



HAL
open science

Les tabous ont la peau dure : automutilation et intervention sociale

Isabelle Fortier, Denyse Côté

► **To cite this version:**

Isabelle Fortier, Denyse Côté. Les tabous ont la peau dure : automutilation et intervention sociale. Intervention, 2008, 129, pp.111-119. hal-01529498

HAL Id: hal-01529498

<https://hal.science/hal-01529498>

Submitted on 7 Jun 2017

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

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

Les tabous ont la peau dure : automutilation féminine et intervention sociale

par

Isabelle Fortier, t.s.

Centre de santé et de services sociaux de Gatineau
Courriel : isabelle.fortier@sympatico.ca

Denyse Côté, Ph. D.

Professeure titulaire

Université du Québec en Outaouais

Results of a study of women who self-mutilate, to better understand the meaning they give to their actions. Avenues for reflection on social work intervention with these women.

Résultats d'une recherche auprès de femmes s'automutilant afin de mieux comprendre le sens qu'elles donnent à leurs gestes. Pistes de réflexion pour l'intervention sociale auprès de ces femmes.

Loin d'être récente, l'automutilation demeure tout de même un phénomène tabou. Très peu de cas sont adéquatement diagnostiqués (Hyman, 1999) et ils le sont surtout lorsqu'il s'agit de comportements graves (Tassé et Maurice, 1994). Ses formes moins nocives sont rarement identifiées. L'automutilation est presque absente de la formation professionnelle des intervenants sociaux et demeure occultée par ceux-là mêmes qui la pratiquent. Ce phénomène est néanmoins omniprésent dans notre société post-moderne. Les centres de crise, les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, les hôpitaux, les CLSC ou les écoles secondaires reçoivent régulièrement des personnes qui s'automutilent. Laisser ces personnes à elles-mêmes, fermer les yeux par impuissance ou par déni n'est évidemment pas une solution.

**Intervention, la revue de l'Ordre professionnel
des travailleurs sociaux du Québec.
Numéro 129, décembre 2008 : 111-119.**

Mais le vide créé autour de l'automutilation risque de perdurer, comme ce fut le cas pour d'autres problématiques faisant l'objet d'un tabou : combien d'années a-t-on ignoré le viol, les agressions sexuelles, l'inceste, l'anorexie et tué ainsi dans l'œuf toute possibilité d'intervention sociale en la matière?

Reconnaître la présence des gestes autodestructeurs est un premier pas qui doit être franchi et rapidement suivi d'un effort d'analyse. Cet article a pour objectif d'explorer le phénomène avec le concours des personnes qui s'automutilent : celles-ci ont en effet rarement été questionnées sur le sens qu'elles donnent à leurs gestes.

Dans cet article, nous présenterons le phénomène, le situerons dans son contexte historique et en présenterons quelques théories explicatives. Après une brève présentation de la méthodologie, nous nous arrêterons aux données recueillies et à leur valeur heuristique en regard de la pratique du travail social.

Qu'est-ce que l'automutilation?

Il convient dans un premier temps de bien cerner l'objet de cette recherche. L'automutilation est un acte délibéré posé avec l'intention de se blesser, mais sans intention de se donner la mort (Marlow, 2001). Selon les quelques chercheurs qui se sont penchés sur la question, les personnes qui s'automutilent n'auraient pas envie de mourir (Le Breton 2002b) et les personnes qui se suicident n'auraient habituellement pas eu de comportements automutilatoires (Hyman, 1999). L'automutilation est un comportement répétitif (Baumeister et Rollings, 1976) dont la fréquence est variable. Lortois a identifié ce phénomène pour la première fois en 1909. Sa définition reste pertinente :

« 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 constituer soit dans la blessure ou l'ablation totale ou partielle d'un organe ou d'un membre, du revêtement cutané ou de ses annexes, soit enfin dans des manœuvres pouvant compro-

mettre sa vitalité et son bon fonctionnement sans que cependant elle ait été accomplie dans le but de se donner la mort. » (Lortois dans Scharbach, 1986 : 5)

Les comportements autodestructeurs se distinguent des marques corporelles propres à la mode contemporaine comme le perçage ou le tatouage qui représentent un mélange ambigu de revendication d'originalité et de soumission aux attitudes d'une classe d'âge (Le Breton, 2002a). Plus ces marques seront visibles, originales, plus elles changeront la perception que les autres ont de soi et, par extension, la perception qu'une personne a d'elle-même. La volonté de se faire mal en attaquant son corps est cependant absente de ces gestes et la douleur apparaît comme une conséquence inévitable de l'acte plutôt que comme son but : c'est ce qui distingue ces pratiques de l'automutilation (Melo, 2004).

Les désordres alimentaires sont-ils apparentés à l'automutilation? Selon Hyman (1999), ceux-ci seraient plutôt associés à la recherche compulsive de la minceur qu'au désir de se blesser de façon volontaire : la blessure serait ici aussi un résultat connexe de cette recherche de la minceur plutôt que l'objectif poursuivi par le geste. Car le but avoué des gestes autodestructeurs est au contraire précisément de s'infliger une blessure et de rechercher la souffrance qui l'accompagne.

Les rites initiatiques ont aussi souvent recours aux inscriptions corporelles, sans qu'il s'agisse pour autant de gestes automutilatoires (Le Breton, 2003). Ainsi, par exemple, aux Philippines, lors de la Semaine sainte, des hommes demandent à être crucifiés. En Espagne, les jeudi et vendredi de la Semaine sainte, des hommes se flagellent le dos avec de longues tresses de lin, et ce, jusqu'à la meurtrissure (Le Breton, 2003). La souffrance engendrée par les rites initiatiques est acceptée par l'individu et par la société et elle lui ouvre la voie de l'appartenance à un groupe.

L'automutilation n'est pour autant pas un phénomène nouveau, elle a été recensée dès l'Antiquité. Dans la mythologie grecque, Œdipe se mutilait lorsqu'il constatait qu'il avait tué son père et épousé sa propre mère (Morelle, 1995). On retrouve aussi l'automutilation chez les Juifs du Moyen Âge, pour qui un deuil

appelle les proches de la personne décédée à s'arracher les cheveux et les poils de barbe ou à déchirer leurs vêtements. L'Église catholique a d'ailleurs toujours prêché l'acceptation des épreuves envoyées par le Seigneur pour « gagner son ciel » : la souffrance faciliterait l'accès au Paradis.

Ampleur du phénomène

L'ampleur de ce phénomène n'est pas connue au Québec ou au Canada, mais on rapporte que 750 personnes s'automutileraient par tranche de 100 000 aux États-Unis. De ce nombre, 97 % seraient des femmes (Favazza et Conterio, 1986), âgées de 20 à 30 ans dans la plupart des cas. Les femmes seraient en effet plus enclines à retourner leur colère contre elles-mêmes et auraient tendance à faire plus souvent appel aux services médicaux et sociaux (BCSW, s.d.). Par ailleurs, une étude canadienne démontre que de tels comportements seraient plus fréquents en milieu carcéral et particulièrement chez les femmes (Frigon, 2001).

Qui adopte de tels comportements autodestructeurs? Si le sexe est déterminant, le niveau socioéconomique, la scolarité ou encore le revenu ne semble pas avoir d'influence directe sur les comportements autodestructeurs : les gestes autodestructeurs ne semblent pas le propre d'une génération, d'une culture ou d'une classe sociale.

L'automutilation est habituellement physique : il s'agit d'une attaque directe au corps et à la peau, organe de contact qui incarne l'individu, le distingue, le définit, le protège et porte les traces de son histoire. Elle constitue aussi la barrière psychologique entre le monde externe et le monde interne (Garel, 2002). C'est pourquoi l'entame corporelle suscite des réactions profondes chez plusieurs.

« L'entame corporelle délibérée frappe les esprits car elle témoigne d'une série de transgressions insupportables pour nos sociétés occidentales. En s'agressant ainsi, l'individu brise la sacralité sociale du corps. La peau est une enceinte infranchissable sinon à provoquer l'horreur. De même, il est impensable que quelqu'un se fasse mal en toute conscience sans qu'on invoque à son encontre la folie, le masochisme ou la perversité. »
(Le Breton, 2003 : 10)

Les comportements automutilatoires seraient de trois ordres (Rojahn 1994; 1986) : coups et coupures portés sur soi, insertion d'objets dans les orifices et morsures, pincements ou tirage et arrachage des cheveux. Soixante-dix-huit pour cent des personnes qui s'automutilent utiliseraient plus d'une méthode. La gravité du dommage causé peut varier entre de simples rougeurs de la peau et des lacérations profondes à des dommages permanents.

L'automutilation comme phénomène social

L'automutilation est, bien entendu, liée à l'équilibre mental d'un individu (Brown, Comtois et Linehan, 2002; Gratz, 2001; Hawton et Kingsbury, 1999; Kahan et Pattison, 1984). La psychiatrie s'est d'ailleurs intéressée aux gestes autodestructeurs dès 1935, lorsque Menniger avança que le geste automutilatoire avait la double propriété de satisfaire un besoin d'expiation et un désir d'agression (Dumesnil, 1989). Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* ou DSM IV (APA, 2002) considère encore aujourd'hui que les gestes autodestructeurs sont une manifestation de personnalité limite. D'ailleurs, la plupart des recherches sur ce phénomène ont eu recours à des sujets souffrant de troubles de comportement (Marlow, 2001).

Notre recherche a plutôt abordé l'automutilation sous l'angle de la problématique sociale. En effet, la majorité des cas n'est pas diagnostiquée par un professionnel de la santé mentale. Le diagnostic est souvent posé par les intervenants sociaux. D'où l'importance et la pertinence pour les travailleurs sociaux d'appréhender l'automutilation sous l'angle du sens que ces personnes donnent à leurs actions (Mucchielli, 1994), des liens qu'elles établissent entre les événements (Deslauriers, 1991) afin d'ouvrir ainsi la voie à l'intervention sociale.

Nous avons donc conçu un devis de recherche qualitative de type exploratoire permettant d'atteindre cet objectif. Des entrevues individuelles semi-structurées, à questions ouvertes et d'une durée approximative d'une heure ont été réalisées auprès de personnes s'automutilant. La grille d'entrevue abordait tour à tour les événements ayant conduit au premier geste automutilatoire, les sentiments provoqués par ces gestes, le secret les entourant et la présence de rituels. L'analyse de ce matériel d'entrevue a

été faite par méthode de contraste, de comparaison, de reproduction, de classification. Cette méthode nous a permis de dégager une bonne compréhension de cet objet d'étude (Miles et Huberman, 2003). Nous avons comparé les récits respectifs des personnes interviewées, analysé les similitudes et les différences de ces récits, cherché un cadrage pour donner une signification à des données *à priori* isolées (Paillé et Mucchielli, 2003).

Dans le cadre de cette recherche, nous voulions interviewer des femmes de différents groupes d'âge, d'origine, de milieux et de niveaux d'éducation divers. Le recrutement s'est avéré beaucoup plus ardu que prévu, le tabou entourant ce phénomène ayant agi comme frein. Pour ce recrutement, des annonces publiques n'étant pas adaptées à la nature du phénomène, nous avons fait appel à plusieurs organismes de la région de Gatineau-Ottawa, à plusieurs groupes communautaires et aux services sociaux susceptibles d'intervenir auprès de personnes qui s'automutilent pour qu'ils nous les envoient. Celles-ci ont été contactées par l'intervenant puis, avec leur accord, par l'intervieweuse. De cette manière, il a été possible d'interviewer cinq répondantes ayant ou ayant eu des comportements automutilatoires. Nous avons recruté uniquement des femmes pour deux raisons : parce que plus de femmes que d'hommes s'automutilent, mais aussi parce que l'expérience des femmes est différente de celles des hommes et que cette analyse de contenu exploratoire requiert une homogénéité plutôt qu'une hétérogénéité d'expérience (Bardin, 1996). Nous avons ainsi atteint la saturation théorique après cinq entrevues, aucune information supplémentaire ne permettant d'enrichir l'interprétation (Thietard, 1999; Glaser et Strauss, 1967). Cette saturation théorique est, rappelons-le, le fondement de la validité scientifique de ce type de recherche qualitative.

Qui sont-elles? Que font-elles? Caractéristiques des répondantes de cette recherche

Cinq femmes francophones ayant entre 29 ans et 59 ans nous ont accordé un entretien. Trois des répondantes avaient obtenu leur diplôme d'études secondaires, une a terminé la onzième année et la cinquième avait obtenu un diplôme

versitaire de deuxième cycle (il s'agit de la pondante la plus jeune). Les revenus de tre répondantes oscillent entre 11 160 \$ et 100 \$ et la cinquième répondante, la plus ariaisée, affiche un revenu annuel de 48 000 \$. 1x répondantes travaillent, deux reçoivent écurité du revenu et la dernière reçoit une te d'invalidité. Une seule d'entre elles a une tion conjugale stable, mais ne cohabite pas c son conjoint; deux sont célibataires, une est arée, une est divorcée. Une seule répondante çu le diagnostic de « personnalité limite » et e deuxième prend des antidépresseurs.

entretiens : une vision de l'intérieur

gestes automutilatoires varient selon ce que personne veut exprimer (Duché et Gronsac, i2) et selon différents facteurs psychiques et onstanciels. C'est le cas de nos répondantes . s'infligent coups de poing, morsures, atignures, claques sur le visage, coupures les bras ou les cuisses, se tirent des cheveux, versent de l'eau chaude sur des blessures, se chent dans la neige, se gèlent les seins avec la glace, se mettent des épingles à linge sur le ut des seins, se font couler de la cire chaude le corps.

ant de faire un geste automutilatoire, les pondantes disent ressentir de la culpabilité, stress, de la colère, de la rage, de la frustra- n ou de la peine.

« Je ressens beaucoup de colère, de la frustra- tion, de la peine (lorsque je m'automutile)... En plus, il y a une petite fille qui me dit de me faire mal. » (Lise)

rsque questionnées sur le moment où elles utomutilent, les réponses sont aussi nom- euses que variées :

ors d'un rejet ou d'une séparation... « (...) Je ais que c'est parce que je me sens seule. C'est èrs spécifique, je me sens rejetée et abandon- ée par les hommes. » (Linda);

ors d'un trop plein d'émotions... « J'en rends, j'en prends et c'est ça. C'est quand j'en i assez c'est là que je fais des affaires que je e devrais pas faire. » (Nicole);

u en lien avec le cycle menstruel... « (Je n'automutilais) à chaque mois, avant et après nes menstruations. Une fois avant et une fois rprès. Et ça revenait à tous les mois. Même en floride je l'ai fait une fois parce que là, j'étais année d'être avec ma mère. » (Diane)

Comme le souligne Le Breton (2003), le moment choisi pour s'automutiler est plutôt spontané pour quatre répondantes : « Je ne pense pas longtemps à mes gestes (automutilatoires) avant de les faire. Lorsque ça me tente de les faire, je prends un couteau et je les fais. » (Nicole); alors qu'une cinquième répondante souligne au contraire la présence d'un rituel entourant ses gestes : « Je dirais que le rituel, c'est plus au niveau psychologique. Oui, il y a peut-être un rituel maintenant, car je me dis, ok, je vais (m'automutiler). » (Linda)

Aucune des cinq femmes interviewées n'ose discuter de ces comportements avec son entourage, consciente qu'il s'agit là d'un sujet tabou. D'ailleurs, la plupart de ces personnes cachent leurs comportements, car elles en ressentent de la honte (Neuburger, 2006). Elles s'isolent donc pour agir et vivent ce comportement dans la plus grande solitude.

« Je serais incapable que tout le monde soit encore plus conscient que moi de mes comportements. » (Linda)

Quatre des cinq répondantes affirment d'ailleurs avoir un réseau social restreint. Elles ont le sentiment d'être à part et pas tout à fait « normales », comme l'a souligné Le Breton (2003). « Après (m'être automutilée), je me rends compte de ce que j'ai fait et je sais que ce n'est pas correct. » (Lise)

Elles ont aussi honte de ne pas pouvoir gérer leurs problèmes autrement.

« J'ai plein de sentiments ensemble; puis je ne sais pas comment *dealer* avec ça. C'est là que je me dis qu'il faut qu'il arrive quelque chose. » (Lise)

Pourquoi s'automutilent-elles?

Qu'est-ce qui pousse une personne à faire le premier geste autodestructeur? Qu'est-ce qui peut pousser un individu à porter atteinte à son corps? Nos cinq répondantes ont commencé à s'automutiler dès leur plus jeune âge : dès l'enfance (2) ou pendant l'adolescence (3). Plusieurs auteurs soulignent que lorsqu'un adolescent n'arrive pas à créer sa propre identité, à devenir indépendant, à accéder à une sexualité adulte, à définir son intimité, il peut avoir recours à l'automutilation afin d'y pallier (Garel, 2002; Hawton et Kingsbury, 1999; Farrand et Solomon, 1996). À l'adolescence, les gestes automutilatoires pourraient aussi servir

à barrer symboliquement le développement d'un corps contraint à des responsabilités nouvelles apportant une nouvelle vulnérabilité inattendue (Le Breton, 2003).

« Je crois que l'événement qui a déclenché (mes comportements automutilatoires) est la séparation de mes parents. Ça a été un choc, parce que je ne réalisais pas que ma famille était dysfonctionnelle. » (Linda)

Toutes nos répondantes ont connu la violence d'un parent (quatre de la part de leur mère, une de la part de son père), ce qui corroborerait la thèse de Fillmore et Dell (2001) selon laquelle il existerait un lien entre les expériences d'agression vécues au cours de l'enfance et les expériences d'autodestruction vécues à l'âge adulte. Une majorité de répondantes ont subi des agressions sexuelles pendant l'enfance, ce qui, selon Bunclark et Crowe, (2000), cause chez les victimes une immense douleur qui reste habituellement invisible. Pour Kirstein et Keebler (2008), l'automutilation serait un symptôme post-traumatique des agressions sexuelles. Dans le contexte de notre recherche, deux répondantes ont été agressées exclusivement lorsqu'elles étaient enfants, deux autres l'ont été uniquement lorsqu'elles étaient adultes et la dernière, comme enfant et comme adulte. Trois répondantes ont eu plusieurs agresseurs.

« Quand j'étais enfant, ma mère me battait beaucoup et j'ai été abusée sexuellement par mes frères. Quand j'étais jeune, il fallait que je fasse mal à quelqu'un, puis, souvent, j'étais seule. Quand je me fais mal... le mal que j'ai en dedans de moi (sortait) et c'est ça qui (faisait) du bien. » (Lise)

Beaucoup d'enfants agressés sexuellement s'automutilent, comme si le fait de se faire mal leur permettait de maîtriser la douleur qu'on leur a imposée (Sansone et Levitt, 1999). Selon une étude, 30 % des jeunes agressés sexuellement dans leur enfance s'étaient automutilés au cours des douze derniers mois, contre seulement 3 % des jeunes non agressés (Fishers, 2002). Or, les femmes (1/4) seraient plus propices à être agressées sexuellement au cours de leur vie que les hommes (1/10) (Finkelhor, 1994). Plusieurs femmes qui s'automutilent auraient été agressées à répétition dans leur enfance, souvent par des personnes dont elles dépendaient pour leur bien-être et pour leur sécurité (Hyman, 1999).

Il existe donc un lien entre l'automutilation et des événements négatifs vécus antérieurement (Bunclark et Crow, 2000). La violence familiale (non sexuelle) pendant l'enfance déclenche aussi des pulsions autodestructrices : les mauvais traitements, les voies de fait ou les autres formes de violence au sein de la famille, ces formes d'abus de confiance et de pouvoir, souvent répétitifs (Service correctionnel du Canada, 1999). Le manque de soutien affectif et la répression de l'agressivité et de la colère favorisent justement l'émergence de gestes automutilatoires (Gelly, 2003). Aucune des cinq répondantes n'a appris dans sa famille d'origine comment gérer ses émotions : elles tentent toutes plutôt d'échapper à leurs émotions, surtout lorsqu'elles sont trop fortes.

Quel sens donnent-elles à leurs gestes?

À travers leurs gestes automutilatoires, en voyant leur sang couler et leurs blessures se cicatiser, nos répondantes disent être en mesure d'oublier de façon temporaire leur douleur psychologique afin de se concentrer sur leurs blessures physiques.

« (...) Je voulais seulement arrêter de souffrir. C'était comme une façon de ne plus ressentir ce que je ressentais en dedans. » (Carole)

Elles se permettent alors de prendre soin d'elles-mêmes, ne serait-ce que pour un bref moment. Il s'agit donc pour elles d'une façon de reprendre le contrôle perdu sur leur corps et sur leurs émotions. Ainsi, elles peuvent décider quand se couper, combien de fois et jusqu'où elles iront. Ce geste contraste avec toutes les autres occasions où elles étaient victimes (Frigon, 2001).

Nos cinq répondantes se perçoivent et perçoivent leur environnement de façon négative : elles disent avoir de la difficulté à se faire confiance, à faire confiance aux gens. Dès leur plus jeune âge, elles ont été aux prises avec la violence sous toutes ses formes. Quoi de plus naturel pour elles d'utiliser cette même violence pour se punir elles-mêmes? Pourquoi leur corps mériterait-il mieux que ce qu'elles ont dû subir toute leur vie?

Le moment où le geste est fait est rarement douloureux (Le Breton, 2003) : il atténue justement la souffrance, même si elles n'en ont pas toujours clairement conscience. Nos répondantes

disent toutes s'automutiler en vue de ce bref moment de bien-être qui comblera un vide ou les aidera à échapper à un moment difficile.

« Je ressentais une sensation de bien-être, maudit que tu te sens bien, tu te sens bien pendant (que tu t'automutiles). » (Diane)

« Des fois, je me coupais et après je mettais de l'eau chaude sur mes blessures. Je me sentais bien après. Je me sentais libérée de la souffrance que j'avais en dedans. » (Lise)

Leurs gestes autodestructeurs permettent de surmonter la situation qui provoque ces émotions négatives et de composer avec leurs souffrances. Les gestes automutilatoires ont donc une fonction positive (Le Breton, 2003).

« Quand je me fais mal, ça me fait tellement du bien. Le mal que j'ai en dedans de moi sort et c'est ça qui fait du bien. Le fait de ressentir quelque chose sur ma peau, c'est comme me libérer en dedans. » (Lise)

Paradoxalement, elles s'occupent de leurs corps pendant ce bref instant en s'infligeant des blessures. Lorsqu'elles les soignent : il s'agit pour elles d'un temps d'arrêt obligé, d'un moment privilégié pour s'occuper de soi.

« Pendant que je me faisais mal, je me sentais bien, je me sentais bien puis ça ne me faisait pas mal. » (Diane)

« Ce que je pense aussi et là, en ce moment, je me bats pour ne pas le faire, mais souvent je suis très consciente que maudit que c'est bon. C'est juste comme un plaisir et ça fait du bien. » (Linda)

Les contraintes et les moments de désespoir sont monnaie courante pour nos répondantes. L'automutilation les libère. Ces femmes ne connaissent pas d'autres moyens de composer avec leurs souffrances. Pour elles, les gestes automutilatoires transforment leurs sentiments négatifs en un moment de bien-être et leur permettent en fait d'échapper à la souffrance psychologique (Le Breton, 2003).

Les répondantes savent très bien que l'automutilation n'est pas acceptée socialement. Et, malgré le bien-être qu'elles ressentent en agissant ainsi, la culpabilité surgit avec la blessure ainsi que la honte de ne pas pouvoir résoudre autrement leurs difficultés (Le Breton, 2003).

« Après, (m'être automutilée) ça fait mal. Je suis bien (seulement) quand je suis en train de le faire. » (Lise)

« Je me sens malade très malade (après m'être automutilée). » (Carole)

L'automutilation serait-elle une stratégie d'adaptation?

Les répondantes nous ont toutes souligné que leurs comportements autodestructeurs leur permettaient de gérer des sentiments négatifs issus de situations présentes ou antérieures. Pourrait-on interpréter ces gestes comme étant des stratégies d'adaptation? Une stratégie d'adaptation ou *coping* permet à l'individu de continuer à vivre. Il s'agit :

« (d')efforts cognitifs et (d')actions comportementales déployés par la personne afin de gérer (réduire, minimiser, tolérer ou maîtriser) les demandes externes et internes de sa transaction avec l'environnement. Ces demandes sont évaluées comme difficiles à surmonter quelles que soient les ressources de la personne. (Corbière, Dufour et Nadeau, 2001 : 150)

Selon Lazarus et Folkman (1984), une stratégie d'adaptation permet de surmonter un événement perçu comme menaçant : la perte d'un être cher, l'inceste, la négligence parentale ou encore la violence familiale; les incertitudes, les événements attendus qui ne se produisent pas, les événements inattendus, l'anticipation d'affronter une situation imminente, les circonstances déplaisantes, les catastrophes brutales, les situations pénibles ou douloureuses et durables (Bourgeois et Paulhan, 1995). Une telle stratégie permet de maîtriser l'événement, de le tolérer ou de diminuer son impact physique ou psychologique.

Huit catégories de stratégies d'adaptation ont été établies : la résolution de problème (la recherche d'information par exemple); la combativité et la confrontation; la prise de distance ou la minimisation des menaces; la recherche d'un soutien social; la maîtrise de soi; l'autoaccusation; la réévaluation positive; enfin, la fuite ou l'évitement (Bourgeois et Paulhan, 1995, Lazarus et Folkman, 1984).

Certains auteurs dont Hyman (1999) ont argumenté que l'automutilation serait, pour les personnes qui la pratiquent, un mode d'expression, un substitut à la parole et au langage, un

moyen de survie émotive. Elle leur permet d'exercer un certain contrôle sur l'intensité de la douleur subie et sur le moment où celle-ci devra survenir (Service correctionnel du Canada, 1999). Elle aurait ainsi une valeur adaptative à la douleur de l'âme, de diminution des tensions intérieures (BCSW, s.d.). Elle constituerait par la même occasion une tentative de reprendre en main un corps de femme dont on a perdu le contrôle (Le Breton, 2003).

Les gestes autodestructeurs de nos répondantes ont toutes les caractéristiques d'un mode d'adaptation, car ils leur permettent de composer avec la souffrance et la détresse émotives (Fillmore et Dell, 2001) et de surmonter des situations difficiles. Bien qu'autodestructeurs, ces gestes automutilatoires permettraient de composer avec la souffrance et la détresse émotives et de survivre à celles-ci.

« Parce que c'était un moyen (l'automutilation) pour enlever la rage et un moyen pour avoir de l'affection. » (Diane)

En apaisant quelque peu la douleur, nos répondantes peuvent poursuivre leur route, jusqu'à ce que la situation redevienne insupportable et qu'elles optent une fois de plus pour l'automutilation. Cependant, l'apaisement qui fait suite aux comportements automutilatoires est toujours provisoire. Il ne résout rien des circonstances qui ont provoqué la tension, mais procure tout de même un répit (Le Breton, 2003).

Les comportements autodestructeurs seraient une solution temporaire permettant à la personne de survivre à la détresse qui la submerge peu importe l'origine de cette détresse, donc une façon de continuer sa vie et non de l'arrêter (BCSW, s.d.). Dès que la douleur causée par des gestes autodestructeurs apparaît, l'anxiété et la douleur intérieure diminuent.

Automutilation et intervention sociale

L'automutilation est fréquemment mal diagnostiquée et confondue avec le suicide, les modes corporelles ou les désordres alimentaires; elle a souvent entraîné l'internement d'une personne qui la pratiquait de façon extrême. Or, il s'agit d'appels à l'aide.

Les cinq répondantes que nous avons interviewées n'ont pas le même âge et ne proviennent pas du même milieu. Pourtant, elles s'automutilent et leurs gestes semblent

avoir un sens commun : ils leur permettent de survivre à une douleur extrême. Elles nous disent que la douleur physique soulage leur douleur psychologique. Elles vivent des moments difficiles, mais compensent en se procurant des moments de bien-être à travers ces gestes. En s'infligeant une douleur contrôlée, elles luttent contre une souffrance qui est infiniment plus lourde (Gelly, 2003).

L'automutilation constitue en quelque sorte un indice de souffrance intérieure : la personne essaie de s'en sortir du mieux qu'elle le peut. Le soulagement provoqué par le geste automutilatoire illustre aussi le sentiment d'impuissance que les femmes peuvent ressentir. En effet, se sentant incapables d'avoir un certain contrôle sur les événements qui les entourent, les femmes se révoltent contre elles-mêmes, contre leurs corps (Frigon, 2001).

Malheureusement, pour celles qui veulent mettre fin à leurs comportements automutilatoires, peu de ressources sont disponibles et les travailleurs sociaux n'ont souvent aucune piste d'intervention. Nous espérons que cette recherche contribuera à sensibiliser les travailleurs sociaux à cette problématique. La première étape est certainement de dépasser les craintes et les tabous. En comprenant l'automutilation comme un mode d'adaptation, les travailleurs sociaux seront ensuite en mesure de mieux intervenir auprès de ces personnes. Il demeure primordial de comprendre la souffrance qui les pousse à s'infliger de telles blessures. Leurs gestes sont une tentative de guérison (Neuburger, 2006) qui doit nous interpeller pour les aider à trouver d'autres alternatives de se soulager de façon plus sécuritaire.

Ainsi, il serait possible d'adopter ici une approche de « réduction des méfaits ». À titre d'exemple, on pourrait proposer de remplacer la lacération par l'utilisation d'un glaçon, qui, lorsqu'il est serré fortement dans la main, procure des sensations équivalentes, mais entraîne des conséquences moins graves (Neuburger, 2006). Plutôt que de réprimer l'acte de lacération, le travailleur social aidera la personne à résoudre ses difficultés, ses problèmes personnels et ses conflits interpersonnels de manière adéquate, et à exprimer ses émotions. Le travailleur social pourra aussi amener ces femmes qui ont une piètre opinion d'elles-mêmes à se

loriser dans les différentes sphères de leur vie; diverses activités sportives, communautaires ou culturelles pourraient les aider à canaliser leurs énergies et à s'exprimer de façon différente et moins nocive (Yip, 2005). Sans doute, le travailleur social a tout avantage à adopter une attitude de réflexion et de compréhension plutôt qu'une attitude réactive motivée d'affects contre-transférentiels mal utilisés (Neuburger, 2006).

Conclusion

Ce phénomène de l'automutilation n'est certainement pas en voie de régression, or peu d'études se sont penchées sur le point de vue des personnes qui y ont recours. Le tabou qui entoure fait en sorte qu'il est possible de motiver des femmes dans notre pratique professionnelle sans pour autant être conscients de leurs gestes, car elles sont parfaitement intégrées à la vie courante. Cette recherche nous a permis de démontrer que, pour ceux qui la pratiquent, l'automutilation est souvent une stratégie d'adaptation à des situations extrêmement pénibles. Nos répondantes ont en effet vécues un vécu douloureux et leur souffrance n'est encore aujourd'hui difficile à supporter. Ces actes autodestructeurs leur permettent d'essayer de l'apaiser, du moins c'est là ce qu'elles nous ont rapporté. Elles « gèrent » ainsi ce surplus d'émotions et s'y adaptent, et rendent ainsi leur souffrance plus tolérable. Cela dit, leur discours sur elles-mêmes reste négatif, bien qu'elles admettent que l'automutilation leur fasse vivre des sentiments très positifs ainsi qu'une reprise de contrôle sur elles-mêmes et sur leur environnement. L'automutilation semble leur permettre de s'adapter à leur souffrance tout en l'apaisant pendant un bref moment (Le Breton, 2003).

Cette recherche exploratoire devrait, nous l'espérons, susciter de plus amples recherches sur ce phénomène à partir du discours de ceux et celles qui le vivent. Et, afin que les personnes qui s'automutilent reçoivent les services dont elles ont besoin, il pourrait s'avérer judicieux d'élargir la gamme de services pour inclure des programmes ou des organismes spécialisés s'adressant aux personnes qui s'automutilent. Car ce phénomène est unique et ne peut en aucun cas être confondu avec d'autres problématiques. Pour mieux intervenir auprès de

cette clientèle, il faut donc combattre les tabous associés à l'automutilation, mieux se former comme professionnels et intervenir de façon adaptée à cette problématique très complexe. Nous espérons que cette recherche aura permis de faire les premiers pas en ce sens.

Descripteurs :

Automutilation // Comportement autodestructeur // Automutilation - Aspect psychologique // Service social aux femmes
Self-mutilation // Self-destructive behavior // Self-mutilation - Psychological aspects // Social work with women

Références

- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Bardin, L. (1996). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.
- Baumeister, A. A., & Rollings, J. P. (1976). *Self-injurious behavior*. New York: Academic Press.
- Bourgeois, M., et Paulhan, I. (1995). *Stress et coping, les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris : Presses universitaires de France.
- BCSW (Bristol Crisis Service for Women) (s.d.). *Living with Self-Injury*. Leaflet.
- Brown, M., Comtois, K., & Linehan, M. (2002). Reason for Suicide and Non Suicidal Self-Injury in Women with Borderline Personality Disorder, *Journal of Abnormal Psychology*, 222, 198-202.
- Bunclark, J., & Crowe, M. (2000). Repeated Self-Injury and its Management, *International Review of Psychiatry*, 12, 48-53.
- Corbière, M., Dufour, M., & Nadeau, L. (2001). Stratégies d'adaptation des victimes d'abus sexuels résilientes et toxicomanes. *Revue québécoise de psychologie*, 22, 149-162.
- Deslauriers, J-P. (1991). *Recherche qualitative*. Montréal : McGraw-Hill.
- Duché, N., et Gronsac, A. (1982). *Prisons de femmes*. Paris : Denoël.
- Dumesnil, F. (1989). *Autisme, psychoses précoces et automutilation : une approche psychodynamique*. Montréal : Presses de l'université de Montréal.
- Farrand, J., & Solomon, Y. (1996). Why don't you do it properly? Young Women who Self-Injure, *Journal of Adolescence*, 19, 111-119.
- Favazza, A., & Conterio, K. (1986). Female Habitual Self-Mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 283-289.

- Fillmore, C., et Dell, C. (2001). Les femmes des Prairies, la violence et les actes autodestructeurs, *Le réseau*, 4, 1-4.
- Fishers, W. (2002). Psychopathology Associated with Suicidal Ideation and Attempts among children and adolescents, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*, 37, 915-923.
- Finkelhor, D. (1994). The International Epidemiology of Child Sexual Abuse, *International Journal*, 18, 409-417.
- Frigon, S. (2001). Femmes et emprisonnement : le marquage du corps et l'automutilation, *Criminologie*, 34, 31-56.
- Garel, P. (2002). L'automutilation, fracture de l'identité, *Prisme*, 37, 24-31.
- Gelly, V. (2003). Ces adolescents qui se mutilent, *Psychologie*, 219, 94-98.
- Glaser, B.G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- Gratz, K. (2001). Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory, *Journal of Psychopathology and Behavioral assessment*, 23, 253-263.
- Hawton, K., & Kingsbury, S. (1999). Repetition of Deliberate Self-Harm by Adolescents: the Role of Psychological Factors, *Journal of Adolescence*, 22, 369-378.
- Hyman, J. W. (1999). *Women Living With Self-Injury*. Philadelphia: Temple University Press.
- Kahan, J., & Pattison, M. (1984). Proposal for a Distinctive Diagnosis: the Deliberate Self-Harm Syndrome, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 14, 17-35.
- Kirstein, A., & Keefler, J. (2008). Concurrent Individual and Family Therapy and the Decrease of Symptoms in Adolescents Engaging in Self-Mutilation, *Intervention*, 128, 52-62.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Transactional Theory and Research on Emotions and Coping, *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Le Breton, D. (2002a). *Signes d'identité : tatouages, perçage et autres marques corporelles*. Paris : Éditions Métailié.
- Le Breton, D. (2002b). *L'adolescence à risque*. Paris : Éditions Autrement.
- Le Breton, D. (2003). *La peau et la trace*. Paris : Éditions Métailié.
- Marlow, C. (2001). Women Living with Self-Injury, *Families in Society*, 82, 1-2.
- Melo, I. (2004). Passages au corps II, dans *Attaques du corps*. *Adolescence*, 22 (2^e éd.) : 225-244.
- Miles, M., et Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : Éditions de Boeck.
- Morelle, C. (1995). *Le corps blessé : automutilation, psychiatrie et psychanalyse*. Paris : Bibliothèque de clinique psychanalytique.
- Muchielli, A. (1994). *Les méthodes qualitatives*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Neuburger, R. (2006). Automutilation. Quelques généralités sur un nouveau symptôme. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 36, 155-167.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative*. Paris : Armand Collin.
- Rojahn, J. (1986). Self-injurious and stereotypic behavior of noninstitutionalized mentally retarded people: Prevalence and classification, *American Journal of mental deficiency*, 91, 268-276.
- Rojahn, J. (1994). A comparison of assessment methods for depression in mental retardation, *Journal autism and developmental disorders*, 24, 305-313.
- Sansone, R., & Levitt, J. (1999). Bodily Self-Harm and its Relationship to Childhood Abuse Among Women in a Primary Care Setting, *Violence Against Women*, 5, 155-163.
- Scharbach, H. (1986). *Automutilation et auto-offences*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Service correctionnel du Canada (1999). *Rapport sur les cas d'automutilation à la prison des femmes de Kingston*. Ottawa.
- Tassé, M., et Maurice, P. (1994). La mesure des comportements d'automutilation. *Science et comportement*, 23, 213-223.
- Thietard, R.A. (1999). *Méthodes de recherche en management*. Paris : Dunod.
- Yip, K.-S. (2005). A Multi-Dimensional Perspective of Adolescents Self-Cutting, *Child and Adolescent Mental Health*, 10 (2), 80-86.