

Scarifications. Souvent banales, elles témoignent plus d'un « acte de passage¹ » que d'un passage à l'acte et leur évaluation est le plus souvent rassurante. Mais certaines localisations, leur gravité et des troubles psychologiques associés doivent inquiéter.

Les scarifications chez l'adolescent : quand s'inquiéter ?

**PAUL JACQUIN,
GEORGES PICHEROT**

* Médecine de l'adolescent, hôpital universitaire Robert-Debré, AP-HP, Paris, France
** Unité de médecine de l'adolescent, service de pédiatrie, CHU de Nantes, Nantes, France
paul.jacquin@aphp.fr

G. Picherot déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

P. Jacquin déclare avoir participé à des conférences pour Pfizer et Sanofi, et avoir été pris en charge à l'occasion de congrès par Pfizer.

Le titre de cet article introduit d'emblée l'idée que toutes les scarifications ne méritent pas la même inquiétude. En effet, cette pratique, autrefois considérée comme une automutilation et à ce titre du registre de la pathologie psychiatrique, s'est considérablement répandue ces dernières décennies et fait « *partie dorénavant des comportements emblématiques de l'adolescence* ». ² Elle reste cependant beaucoup plus fréquente dans la population suivie pour une pathologie psychiatrique dont elle peut être l'un des signes associés ou révélateurs. C'est pourquoi la constatation de scarifications ne saurait être banalisée et doit toujours conduire à une évaluation soigneuse par le médecin de première ligne, avant un éventuel recours au psychiatre dans certains cas.

De quoi parle-t-on ?

Les scarifications sont des incisions cutanées superficielles faites par l'individu lui-même, s'accompagnant d'un écoulement de sang ou de sérosité (*self-cutting*). Elles appartiennent au groupe des automutilations sans intention suicidaire (*non-suicidal self-injury* ou *self-harm*), dont elles constituent la grande majorité, à côté des brûlures, frottements et coups auto-infligés. Elles sont faites avec divers objets tranchants, lame de rasoir, cutter, lame de taille-crayon, éclat de verre, pointe de compas. Le plus souvent elles sont faites en lignes parallèles, perpendiculaires à l'axe du membre,

parfois très nombreuses ou en véritables quadrillages ; quelquefois c'est un mot qui est écrit. Il peut s'agir d'un épisode unique, mais il est souvent répété sur un mode plus ou moins compulsif ou plus ou moins addictif. La plupart siègent sur la face antérieure du poignet et de l'avant-bras du côté non dominant, souvent les deux, mais aussi sur les bras, les cuisses, le ventre parfois. Plus rares et toujours plus inquiétantes sont les localisations sur la poitrine, autour des organes génitaux, sur le cou ou le visage.

RARES APRÈS L'ADOLESCENCE

Il s'agit d'un comportement qui apparaît à l'adolescence et disparaît généralement ensuite, persistant chez un petit nombre de femmes adultes. Il semble en augmentation et concerne (au moins une fois) de 4 à 10 % des jeunes scolarisés d'âge moyen 15 ans, et beaucoup plus fréquemment les adolescents suivis en psychiatrie. La prédominance féminine est nette (de 70 à 97 %). Il existe parfois des petites épidémies dans des communautés fermées d'adolescentes (internats, foyers). ^{2,4}

PLUS UN ACTE DE PASSAGE QU'UN PASSAGE À L'ACTE

Les scarifications sont décrites par les adolescents comme un moyen de soulagement d'une tension, un acte qui permet d'aller mieux dans un moment de détresse morale intense : se faire mal, de façon visible et contrôlée pour échapper à une souffrance psychique indicible, in-

compréhensible ou insurmontable. Il s'agit d'une ouverture positive dans une situation qui semble bloquée : « *En me faisant ça, je sors du noir.* » C'est un geste la fois transgressif et agressif par lequel le sujet retrouve une certaine représentation de lui-même et reprend le contrôle de la situation. « *Loin d'être un passage à l'acte, c'est un acte de passage mené par un jeune lucide...* ». ¹ Cette douleur physique imposée à soi-même dépasse les seules scarifications, l'enquête récente sur les adolescents de France⁵ révèle qu'à la question « *Que faites-vous lorsque vous pensez que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?* » 21,3 % des adolescentes et à 9 % des adolescents répondent « *se faire du mal* »... L'éclairage de la psychanalyse sur les scarifications souligne également la dimension de « *coupure symbolique du lien entre ses parents et lui, autrement dit, son autonomisation* ». ⁶ Ce marquage du corps, plus ou moins agressif contre soi-même mais aussi contre l'entourage, est aussi un moyen de se réapproprier ce corps fait par les parents. Se scarifier est une conduite solitaire, intime, généralement destinée à rester cachée, mais souvent aussi avec un désir ambivalent d'être montrée, dans la réalité ou *via* les réseaux sociaux. En effet, c'est une inscription d'une partie de soi sur la peau, tissu particulièrement important chez l'adolescent. La peau est à la fois l'enveloppe et la frontière avec l'extérieur et un déterminant majeur de l'image de soi. Les transformations



pubertaires et la sexualisation s'y inscrivent, s'imposant au sujet y compris avec leurs aléas (acné, poils en excès ou insuffisants, vergetures, etc.). C'est pourquoi elle peut être la source de tant d'insatisfaction voire de souffrance, mais aussi l'objet de soins ou d'agression. Cette importance est croissante aujourd'hui, où l'image de soi – intime et existentielle – devient de plus en plus dépendante des images photographiques de soi que l'on diffuse sur les réseaux sociaux, « *selfies* » et autres.

Cette dimension culturelle du phénomène des scarifications contemporaines fait écho à celle des scarifications rituelles qui visaient particulièrement les adolescents dans de nombreuses sociétés traditionnelles. Le contexte en est cependant très différent puisqu'il s'agissait d'une norme sociale, dans laquelle le marquage du corps était imposé et montré pour représenter le passage dans le monde des adultes.

DES RISQUES INFECTIEUX

Les scarifications ne laissent dans la plupart des cas qu'une fine cicatrice blanche, ou noire sur peau noire. Lorsqu'elles sont plus profondes, ou compliquées, elles nécessitent des soins (suture, désinfection) et peuvent laisser des cicatrices plus visibles, voire chéloïdes.

Le risque de complications infectieuses est présent : suppurations, plus rarement abcès et exceptionnelles complications à distance (Osler). Les germes en cause sont les staphylocoques, streptocoques, et *Pseudomonas aeruginosa*. Il existe un risque de transmission virale (virus des hépatites B et C, virus de l'immunodéficience humaine) par l'objet tranchant s'il est partagé.

RISQUE SUICIDAIRE ET PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ASSOCIÉES^{2, 7, 8}

Les scarifications témoignent le plus souvent d'une tentative de vivre mieux, à l'opposé du suicide, mais plusieurs études ont montré que des associations sont possibles avec les conduites suicidaires ou que celles-ci

apparaissent au cours de l'évolution. Cette probabilité augmente avec la prolongation de ce comportement dans le temps, ou lorsque les scarifications sont de diverses natures ou associées à d'autres gestes auto-agressifs (brûlures).

Les scarifications peuvent révéler une schizophrénie, mais elles sont alors bien différentes des scarifications typiques décrites plus haut : beaucoup plus profondes et mutilantes, de siège atypique (ventre, sexe, poitrine, cou, face), et associées à d'autres éléments cliniques et anamnestiques faisant évoquer ce diagnostic.

Les scarifications peuvent également s'intégrer dans de nombreux autres troubles psychiatriques dont on doit rechercher l'existence. Elles sont notamment très fréquemment associées aux troubles du comportement alimentaire, en particulier aux vomissements provoqués et à la boulimie. Enfin, les scarifications se voient chez plus de la moitié des jeunes ayant une personnalité limite ou borderline. Elles sont alors de différents types et s'intègrent dans un cortège de troubles des conduites variés, marqués par une impulsivité et une auto- et hétéro-agressivité fortes.

En pratique clinique

Le plus souvent, c'est une découverte de l'examen clinique, à l'occasion d'une visite systématique ou d'un passage aux urgences. Plus rarement, ce sont les parents ou un éducateur qui ont constaté des marques sur les bras de l'adolescent, ce qui motive la consultation.

La consultation médicale est le cadre le plus approprié pour objectiver les scarifications et évaluer la gravité potentielle de la situation.

L'adolescent doit être reçu seul comme cela doit être la règle à cet âge, en lui rappelant qu'il a droit à la confidentialité et au secret médical. L'examen clinique des scarifications et les éventuels soins locaux s'intègrent dans un examen clinique général commenté.⁹ Celui-ci permet d'aborder beaucoup de sujets de la

vie de l'adolescent, une réassurance sur sa normalité et d'envisager ses difficultés comme des obstacles sur une trajectoire développementale, plutôt que comme une pathologie. Il est important d'évaluer dans une approche systématique de « médecine d'adolescent » la croissance et la puberté, l'image corporelle, l'alimentation, le sommeil, les consommations, mais aussi les relations avec les pairs, les amours et la sexualité, les relations intrafamiliales, la scolarité et les investissements extrascolaires.

COMMENT L'ADOLESCENT COMPREND SON GESTE ?

Cet abord général permet d'échanger avec l'adolescent sur les scarifications elles-mêmes : circonstances, moyens, localisation ? Comment l'adolescent comprend-il son geste ? Qui est au courant ? Est-ce la première fois, à quelle fréquence, existe-t-il une dimension addictive ? Il est important de reconnaître lorsqu'elle est présente la dynamique « positive » du geste (tentative de traitement d'une souffrance) tout en cherchant d'autres solutions.

La recherche d'un traumatisme de l'enfance ou plus récent, à l'origine des scarifications, est à rechercher systématiquement : violences subies, maltraitance, abus sexuel (plus de 50 % des victimes d'agression sexuelle seraient concernées),¹⁰ harcèlement, etc. Des sentiments de honte ou de culpabilité y sont souvent mêlés.

En outre, des troubles psychologiques ou psychiatriques associés sont recherchés :

- troubles anxieux, éléments dépressifs ;
- idées suicidaires ou antécédents de tentatives de suicide ;
- troubles du comportement alimentaire, en particulier vomissements provoqués et boulimie ;
- troubles des conduites avec passages à l'acte multiples.

LA PLACE DES PARENTS

Les parents doivent être reçus dans un second temps, avec ou sans l'adolescent. Ils se sentent agressés et mis

en cause par ce geste, et ils expriment le plus souvent de l'anxiété et une perte de confiance qui doivent être entendues. Leur éclairage sur l'anamnèse est essentiel et permet de compléter l'évaluation de la situation du jeune. Pour eux aussi, il est important de comprendre que les scarifications sont une tentative d'aller mieux. Leur participation au projet de soins qui va être élaboré avec l'adolescent est essentielle.

Mais souvent les jeunes demandent aux soignants de ne pas informer leurs parents, pour les protéger, ou pour se protéger eux-mêmes. Le médecin ne doit pas être complice d'un déni et doit s'efforcer de convaincre l'adolescent d'en parler ou proposer de le faire à sa place. Mais en fonction de sa maturité, et selon l'évaluation de la gravité et de la nécessité d'une prise en charge rapide, il peut être utile de respecter sa demande de confidentialité et de ne transmettre aux parents que l'inquiétude que l'on a pour les difficultés de leur adolescent.

Dans d'autres cas, l'adolescent s'enferme dans une attitude de déni des scarifications, donnant des explications fantaisistes : le médecin doit laisser la porte ouverte et garder le contact avec lui, tout en affirmant son inquiétude face à ce qui ressemble à une blessure auto-infligée : « *On n'est pas là pour se faire souffrir...* »

SUIVI : PRENDRE DU RECUL

L'évaluation clinique des scarifications et de la situation générale du jeune permet le plus souvent des conclusions rassurantes : on est face à des scarifications « typiques » (superficielles et siégeant sur les membres supérieurs) chez un adolescent qui a conscience de son mal-être et de ses difficultés, et qui semble prêt à chercher d'autres modes de fonctionnement. Il est important de ne pas enfermer le jeune sous l'étiquette des scarifications, ni d'en faire l'objet de soins exclusifs. Il est préférable de prendre du recul et de proposer au jeune un suivi pour un accompagnement plus global, parallèlement à un dialogue avec les parents per-

mettant le rétablissement de la confiance. L'éventuel recours au psychiatre peut s'avérer nécessaire en fonction de l'évolution du tableau clinique, de la persistance des scarifications ou de l'apparition de troubles associés.

Plus rarement, on est face à un tableau inquiétant d'emblée, imposant une évaluation et un suivi psychiatriques : scarifications graves ou associées à d'autres automutilations, siège atypique, âge atypique (début avant ou après l'adolescence), troubles psycho-comportementaux associés, idées suicidaires, environnement défaillant. C'est également le cas si l'on est face à une absence de communication avec le jeune, par refus ou incapacité. Pour certains auteurs,¹¹ le sexe masculin est aussi un critère de gravité.

Enfin, en fonction de l'éventuel contexte traumatique révélé par les

scarifications, l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance peut être mobilisé.

RECONNAÎTRE, ÉVALUER, RESITUER

Face à un adolescent qui se scarifie, le rôle du médecin de première ligne est essentiel pour reconnaître l'acte et l'évaluer, sans dramatisation, en le resituant dans la trajectoire développementale de l'adolescent. Ce n'est que dans certaines situations graves ou avec différents signes associés que le recours au psychiatre est nécessaire d'emblée. La recherche d'antécédents traumatiques expliquant ce comportement est systématique. La prise en charge du jeune et de ses parents a pour objectif de soulager la souffrance sous-jacente et d'aider le jeune à trouver d'autres moyens de résolution de ses difficultés. ☺

RÉSUMÉ LES SCARIFICATIONS CHEZ L'ADOLESCENT : QUAND S'INQUIÉTER ?

Les scarifications semblent aujourd'hui devenues banales chez l'adolescent. Elles doivent cependant toujours susciter une inquiétude médicale et conduire à une évaluation globale et à une proposition de suivi, en raison du mal-être dont elles témoignent et des éventuels antécédents traumatiques (par exemple des abus sexuels) qu'elles peuvent révéler. Cette évaluation permet

également d'identifier les situations plus rares dans lesquelles les scarifications ne sont qu'un élément de troubles psychiatriques plus graves nécessitant d'emblée une expertise et une prise en charge en santé mentale.

SUMMARY SELF-CUTTING IN ADOLESCENTS: WHEN TO WORRY?

Self-cutting, the most part of the non-suicidal self-harming behaviours, seems becoming quite

common among adolescents. Nevertheless, assessment and follow up are always required with at least three aims: to assess globally the adolescent's situation, and his or her to psychological distress - to look for a passed trauma (i.e. sexual abuse) behind the self-harm behaviour - to recognize psychiatric disorders beside self-harming and to recognize patients to refer to the mental health services.

RÉFÉRENCES

1. Le Breton D. La peau et la trace. Paris : Éditions Métalié, 2003.
2. Gicquel L, Corcos M, Richard B, Guelfi JD. Automutilations à l'adolescence. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris) Pédo-psychiatrie 2007;37-216-J-10.
3. De Leo D, Heller TS. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. Med J Aust 2004;181:140-4.
4. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England. BMJ 2002;325:1207-11.
5. Jousselme C, Cosquer M, Hassler C. Portraits d'adolescents. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. Paris : Inserm, 2015. <http://bit.ly/2erD8Ft>
6. Rioult C. Ados : scarifications et guérison par l'écriture. Paris : Odile Jacob, 2013.
7. Whitlock J, Knox KL. The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. Arch Pediatr Adolesc Med 2007;161:634-40.
8. Andrews T, Martin G, Hasking P, Page A. Predictors of continuation and cessation of non-suicidal self-injury. J Adolesc Health 2013;53:40-6.
9. Stheneur C, Alvin P, Boudaille B, et al. La première consultation avec l'adolescent. Arch Pediatr 2009;16:1309-12.
10. Ernoul A, Orsat M, Dubois de Prisque G. Agressions sexuelles et scarifications à l'adolescence. Ann Med Psychol 2016;174:442-7.
11. Pommereau X. Ado à fleur de peau. Paris : Éditions Albin Michel, 2006.