



L'automutilation (AM) désigne un comportement consistant à s'infliger volontairement des blessures sans avoir l'intention de se suicider. S'égratigner, se couper et se brûler en sont des exemples. Une étude récente menée auprès de 946 adolescents flamands et néerlandais a démontré que 1 adolescent sur 4 s'est un jour volontairement blessé. Nous avons étudié les facteurs de vulnérabilité et les fonctions de l'AM. Les constats de l'étude suggèrent qu'une constellation spécifique de la personnalité (caractérisée par une instabilité émotionnelle et un contrôle réduit du comportement), via une sensibilité augmentée au stress et un modèle de réaction dépressif, accroît la probabilité de recourir à l'AM. Enfin, quelques repères sont brièvement présentés aux professionnels qui sont confrontés à des jeunes recourant à l'AM.

COMPORTEMENT D'AUTOMUTILATION CHEZ LES ADOLESCENTS



**Glenn Kiekens¹,
Ronny Bruffaerts¹,
Philippe Mortier¹,
Koen Demyttenaere¹,
Laurence Claes²**

1. Groupe de recherche
en psychiatrie, KU Leuven;
2. Faculté de Psychologie et Sciences
de l'éducation, KU Leuven

Définition

Les scientifiques du comportement définissent l'AM comme un comportement social inacceptable en vertu duquel une personne s'inflige volontairement et directement des blessures physiques sans l'intention de se donner la mort (1, 2). Les comportements autodestructeurs indirects tels que les troubles du comportement alimentaire ou les addictions ne sont donc pas considérés comme de l'AM. Bien que l'AM puisse involontairement prendre des formes mortelles (par ex., se taillader les veines du poignet), on ne constate aucune intention primaire de s'ôter la vie. Si tel est toutefois le cas, on ne parlera plus d'AM, mais de tentative de suicide. Outre la présence d'une intention suicidaire, il est essentiel de distinguer l'AM du comportement suicidaire étant donné que les méthodes employées sont moins létales (par ex., se couper par rapport à se pendre) et sont plus fréquentes. On parle toutefois de comorbidité, et la présence de l'AM peut engendrer un risque majoré pouvant entraîner un comportement suicidaire (aigu) (4). Enfin, il est primordial d'insister sur le fait que l'AM s'insère toujours dans un cadre socioculturel et que le port de boucles d'oreilles ou de piercings, par exemple, n'est pas considéré comme une AM, et ce, en raison de leur fonction esthétique admise en Occident. L'importance des études sur l'AM a encore été récemment soulignée par le DSM-5 dans le cadre duquel l'AM a été décrite comme une maladie devant être examinée (5) et dont les premiers résultats semblent étayer la validité d'une entité diagnostique distincte (6).

Prévalence, fonctions et causes de l'AM chez les adolescents

L'AM apparaît essentiellement dans la tranche des 12 à 14 ans et survient le plus fréquemment durant l'adolescence. Quand on les interroge sur les AM, telles que les égratignures, les brûlures ou les coups à la tête, 23,6 % des adolescents, en moyenne, avouent s'être déjà infligés des blessures (8). Le développement biopsychosocial des adolescents fournit une explication partielle au fait que l'adolescence représente une période propice à l'apparition des AM. L'adolescence est une phase potentiellement stressante de la vie, caractérisée par des modifications physiques, psychiques et sociales importantes (9). Ces modifications peuvent induire des expériences déroutantes et des doutes. Le développement identitaire occupe en effet une position centrale et les adolescents doivent relever le défi de la séparation avec le milieu parental et adhérer au mode de pensée de leurs compagnons d'âge. Les études démontrent que ce processus est plus compliqué chez les jeunes recourant à l'AM. Ils éprouvent davantage de difficultés dans la constitution identitaire et sont plus souvent les victimes de harcèlement ou de discrimination par leurs compagnons d'âge (10, 11). Il convient de souligner que les zones cérébrales sous-corticales traitant les stimuli émotionnels (par ex., le système limbique) se développent plus tôt que les régions cérébrales corticales régulant le comportement et les émotions (par ex., le cortex frontal) (12). Une discordance neurobiologique provisoire

naît ainsi et accentue la réactivité émotionnelle et l'impulsivité des adolescents. Naturellement, chaque adolescent ne recourt pas à l'AM, mais des différences individuelles de tempérament et les facteurs environnementaux définissent le risque d'AM. Ainsi, de précédentes expériences de vie négatives telles qu'un abus, souvent rapportées par les jeunes qui s'automutilent (17), induisent également des altérations limbiques et préfrontales (18). Des études précédentes ont par ailleurs montré un lien entre l'AM et une augmentation des symptômes dépressifs (13, 14), un contrôle comportemental réduit et un dysfonctionnement exécutif chez les adolescents (15, 16). Cela démontre donc que les adolescents recourant à l'AM peuvent être considérés comme un groupe vulnérable et que l'apparition des AM à l'adolescence est un processus multifactoriel déterminé par les interactions entre les processus de développement biologiques, psychologiques et sociaux.

Il ressort des études existantes que l'AM est le plus souvent pratiquée afin de se débarrasser de sentiments négatifs ou du stress (sanction négative automatique) (19). D'autres fonctions très fréquentes de l'AM sont les suivantes: se procurer un sentiment de jouissance ou une certaine situation physiologique (réponse positive automatique), échapper aux exigences de l'environnement social (par ex., ne plus devoir aller à l'école; soit une sanction sociale négative) et l'utilisation de l'AM comme moyen de communication (à savoir, aucun mot, mais des actes afin d'extérioriser le mal-être; soit une sanction

sociale positive). A court terme, l'AM engendre donc toujours des conséquences comportementales ou émotionnelles positives, souvent suivies (de nouveau) par des sentiments négatifs tels que la honte ou la culpabilité, ce qui pousse les jeunes à de nouveau s'infliger des blessures pour échapper à ces sentiments. Un cercle vicieux dans lequel les jeunes sont réellement dépendants de l'AM, considérée comme mécanisme de régulation, est ainsi créé.

Interaction entre la personnalité, le stress et le coping

Une étude menée parmi les adolescents flamands et néerlandais

Une étude récente nous a permis d'analyser le lien entre les cinq principaux traits de personnalité (*Big Five*), le stress ressenti, le coping et l'AM (20). Le modèle de personnalité *Big Five* distingue cinq dimensions de la personnalité, à savoir le Neuroticisme (prédisposition à ressentir de la peur et un affect négatif), l'Extraversion, l'Ouverture aux expériences, l'Amitié et la Conscience. Une combinaison de ces caractéristiques de la personnalité permet de décrire la personnalité d'un individu. En psychologie et psychiatrie cliniques, le stress est décrit comme une expérience subjective de stimuli négatifs ou aversifs alors que le coping désigne la gestion efficace de situations stressantes. Une précédente étude a démontré des différences entre les cinq principaux traits de personnalité des individus recourant ou non à l'AM (20). Ainsi, les personnes recourant à l'AM ont affiché 1) des niveaux supérieurs de Neuroticisme et d'Ouverture aux expériences et des niveaux inférieurs d'Amitié et de Conscience; 2) un plus grand stress subjectif; et 3) un coping moins adapté à la gestion du stress. Dans le cadre de notre étude, nous souhaitons intégrer le lien entre la personnalité, le stress, le coping et l'AM. Selon ce modèle intégré, reposant sur un cadre de référence transactionnel, certains traits de personnalité peuvent influencer sur la sensibilité subjective au stress et sur les stratégies de coping permettant d'y faire face (21). Ainsi, les traits de personnalité induisant une plus grande sensibilité au stress et un coping inadéquat augmentent le risque d'AM.

Tableau 1: Méthodes d'AM.

	% Total	% garçons	% filles
Coups à la tête	12,9	15,9	9,9
Coups	9,9	9,8	10,6
Egratignures	9,0	6,5	12,6
Empêcher la guérison des blessures	6,7	6,3	6,9
Coupures	6,2	3,7	9,6
Brûlures	2,4	2,9	1,7
Autres	1,1	1,5	1,2

Modified from Kiekens G. et al. 2015. Non-suicidal self-injury among Dutch and Belgian adolescents: Personality, stress and coping. *European Psychiatry*, 30, 743-749. Copyright © 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Au total, 946 adolescents (44,4% de filles) de 12 à 19 ans (âge moyen = 15,5 ans) ont participé à l'étude. Environ un quart des adolescents (24,3%) a déclaré s'être déjà infligé des blessures. La majorité a déclaré s'être infligé une blessure pour la première fois entre 11 et 14 ans. L'apparition de l'AM ne différait pas entre les jeunes flamands et néerlandais, ni entre les filles et les garçons. La nature des AM divergeaient toutefois entre ces derniers: les coups à la tête sont davantage rapportés par les garçons que les filles, alors que la tendance inverse est constatée pour ce qui concerne les égratignures ou les coupures (**Tableau 1**). En moyenne, deux méthodes d'AM sont utilisées.

Nous avons également étudié les différences entre les cinq principaux traits de personnalité, le stress et le *coping* chez les adolescents recourant ou non à l'AM. En termes de personnalité, les résultats ont démontré que les jeunes recourant à l'AM obtiennent des résultats plus élevés pour le Neuroticisme et moins élevés pour l'Amitié et la Conscience que les jeunes ne pratiquant pas l'AM. Cela souligne que les adolescents pratiquant l'AM ressentent des émotions plus négatives, un

conflit interpersonnel plus aigu et réagissent de manière plus impulsive. De plus, les jeunes pratiquant l'AM rapportent un niveau de stress quotidien plus élevé et des stratégies de *coping* moins adéquates que leur compagnons d'âge ne recourant pas à l'AM. Ils adoptent ainsi davantage un *coping* d'évitement (par ex., rechercher une distraction et éviter et attendre), émotionnel (par ex., réagir de manière dépressive et exprimer les émotions et la colère) et moins actif (par ex., s'attaquer activement aux problèmes et rechercher un soutien social).

Les résultats ont démontré que le Neuroticisme, l'Amitié et la Conscience n'entretiennent aucun lien direct avec l'AM, mais sont indirectement liés à l'AM via le stress ressenti et le *coping* dépressif. Les adolescents neurotiques (ou émotionnellement instables) ressentent – au contraire des adolescents obtenant des résultats supérieurs en termes d'Amitié et de Conscience – davantage de stress et pratiquent plus souvent un *coping* dépressif, ce qui augmente la probabilité de la survenance des AM. Les jeunes présentant une constellation de personnalité vulnérable ressentiront donc un plus grand stress et le

géreront de manière moins adéquate, ce qui pérennise les sentiments négatifs et accroît le risque de les réguler via les AM.

Nos découvertes confirment que l'adolescence est une période propice à la survenance des AM chez les adolescents flamands et néerlandais (7). Les jeunes pratiquant l'AM sont souvent caractérisés par une constellation de personnalité spécifique induisant un plus grand stress/un affect négatif et le recours à des stratégies de *coping* inappropriées (essentiellement, une réaction dépressive), ce qui accroît le risque d'AM (comme mécanisme de régulation de l'affect). Il convient de souligner que la constellation de personnalité dégagee (Neuroticisme élevé, Conscience et Amitié faibles) renvoie tant à des caractéristiques de troubles de la personnalité *borderline* (22) qu'au facteur p latent récemment découvert (à savoir, «*General Psychopathology dimension*») (23). En résumé, ces constats mettent en exergue qu'une constellation de personnalité spécifique indiquant des difficultés de régulation du stress/de l'affect rend les jeunes potentiellement vulnérables à l'occurrence des AM.

Tableau 2: Analyse coûts-bénéfices.

Poursuivre les AM		Cesser les AM	
Bénéfices	Coûts	Bénéfices	Coûts
Détente	Cicatrices	Moins de problèmes familiaux	Comment vais-je encore pouvoir me détendre?
M'échapper	Me sentir coupable	Plus dépendant de l'AM	Le soulagement suit immédiatement
Effet direct	Fâché contre moi	Plus fâché contre moi	Pas assez fort pour arrêter

Tableau 3: Analyse de fonction

Situation	Préalable (comportement, sentiments et pensées)	Nature des AM et fonction	Conséquences (comportement, sentiments et pensées)
Dans ma chambre, le samedi soir vers 20h	Je n'étais pas invité à une fête Je me suis senti abandonné, triste et fâché Ils ne m'aiment pas	Je me suis égratigné les jambes avec une lame de rasoir Je l'ai fait car j'étais fâché contre moi et car je ne voulais plus me sentir abandonné	Laisser d'abord saigner et, ensuite, essuyer le sang Soulagement et honte Je suis un nul

Directives pour les professionnels travaillant avec des jeunes pratiquant l'AM

Quelques implications cliniques peuvent être liées au commentaire sur l'AM et aux constats de notre étude. Elles sont destinées aux professionnels travaillant avec des jeunes pratiquant l'AM.

Relation de confiance

Premièrement, il est essentiel d'accorder une attention particulière à l'instauration d'une relation de confiance étant donné que les jeunes pratiquant l'AM souffrent souvent d'un passé traumatisant (cf. les causes de l'AM). Une inquiétude doit être directement exprimée lors d'un premier entretien de courte durée. Il convient d'exprimer un intérêt sincère et d'afficher une préoccupation véritable et de stimuler les soins autonomes. Ne formulez aucune accusation et n'imposez pas à la personne de cesser ses pratiques (en effet, l'AM est souvent une stratégie de survie), mais développez un climat de confiance et précisez que vous êtes disposé à discuter et à rechercher avec elle des comportements de remplacement). Toutefois, il convient de veiller à ne pas promettre la confidentialité au jeune étant donné qu'elle ne peut souvent être respectée. Par exemple, il convient d'informer les parents des enfants mineurs ou le secret médical doit être violé en cas de crise ou de tentative de suicide.

Réaliser un travail de motivation et une analyse de fonction

Deuxièmement, il est recommandé d'oeuvrer avec le jeune afin de le motiver à changer de comportement, car, comme cela a déjà été souligné, l'AM remplit toujours une/des fonction(s). Un comportement ambivalent face à l'arrêt ou non des AM sera souvent constaté. Afin de mieux cerner cette ambivalence, il peut être utile d'inviter le jeune à réaliser une analyse des coûts-bénéfices en utilisant deux colonnes: d'un côté «poursuivre les AM» et de l'autre côté «cesser les AM». Le jeune sera ensuite invité à noter ses sentiments et pensées afférents aux deux options (arrêter/ne pas arrêter) (**Tableau 2**). Une telle analyse illustre clairement que l'arrêt de l'AM

induirait des avantages et des inconvénients. Dans ce cadre, il est important de donner au jeune l'occasion de formuler ses arguments pour le changement et de ne pas intervenir. Dès lors, l'importance du changement de comportement sera intrinsèquement stimulée et ne sera pas imposée de l'extérieur. Attention, aucune modification du comportement n'est encore attendue à ce stade, mais il convient de travailler sur la motivation préalable à la modification du comportement. Si le jeune est prêt au changement, une analyse de fonction pourra être réalisée. Dans le cadre de l'analyse de fonction, il conviendra d'essayer de cerner les antécédents situationnels, sensibles et cognitifs et les conséquences ainsi que les fonctions de l'AM (**Tableau 3**).

Affect/régulation du stress et apprentissage des stratégies de coping adaptatives

Troisièmement, nous avons constaté que les jeunes pratiquant l'AM rapportaient un affect plus négatif et un contrôle déficient des impulsions, un niveau de stress plus élevé et un mode de gestion plutôt dépressif. Cela signifie que l'apprentissage de méthodes adaptatives de gestion de l'affect négatif/du stress est une étape importante dans la réduction de l'AM. En collaboration avec l'adolescent, il convient de définir les situations spécifiques dans lesquelles il ressent des émotions négatives et du stress induisant à leur tour des AM potentielles (voir l'analyse de fonction). Dans un premier temps, l'objectif pourra consister à inviter l'adolescent à essayer d'éviter ces situations afin qu'il puisse constater que le comportement peut être limité (par des modifications situationnelles ou comportementales). En deuxième lieu, il est essentiel que les jeunes tentent de remplacer les AM par des comportements sains ou des stratégies de coping adaptatives ayant les mêmes fonctions que l'AM. Il est essentiel que les stratégies de coping adaptatives soient facilement accessibles et que l'adolescent dispose de solutions de remplacement qu'il puisse mettre en oeuvre seul (par ex., la pratique du sport) ou en compagnie d'autres (par ex, l'échange de SMS, les messageries instantanées). Le praticien ne doit pas simplement proposer une sélection de

solutions de remplacement, mais doit laisser à l'adolescent l'occasion de le faire personnellement. Dans ce cadre, il est recommandé de préciser que, dans un premier temps, aucune solution de remplacement n'aura un effet aussi efficace que l'AM. Enfin, il est naturellement essentiel de se pencher, outre sur l'AM, sur les facteurs de risques intra- et interpersonnels y afférents, qui entretiennent l'AM.

Conclusion

Bien que de nombreux adolescents belges et néerlandais pratiquent très souvent l'AM, ces chiffres ne sont pas exceptionnels par rapport à ceux rapportés dans la littérature internationale. Les chiffres actuels de prévalence soulignent encore l'importance de l'étude de l'AM. Une étude récente nous a permis de démontrer qu'une constellation de personnalité spécifique peut «vulnérabiliser» les jeunes via une sensibilité accrue au stress et la manière dont ils gèrent ce stress. Cela implique que l'apprentissage de mécanismes de régulation adaptative du stress/de l'affect peut représenter un thème thérapeutique important. Bien que nous nous soyons focalisés sur l'adolescence dans cet article, en la décrivant comme une période propice à l'apparition des AM, il convient de souligner que l'AM est également fréquente chez les jeunes adultes (24). Dans le cadre du WHO *World Mental Health Surveys International College Student Project* (WMH-ICS), nous étudions donc l'AM au travers du parcours académique des universitaires. Bien qu'une telle structure longitudinale de l'étude demande beaucoup de temps et soit complexe, il s'agit d'une condition *sine qua non* afin de comprendre les mécanismes de survenue et les modèles dynamiques de l'AM ainsi que les mécanismes reliant l'AM à un comportement suicidaire aigu. Voilà un investissement nécessaire sur le plan académique et justifié en termes sociaux étant donné que le suicide occupe le deuxième rang dans le classement des causes de décès chez les jeunes adultes (25) et que l'AM est le principal indicateur proximal permettant de prévoir une tentative de suicide (26).

Références sur demande.