépersonnalisation, de limites on fait aussi référence à l'identité.

Cette notion d'identité a été étudiée par des auteurs tels que ERICKSON pour ce qui est de l'abord " psychosociologique " et par des auteurs psychanalytiques comme KESTEMBERG .

Pour ces derniers, les difficultés d'identification des adolescents et leur interrogation anxieuse sur leur identité se retrouvent à travers tous les conflits des adolescents.

Or, chez Frédérique, cette notion d'identité nous paraît particulièrement poser questions à la fois dans son enfance et dans son histoire adolescente actuelle.

Petite, elle a dû quitter ses parents pour laisser place à sa sœur alors de la naissance de celle-ci. Au début de l'adolescence, alors qu'elle avait une place importante dans la compétition sportive, elle a dû l'abandonner pour des raisons médicales. Et c'est sa sœur qu'elle a " poussé " à prendre sa place.

Il faut noter à ce propos que quand elle a fait sa première tentative d'autolyse, la photo de celle-ci était dans le journal à la place où aurait dû être la sienne.

Evincée une première fois de sa famille par la naissance de sa sœur, elle l'est une deuxième fois d'un endroit qu'elle avait particulièrement investi par l'intermédiaire de son corps : la compétition sportive.

Ce corps qui lui procurait avant l'adolescence des satisfactions s'est modifié et est même devenu " handicapant " à l'adolescence. Or on sait combien son image se modifie à cette période de la vie avec ses incertitudes, étant vécu à la fois comme étranger et familier.

Chez Frédérique, les difficultés " normales " de l'adolescence se sont amplifiées de part son épiphysite.

On peut alors s'interroger sur le vécu de son corps et par là même sur sa difficulté d'exister avec son corps.

C'est ce corps qu'elle va attaquer en se coupant; c'est aussi par lui qu'elle est enceinte, par lui qu'elle avorte.

On peut, comme certains auteurs l'ont relevé, considérer que sa grossesse correspond à un passage à l'acte et survient dans un besoin de réparation vis à vis de sa mère. Par contre son IVG semble avoir été vécue comme quelque chose lui étant étranger survenu dans un moment " d'absence ".

Etrangère à son corps, étrangère à ses parents elle a cependant une énorme quête affective qu'elle essaie de combler par la C.B..

Quand elle se coupe, essaie-t-elle, par la douleur, de se prouver qu'elle existe?

De plus , le fait d'ingérer du solvant et des produits vétérinaires paraît avoir un autre sens et une autre fonction que les gestes d'auto-agression cutanée (en dehors de la fonction de décharge dans l'acte et de court-circuit de la pensée) . Classiquement considérées comme des gestes suicidaires, ces intoxications par voie orale n'altèrent pas la peau (du moins directement), peuvent entraîner la mort et ne donnent pas de douleur physique externe maîtrisable.

Par contre les coupures ne sont pas mortelles et peuvent être maîtrisées si on arrête le geste.

Frédérique , à partir de ce deuxième geste suicidaire, n'éprouve plus le besoin de se couper. Elle vient régulièrement en consultation et se féminise. Il semble qu'elle n'ait plus besoin de recourir à la stimulation de sa peau pour se prouver qu'elle existe et qu'elle accepte son corps tel qu'il est.

Le dernier point que nous voudrions aborder est celui de la forme et du lieu des scarifications.

Frédérique en effet, après s'être coupée " n'importe comment ", a fait " plus artistique " selon ses termes, gravant sa peau avec des dessins. Outre le fait que la douleur devait être plus soutenue dans le deuxième cas, on pourrait rapprocher ces marques des tatouages. De plus, ces traces effectuées sur le dos des mains ne sont pas cachées. Ont-elles alors aussi une fonction d'appel même si elles ne sont pas ouvertement exhibées ?

OBSERVATION N° 5 : CYRIL

Les coupures cutanées de Cyril s'inscrivent dans un contexte de passages à l'acte répétés tels que tentative d'autolyse, fugues, vols, bris d'objets dont certains effectués dans un état confuso-onirique.

Cyril décrit ce geste particulier comme un moyen de régler rapidement une tension dont on peut penser qu'elle est liée à une menace d'angoisse psychique envahissante.

On peut ici distinguer cet acte d'une phlébotomie au sens premier du terme : Cyril précise en effet que les veines ne sont pas visées, qu'il ne veut pas mourir. Il s'agit par conséquent d'un geste non suicidaire

L'écoulement sanguin ne semble pas être recherché en priorité comme chez certains adolescents.

Il semble que le geste en lui-même soit apaisant mais apaisant par le regard ou par la sensation corporelle procurée ? Cyril n'en parle pas .

Par ailleurs, il faut noter que Cyril n'exhibe pas ses cicatrices mais qu'il ne les cache pas non plus. Si on s'y intéresse, il peut en parler mais il ne les met pas en avant pour parler de lui-même et de ses difficultés.

De plus, lorsqu'il s'est entaillé dans le service, il n'a rien dit attendant qu'on s'en aperçoive ou bien négligeant ses plaies (il faut préciser que plusieurs points de suture ont été nécessaires).

BERTAGNE et PEDINIELLI (110) soulignent l'importance du regard dans le geste de phlébotomie : non seulement le sujet se voit agir mais aussi la cicatrice est soit exhibée, soit dissimulée. Dans le cas de Cyril, les traces de coupures ne sont ni exhibées, ni cachées comme si elles n'avaient pas d'importance particulière, comme si seul le geste était important.

Important, il doit l'être car Cyril en parle spontanément à son éducatrice. On peut se demander ce qu'il signifie vraiment pour lui, s'il a conscience de sa nature pathologique et si, en lui remettant son couteau, il lui remet en quelque

sorte sa vie entre les mains. On peut se demander alors à quoi correspond ce couteau; est-il comme pour Karine une sorte d'objet fétiche ?

En ce qui concerne la sensation corporelle éprouvée, qu'elle est la part de la douleur? Douleur ressentie ou non, déniée ou recherchée comme chez Frédérique, Cyril n'en parle pas.

On peut se demander si, comme pour les adolescents cités par JEAMMET (74) qui s'infligent des brûlures de cigarette en cas de crises d'angoisse dépersonnalisante, la souffrance est là pour rétablir les frontières.

Il semble que Cyril, lors des passages à l'acte, soit dans un état de conscience particulière décrite comme confuso-onirique ressemblant aux états de dépersonnalisation rapportés par les auteurs. Ce trouble est non seulement perçu par le patient mais aussi en partie objectivé.

De plus, il faut souligner que cet état psychique particulier constaté par un entourage non familial, cesse en présence des personnes qui lui sont proches : son éducatrice et son psychiatre habituel.

Il est possible que les coupures, dans un premier temps, soient faites dans un état de conscience "anihilant" la douleur comme FREUD l'a souligné dans "Inhibition, symptômes et angoisse" et que dans un deuxième temps, l'angoisse se dissipant, les sensations corporelles entraînent un retour à la réalité.

Si, comme le souligne GAUTHIER (59), "la dépersonnalisation doit être considérée comme un mécanisme de défense contre la dépression et correspond à une régression à un stade où il existe une indifférenciation entre le Moi et le non Moi", on peut imaginer que Cyril par ces états se protège d'une dépression latente.

Les raisons qu'il donne de ces passages à l'acte paraissent avoir une dimension relationnelle.

Ainsi il explique la fugue de chez sa famille d'accueil et les lacérations de ses bras à l'hôpital par le fait qu'il n'avait pas de nouvelles de ses parents, la fugue du service comme moyen d'éviter de frapper quelqu'un; quant au bris de la porte, il le met en relation avec la problématique incestueuse vis à vis de sa mère.

Il faut remarquer que si la fugue de sa famille d'accueil l'a conduit effectivement chez ses parents, la deuxième a été faite sans but précis et qu'il est revenu spontanément 2 heures plus tard "comme si de rien n'était", calmé, non confus, non angoissé.

Quand il se coupe ce jour-là à l'hôpital, ses parents n'ayant pas pris de ses nouvelles et lui n'en ayant pas, on peut penser qu'il était furieux contre eux ; cet acte aurait comme la fugue, une dimension hétéro-agressive avec retournement de l'agressivité sur lui-même : agir contre soi pour ne pas agresser l'autre.

Dans cette dimension relationnelle se retrouve la problématique adolescente d'incapacité à élaborer la dépendance, avec chez lui, des difficultés d'identification parentale assez nettes.

On terminera par souligner comme dans beaucoup d'observations les facteurs de risque de "carving que l'on retrouve chez Cyril :

- conduites antisociales
- alcoolisme
- tentative de suicide
- faible image de soi
- anxiété majeure

De plus, on notera le refus de l'incorporer dans l'armée où ces types de troubles du comportement (fugues, tentatives de suicide) et notamment automutilations sont mis à l'index, ces appelés étant considérés comme des sujets à risque par rapport à une intégration normale et aux récurrences d'automutilation (BAZOT (15)).

OBSERVATION N° 6 : DOMINIQUE

Dominique est hospitalisée pour une anorexie mentale et c'est au cours de l'hospitalisation qu'elle va s'attaquer superficiellement la peau avec des ciseaux et un compas.

Ces blessures sont de 2 types :

- inscriptions de mots "mort" "je vous hais", tracés avec une relative précision comme si elle s'était appliquée, avec un compas, à un moment où elle "ne disait mot".
- scarifications anarchiques très superficielles faites avec des ciseaux.

Ces mots inscrits sur la peau, peau "parchemin" exprimaient des sentiments de colère, de rage envers les autres mais aussi envers elle-même.

Remplaçant ainsi la parole, sa peau pourrait servir aussi de communication avec l'autre par l'intermédiaire du regard. De plus, effectuées à l'aide d'un compas, les traces cutanées seraient susceptibles d'être rapprochées des multiples points de piqures d'un tatouage, tatouage apparaissant ici en négatif.

En ce qui concerne les scarifications faites avec des ciseaux, elles seraient plus proches des conduites visant à faire baisser immédiatement une tension psychique, plus proches du "carving".

Il faut souligner que ces blessures ont été "peu sanglantes" car très superficielles. On peut penser alors que, contrairement à plusieurs observations de "carving", l'écoulement du sang n'était pas recherché.

De plus, ces marques cutanées n'ont pas été exhibées tant qu'elles n'ont pas été découvertes et l'ont été ensuite, un peu comme un secret qui, une fois percé est montré à tous comme un trophée.

Là, la place du regard est importante, regard intrusif renvoyant à la honte et à la culpabilité du sujet, puis regard recherché comme si le sujet en jouissait.

On pourra remarquer la simultanéité de ces gestes auto-agressifs avec le refus ou l'incapacité de Dominique à s'adresser aux soignants alors qu'elle

commençait à abandonner son symptôme anorexique, simultanément aussi avec l'arrêt des soins corporels pendant lesquels les échanges verbaux étaient privilégiés.

Ce refus de parler qui peut être considéré comme un agir précède un autre passage à l'acte : celui de s'altérer la peau, deux formes de violence qui traduisent des conflits psychiques internes.

Si on reprend ce que dit JEAMMET (74) , il existe souvent, quand le passage à l'acte se produit dans une institution, une situation de "rapproché" dans les moments qui le précède avec un relatif abandon de ses défenses précédentes.

"Ce passage à l'acte venait précisément quand cela commençait à aller mieux, spécifiquement quand il y avait une ouverture vers l'autre - au sens psychanalytique du terme - et que cette ouverture compromettait l'équilibre du Moi de l'adolescent et comportait une menace d'intrusion, une atteinte de son autonomie "[...]" si la forme choisie de violence répond à des contraintes internes propres, sur le plan de l'économie psychique générale, l'émergence de la violence correspond à une situation qui a pour base commune le fait qu'un investissement est en train de se nouer et qu'il représente une menace pour l'identité ". "Le passage à l'acte vient alors rétablir une distance et des limites, un moment débordées. Il n'a pas seulement une fonction de décharge d'une tension devenue trop importante, il restaure une certaine maîtrise du Moi en rétablissant ses limites et en rejetant l'objet, perçu comme envahissant à bonne distance".

On peut alors se demander si cette agression cutanée et ce refus de parler sont en relation avec une situation de rapproché avec les soignants.

Abandonnant son symptôme anorexique, elle s'était confiée peu de temps avant à ces derniers abordant le problème de la sexualité longtemps refoulé au travers des conflits entre ses parents et entre sa mère et sa grand mère qui ne se parlaient plus depuis que la chienne de cette dernière avait approché de trop près son chien à elle.

Il semble à ce propos que les conflits existant entre les différents membres de cette famille se traduisent la plupart du temps par des silences.

Ce refus de parler correspondrait à un agir prenant ses sources dans

le fonctionnement habituel familial "agir des choses que l'adolescent a eu déjà à vivre".

Si on suppose que ces passages à l'acte correspondent à des situations de rapproché et que le silence s'inspire du mode de fonctionnement familial, on peut se demander de quoi "s'inspire" cette atteinte spécifique de la peau.

On constate que, chez Dominique, la peau et son altération a eu une importance assez grande depuis sa jeune enfance. En effet, depuis l'âge de 5 ans, elle présente un eczéma "allergique" récidivant chaque année au niveau des deux mains, objets de soins importants de la part de sa mère qui l'a emmenée consulter de multiples médecins.

On peut alors s'interroger: Dominique, par l'effraction de sa peau, ne retrouve -t-elle pas une sensation corporelle connue (elle s'est excoriée plus que coupée avec des ciseaux)?

De plus cet eczéma a disparu depuis le début de l'anorexie alors qu'il récidivait régulièrement et il a fallu "attendre" la fin de l'hospitalisation quand Dominique a retrouvé ses parents pour que cette maladie cutanée réapparaisse.

Cet eczéma, qui rentre dans le cadre de la pathologie psychosomatique peut-il avoir un rapport avec d'une part les blessures cutanées, d'autre part l'abandon de son symptôme anorexique et les "retrouvailles" avec ses parents ?

Ces atteintes cutanées : l'eczéma localisé aux deux mains dont le rapport symbolique avec le lien et l'autonomie peut être évoqué, et les érosions provoquées exhibées font-elles partie d'un même continuum agressif renvoyant au conflit de dépendance de Dominique adolescente ?

On remarquera à ce propos les difficultés de séparation mère/fille avec les manifestations somatiques de l'enfance et leur identification réciproque.

En conclusion, on peut émettre l'hypothèse d'un conflit psychique non résolu faute d'une capacité à la symbolisation, conflit qui s'exprime au niveau de la peau par l'eczéma et l'attaque directe de celle-ci.

QUATRIEME PARTIE

SYNTHESE - DISCUSSION

*" Ce qu'on écrit intéressera-t-il le lecteur ?
On n'en est jamais sûr. En tout cas, on fait
quelquefois, en écrivant, des découvertes sur
soi-même. Cela compense. "*

Paul LEAUTAUD

I - Caractéristiques communes de ces observations et leur rapport avec la littérature.

A - Les coupures cutanées auto-provoquées : un mode particulier de passage à l'acte.

Toutes ces observations concernant de jeunes patients qui se sont coupés à un moment de leur adolescence peuvent se rapprocher de celles faites par plusieurs auteurs ayant étudié ce phénomène.

Il convient toutefois de différencier les coupures cutanées sans volonté suicidaire associée de certaines phlébotomies où la mort est recherchée.

Quoi qu'il en soit, ces gestes correspondent à un trouble du comportement se manifestant par l'atteinte directe du corps. Mode de passage à l'acte visant à faire diminuer une tension psychique par un moyen rapide, sans intention suicidaire, il permet de retrouver des limites par des sensations corporelles cutanées. Il colmate l'angoisse et remplace des mécanismes mentaux et de verbalisation qui sont défailants.

A l'adolescence, le corps est en pleine transformation et le recours à l'agir est un mode d'expression privilégié des conflits. Il n'y a donc rien d'étonnant dans le fait que la pathologie de l'agir puisse s'exprimer fréquemment à cet âge par une auto-agression corporelle (coupures, mais aussi autres manifestations).

Plusieurs auteurs ont évoqué à propos des coupures la possibilité d'une autostimulation dans une recherche du sentiment d'exister (GRAFF et MALLIN, SHARBACH, BOURGEOIS).

On retrouve cela chez la plupart de nos patients.

Si on reprend JEAMMET à propos de la violence et de l'identité à l'adolescence (74), " l'acte de violence a toujours une fonction dans l'économie psychique [...] de protection du Moi. [La violence] a une fonction de décharge des tensions internes du Moi, qui menacent de le déborder, mais surtout par le contrôle qu'elle permet d'exercer sur l'objet, elle replace celui-ci à distance et libère le Moi de son influence. Tout acte de violence renforce les limites entre soi et l'objet " .

On ne peut parler d'agir et d'adolescence sans évoquer la problématique de la dépendance, problématique fondamentale à cet âge de la vie.

Comme le souligne JEAMMET (77) : " c'est au travers des troubles du comportement et de la pathologie de l'agir que s'expriment de façon la plus manifeste les conséquences de la relation de dépendance et de la situation de paradoxe générée par l'antagonisme narcissico-pulsionnel. La contrainte paradoxale à laquelle se trouve soumis l'adolescent a pour effet un échec de l'élaboration mentale de cette situation qui favorise la réponse par l'agir. Celle-ci offre une possibilité de maîtrise sur l'objet nécessaire (ou ses substituts) et renverse la situation de passivité en rôle actif recréant les conditions d'une identité retrouvée ". Pour tous les patients présentés antérieurement, la problématique de la dépendance apparaît nettement.

B - Aspects descriptifs de ce passage à l'acte

Nous retrouvons chez nos patients la succession des éléments évoqués dans la littérature à savoir : un sentiment de tension suivi, après un état transitoire de dépersonnalisation (plus ou moins bien mis en évidence), d'un passage à l'acte entraînant un soulagement.

1- Le sentiment de tension

Généralement secondaire à une frustration, il semble correspondre à l'émergence d'une angoisse qu'il s'agit de colmater rapidement afin de préserver les limites internes du sujet.

Ce sentiment retrouvé dans la plupart des travaux est exprimé par nos patients sous des formes variables.

Ainsi MARIA ressent une importante tension interne qui tend à diminuer et à s'estomper au fur et à mesure que le sang coule, Mr J. et Frédérique une sensation de malaise avec chez Frédérique un besoin irrésistible de se couper, Karine un sentiment d'angoisse, Cyril un sentiment de malaise avec des " tensions insupportables ". Quant à Dominique, elle n'en a rien dit mais son geste correspondait à un moment de colère envers elle et les soignants.

SCHWARTZ et Coll. parlent d'une situation intolérable entraînant une impulsion irrésistible à se couper.

2 - L'état transitoire de dépersonnalisation

Cet état de dépersonnalisation-déréalisation, état transitoire d'altération de la conscience est difficilement retrouvé. On peut seulement le soupçonner quand les adolescents comme Frédérique disent qu'ils ne "voient" pas le sang. Il apparaît par contre plus nettement dans le discours de Cyril, la description qu'en font les psychiatres étant un moment confuso-onirique.

Selon SCHARBACH (127), cet état de conscience contribuerait à abaisser la perception douloureuse et à entraîner une difficulté pour ces sujets à évoquer leurs conduites.

Il nous paraît artificiel de séparer tension et dépersonnalisation, les deux paraissant fortement liées et peu dissociables. Certains auteurs parlent alors de crise de dépersonnalisation. Et c'est pour soulager cette crise que quelques adolescents ont recours à l'agression de leur peau.

3 - Le soulagement après l'acte

Il apparaît dans toutes les descriptions à des degrés divers.

SCHWARTZ et Coll. le retrouvent dans seulement 37 % des cas alors qu'il fait partie des caractéristiques de la plupart des gestes de coupure dans la littérature. Il est possible que le sentiment de gêne ou de honte qu'éprouve 53% de leur population occulte le soulagement immédiat ressenti à la fin du geste.

Parmi les 6 patients que nous avons présentés, 4 décrivent clairement cette impression (Maria, Mr J.,Frédérique, Cyril) quant à Karine, on peut supposer que ce geste la soulage y ayant recours généralement après chaque conflit et étant rassurée par son cutter.

Nous avons eu a contrario l'occasion de rencontrer une adolescente dépressive qui, dans un moment d'angoisse importante, s'était tailladée pour tenter de se soulager mais elle n'y était pas parvenue. Déjà très déprimée, ce

geste intervenant en quelque sorte tardivement n'a pu jouer un rôle qui lui est généralement attribué : celui empêchant que l'adolescent se déprime.

4- La douleur dans le carving

a- *Description*

Cette douleur soit est non exprimée car non ressentie ou oubliée soit est exprimée car perçue ou même recherchée.

Il semble que le cas le plus fréquent soit celui où la douleur n'est pas exprimée (ce qui ne veut pas dire qu'elle n'est pas perçue) . En effet, comme le souligne SCHARBACH (127), l'altération de la conscience au moment du geste est susceptible de diminuer la perception douloureuse. De même FREUD (56) remarquait en 1926 que lorsque l'esprit est distrait par un intérêt d'un autre genre, les douleurs corporelles même les plus intenses, ne se produisent pas " .

BERTAGNE (21) note son absence ou sa dénégarion dans la description que font les patients de leur geste; la sensation douloureuse apparaît alors en général au moment la suture. Les mécanismes en œuvre contribuant à "oublier" la notion de douleur seraient le déni et le clivage.

Ainsi, parmi nos patients, Maria ne se souvient pas avoir eu mal et Mr J. rapporte que ces gestes ne lui occasionnaient pas de douleur sur le moment.

Par contre Frédérique dit ressentir et rechercher une souffrance physique. Cette notion apparaît dans les descriptions des gestes masochistes à l'adolescence qu'en font certains auteurs.(ex : JEAMMET (74)).

Nous en venons donc à la fonction de la douleur ou tout au moins de la sensation corporelle procurée par l'auto-agression cutanée.

b - *Fonctions de la sensation corporelle*

Il semble que la sensation corporelle permette à l'adolescent d'éviter que ses limites psychiques internes soient débordées.

Pour JEAMMET (74), " la douleur, à condition qu'elle ne dépasse pas un certain seuil, rétablit les frontières et fait que le sujet se recentre sur lui-même " .

Si on reprend le discours de Frédérique : la douleur qu'elle ressent et recherche soulage sa douleur morale.

Pour Maria qui ne se souvient pas avoir eu mal, on a pu évoquer le " besoin " de retrouver des sensations corporelles déjà vécues ainsi qu'une possible érotisation de la douleur.

De plus comme le soulignent SCHARBACH ou BOURGEOIS, les coupures et leur corollaire (la sensation cutanée) interviendraient comme une " autostimulation dans une recherche du sentiment d'exister ".

5- Exhibition ou dissimulation des marques cutanées

Plusieurs attitudes se retrouvent chez les adolescents qui se coupent. Certains exhibent leurs plaies d'emblée, d'autres les cachent, d'autres enfin les exhibent une fois découvertes.

a - *Exhibition*

- Elle peut être franche d'emblée.

C'est le cas de Karine qui se coupe notamment sur le visage, qui montre ses cicatrices à ses parents. On a pu émettre l'hypothèse d'une nécessité d'attirer l'attention sur elle, de montrer qu'elle existe par l'intermédiaire de l'atteinte de sa peau (fonction d'appel). En même temps, la possibilité d'une valeur hétéro-agressive du geste passant par le regard (celui de ses parents ne supportant plus cette altération irréversible du corps de leur fille) a été abordée.

C'est aussi le cas de Sonia (cf l'observation de MR J.) qui, par l'exhibition de ses plaies, reportait sa souffrance sur les soignants qu'elle accusait de ne pas réussir à la soulager.

- Elle peut être aussi plus discrète, apparaître dans un deuxième temps, le temps qu'on s'en aperçoive.

C'est le cas de Cyril ou de Mr J. qui donnent à réparer une blessure ou celui de Frédérique qui se grave le dos des mains.

Dans ce cas, il semble que ce comportement soit plus "personnel", les valeurs d'appel ou d'hétéro-agressivité moins voyantes.

• Un troisième cas de figure est illustré par Dominique qui, une fois les cicatrices découvertes, les exhibe de façon provoquante.

Fonction d'appel, de communication, fonction hétéro-agressive, l'exhibition semble jouer un rôle non négligeable dans la relation à l'autre.

A ce propos, il faut rappeler que GARDNER en 1975 conférait au "self-cutting" la valeur d'un message préverbal (58).

b - Dissimulation

Les cicatrices peuvent être au contraire cachées, découvertes seulement par hasard. C'est le cas de Maria.

Cet aspect renvoie au secret, à l'intimité, au sentiment de honte et/ou de culpabilité du sujet.

6 - Imitation - contagiosité du geste

Plusieurs auteurs ont rapporté l'existence d'une possible contagiosité du geste notamment en collectivité.

De plus, SCHWARTZ et Coll. font entrer dans la liste des facteurs de risque de carving qu'ils ont établie, la fréquentation d'amis se coupant (129).

Nous avons pu noter ce phénomène dans notre étude clinique.

Ainsi on peut imaginer que le frère de Karine s'est lacéré le corps imitant ainsi sa soeur.

Quant à Maria, son ami s'était coupé quelques années auparavant. Dans ce cas, la notion d'imitation ou de contagiosité est moins nette; on peut seulement dire que Maria connaissait ce geste qui constituait un facteur de risque tel que l'ont décrit SCHWARTZ et Coll.

Nous avons eu, par ailleurs, l'occasion de rencontrer un adolescent de 17 ans (Mathieu), qui s'est entaillé les bras après avoir vu une jeune femme du service le faire; celle-ci avait mobilisé beaucoup d'attention de la part des soignants. Cet évènement survenait à un moment où Mathieu, adolescent

abandonnique hospitalisé quelques semaines auparavant à la suite d'un délirium tremens, réclamait beaucoup de soins de la part des infirmiers en raison d'une rechute de son éthylisme.

Il semble, d'après ce qu'il a pu en dire par la suite, qu'il ait voulu attirer l'attention sur lui parce qu'il se sentait mal. Nous n'en savons pas davantage.

C - Quels sont les adolescents qui se coupent ?

La plupart des auteurs anglo-saxons n'ont pas mis en évidence une pathologie psychiatrique définie.

Les troubles de la personnalité borderline semblent plus fréquents mais toutes les pathologies sont représentées. Certains auteurs ont proposé de regrouper les gestes auto-agressifs dans un même cadre : celui du trouble du contrôle des impulsions selon la classification du D.S.M.III R.

Ces gestes, à l'adolescence font partie des conduites agies pour lesquelles la dimension comportementale, motrice, prédomine sur celle de l'activité mentale. Or comme le souligne JEAMMET (76) " aucune de ces conduites ne se laissent aisément ranger dans un cadre nosologique classique, ni même dans une organisation structurale psychodynamique définie. Elles recoupent des traits appartenant à plusieurs types. [...]. Le recours aux notions de pathologie de la personnalité et à celle d'état limite ou d'organisations limites traduit cette difficulté ".

En dehors d'une utilisation nosographique classique, ces troubles du comportement peuvent être alors regroupés dans la pathologie de la dépendance (au sens métapsychologique du terme).

Ce lien entre ces différentes conduites agies peut-être évoqué devant l'augmentation parallèle de l'ensemble de ces troubles à l'adolescence, la fréquence des associations et des formes de passage (rappelons par exemple l'intrication chez Dominique de l'anorexie mentale et des scarifications, chez Karine , chez Cyril ou Mr J. du carving et de l'alcoolisation, etc...)

Comme le souligne FLAVIGNY (48), " toutes ces conduites répétitives peuvent alterner entre elles chez le même sujet, même si chacun garde un mode

d'expression préférentiel ". " La dépendance, c'est la perte de la liberté du choix de s'abstenir, c'est l'impossibilité d'échapper à la répétition des comportements, qui peut traduire la dépendance aussi bien aux personnes qu'aux produits ". Cette notion développée à l'origine à propos de la toxicomanie a été étendue par la suite à la boulimie et à l'anorexie (KESTEMBERG).

Pour JEAMMET, l'ensemble des troubles du comportement à l'adolescence obéirait à cette problématique commune de la dépendance.

" Ces conduites d'auto sabotage reflètent le maintien d'une situation de dépendance et traduisent un échec partiel des processus psychiques internes à aménager la relation. Elles acquièrent des fonctions économiques multiples :

- elles constituent un néo-langage entre l'adolescent et son entourage. [...]
- elles ont une fonction de tiers médiateur entre l'adolescent et ses objets d'investissement;

- elles deviennent sa chose et sa création [...] et elles acquièrent le statut d'une néo-identité qu'ils ont auto-générée en un mouvement parthénogénétique négateur du rôle des parents et de la scène primitive mais surtout elles ont une forte propension à s'auto-renforcer et on voit se constituer à leur égard la relation de dépendance que l'adolescent fuyait avec ses parents. [...] Elles n'assurent aucun réapprovisionnement narcissique et [...] le bénéfice de maîtrise qu'elles trouvent n'a d'issue que dans le renforcement permanent de la conduite, tandis que s'accroissent le vide intérieur et le besoin des objets. [...] Le comportement devient de plus en plus délibidinalisé [avec recours] aux sensations violentes pour se sentir exister et non plus pour éprouver du plaisir ". (JEAMMET 1990 (77)).

En conclusion, cette dépendance explique, si l'on se réfère à FLAVIGNY (48) l'extrême sensibilité aux événements extérieurs notamment affectifs, les difficultés des relations objectales, les difficultés narcissiques " rendant compte de l'angoisse, des périodes de sentiment de culpabilité aigue, d'effondrement dépressif anaclitique ", le recours à l'agir, la pauvreté de la verbalisation avec défaut de mentalisation et les attaques du corps.

Nous soulignerons pour finir que les adolescents que nous avons choisi de présenter correspondent aux " sujets lucides " dont parle FLAVIGNY (48), sujets qui, pour la grande majorité d'entre eux, ne deviendront jamais psychotiques.

II - Carving et autres gestes autovulnérants cutanés

A- Carving et auto-mutilations au sens large

Si l'on reprend la classification de ces troubles, on voit que SCHARBACH (126) classe les coupures autoprovocées parmi les gestes auto-offensifs vulnérants, LAXENAIRE (87) parmi les actes auto-agressifs névrotiques, PATTISON et KAHAN (107) dans le " deliberate self-harm syndrome"; si on se réfère à la distinction de PAO et KAPLAN concernant les " wrist-cutters" (107), on pourrait faire rentrer nos patients parmi les " délicate self-cutters ".

Le carving correspond à un geste autovulnérant effectué hors contexte proprement délirant.

De plus il nous paraît être différent des gestes de coupures effectués dans un but "utilitaire" comme on peut le voir dans les prisons ou dans l'armée ou même récemment lors d'un procès.

En ce qui concerne la perception douloureuse, elle est la plupart du temps diminuée du fait de l'état de conscience particulière et de l'intervention du déni et du clivage. Ceci se retrouve aussi bien dans les autres automutilations que dans le carving. On notera cependant que l'adolescent qui se coupe peut rechercher aussi cette douleur qui lui permet de se recentrer sur lui-même.

B - Carving et autres gestes auto-offensifs bénins

1- Les brûlures de cigarette

Par la sensation procurée, elles peuvent se rapprocher du carving, apaisant la souffrance psychique par une sensation corporelle.

2- Le tatouage

Certains auteurs comme GARDNER ont rapproché le self-cutting de certains tatouages permettant dans une certaine mesure une restauration narcissique.

Pour LAXENAIRE, il s'apparente aux passages à l'acte et remplace la verbalisation. En cela, il se rapproche du carving. Mais, toujours pour cet auteur, il autorise un processus d'identification par rapport au groupe. Cette deuxième dimension nous paraît s'éloigner des coupures, le carving nous apparaissant comme quelque chose de plus individuel bien que, comme nous avons pu le voir antérieurement, la notion d'imitation peut être présente.

De plus, le contexte du tatouage nous semble différent de celui des coupures : intervention fréquente d'un tiers, triade tension-dépersonnalisation-soulagement généralement absente.

Il faut remarquer que ces deux types de comportement (brûlures de cigarette et tatouage) sont souvent associés.

SCHWARTZ et Coll. (129) notent dans leur étude 49 % d'adolescentes qui se sont brûlées ainsi avec des cigarettes et 17 % qui se sont tatouées.

3 -Les excoriations cutanées et le grattage

Ils surviennent en l'absence de pathologie organique et de visée simulatrice.

Contrairement aux gestes cités précédemment, il n'y a pas nécessité d'utiliser un objet externe pour altérer la peau. Le rôle érogène de ce geste semble prédominant.

C - Carving et scarifications rituelles

Une corrélation pourrait être faite entre ces deux modes d'auto-agression cutanée à l'adolescence par le biais de la dépendance.

Les scarifications initiatiques servent à briser le lien d'attachement à la mère et à assurer l'identification au statut d'adulte.

Mais, si les rites initiatiques ont un rôle social, le carving semble avoir une fonction beaucoup plus personnelle.

III - Carving et gestes suicidaires

A - Carving et gestes suicidaires en général

1. *Le carving ne paraît pas correspondre a priori à un geste suicidaire.*

Il soulage une tension par un moyen rapide permettant de maîtriser la situation. Il ne contre-indique pas la vie sociale, sa durée étant brève, le retour à une conscience normale rapide et ses conséquences bénignes la plupart du temps (des points de suture sont rarement nécessaires).

Il n'y a pas non plus d'interpellation du destin avec risque de mort. Comme le souligne SCHARBACH (127)," le suicide implique une désorganisation narcissique mettant en jeu un facteur aléatoire, la loi du tout ou rien, qui ne s'observe pas dans les atteintes électives d'organe ".

SCHWARTZ et Coll. distinguent nettement les coupures cutanées provoquées des gestes suicidaires. " Bien que le carving soit parfois considéré par les professionnels de la santé comme une tentative de suicide, il n'est pas perçu ainsi par les patients et ne devrait pas être répertorié comme un geste suicidaire " (129).

Parmi notre population étudiée, cette dimension apparaît.

Ainsi Cyril précise qu'il ne veut pas mourir, Karine donne des explications symboliques à son geste (faire sortir hors du corps ce qui est mauvais ou remplacer les larmes).

2. *Ce geste serait-il un geste antisuicidaire ?*

Si on se réfère à MENNINGER qui considérait l'automutilation comme un compromis pour se détourner de l'annihilation totale c'est à dire du suicide, on peut voir dans le carving en tant que forme particulière d'automutilation, un rôle antisuicidaire.

Cette notion a été reprise par SIMPSON en 1977 et par SCHARBACH en 1984.

De plus, la sensation corporelle voire la douleur permettrait de retrouver un sentiment d'exister.

3. Mais il faut noter l'association fréquente avec les tentatives de suicide.

SCHWARTZ et Coll. l'ont relevée dans 57% des cas, ROSENTHAL et Coll. dans 83 % des cas.

Ces modes de passage à l'acte pourraient faire partie d'un même continuum auto-agressif, passage à l'acte se substituant aux processus de mentalisation, renvoyant au concept de dépendance.

A ce propos, on remarquera, comme le souligne JEAMMET, que l'acte suicidaire à l'adolescence est plus souvent un moyen de fuir une tension insupportable que le point d'aboutissement d'un véritable désir de mort.

B - Carving et phlébotomie

Quand on reprend la littérature, on est frappé par l'amalgame coupures cutanées type carving et phlébotomies. De plus, bien que certains auteurs comme PEDINIELLI aient souligné que les phlébotomies étaient les seuls comportements auto-agressifs à faire l'objet d'une indétermination de classification, ces gestes sont régulièrement comptabilisés parmi les tentatives de suicide.

Pourtant, ces deux types de comportement ne paraissent pas avoir le même but.

Se couper les veines pour se vider de son sang et mourir nous semblent différent de se couper la peau, d'atteindre éventuellement une veine pour décharger une tension.

Mais il est vrai que la limite est floue, notamment chez l'adolescent pour qui le désir de mort n'est pas toujours clair.

C - Carving et tentatives de suicide médicamenteuses

Souvent associés par leur succession dans le temps, ces deux troubles du comportement correspondent à l'adolescence à des passages à l'acte colmatant une angoisse.

Dans certaines intoxications volontaires médicamenteuses, avec des produits sédatifs, il y a une recherche d'anesthésie que l'on pourrait opposer à la fonction de stimulation par la douleur du carving.

De plus, après les coupures, le retour à une conscience normale est rapide alors qu'il est beaucoup plus tardif en cas d'ingestion sédatrice. En ce sens, le carving ne contre-indique pas la vie sociale.

La passivité est de ce fait plus grande en cas de prise médicamenteuse (on le transporte, on lui fait un lavage d'estomac, on le surveille).

Les tentatives de suicide médicamenteuses sont souvent plus bruyantes, la question du risque vital étant toujours envisagée.

Les coupures quant à elles sont fréquemment banalisées, moins inquiétantes quant aux conséquences somatiques.

De plus, le carving laisse une marque, point de repère dans l'histoire du sujet, marque qui peut-être visible par les autres et entraîner une relation à l'autre différente de celle de l'ingestion médicamenteuse.

D - Conclusion

Ces modes de passage à l'acte bien que très proches de part leur fonction commune de retrouver des limites en apaisant la souffrance psychique diffèrent par leurs conséquences immédiates dans la relation à l'autre.

IV - Carving, toxicomanie et alcoolisme

Plusieurs auteurs ont mis en évidence une association fréquente de ces trois troubles du comportement (ROSENTHAL et Coll., GRAFF et MALLIN, SCHWARTZ et Coll.). Mais il faut noter que SCHWARTZ et Coll. ont étudié le carving dans une population de jeunes drogués.

Parmi notre échantillon restreint, trois des patients s'alcoolisaient et/ou se droguaient (Mr J., Karine, et Cyril). Cependant les coupures n'étaient jamais effectuées sous l'emprise de ces toxiques comme d'ailleurs les auteurs cités ci-dessus ont pu le remarquer dans leurs études.

SCHWARTZ et Coll. considèrent que l'intoxication éthylique et la toxicomanie sont des facteurs de risque de carving.

Par ailleurs, comme le souligne PEDINIELLI, la nouvelle clinique tend à rapprocher les auteurs des phlébotomies des addicts.

Cela rejoint, en ce qui concerne l'adolescence, ce que nous avons pu évoquer à propos de la dépendance (cf p. 92).

V - Peau et carving

La particularité de ce passage à l'acte que sont les coupures cutanées est qu'il atteint la peau.

Or on a vu dans la première partie les relations étroites existant entre la peau et le psychisme et le rôle du passage à l'acte qui court-circuite l'activité psychique.

Si on reprend l'hypothèse de ANZIEU " Et si la pensée était autant une affaire de peau que de cerveau ? Et si le Moi, défini alors comme Moi-peau avait une structure d'enveloppe ? ", on peut s'interroger sur la signification des gestes de coupures qui, par cet agir passant par la peau, protègent le Moi de l'adolescent.

On peut se demander si le fait de privilégier ce passage à l'acte correspond chez l'adolescent à un comportement particulier (positif ou négatif) de la peau prenant son origine dans l'enfance.

Si on se réfère à la fonction contenante du Moi-peau qui renvoie au handling décrit par WINNICOTT, on pourrait penser que cette fonction est défaillante chez les adolescents qui se coupent.

S'il y a carence de cette fonction, les mauvais objets auraient tendance à être projetés au dehors et à ne pas pouvoir passer au Moi-réalité définitif qui normalement garde les deux aspects bon et mauvais. Certains patients se coupant, comme Karine, chercheraient à évacuer les mauvais objets.

En reprenant SPITZ qui pensait que l'eczéma était en rapport avec une carence de soins maternels chez le nourrisson, on pourrait alors voir dans certaines manifestations psychosomatiques notamment cutanées une carence de cette fonction contenante dans l'enfance. Les antécédents cutanés constitueraient alors une marque de la défaillance de cette fonction avec un risque de décompensation plus tard.

Or, chez un certain nombre d'adolescents, on ne retrouve pas trace d'antécédents cutanés de la petite enfance. On peut alors supposer que même quand la fonction contenante a été suffisante pour assumer l'essentiel au moment de l'enfance, l'entrée dans l'adolescence fait qu'elle devient insuffisante. La nécessité de la marche vers la dépendance, le fait de faire le deuil de ses investissements narcissiques fait que l'adolescent se retrouve dans une situation carencée d'autant plus que le seul investissement qui persiste est le corps et que celui-ci est problématique à cet âge.

Quant à la fonction de barrière protectrice, de limite, elle serait également défaillante, la coupure entraînant une communication entre l'intérieur et l'extérieur.

La fonction d'échange avec autrui serait aussi atteinte par l'intermédiaire de la marque et de la valeur hétéro-agressive du geste.

Dans nos observations, on retrouve des antécédents cutanés dans l'enfance de certains patients.

Ainsi Dominique souffre depuis son plus jeune âge d'un eczéma, maladie cutanée dite psychosomatique. C'est à un moment où sa peau était intacte (les troubles vasomoteurs cutanés dûs à son anorexie ayant également disparus), qu'elle l'altère .

Maria, quant à elle, enfant battue, se taillade après que les coups de son père se soient taris. Chez elle, se pose la question de la valeur de la sensation corporelle répétée entrant dans le cadre du masochisme.

Quant à Karine, elle a beaucoup souffert par sa peau souvent altérée nécessitant de ce fait des soins fréquents ; elle l'attaque une fois les problèmes

cutanés terminés en agressant par ce biais ses parents avec toute la dimension relationnelle que cela comporte.

En ce qui concerne les autres patients étudiés, on ne retrouve pas chez eux d'antécédent cutané évident. Mais ils ont tous les trois des antécédents somatiques notables (épiphysite, traumatisme crânien et éthylisme, accidents à répétition) et des difficultés relationnelles intrafamiliales anciennes et actuelles avec rejet affectif, séparation dans l'enfance ou relation fusionnelle à la mère.

CONCLUSION

"Penser fait mal."
BION

Au terme de ce travail, l'analyse des observations rapportées ainsi que les études bibliographiques ont permis de dégager un certain nombre de sens et de fonctions de ces gestes auto-agressifs.

Souvent comptabilisés parmi les phlébotomies mais regroupés sous le terme de "carving" par certains auteurs anglo-saxons, ces gestes apparaissent avant tout comme un passage à l'acte court-circuitant une activité de pensée.

Ce passage à l'acte est particulier par plusieurs fonctions :

- il soulage rapidement d'une souffrance psychique vécue comme intolérable
- il ne porte pas la marque d'une intention suicidaire en lui-même
- il ne contre-indique pas la vie sociale
- il a une valeur de communication à travers sa fonction hétéro-agressive
- il permet à l'adolescent, par la sensation corporelle qu'il procure, de se recentrer sur lui-même et de se sentir exister.

En ce qui concerne le sens du geste, il nous semble reposer sur deux axes: celui de l'atteinte cutanée et celui de la dépendance.

Même si sa valeur symbolique diffère selon les patients, il passe par l'altération de la peau en y laissant des traces. Or la peau, lieu de contact privilégié avec le monde environnant, barrière contre les agressions extérieures, enveloppe qui limite et contient le dedans, zone d'échange entre l'intérieur et l'extérieur, est un organe dont les fonctions physiologiques et psychologiques sont riches et variées.

Aussi, on peut se demander si cet agir prenant ses sources dans l'enfance correspondrait à un investissement particulier de la peau chez ces adolescents qui utilisent préférentiellement ce passage à l'acte.

Quant à la dépendance, notion d'abord réservée aux conduites addictives (toxicomanies, alcoolisme), puis étendue aux troubles des conduites

alimentaires (anorexie, boulimie), elle tend à englober l'ensemble des troubles du comportement de l'adolescent. En ce sens, ces gestes qui font partie des conduites agies pour lesquelles la dimension comportementale motrice prédomine sur celle de l'activité mentale, nous semblent refléter, à l'adolescence, une pathologie de la dépendance.

BIBLIOGRAPHIE

" Il est bien entendu que je vous fais là un exposé des plus sommaires, et qu'il faudrait, pour préciser la vue que je viens d'esquisser, consulter bien des livres..."

Paul VALERY

1. ANZIEU D. : **Le Moi-peau**. *Nouv. Rev. Psychanalyse*, 1974, 9, 195-207.
2. ANZIEU D. : **Quelques précurseurs du Moi-Peau chez FREUD**. *Rev. Fr. Psychanal.*, 1981, 45, 5, 1163-1185 .
3. ANZIEU D. : **Le double interdit du toucher**. *Nouv. Rev. Psychanalyse*, 1984, 29, 173-187 .
4. ANZIEU D. : **La peau de l'autre, marque du destin**. *Nouv. Rev. Psychanalyse* , 1984, 30, 55-68 .
5. ANZIEU D. : **Les fonctions du Moi-peau**. *L'information Psychiatrique*, 1984, 60, 8, 869-875 .
6. ANZIEU D. : **Altération des fonctions du Moi-Peau dans le masochisme pervers**. *Rev. Méd. Psychosom.*, 1985, 2, 9-12..
7. ANZIEU D. : **Le Moi-peau** . Paris, Dunod , 1985, 254 p.
8. ANZIEU D. : **Introduction à l'étude des enveloppes psychiques**. *Rev. Méd. Psychosom.*, 1986, 8, 9-22 .
9. ANZIEU D. et coll. : **Les enveloppes psychiques** . Paris, Dunod, 1987, 253 p.
10. ASCH S.S. : **Wrist scratching as a symptom of anhedonia : a predepressive state**. *Psychoanal Q*, 1971, 40, 603-613.
11. BACHERICH M.: **Démangeaisons**. *Nouv. Rev. Psychanalyse*, 1989, 39, 137-151.
12. BACH-Y-RITA G. : **Habitual violence and self mutilation**. *Am. J. Psychiatry* 1974, 131, 9, 1018-1020 .
13. BALLINGER B. R.: **Minor self-injury** . *Br. J. Psychiatry*, 1971, 118, 535-538.
14. BARRUEL F. : **Dessous l'écorce...le psoriasis : "une marque sexuelle parthénogénésique"**. *Nouv. Rev. Ethnopsychiatrie*, 1991, 18, 69-88.

15. BAZOT M., LAFONT B., DUBOIS-BONNEFOND J.C., PLOUZNIKOFF M., DUBREZ B., VALLET D. : **Enquête sur l'automutilation à partir d'observations recueillies en milieu hospitalier militaire.** *Psychol.Méd.* 1989, 21, 4, 453-456 .
16. BERGERET J. : **La dépression et les états limites.** Paris, Payot, 1975, 354 p.
17. BERGERET J. : **La violence fondamentale.** Paris, Dunod, 1984, 251 p .
18. BERGERET J. : **Post adolescence et violence.** In ALLEON A.M., MORVAN O., LEBOVICI S. *Adolescence terminée, adolescence interminable.* Paris, P U F, 1985, pp. 69 - 81.
19. BERGERET J. : **Narcissisme et états limites.** Paris, Dunod, 1986, 244 p .
20. BERTAGNE P. , PEDINELLI J.L. : **La peau coupée.** *Nervure*, 1981, 1, 13-18.
21. BERTAGNE P. : **Approche psychopathologique de la phlébotomie.** *Thèse de médecine*, Amiens, 1985, 169 p.
22. BETTELHEIM B. : **Les blessures symboliques.** Paris, Gallimard, 1971, 252 p .
23. BION W. R. (1962) : **Aux sources de l'expérience.** Paris, PUF, 1979.
24. BIRRAUX A. : **L'adolescent face à son corps.** Paris, Editions universitaires, 1990, 181 p .
25. BOURGEOIS M., DAUBECH J.F., BENEZECH M., LEMERLE A.M. : **Enquête sur l'automutilation chez l'adulte en milieu psychiatrique.** *Ann. Méd. Psychol.*, 1984, 142, 10, 1287-1295 .
26. BOWLBY J.(1969) : **L'attachement.** In : *Attachement et perte*, tome 1, Paris, PUF, 1978 .
27. BRACONNIER A. : **Les dépressions à l'adolescence .** *Sem. Hop. Paris*, 1983 , 59, 25, 1901-1905 .

28. CAHN R. : **La psychopathologie de l'adolescent aujourd'hui. Confront.** *Psychiatr*, 1988, 29, 37-55 .
29. CHABERT C. : **Un battement de coeur en trop .** *Nouv. Rev. Psychanalyse*, 1989, 39, 153-166 .
30. CHABROL H. : **Les comportements suicidaires de l'adolescent .** Paris, P U F, 1984, 91 p .
31. CHOQUET M. : **Le vécu du corps par les adolescents suicidaires; approche épidémiologique .** *Psychol. Méd.* 1989, 21, 4, 449-452 .
32. CLENDENIN W.V., MURPHY G.E. : **Wrist-cutting. New épidemiological findings.** *Arch. Gen. Psychiatry*, 1971, 25, 465-469.
33. CORCOS M. , CRUANES J.M. : **A propos des troubles des conduites agies à l'adolescence .***Nevroure*, 1991, 4, 8 , 64-66 .
34. CONSOLI S. : **La peau captive .** *Rev. Méd. Psychosom.*, 1985, 2, 13-25.
35. CORRAZE J. : **De l'hystérie aux pathomimies .** Paris, Dunod , 1976, 329 p .
36. CORRAZE J. : **Les excoriations névrotiques : approche éthologique .** *Evol. Psychiatr.* , 1976, 41, 2 , 389-436 .
37. CORRAZE J. : **L'image spéculaire du corps .** Toulouse, Privat, 1980, 271 p.
38. DAVIDSON F., CHOQUET M. : **Le suicide de l'adolescent .Etude épidémiologique .** Paris , ESF , 1981 .
39. DESCAMPS M.A. : **Ce corps haï et adoré.** TCHOU, 1988 , 251 p.
40. DUBOUIS-BONNEFOND J.C., DUBREZ B. HILAIRE C. : **Automutilations et gestes autovulnérants en milieu militaire.** *Psychol. Méd.*, 1991,23,1, 73-76.

41. DUBOUSKY S. : **"Expérimental Self mutilation"**. *Am. J. Psychiatry.* 1978, 135, 10, 1240-1241.
42. EMERSON L.E. : **The case of Miss A : a preliminary report of a psychoanalytic study and traitement of a case of self-mutilation.** *Psychoanal. Rev.*, 1913, 1, 41-54.
43. ENNIS J., BARNES R.A. : **Should Deliberate Self-Harm be in DSM IV (letter)**. *Am. J. Psychiatry.* 1984, 141, 1, 160-162 .
44. ENRIQUEZ M. : **Du corps en souffrance au corps de souffrance .** *Topique*, 1980, 26, 5 -27 .
45. ESMAN A.H. : **Troubles de la personnalité du type " Borderline" chez l'adolescent : revue de la littérature de langue anglaise.***Confront. Psychiatr.* 1988, 29, 185-204 .
46. FELDMAN M.D. : **The challenge of self-mutilation : a review.** *Compr. Psychiatry*, 1988 , 29, 3, 252-269.
47. FLAVIGNY H. : **De la notion de psychopathie.** *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1977, 25, 1, 19-75 .
48. FLAVIGNY H. : **Des conduites de dépendance à l'adolescence.** *Ann. Méd. Psychol.* 1989, 147, 2, 215-217.
49. FRAISSINET M., MAURY M. : **Conduite des jeunes mettant en jeu leur principe vital dans l'affrontement à une vulnérabilité corporelle.** *Neuropsychiatr. Enfance*, 1990, 38, 8-9, 485-488 .
50. FREUD S. (1913) : **Totem et tabou.** Paris, Payot, 1951.
51. FREUD S. (1916) : **L'inquiétante étrangeté.** In : *Essais de psychanalyse appliquée.* Paris, Gallimard, 1971, pp 163-210 .

52. FREUD S. (1919) : " **Un enfant est battu** " . In : *Névrose, psychose et perversion*. Paris, PUF, 1973, pp 219-243 .
53. FREUD S. (1920). : **Au delà du principe du plaisir** . In : *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot ,1981, pp 7-81.
54. FREUD S. (1923). **Le Moi et le Ça**. In : *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot,1981.
55. FREUD S (1924). : **Le problème économique du masochisme**. In : *Névrose, psychose et perversion*, Payot, PUF, 1973,pp 287-297 .
56. FREUD S. (1926) : **Inhibition, symptôme et angoisse** . Paris, P U F, 1968, 103 p.
57. FURTOS J. : **Introduction in la honte** . *Actualités psychiatriques*, 1 987, 5, 77-78.
58. GARDNER A.R. , GARDNER A.J. : **Self-mutilation, obsessiveness and narcissism**. *Br. J. Psychiatry*,1975, 127, 127-132.
59. GAUTHIER J. M. : **La dépersonnalisation : son espace et la motricité**. *Evol.Psychiat.* 1981, 46, 895-906.
60. GRAFF H., MALLIN R. : **The syndrome of the wrist cutter**. *Am. J. Psychiatry*, 1967, 124, 1, 36-42 .
61. GREEN A.H. : **Self destructive behaviour in battered children**. *Am. J. Psychiatry*, 1978, 135, 5, 579-582 .
62. GREEN A. : **Narcissisme de vie, narcissisme de mort**. Paris, Minuit, 1983, 280 p.
63. GRUNEBaum H.U., KLERMAN G.L. . **Wrist Slashing** . *Am. J. Psychiatry*, 1967, 124, 4, 527-534 .
64. GUTTON P. : **Pratiques de l'incorporation**. *Adolescence*, 1984, 2, 2, 315-338.
65. HAIM A. : **Les suicides d'adolescents** . Paris , Payot , 1969, 303 p .

66. JEAMMET Ph., REYNAUD M., CONSOLI S. : **Abrégé de psychologie médicale** . Paris, Masson , 1980, 356 p .
67. JEAMMET Ph. : **Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence.** *Rev. Fr. Psychanal.* 1980, 44, 3-4, 481-522.
68. JEAMMET Ph. : **L'adolescence comme conflit.** In : *Le bien-être de l'enfant dans sa famille*, Paris, ESF, 1980, pp 69-80.
69. JEAMMET Ph. : **Peut on parler d'une spécificité de la psychopathologie de l'adolescence ?** *L'information psychiatrique* , 1981, 57, 2, 171-181.
70. JEAMMET Ph. : **Du familial à l'étranger : territoire et trajets de l'adolescent** . *Neuropsychiat. Enfance* , 1983, 31, 8-9, 361-381.
71. JEAMMET Ph. : **Le passage à l'acte, occasion de rencontre, facteur de rupture, révélateur du fonctionnement institutionnel** . In HOCHMAN J. *Techniques de soins en psychiatrie de secteur* , PUF, Lyon, 1983, pp105-113.
72. JEAMMET Ph. : **L'agir dans l'hôpital de jour. Entre la norme et la déviance, place et fonction de la limite.** In : *XII^e colloque des hôpitaux de jour psychiatriques du Nord et du Nord-Est de la France et de la Belgique.* " La tolérance face à la déviance des hôpitaux de jour : compromis permanent entre la maintenance de l'institution et la thérapie des patients ". Bruxelles, 5-6/10/1984 organisé par l'A.S.B.L., l'Equipe.
73. JEAMMET Ph. : **Actualité de l'agir. A propos de l'adolescence.** *Nouv. Rev. Psychanalyse*, 1985, 31, 201-222.
74. JEAMMET Ph. : **Violence et identité à l'adolescence.** In : *Les Cahiers de l'IPC, "l'acte de violence"*, 1985, nov., 2, 13-22.
75. JEAMMET Ph. : **Conduites suicidaires chez les adolescents** . *Rev. Prat.* , 1987, 37, 13, 725-730 .

76. JEAMMET Ph. : **Psychopathologie des conduites alimentaires à l'adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance.** *Confront. Psychiatr.* , 1989, 31, 177-202.
77. JEAMMET Ph. : **Les destins de la dépendance à l'adolescence.** *Neuropsychiatr. Enfance*, 1990, 38 , 4-5, 190-199.
78. KAFKA J.S. : **The body as a transitional object : a psychoanalytic study of self-mutilating patient .** *Br . J . Med . Psychol.*, 1969, 42, 207-212 .
79. KAPLAN S.L., FIK E., **Male wrist cutters: coarse and delicate.** *Milit. Med.*, 1977, 141, 12, 942-945.
80. KESTEMBERG E. : **L'identité et les identifications chez les adolescents.** *Psychiatr. Enf.* , 1962 , 5 , 2, 441-522.
81. KESTEMBERG E. : **La crise de l'adolescence.** *Rev. Fr. Psychanal.*, 1980, 44, 3-4, 524-530.
82. KESTEMBERG E. : **Le personnage tiers.** *Cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie*, 1981, 3, p.115.
83. KESTEMBERG E., MORVAN O. : **Le concept de pare-excitations à la post-adolescence.** In ALLEON A., MORVAN O., LEBOUICI S. *Adolescence terminée, adolescence interminable*, Paris, PUF, 1985, pp 203-225.
84. LABBANE R. , GHODHBANE T., BEN REJEB R., DOUKI S. : **Corps et état limite .** *Ann. Méd. Psychol.*, 1989, 147, 3, 328-330.
85. LADAME F. : **Les tentatives de suicide des adolescents .** Fribourg, Masson, 1981, 98 p.
86. LAPLANCHE J. , PONTALIS J.B. : **Vocabulaire de la psychanalyse .** Paris, PUF , 1967, 523 p .

87. LAXENAIRE M., MILLET F. , WESTPHAL C. : **Les auto-mutilations: frontières et significations** . *Ann. Med. Psychol.* , 1984, 142 , 10, 1283-1287 .
88. LEGER J.M. , GAROUX R. : **La vision et le regard** . *Evol. Psychiatr.*, 1977, 42, 1, 3-50 .
89. LEVY G. : **Une catastrophe : la honte**. *Topique*, 1983, 31, 25-30.
90. MARCELLI D., BRACONNIER A. : **Psychopathologie de l'adolescent**. Paris, Masson, 1988, 487 p .
91. MASTERSON J.F. : **L'adolescent borderline** . In FEINSTEIN S.C., GIOVACCHINI P.L. et MILLER A.A.: *Psychiatrie de l'adolescent* , Paris , PUF, 1982 , 169-205 .
92. MATTHEWS P. C. : **Epidemic self-injury in a adolescent unit** . *Int. J. Soc.Psychiatry*, 1968, 14, 125-133 .
93. MAZET Ph. ,SIBERTIN-BLANC D. : **Dépression de l'adolescence et carence précoce des soins maternels**. *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1976, 24, 6, 309-318.
94. MAZET Ph., BRACONNIER A. : **Adolescence et examen de l'adolescence**. *Encycl. Méd. Chir.*, Paris, Psychiatrie, 37102 E 10, 11-1979.
95. MEIDINGER A. : **Contribution à l'étude de la phlébotomie. Approche pluri-dimensionnelle de 25 observations d'appelés du contingent**. *Thèse de doctorat en médecine*, Paris (UER Kremlin-Bicêtre), 1988, 101 p.
96. MEIDINGER A., CREMNITER D.,JUNOD A., PLAYE J.M., FELINE A. : **A propos des conduites auto-agressives par phlébotomie chez les appelés du contingent**. *Ann. Méd. Psychol.*, 1989, 147, 4, 484-489 .
97. MENNINGER K.A. : **A psychoanalytic study of the significance of self-mutilations**. *Psychoanal Q*, 1935 , 4, 408-466.

98. MENNINGER K.A. : **Man against Himself.** New york, Harcourt Brace, 1938, 231-285.
99. MILLER J. F. : **Se faire la peau .** *Topique*, 1983, 31, 51-90.
100. MORGAN H.G., BURNS-COX C.J., POCOCK H.G.,POTTLE S. : **Deliberate self-harm : clinical and socio-economic characteristics of 368 patients.** *Br. J. Psychiatry*, 1975, 127, 564-574 .
101. NELSON S.H., GRUNEBaum H.: **A follow-up study of wrist slashers.** *Am. J. Psychiatry*, 1971, 127, 10, 1345-1349 .
102. NICOLOPOULOU E., KINDYNIS S. : **L'image corporelle comme contenant défaillant chez les personnalités limites suicidaires.** *Psychol. Méd.*, 1989, 21, 4, 496-498 .
103. NOVOTNOY P. : **Self-cutting.** *Bull. Menninger Clin.*, 1972, 36, 505-514.
104. OCHONISKY J. : **L'automutilation a-t-elle un sens?** *Neuropsychiatr. Enfance*, 1984, 32, 4, 171-181 .
105. OFFER D. ,BARGLOW P. : **Adolescent and young adult self mutilation incidents in general psychiatric hospital.** *Arch. Gen. Psychiatry*, 1980, 3, 194-205.
165. PAO P.N. : **The syndrome of delicate self- cutting.** *Br. J. Med. Psychol.*, 1969, 42, 195-206.
107. PATTISON E.M., KAHAN J. : **The deliberate Self-harm Syndrome.** *Am. J. Psychiatry*, 1983, 140, 7, 867-872.
108. PAJOT O. : **L'a-maternité adolescence.** *Adolescence*, 1984, 2, 2, 377-382.
109. PEDINIELLI J.L. : **Clinique des conduites addictives.** *Psychol. Méd.*, 1985, 17, 2, 1837-1839.

110. PEDINIELLI J.L., BERTAGNE P. : **Ethique du suicidant : la phlébotomie, inscription d'une loi sur le corps.** *Psychol. Méd.* , 1986, 18, 6, 857-860.
111. PEDINIELLI J. L. , BERTAGNE P. , CHABAUD B. : **Les phlébotomies : approche descriptive et quantitative.** *Psychol. Méd.* ,1988, 20, 3, 448-453.
112. PEDINIELLI J. L. : " **Se sui-cider** " : le corps entre le désir et l'acte . *Psychol. Méd.* , 1989, 21, 4, 421-425 .
113. PODVOLL E.M. : **Self-mutilation within a hospital setting : a study of identity and social compliance.** *Br. J. Med. Psychol.*, 1969, 42, 213-221.
114. PUIG-VERGES N. : **Raptus suicidaires , blessures corporelles et marges psychotiques à l'adolescence .** *Psychol. Méd.*, 1989, 21, 4, 509-511 .
115. PUTNAM N.H. : **Should Deliberate Self-Harm be in D.S.M. IV ?** (letter). *Am. J. Psychiatry.* 1984, 141, 1, 160-162 .
116. RENARD L., JEAMMET PH. : **Spécificité et diversité de la psychopathologie de l'adolescent. A propos des symptômes et conduites impliquant le corps.** *Ann. Pédiatr.*, 1986, 33, 8, 663-669 .
117. RINZLER C. , SHAPIRO D. A. : **Wrist-cutting and suicide.** *J. Mt. Sinai Hosp.*, 1968, 34, 485-488.
118. ROCHE J. F. , PLOUGEAUT C. , BOURRAT M.M. , GAROUX R. : **Adolescents suicidaires dans un service de pédiatrie; réflexions sur leur accueil et leur prise en charge.** *Journée de la S.F.P.E.A. : " De l'accueil au traitement de l'adolescent "*; Paris, 7/12/1991.
119. ROSALATO G. : **Essais sur le symbolique .** Paris, Gallimard , 1969 .
120. ROSENTHAL R.J. , RINZLER C. , WALLSH R., KLAUSNER E.: **Wrist-cutting syndrome : the meaning of the gesture .** *Am. J. Psychiatry*, 1972, 128, 11, 1363-1368.

121. ROSS R.R., McKAY H.B. : **Self-Mutilation**. Lexington, MA, Heath, 1979.
122. ROY A. : **Self-mutilation**. *Br. J. Med. Psychol.* 1978, 51, 201-203.
123. ROY M., CHAVAGNAT J.J. : **L'automutilation itérative : suicide, exhibition, effraction de l'enveloppe corporelle ?** *Psychol. Méd.*, 1989, 21, 4, 493-495.
124. SCHARBACH H. : **Automutilation**. *Ann. Méd. Psychol.*, 1984, 142, 3, 404-415.
125. SCHARBACH H. : **Approche différentielle des conduites d'automutilation et auto-offensives sous l'angle de la relation d'objet et des mécanismes de défense** . *Ann. Méd. Psychol.*, 1984, 142, 10, 1318-1326 .
126. SCHARBACH H. : **Automutilations et auto-offenses** . Paris, PUF, 1986, 127 p .
127. SCHARBACH H. : **Les conduites auto-offensives : approche métapsychologique** . *Psychol. Méd.* 1989, 21, 5, 613-615 .8
128. SCHARBACH H. : **Corps malmené** . *Ann. Méd. Psychol.*, 1989, 147, 4, 321-324 .
129. SCHWARTZ R.H., COHEN P., HOFFMANN N.G., MEEKS J.E. : **Self-harm behaviors (Carving) in female adolescent drug abusers** . *Clinical Pédiatrics* , 1989, 28, 8, 340-346 .
130. SIMPSON M. A. : **The phenomenology of self-mutilation in a general hospital setting**. *Can. Psychiatr. Assoc. J.* 1975, 20, 2, 424-43630
131. SIMPSON M.A. : **Studies of self-mutilating patients** . *Am. J. Psychiatry*, 1981, 138, 6, 855 .

132. SIMPSON C.A., PORTER G.L. : **Self-mutilation in children and adolescents.** *Bull. Menninger Clin.*, 1981, 45, 428-438.
133. SIOMOPOULOS V. : **Repeated self-cutting : an impulse neurosis .** *Am. J. Psychoter*, 1974, 28, 1, 84-94.
134. SNYDER S. : **Should Deliberate Self-Harm Be in DSM IV ?** (letter). *Am. J. , Psychiatry. ,* 1984, 141, 1, 161 .
135. VINDREAU Ch., SLAMA M.F., GINESTET D. : **Les équivalents suicidaires.** *Rev. Prat.*, 1987, 37, 13, 737-744 .
136. WINNICOTT D.W. (1950) : **L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif.** *In : De la pédiatrie à la psychanalyse ,* Payot , Paris , 1969 , pp 150-168.
137. WINNICOTT D.W. (1951) : **Objets transitionnels et phénomènes transitionnels.** *In : De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969, pp 169-202 .*
138. WINNICOTT D.W. (1962) : **Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant.** *In : Processus de maturation chez l'enfant, Paris, Payot, 1970,.*
139. WINNICOTT D.W. : **Jeu et réalité ,** Paris, Gallimard , 1980, 218p .

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	10
PREMIERE PARTIE : Notions théoriques et revue de la littérature.....	12
I - Notions théoriques : corps et agir à l'adolescence, Moi-peau.....	13
A - Corps et passage à l'acte à l'adolescence.....	13
1- Le corps à l'adolescence.....	13
2- Place du passage à l'acte à l'adolescence.....	14
B - Moi-peau.....	15
II - Les coupures cutanées : une forme d'auto-agressivité.....	17
A - Auto-agressivité : définitions et classifications.....	17
B- Les coupures cutanées : aspects historiques et actuels.....	21
DEUXIEME PARTIE : Observations cliniques.....	35
Introduction.....	36
I - Observation n° 1 : MARIA.....	37
II - Observation n° 2 : MONSIEUR J.	40
III - Observation n° 3 : KARINE.....	42
IV - Observation n° 4 : FREDERIQUE.....	47
V - Observation n° 5 : CYRIL.....	50
VI - Observation n° 6 : DOMINIQUE.....	54
TROISIEME PARTIE : Commentaires des observations.....	58
I - Observation n° 1 : MARIA.....	59
II - Observation n° 2 : MONSIEUR J.	68
III - Observation n° 3 : KARINE.....	72
IV - Observation n° 4 : FREDERIQUE.....	79
V - Observation n° 5 : CYRIL.....	82
VI - Observation n° 6 : DOMINIQUE.....	85

QUATRIEME PARTIE : Synthèse - Discussion.....	88
I - Caractéristiques communes de ces observations et leur rapport avec la littérature.....	89
A - Les coupures cutanées autoprovoquées : un mode particulier de passage à l'acte.....	89
B - Aspects descriptifs de ce passage à l'acte.....	90
1 - Le sentiment de tension.....	90
2 - L'état transitoire de dépersonnalisation.....	91
3 - Le soulagement après l'acte.....	91
4 - La douleur.....	92
a - description.....	92
b - fonctions de la sensation corporelle.....	92
5 - Exhibition ou dissimulation des marques cutanées....	93
a - exhibition.....	93
b - dissimulation.....	94
6 - Imitation et contagiosité du geste.....	94
C - Quels sont les adolescents qui se coupent ?.....	95
II - Carving et autres gestes autovulnérants cutanés.....	97
A - Carving et automutilations au sens large.....	97
B - Carving et autres gestes auto-offensifs bénins.....	97
1 - Les brûlures de cigarette.....	97
2 - Le tatouage.....	97
3 - Les excoriations cutanées et le grattage.....	98
C - Les scarifications rituelles.....	98
III - Carving et gestes suicidaires.....	99
A - Carving et gestes suicidaires en général.....	99
1 - Le carving ne paraît pas correspondre a priori à un geste suicidaire.....	99
2 - Ce geste serait-il un geste antisuicidaire ?.....	99
3 - Association carving et tentatives de suicide.....	100

B - Carving et phlébotomie.....	100
C - Carving et tentatives de suicide médicamenteuses.....	100
D - Conclusion.....	101
IV - Carving, toxicomanie et alcoolisme.....	101
V - La peau et le carving.....	102
CONCLUSION.....	105
BIBLIOGRAPHIE.....	108
ANNEXES	
Annexe 1.....	33
Annexe 2.....	34
Annexe 3.....	57

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes.

Si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 46

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

Après une brève revue bibliographique concernant les gestes auto-agressifs cutanés à type de coupures, six observations d'adolescents s'entaillant la peau volontairement sont rapportées.

A partir de leurs commentaires cliniques, un certain nombre de sens et de fonctions de ce symptôme sont évoqués et discutés.

Réalisés à l'adolescence où corps et agir ont une place particulièrement importante, ce mode de passage à l'acte qui court-circuite l'activité de pensée permet d'apporter en général au patient un soulagement rapide.

Le rapport à un investissement particulier de la peau est étudié.

Comparé à d'autres agirs à l'adolescence, ces gestes, regroupés par les anglo-saxons sous le terme de "carving", renvoient à une pathologie de la dépendance.

MOTS CLES:

- Adolescence
- Coupure cutanée
- Acte (Passage à l')
- Peau
- Carving

COREP

58, av. de la Libération - Limoges
Tél. 55 77 25 95