

URGENCES
2009



Chapitre 5

Automutilations à l'adolescence

M.-F. LE HEUZEY

Sur des blogs

« Quand je vois mon sang couler, c'est comme une épuration »

« Les brûlures et les coupures me permettaient d'évacuer la haine gigantesque qui était en moi. Désormais je ne sais pas à quoi ça me sert, cette haine est partie, il ne me reste plus qu'un désespoir, une non envie de vivre et une attirance excessive vers la mort »

« Quand je me coupe, je me sens mieux ».

Les comportements automutilateurs (1) sont en expansion dans nos sociétés, ils peuvent même être valorisés et paraître emblématique de la jeunesse contemporaine.

La définition de l'automutilation ne réunit pas un consensus, et les limites avec les gestes suicidaires d'une part et avec le « body art » d'autre part ne sont pas claires.

Nommé dans la littérature anglo-saxonne « self injury », « self harm », ou « self mutilation », le phénomène automutilatoire est appelé aussi « non fatal suicidal behavior », « self inflicted violence ».

En français on parle d'automutilation, de passage à l'acte, de comportement auto-agressif.

Correspondance : Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, APHP, Hôpital Robert Debré, 48 Boulevard Serurier 75019 Paris. Tél. : 01 40 03 22 92. Fax : 01 40 03 36 22.
E-mail : marie-france.leheuzey@rdb.aphp.fr

La définition souvent retenue est celle de Herpertz : comportement qui consiste à se faire mal de façon délibérée, répétée, de manière directement physique, sans intention consciente de se suicider et qui ne conduit pas à des blessures pouvant menacer le pronostic vital (2).

Cette définition exclut les automutilations graves, les actes à connotations sexuelles et les tentatives de suicide.

Les données épidémiologiques sont rares.

Whitlock fait état de 17 % de prévalence sur la vie pour au moins un geste d'auto agression. 75 % de ces sujets ont présenté plus d'un épisode, 36 % disent que personne n'a été au courant du geste et seulement 3,29 % ont vu un médecin (3).

Les pratiquants réguliers sont plus souvent des femmes, bisexuelles ou s'interrogeant sur leur orientation sexuelle. Souvent asiatiques ou asiatique/américaines, elles rapportent significativement plus d'antécédents de maltraitance physique ou sexuelle.

Il n'y a pas de consensus sur la signification des automutilations (4) : s'agit il d'une entité clinique autonome ou sont ils des symptômes appartenant à différents syndromes cliniques ?

La classification la plus répandue est celle de Favazza (5, 6) qui distingue les automutilations en trois catégories : majeures, stéréotypiques, et superficielles/modérées.

Les *automutilations majeures* sont des actes d'amputations, énucléations, émasculations etc. Ce sont le fait de patients schizophrènes ou d'états délirants.

Les *automutilations stéréotypiques* se rencontrent dans les syndromes autistiques, les retards mentaux, certains syndromes neurologiques. Ces manifestations sont du type : se cogner la tête, se mordre, se comprimer les yeux etc.

Les *automutilations superficielles/modérées* sont les formes les plus fréquentes et se divisent en deux catégories : automutilations compulsives et automutilations impulsives.

Les automutilations compulsives sont la répétition de lésions comme les écorchures, les morsures, les coups auto-infligés, l'entretien de la non-cicatrisation des plaies, l'onychophagie, l'arrachage des peaux autour des ongles, la trichotillomanie, la répétition de lésions cutanées.

Les automutilations impulsives, épisodiques ou répétitives sont en premier lieu des coupures effectuées par rasoir, morceaux de verre, lame de taille crayon, ciseaux, cutter ; et en second rang les brûlures, notamment par cigarette.

Cette classification répartit les automutilations en fonction des comorbidités, tout en laissant la place à une entité individualisée, le syndrome d'automutilations répétées.

Le *syndrome d'automutilations répétées* (SAD) est la répétition d'automutilations impulsives, avec une incapacité récurrente à résister à l'impulsion de s'automutiler physiquement, et sans intention de se suicider. Les relations entre SAD et personnalité borderline ne sont pas simples.

1. Clinique

Les automutilations commencent dans 59 % des cas vers 12-13 ans, et pour un quart des cas vers 10/11 ans. Près des deux tiers des cas surviennent dans un contexte de trouble du comportement alimentaire, où on peut repérer un autre comportement auto-agressif comme le vomissement provoqué ou le mérycisme.

À l'adolescence les automutilations sont plus compulsives qu'impulsives, mais elles sont souvent associées ou pratiquées en alternance. Comme l'ont souligné certains auteurs, il existe une sorte de spectre avec un continuum impulsivité/compulsivité.

La séquence comportementale de l'automutilation impulsive a été synthétisée selon les étapes suivantes :

- un événement déclenchant s'accompagne d'un malaise croissant sur fond d'humeur dysphorique (tristesse, morosité, irritabilité), voire de torpeur ou de dissociation,
- naît ensuite la conviction de se trouver dans une impasse relationnelle, et l'envie se faire mal, avec une impossibilité d'y résister,
- entre la décision et la mise en acte, le temps est bref, et le geste auto-agressif apporte un soulagement.

Le facteur déclenchant est une sensation de vide ou de tension intérieure.

Les raisons invoquées sont : un sentiment d'échec, de frustration, de rejet, de solitude, d'excitation ou colère ; le besoin d'exprimer un sentiment de haine envers soi-même et de se punir, d'obtenir des soins ou l'attention des autres, de changer d'apparence corporelle, d'appartenir à un groupe et de cesser de se sentir seul, d'exercer un contrôle sur soi, de s'empêcher de penser au suicide, de lutter contre la déréalisation et de reprendre contact avec la réalité.

1.1. Les localisations

N'importe quelle partie du corps peut être concernée mais certaines régions sont privilégiées : bras et poignet à tel point que Rosenthal a décrit le wrist cutting syndrome (7).

Les autres zones sont les cuisses, le cuir chevelu les lèvres, les mains et les doigts. À proximité des organes génitaux les automutilation sont différentes. Les lésions sont superficielles mais laissent des cicatrices visibles.

Des épidémies d'automutilations se voient dans les foyers d'accueil pour adolescents, les services hospitaliers, les établissements scolaires en particulier en internats.

2. Quels sont les contextes psychopathologiques ?

2.1. Les troubles du comportement alimentaire

Clotilde, 16 ans, fille unique et ravissante d'un couple séparé (dont les deux membres se sont remariés) est une excellente élève au lycée, et pianiste de bon niveau dans son conservatoire. Elle traverse une période d'anorexie mentale pendant 2 années, sans que son état ne nécessite pourtant une hospitalisation. Au fil des mois, son évolution paraît positive car Clotilde accepte de se réalimenter, continue ses études au lycée et au conservatoire. Pourtant, Clotilde ne se sent pas aller mieux. Elle mange certes, mais elle mange aussi en cachette et si elle prend du poids, c'est qu'elle mange plus mais surtout « trop ». Clotilde a basculé dans la boulimie ; elle se fait vomir parfois, et comme ses parents ne semblent pas percevoir qu'elle va mal, dit elle, elle commence à se scarifier en se lacérant la peau des cuisses et du ventre qu'elle trouve trop gros. Puis regrettant que ses parents paraissent aveugles à ces scarifications, elle s'attaque à son visage qu'elle lacère.

Les troubles du comportement alimentaire sont les diagnostics les plus souvent associés aux automutilations. En parallèle, les sujets souffrant de TCA sont plus susceptibles de présenter un comportement automutilateur.

Ces troubles présentent des points communs : majorité féminine, début à l'adolescence, insatisfaction corporelle, ascétisme, sentiment d'inefficience impliquant une attitude autopunitive.

Les boulimiques automutilatrices auraient un BMI plus élevé, et se « puniraient » plus.

On a ainsi individualisé un sous-groupe de patientes ayant un syndrome multi-impulsif caractérisé par l'association d'un trouble du comportement alimentaire associé à d'autres manifestations : alcoolisme, usages de drogues, tentatives de suicide, automutilations, achats et sexualité compulsifs.

Parfois, il y a alternance entre TCA et autres comportements impulsifs comme l'automutilation.

Dans la boulimie, les automutilations sont de type compulsif. La coexistence avec des automutilations impulsives est en faveur d'un diagnostic de dysfonctionnement psychique plus sévère, en particulier dépressif.

Dans l'anorexie, l'automutilation est plus impulsive, et en particulier chez les anorexiques avec conduites d'élimination.

Le taux d'automutilation est voisin dans l'anorexie et la boulimie, et certains auteurs estiment que la coexistence d'automutilations impulsives et compulsives est prédictive d'une rupture de suivi.

2.2. Les troubles de la personnalité de type border line

Flavie a des conditions de vie difficile. Son père, dont la vie se déroule en province, n'a aucun contact avec sa fille et ne souhaite pas se rapprocher d'elle. Sa mère souffre d'une maladie neurologique évolutive et voit sa fin de vie approcher. Le reste de la famille paraît inexistant. Flavie, 15 ans, ne perçoit aucun indice positif dans sa vie. Son père l'ignore, sa mère dit qu'elle va mourir. Entre sa vie scolaire en internat et les week-end avec sa mère, Flavie multiplie les passages à l'acte, et à la suite d'une intoxication volontaire plus grave que les précédentes, elle est hospitalisée en service de réanimation d'abord puis en service de psychiatrie d'adolescent où elle multiplie les actes auto-agressifs : scarifications avec lacérations en traits parallèles des avant-bras, parfois des cuisses. Certaines coupures sont suffisamment profondes pour nécessiter des points de suture.

50 à 80 % des adolescents borderline s'engagent dans des comportements auto-agressifs. Les automutilations sont avant tout de type impulsif, coupures, brûlures. L'existence de comportement automutilateur est souvent considérée comme un indice de gravité, avec un risque de passages à l'acte suicidaire plus sévères. L'automutilation apparaît alors comme un moyen d'autopréservation, de régulation des affects, de résistance contre la dissociation et le suicide.

3. Diagnostic différentiel et formes limites

1) Le syndrome de Lasthenie de Ferjol, a été décrit en 1967 par Jean Bernard à partir d'observations de jeunes filles qui se prélèvent du sang de façon répétitive, entraînant une anémie hypochrome sans étiologie organique. Le nom a été emprunté à un roman « Une histoire sans nom » de Barbey d'Aureville où l'héroïne se pique de façon répétitive avec son aiguille de broderie pour se faire saigner.

Cette pathologie est décrite actuellement dans le cadre des troubles dits factices, ou syndrome de Munchausen où la patiente s'auto-provoque une pathologie, pour attirer l'attention des médecins. Généralement, les prélèvements de sang sont dissimulés, à l'inverse de l'automutilations où les autoagressions sont plutôt exhibées.

2) Branding, cutting, piercing, tatoos etc. (8)

Les échoppes proposant ces différentes modifications corporelles et d'autres ouvrent en abondance dans certains quartiers « jeunes ». Ces modifications corporelles, autrefois plus réservées à des initiés amateurs de certains goûts sexuels, sont proposées actuellement plus largement soit à « visée esthétique »,

soit pour s'identifier à un mouvement (gothic ou autre) et sont adoptées par de nombreux jeunes.

L'extension de ces pratiques les banalise, et la tendance est de les ramener à un simple phénomène de mode comme le maquillage, ou les modifications de coiffure. Pourtant certaines pratiques sont violentes, voire particulièrement sanglantes ou douloureuses, et enfin les complications ne sont pas rares.

En fait, les études sur des populations adolescentes montrent que ces pratiques sont dans de nombreux cas le signe d'un comportement de prise de risque, et que ces adolescents sont aussi à risque de consommations de substance, de comportements suicidaires, et d'auto-agressions.

4. Lien avec les comportements suicidaires

Traditionnellement, les automutilations excluent une démarche suicidaire, voire, sont utilisées pour empêcher le geste suicidaire.

Le Breton (9) affirme même que les atteintes à l'intégrité corporelle ne sont pas l'indice d'une volonté de mourir ou de se détruire. « Elles ne sont pas des tentatives de suicide mais des tentatives de vivre » écrit-il.

Pourtant, l'étude de Whitlock (10) attire l'attention sur le lien entre automutilation et suicidalité. Cet auteur est formel : la présence d'automutilations nécessite une évaluation précise du risque suicidaire, car les adolescents qui font le plus d'automutilations sont ceux qui rapportent le plus d'idées suicidaires.

En pratique clinique, on se doit ainsi d'être prudent..

5. Stratégies thérapeutiques (11)

En urgence, les soins somatiques sont la priorité.

L'évaluation psychiatrique est indispensable comme en présence d'un acte suicidaire même s'il n'y a pas de recherche de mort et même si les lésions sont modérées.

Cette évaluation cherche à replacer le geste dans son cadre :

- Diagnostic psychiatrique en particulier personnalité borderline, trouble du comportement alimentaire.
- Autres conduites de prise de risque : consommations d'alcool et toxiques.
- Antécédents de gestes suicidaires et idéation suicidaire actuelle.

L'évaluation sociale et familiale s'y associe.

6. Et les médicaments ?

Il n'existe pas de traitement médicamenteux dans l'urgence des comportements automutilateurs.

Tout au plus, le médecin urgentiste peut proposer un traitement par neuroleptique sédatif strictement symptomatique, pour diminuer le niveau d'anxiété et de tension du sujet.

Les traitements médicamenteux à moyen terme peuvent éventuellement être envisagés dans une gestion thérapeutique globale.

Références bibliographiques

1. Gicquel L, Corcos M, Richard B, Guelfi JD. Automutilations à l'adolescence Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Pédopsychiatrie 2007 ; 37-216-J-10.
2. Herpetz S. Self injurious behaviour. psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self injurers. Acta psychiatr scand 1995 ; 91 : 57-68.
3. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self injurious behaviors in a college population. Pediatrics 2006 ; 117 (6) : 1939-48.
4. Bjarehed J, Lundh LG. Deliberate self harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? Cogn Behav Ther 2008 ; 37 (1) : 26-37.
5. Favazza AR, Rosenthal RJ. Varieties of pathological self mutilation. Behav Neurol 1990 ; 3 : 77-85.
6. Favazza AR. Self injurious behavior in college students. Pediatrics 2006 ; 117 (6) : 2283-4.
7. Rosenthal RJ, Rinzler C, Walsh R, Klausner E. Whrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture. Am J Psychiatry 1972 ; 128 : 1363-8.
8. Carroll ST, Riffenburgh RH, Roberts TA, Myhre EB. Tattoos and body piercings as indicators of adolescent risk taking behaviours. Pediatrics 2002 ; 109 : 1021-7.
9. Le Breton D. La peau et la trace. Sur les blessures de soi, Paris, Metallié : 2003 : 140 p.
10. Whitlock J, Knox KL. The relationship between self injurious behavior and suicide in a young adult population. Arch Pediatr Adolesc Med 2007 ; 161 (7) : 634-40.
11. Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Geenberg T, Shaffer D. Emergency treatment of young people following self-harm. Arch Gen Psychiatry 2005 ; 62 : 1122-8.

