

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

**L'AUTOMUTILATION, UNE STRATÉGIE D'ADAPTATION ?  
ÉTUDE EXPLORATOIRE AUPRÈS DE FEMMES.**

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR  
ISABELLE FORTIER

Juin 2007

## **AVANT-PROPOS**

Présenter un mémoire de recherche est un défi pour toute personne qui s’y attaque. Cela s’avère d’autant plus vrai lorsque notre sujet est novateur et qu’il est peu connu au Québec. J’y ai mis cinq ans au cours desquels ma vie a beaucoup changé : début de carrière, changement d’emploi et fondement de ma famille. Le travail de recherche est laborieux surtout pour une praticienne comme moi : il est difficile de faire un travail de recherche, lorsqu’on est plus à l’aise sur le terrain, les processus d’intervention n’étant pas du tout semblables.

J’ai pu réaliser ce mémoire grâce à la collaboration de nombreuses personnes. Je tiens tout d’abord à remercier de tout coeur ma directrice de mémoire, Denyse Côté. Merci de m’avoir supportée tout au long de mon cheminement, pour ta patience et surtout ton engagement. Merci d’avoir cru en mon sujet, même si plusieurs étaient sceptiques et merci d’avoir répondu à mes innombrables courriels, même quand tu étais à l’extérieur du pays.

Je tiens aussi à remercier toutes les femmes qui ont bien voulu me rencontrer. Merci pour votre accueil et surtout pour votre confiance. Sans votre témoignage, l’écriture de ce mémoire n’aurait pas été possible.

Un merci tout spécial à ma famille qui a toujours été là pour m'écouter et m'encourager. Merci Dany pour ta présence, ton support et tes lectures. Merci à mes parents qui ont toujours cru en moi. Enfin, je tiens à remercier une amie très spéciale Joanne, qui m'a beaucoup apporté. Finalement, j'aimerais dédier ce mémoire à ma fille Léa, qui est arrivée entre temps, en espérant que ma recherche démystifie cette problématique qui touche majoritairement les femmes.

Merci du fond du cœur à toutes les personnes que j'ai nommées ci-haut.

## TABLE DES MATIÈRES

Résumé	6
Introduction	8
I- Un phénomène tabou	10
II- Qu'est-ce que l'automutilation ?	15
2.1 L'automutilation et le suicide	17
2.2 L'automutilation et les marques corporelles	18
2.3 L'automutilation et les désordres alimentaires	21
2.4 L'ampleur du phénomène de l'automutilation	22
III- Question de recherche, cadre opératoire et méthodologie	29
IV- L'automutilation au quotidien	40
4.1 L'automutilation fait suite à des émotions négatives	40
4.2 Pourquoi s'automutile t-on ?	47
4.3 L'automutilation renvoie à un passé tumultueux	54
4.4 L'automutilation renvoie à une perception négative de soi et de son environnement	62

4.5 L'automutilation permet de retrouver un sentiment de bien-être	65
V-L'automutilation est-elle un mode d'adaptation ?	69
VI-Bibliographie	73
VII-Annexes	
Annexe I- Grille d'entrevue	79
Annexe II- Présentation du projet aux répondantes	80
Annexe III- Formulaire de consentement	83

## RÉSUMÉ

L'automutilation n'est pas un phénomène récent, mais peu d'auteurs s'y sont intéressés à ce jour. Il s'agit en fait d'un sujet tabou et il est difficile de comprendre pourquoi une personne porte atteinte à son propre corps. Pour mieux cerner ce phénomène, il faut comprendre les émotions, la souffrance et les raisons qui portent une personne à s'automutiler. Qui de mieux placé afin d'expliquer ce phénomène que les personnes qui la pratiquent ? Et ce sont majoritairement des femmes qui adoptent de tels comportements. De plus, mieux comprendre l'automutilation permettra aux intervenants sociaux de différents milieux de mieux intervenir.

Les raisons de s'automutiler sont nombreuses et se comprennent à travers l'histoire de chaque individu. Et l'automutilation peut être vue comme un mode d'adaptation, tout comme l'abus de drogue ou d'alcool. En s'automutilant, la personne essaierait de s'adapter à une souffrance selon les moyens dont elle dispose. La douleur psychologique est à ce point intense qu'elle s'inflige une souffrance physique afin d'apaiser ce mal. Le livre de Le Breton paru en 2003, alors que nous étions au cœur de notre recherche, présente aussi l'automutilation dans cette optique.

Nous avons interviewé cinq femmes qui adoptent des comportements automutilatoires. À travers leurs récits, nous avons été en mesure de mieux comprendre comment l'automutilation peut-être considérée comme un mode d'adaptation, ce qui permet d'ouvrir des pistes d'intervention aux professionnels du travail social.

## **Introduction**

L'automutilation est un phénomène beaucoup plus répandu que l'on pourrait croire. Nous n'en connaissons pas l'ampleur exacte au Québec, mais il semblerait qu'aux Etats-Unis, plus de trois millions de personnes s'automutilent chaque année (Wegscheider, 1999). L'automutilation serait en constante progression, mais se révèle difficile à cerner puisque beaucoup de gestes automutilatoires ne sont pas rapportés. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à poser ces gestes. Néanmoins, très peu d'auteurs se sont intéressés au phénomène. La littérature francophone sur l'automutilation est rarissime et on ne retrouve que quelques ouvrages dans la littérature anglophone. Au Québec, les ressources d'aide mises à la disposition des personnes qui s'automutilent sont pratiquement inexistantes.

Plusieurs hypothèses ont été soulevées pour expliquer le phénomène de l'automutilation : l'agression, la tentative d'établir la réalité corporelle, la fuite dans la douleur, le substitut de langage, la manipulation de l'environnement. On pourrait considérer aussi l'automutilation comme étant un mode d'adaptation. Selon cette interprétation, la personne utiliserait un comportement autodestructeur afin de faire face à des sentiments pénibles, comme chacun d'entre nous doit faire face à des épreuves au cours de sa vie. Selon ses expériences passées, une personne s'adapte de telle ou telle façon à

ses souffrances. Certaines personnes opteront pour l'automutilation, car mieux vaut «la douleur que l'on maîtrise, que la souffrance qui s'impose à nous sans rémission» (Le Breton, 2003, p.12). L'automutilation donnerait ainsi l'illusion que la personne est capable d'établir une limite à sa souffrance et de prendre une distance face à son corps. Considérer l'automutilation comme un mode d'adaptation ouvre la voie à des approches d'intervention propres au travail social, dont la réduction des méfaits est un exemple. C'est pourquoi nous avons choisi d'aborder l'automutilation dans cette optique.

Nous situerons dans un premier temps le phénomène de l'automutilation dans son contexte historique. Par la suite, nous examinerons l'automutilation en rapport avec d'autres problématiques avec lesquelles elle peut être confondue : en effet, les gestes automutilatoires sont difficiles à cerner et il faut comprendre le sens que la personne donne à ses gestes pour les démystifier. Dans un troisième temps, nous ferons un survol des différentes théories explicatives de l'automutilation, en particulier de la théorie selon laquelle l'automutilation est un mode d'adaptation. Après une brève présentation de la méthodologie, les données recueillies seront enfin analysées et interprétées et nous concluerons sur la valeur heuristique de cette démarche de recherche, en regard de la pratique du travail social.

## **I- Un phénomène tabou**

L'automutilation est souvent perçue comme un phénomène nouveau, car il s'agit d'un sujet peu exploré et socialement tabou. Or, des personnes qui fonctionnent bien en société adoptent de tels comportements. Elles posent habituellement ces gestes automutilatoires en cachette car elles ont honte. Les comportements automutilatoires nous inquiètent et nous perturbent : lorsqu'ils sont rendus publics, on préfère même souvent les ignorer. En effet,

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, p. 10)

Les gestes automutilatoires perturbent aussi car ils blessent le corps humain, élément central de l'identité personnelle. Il est généralement difficile de comprendre pourquoi une personne lacère son corps alors que chaque individu est habituellement prêt à poser de nombreux gestes afin de l'embellir. À preuve, le marché des produits cosmétiques en pleine expansion, génère des profits faramineux et la gamme de produits offerts est exponentielle. Or, lorsqu'une personne s'automutile, elle porte atteinte à son corps et laisse même des marques permanentes. Qu'est-ce qui l'amène à

endommager ce corps considéré par plusieurs comme étant le bien le plus précieux ?

L'automutilation n'est pourtant pas un phénomène récent, des cas ayant été recensés dès l'Antiquité. Dans la mythologie grecque, Œdipe pose des gestes automutilatoires lorsqu'il constate qu'il a tué son père et épousé sa propre mère :

Œdipe à son insu, tua son père Laïos et épousa sa mère Jocaste. Devant l'horreur de ce double crime et confronté aux malédictions divines, Œdipe arracha les agrafes d'or qui servaient à draper ses vêtements sur lui, il les leva en l'air et il se mit à en frapper ses deux yeux dans les orbites. Ainsi, ne verront-ils plus dit-il ni le mal que j'ai subi, ni celui que j'ai causé. (Morelle, 1995, p.13).

Pour Œdipe, l'automutilation renvoie au processus de pardon, la douleur pouvant apaiser la souffrance dont il est responsable.

Des cas d'automutilation ont aussi été recensés chez les Juifs du Moyen Âge, pour qui un deuil appelait les proches de la personne décédée à s'arracher les cheveux et les poils de barbe ou à déchirer leurs vêtements. La tradition juive a d'ailleurs maintenu jusqu'à maintenant le geste symbolique de la petite entaille sur le vêtement de ceux qui pleurent le décès d'un proche.

Les pratiques ritualisées et publiques de gestes automutilatoires sont courantes dans plusieurs sociétés. Aux Philippines, lors de la Semaine sainte, des hommes demandent à être crucifiés. En Espagne, le jeudi et le 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). Plusieurs religions justifient aussi la violence infligée à soi-même comme signe de salut et l'héritage biblique et évangélique chrétien ne fait pas exception. L'auto-flagellation fut ainsi de mise parmi les communautés religieuses jusqu'au XXe siècle, celle-ci permettant de pardonner les péchés. La tradition chrétienne utilise aussi la douleur comme expression de dévotion : à preuve, l'Église catholique a toujours prêché l'acceptation des épreuves envoyées par le Seigneur. Pour « gagner son ciel », rien de mieux que la souffrance, car elle permet d'accumuler des indulgences et facilite l'accès au paradis. La notion de mérite et de punition est très présente : souffrir ouvrirait la voie au pardon et apaiserait la souffrance de l'autre.

La souffrance, les punitions et l'automutilation valorisées par la religion catholique se retrouvent aussi chez les Saints et Saintes, présentés comme des êtres d'un grand héroïsme lorsqu'ils refusent toute nourriture et tout plaisir physique. Mère Térésa, prix Nobel de la paix, aurait même déclaré: « Il y a quelque chose de très beau à voir les pauvres accepter leur sort, le subir comme passion du Christ. Le monde gagne beaucoup de leur souffrance. » (Le Monde Diplomatique, 1996). Encore aujourd'hui, des membres du mouvement religieux Opus Dei portent le cilice deux heures par jour et se

flagellent une fois par semaine le temps d'une prière. Ce mouvement compte plus de 587 membres au Canada dont 220 au Québec qui seraient prêts à souffrir au nom de leur conviction, même à notre époque où la souffrance est beaucoup moins acceptée (Touzin, 2006).

L'automutilation est une forme d'inscription corporelle qui se distingue cependant de la violence infligée lors de rites initiatiques. Dans les sociétés dites traditionnelles, les rites de passage sont monnaie courante: l'endurance à la douleur est ici un atout. Cette souffrance est acceptée par l'individu puisqu'elle contrebalance l'avantage espéré, soit l'appartenance à un groupe.

D'ailleurs,

(les) inscriptions corporelles accompagnent les rites initiatiques de nombreuses sociétés traditionnelles : circoncision, excision, subincision, déformation, limage ou arrachage de dents, amputation d'un doigt, scarifications, tatouages, excoriations, brûlure, bastonnades, brimades, épreuves diverses. (Le Breton, 2003, p.39)

À travers l'inscription corporelle, le jeune prend sa place au sein du groupe.

En effet,

le rite de passage des sociétés traditionnelles sollicite à travers des épisodes souvent pénibles, les ressources morales requises par la communauté. Il énonce les valeurs fondatrices du lien social, et surtout il donne à ses membres une expérience de la douleur dans un cadre rituel qui les prépare à supporter les vicissitudes de l'existence. (Le Breton, 2003, p.40)

L'automutilation est un acte délibéré mais sans intention de se donner la mort (Marlow, 2001). Elle se distingue aussi des modes sociaux tels le piercing. Autant une souffrance infligée peut être la norme dans un pays, autant elle peut être perçue comme étant barbare dans un autre. Ainsi au Canada, il y a seulement quelques années, la circoncision était pratiquée presque systématiquement sur les bébés garçons âgés de seulement quelques jours. Cette inscription corporelle imposée entraînait sans contredit une douleur conçue par l'entourage comme étant acceptable.

Le tabou lié à l'automutilation rend vulnérable la personne qui la pratique, car elle n'ose pas parler de ses comportements à son entourage et croit qu'elle est seule dans cette situation. Il est donc important de démystifier le phénomène et de mieux le comprendre. Nous traiterons dans cette recherche de l'automutilation individuelle (une personne qui s'entaille les bras par exemple) plutôt que de l'automutilation exercée dans le cadre d'un rituel (une personne juive qui s'arrache les cheveux par exemple, comme le veut la tradition).

## II- Qu'est-ce que l'automutilation ?

Afin de mieux comprendre toutes les facettes du phénomène de l'automutilation, nous devons commencer par le définir. Le concept de l'automutilation a fait son apparition dans la littérature 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 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 compromettre 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, p.5)

Le Bristol Crisis Service for Women ajoute : « Self-injury is any sort of self-harm which involves inflicting injuries or pain on one's own body. It can take many forms. » (s.d) Par ailleurs, Fillmore et Dell (2001) font ressortir le caractère volontaire de l'automutilation. Pour eux l'automutilation serait : « tout acte physique, émotionnel, social ou spirituel que pose un individu avec l'intention de se blesser de façon volontaire » (p.1). Par ailleurs, l'automutilation est un comportement à caractère répétitif (Baumeister et Rollings, 1976). Sa fréquence peut-être occasionnelle ou élevée et plus une personne souffrira, plus elle pourra s'automutiler à répétition (Le Breton, 2003). La gravité du dommage peut aller de simples rougeurs de la peau à des lacérations profondes et des dommages permanents tels la perte de la dentition. Les comportements automutilatoires peuvent être classés en trois

grandes catégories : les coups et coupures portés sur soi, l'insertion d'objets dans les orifices et le fait de se mordre, se pincer ou se tirer les cheveux (Rojahn, 1986 ; 1994).

L'automutilation est habituellement physique : une attaque directe au corps et à la peau. La peau est un organe de contact et une enveloppe qui incarne l'individu et qui le distingue des autres. Elle est unique par ses cicatrices, son teint et ses grains de beauté, c'est une enveloppe qui définit et protège, tout en portant les traces de l'histoire de l'individu. Elle constitue aussi une barrière psychologique entre le monde externe et le monde interne (Garel, 2002). Les personnes qui s'automutilent portent d'ailleurs le plus souvent atteinte à la peau : « (la) signification de l'entame corporelle est plurielle, elle ne se comprend qu'à travers une histoire personnelle » (Le Breton, 2003, p.57). Les types d'automutilation les plus courants sont se couper (70%), se frapper (30%), s'arracher des cheveux (10%) et se casser des os (10%). 78% des personnes qui s'automutilent utiliseraient plusieurs de ces méthodes (Martinson, 1996).

Aux États-Unis, 750 personnes s'automutilent chaque année pour chaque tranche de 100 000 Américains et de ce nombre, 97% seraient des femmes (Favazza et Conterio, 1986). Elles sont en majorité âgées entre 20 et 30 ans, de classe moyenne, éduquées, ayant un passé d'abus physique et/ou

sexuel ou encore ayant au moins un parent alcoolique. L'automutilation serait plus commune chez les femmes car elles seraient plus enclines à retourner leur colère contre elles-mêmes : elles sont socialisées à être plus douces tandis que les hommes risquent au contraire d'exprimer leurs sentiments négatifs à travers une colère extérieure (BCSW, s.d), ce qui serait plus toléré et accepté chez les hommes que chez les femmes. L'automutilation est aussi davantage diagnostiquée chez les femmes, car celles-ci consultent plus que les hommes. Mais l'automutilation est souvent mal diagnostiquée, car on la confondrait à d'autres problématiques

## **2.1 L'automutilation et le suicide**

Le suicide et l'automutilation sont souvent confondus. Or, les personnes qui s'automutilent n'ont pas envie de mourir (Le Breton 2002b). L'automutilation et le suicide sont semblables en ce qu'ils répondent tous deux à une souffrance et peuvent constituer un appel à l'aide. Cependant, les personnes qui s'automutilent ne veulent pas mettre fin à leur vie, mais plutôt atténuer leur souffrance. Les personnes qui se suicident n'ont habituellement pas eu de comportements automutilatoires (Wegscheider, 1999). Ainsi, l'automutilation serait 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 pas de l'arrêter (BCSW, s.d). Dès que la douleur causée par des gestes automutilatoires apparaît, l'anxiété et la douleur intérieure diminuent. En effet, deux émotions majeures seraient présentes chez les automutilateurs au moment de poser les gestes automutilatoires : l'anxiété et l'irritabilité (*Simeon et al.* dans Martinson, 1996).

C'est pourquoi, dans la mesure où l'automutilation entraîne une diminution de l'anxiété, elle pourrait constituer un comportement imaginatif et adaptatif permettant d'exercer un certain contrôle sur une situation où la victime n'a pas le pouvoir d'agir. Les comportements automutilatoires pourraient être aussi dans certains cas le retournement contre soi d'une violence dirigée contre une personne ou d'une situation sur laquelle aucune emprise n'est possible. Il s'agirait d'une façon d'étouffer une souffrance intérieure par une douleur extérieure ainsi qu'un moment privilégié avec soi qui procure un soulagement (Martinson, 1996).

## **2.2 L'automutilation et les marques corporelles.**

Les marques corporelles sont monnaie courante dans notre société. En seulement dix ans s'est envolé le stéréotype du tatoué étant un jeune homme costaud, issu d'un milieu populaire et affichant une virilité agressive. Le

piercing s'est imposé comme accessoire esthétique. Les tatouages et les piercing sont des marques corporelles très populaires dans notre société et sollicitent autant les femmes que les hommes. La plupart des tatouages ne se font pas sur un coup de tête, mais au contraire, le motif ainsi que le choix de la place où ils seront tatoués sont souvent réfléchis. Par contre, le piercing est souvent fait sur une impulsion (Le Breton, 2002a).

Il existe d'autres marques corporelles un peu moins courantes dans notre société. Le "stretching" consiste à élargir le trou du "piercing" pour y mettre une pièce plus volumineuse. Les scarifications sont des cicatrices ouvragées pour dessiner un signe en creux ou en relief sur la peau avec un ajout d'encre. Le "cutting" se définit comme une inscription de figures géométriques ou de dessins sous forme de cicatrices taillées au scalpel. Le "branding" est une cicatrice en relief dessinée par l'application d'un motif au fer rouge ou au laser. Le "burning" imprime sur la peau une brûlure rehaussée d'encre ou de pigments. Enfin, les implants sont des objets que l'on incruste sous la peau (Le Breton, 2002a).

Dans de nombreuses sociétés, les marques corporelles sont associées à des rites de passage ou encore ont des significations précises au sein de la communauté. La marque corporelle contemporaine est un mélange ambigu de revendication d'originalité et de soumission aux attitudes d'une classe d'âge.

Cette modification corporelle touche le sentiment de soi et plus elle sera visible, plus elle changera la perception des autres (Le Breton, 2002a). Le goût des modifications corporelles vient le plus souvent du fait de les avoir vues sur d'autres personnes et d'être attiré par l'expérience. Il s'agit en fait d'une affirmation de l'identité personnelle. La marque corporelle semble confirmer l'appartenance à soi. Pour l'adolescent, il s'agit de se détacher symboliquement de ses parents, en prenant possession de son corps (Le Breton, 2002a). Les modifications corporelles peuvent aussi être une manière symbolique de mettre un terme à une situation d'incertitude, de transition difficile entre un moment ou un autre. Elle devient alors un souvenir d'un passage de notre vie.

Les marques corporelles s'inscrivent dans le contexte culturel contemporain. La volonté de se faire mal en attaquant son corps n'y est pas présente en tant que telle : il ne s'agit donc pas de gestes automutilatoires. La douleur apparaît comme une conséquence inévitable de l'acte, mais il ne s'agit jamais de son but. Ces marques corporelles sont faites dans le but de donner une touche d'originalité à son corps et sont vus comme un signe de distinction.

### **2.3 L'automutilation et les désordres alimentaires**

Les désordres alimentaires seraient-ils des gestes automutilatoires ? On sait que la minceur est devenue dans notre société synonyme de beauté, de réussite sociale, de maîtrise de son corps et donc de soi-même, qualités qui sont valorisées chez les femmes. Toute réussite sociale individuelle passerait par la maîtrise de son corps dont la minceur devient la preuve tangible (Guillemot et Laxenaire, 1997). Beaucoup de femmes désirent donc répondre à ces normes esthétiques.

Les désordres alimentaires s'observent souvent chez les gens à haut revenu, mais les recherches montrent qu'aucun groupe social n'est à l'abri de ceux-ci (Moe, 2002). 90% des personnes qui souffrent de désordres alimentaires seraient des femmes mais le nombre d'hommes augmente rapidement. Les désordres alimentaires ont de lourdes conséquences sur la vie des individus : perte de poids, digestion plus lente, fin du cycle menstruel, fatigue, maux de tête, dépression, arythmie cardiaque... Ainsi, on estime que chaque année aux États-Unis, 1000 femmes décèdent des causes de l'anorexie.

Il faut pourtant faire une distinction entre l'automutilation et les désordres alimentaires (Wegscheider, 1999). Les désordres alimentaires sont associés à la recherche compulsive de la minceur. S'ils ne sont pas apparentés

à l'automutilation; c'est que la personne qui s'automutile tente de se blesser de façon volontaire alors que la personne boulimique ou anorexique tente d'atteindre un poids minceur. Elles vont se priver de manger pour être minces ou encore, elles vont se faire vomir pour éviter de prendre du poids. Lorsqu'elles s'automutilent, l'objectif recherché est de blesser leur corps, gérer leur stress, bloquer des émotions ou encore devenir obèses afin d'être inintéressantes pour les hommes.

Parallèlement, on pourrait penser que les gymnastes ont des comportements qui s'apparentent à l'anorexie ou à la boulimie. Celles-ci s'entraînent des heures durant et voient de façon dramatique la prise du moindre kilo. Leur motivation est de vouloir gagner des compétitions. Elles ne voient pas dans leurs gestes un moyen de se faire mal, même si le résultat de leurs efforts les fait souffrir. Il ne s'agit donc pas d'automutilation puisque le sens de leurs gestes est la recherche de la réussite sportive et non pas la recherche de la douleur.

#### **2.4 L'ampleur du phénomène de l'automutilation**

Une fois la définition de l'automutilation cernée, il faut maintenant expliquer le phénomène afin d'en comprendre l'ampleur. D'ailleurs, les intervenants sociaux font constamment face à l'automutilation, que ce soit

dans les centres de crise, les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, les hôpitaux, les CLSC ou encore les écoles secondaires. Trop souvent, ils en sont inconscients ou encore se trouvent démunis. Cela dit, il est étonnant de constater que nous n'avons répertorié aucune étude traitant de l'ampleur du phénomène de l'automutilation au Canada, ni proposant des pistes d'intervention. L'automutilation demeure en effet un phénomène tabou, tout comme l'était l'anorexie il y a vingt ans. Très peu d'automutilateurs sont diagnostiqués (Wegscheider, 1999). Dans des situations de détresse, plusieurs personnes ont recours à des comportements nocifs : boire, fumer ou somatiser. Quelques-unes ont recours à l'automutilation qui devient alors une forme de contrôle sur soi pour celui qui a perdu le choix des moyens et qui ne dispose pas d'autres ressources (Le Breton, 2003).

Plusieurs auteurs ont proposé des théories explicatives du phénomène de l'automutilation. Pour certains d'entre eux la violence familiale peut-être mise en cause : les mauvais traitements, les agressions, les voies de faits ou les autres formes de violence au sein de la famille se caractérisant par l'abus de confiance, l'abus de pouvoir, la fréquence, la répétition et l'augmentation avec le temps (Services correctionnels du Canada, 1999). La violence familiale peut prendre de nombreuses formes : agression physique, violence

psychologique et émotionnelle, agression sexuelle, intimidation, menaces, négligences, privation et exploitation financière. Elle peut inclure aussi le traumatisme psychique subi par les enfants qui sont témoins de violence perpétrée contre d'autres membres de la famille. Le style de fonctionnement des familles où on décèle la présence de violence est souvent marqué par le manque de soutien affectif et la répression de l'agressivité et de la colère ; ceci favorise les gestes automutilatoires (Gelly, 2003). Certaines victimes de violence familiale négligent de prendre soin d'elles-mêmes, de bien s'alimenter, d'observer la médication prescrite ou de consulter un médecin tandis que d'autres refuseront toute forme de soutien. Les enfants victimes de violence familiale risquent davantage d'adopter un comportement autodestructeur et malsain (Gelly, 2003). L'automutilation serait même selon certains, une stratégie d'adaptation résultant d'une enfance fortement marquée par les mauvais traitements (Service Correctionnel du Canada, 1999).

Certains soutiennent qu'il existe aussi un lien entre l'automutilation et des événements spécifiques vécus antérieurement (Bunclark et Crow, 2000). D'autres tentent plutôt d'expliquer le phénomène à partir du moment où il se présente. Beaucoup d'enfants abusés sexuellement s'automutilent, comme si le fait de se faire mal leur permettait de maîtriser la douleur qu'on leur a imposée (Lemieux, 2000). Selon une étude, 30% des jeunes qui ont été abusés

sexuellement dans leur jeunesse s'étaient automutilés au cours des douze derniers mois, comparativement à 3% chez les jeunes non-abusés (Fishers, 2002). Les femmes seraient plus propices à être abusées sexuellement au cours de leur vie que les hommes. Au moins une femme sur quatre et un homme sur dix ont été victimes d'abus sexuels pendant leur enfance (Finkelhor, 1994). Les femmes qui s'automutilent ont été abusées plusieurs fois lorsqu'elles étaient enfant et souvent elles l'ont été par des personnes de qui elles dépendaient pour leur bien-être et leur sécurité (Wegscheider, 1999).

Les abus sexuels laissent des cicatrices et certaines victimes peuvent s'automutiler afin d'extérioriser la douleur liée au souvenir de cet événement. Se couper semble la forme d'automutilation la plus fréquente et serait la méthode la plus souvent associée aux abus sexuels antérieurs. L'âge de l'enfant au moment où l'abus a commencé, la nature de la relation avec l'abuseur, le type d'abus sexuel, le temps qu'a duré les abus influenceraient la fréquence et la sévérité des coupures (Wegscheider 1999).

Dans un autre ordre d'idées, bien que les gestes automutilatoires aient été identifiés depuis de nombreuses années, la psychiatrie ne s'est intéressée à celle-ci qu'à partir de 1935. L'étude de Menniger (Dumesnil, 1987) fut la première. On y avançait que le geste automutilatoire avait la double propriété de satisfaire un besoin d'expiation et un désir d'agression. Aujourd'hui

encore, plusieurs auteurs associent l'automutilation aux problèmes de santé mentale. À titre d'exemple, selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV), l'automutilation serait une des neuf manifestations de la personnalité limite. D'ailleurs, la plupart des recherches sur l'automutilation sont faites avec des sujets qui souffrent de troubles de comportement (Marlow, 2001). De ce fait, certaines études démontrent que la majorité des individus automutilateurs ont un diagnostic de schizophrénie, d'autisme, de déficience intellectuelle ou de troubles organiques (Bachman, 1972 ; Carr, 1977). Bunclark et Crowe (2000) avancent qu'il existe un lien entre l'automutilation et la personnalité limite, caractérisée par l'impulsivité, l'instabilité affective et les relations instables.

Selon d'autres auteurs, l'automutilation ne serait pas une maladie comme telle mais serait aussi liée à la souffrance que cause la maladie. L'automutilation chronique serait d'ailleurs un comportement addictif (Paris, 1996). En se coupant, la personne remplacerait des émotions douloureuses par le soulagement du sang qui coule. En fait, la plupart des personnes automutilatoires affirment se sentir mieux après s'être coupées car leur dysphorie serait ainsi soulagée. L'automutilation serait communicative et axée sur les émotions négatives avec comme objectif premier d'étaler la détresse à la vue des autres (Paris, 1996). Bien que certaines personnes

s'automutilent en secret, leurs comportements retiennent l'attention des autres et provoquent une forte réaction. Les comportements d'automutilation ont souvent causé l'institutionnalisation d'une personne dans la mesure où il s'agit de comportements graves engendrant des besoins importants en matière de soins (Tassé et Maurice, 1994).

Enfin, certains auteurs considèrent l'automutilation sous un angle peu connu mais très certainement heuristique : il s'agirait d'un mécanisme d'adaptation (Wegscheider, 1999). L'existence d'un problème réel ou imaginé susciterait en effet la mise en place d'une réponse pour faire face à cet événement stressant. Lors d'une situation difficile, certaines personnes s'automutileraient afin de passer au travers l'épreuve. Ces gestes automutilatoires permettraient de libérer certains sentiments, de trouver une solution d'évitement, de se sentir mieux ou tout simplement d'oublier ce qui s'est produit. Pour certaines personnes, l'automutilation serait même un mode d'expression et un substitut à la parole et au langage dans la mesure où une autre personne serait susceptible de comprendre ce message. L'automutilation permettrait alors d'exercer un certain contrôle aussi bien sur l'intensité de la douleur ressentie que la personne croit devoir inévitablement subir que sur le moment où celle-ci doit survenir (Service correctionnel du Canada, 1999). Il

s'agirait ainsi d'un moyen de survie face à des émotions incontrôlables : le rejet, l'abandon, la peur ou la colère.

On s'automutile pour différentes raisons : pour sentir qu'on est vivant, pour se délivrer de certaines émotions, pour voir le sang, pour se punir, pour demander de l'aide sans utiliser des mots. Certains intervenants croient même que l'automutilation peut avoir une valeur adaptative à la douleur de l'âme : marquer sa peau et voir le sang couler peut diminuer les tensions intérieures (Lemieux 2000) et permettre de survivre à des émotions trop douloureuses (BCSW, s.d). Nombre de gestes automutilatoires seraient une tentative de reprendre en main un corps de femme qui, au moment des menstruations, lui échapperait (Le Breton, 2003). En contrôlant le saignement, les femmes signifieraient leur capacité de contrôler leurs corps. Elles participeraient activement au processus physiologique qui, sinon, leur échapperait.

### **III- Question de recherche, cadre opératoire et méthodologie.**

Définissons donc les concepts utilisés dans le cadre de cette recherche. Le terme automutilation englobe une multitude de pratiques telles se couper, s'arracher les cheveux et s'égratigner. Les gestes automutilatoires sont infligés de façon volontaire et la douleur est habituellement le but recherché. Ils impliquent une intention de se blesser sans se donner la mort (Fillmore et Dell, 2001). Nous devons cependant en exclure les gestes associés au plaisir sexuel ou à la décoration du corps. L'automutilation peut-être un geste isolé ou répétitif (Le Breton, 2003). Elle est souvent une activité secrète dont peu de personnes sont enclines à discuter.

L'automutilation pourrait en fait être une façon d'exprimer une souffrance sur laquelle on ne peut mettre de mots, une manière d'atténuer des sentiments négatifs, des angoisses, des colères ou encore une façon de se réappropriier son corps (Wegscheider, 1999). Les gestes automutilatoires sont tabous et laissent place à de multiples questionnements concernant la cause ou l'intervention à privilégier.

La question suivante a constitué le point de départ de notre démarche de recherche : l'automutilation constitue-t-elle un comportement d'adaptation ? En effet, la théorie dite du *coping* ou «mode d'adaptation» semble mieux adaptée au contexte professionnel du travail social. Qu'est-ce

qu'un mode d'adaptation ? Certaines situations suscitent l'existence de modes d'adaptation : la perte d'un être cher, l'inceste vécu au cours de l'enfance, la négligence parentale ou encore la violence familiale. Les situations auxquelles une personne s'efforce de s'adapter sont sources de stress : une incertitude, un événement attendu qui ne se produit pas, un événement inattendu, l'anticipation de faire face à une situation imminente, des circonstances déplaisantes, des catastrophes brutales ou encore des situations pénibles ou douloureuses et durables (Bourgeois et Paulhan, 1995). L'adaptation ou *coping* serait selon Corbière, Dufour et Nadeau (2001) :

les efforts cognitifs et les 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. (p.150)

Les stratégies d'adaptation ont une fonction centrale pour un individu : elles lui permettent de continuer à vivre. Il est cependant difficile de comprendre pourquoi une personne a recours à une stratégie donnée tandis qu'une autre utilisera une stratégie tout à fait différente. Les facteurs explicatifs de ceci sont nombreux : la nature de la situation, l'âge à laquelle elle s'est produite, le milieu familial, le réseau de support social etc.

Lazarus et Folkman (1984) décrivent le *coping* comme étant l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui-même et

l'événement perçu comme menaçant en vue de le maîtriser, de pouvoir le tolérer ou de diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique ou psychologique. Lazarus et Folkman (1984, p.146) ont défini le *coping* comme étant l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. Ces stratégies peuvent aussi bien consister en une activité qu'en un processus de pensées (Bourgeois et Paulhan, 1995).

Lazarus et Folkman (1984) ont construit une échelle pour évaluer *le coping*. On y retrouve huit catégories où sont regroupées les différentes formes de stratégies d'adaptation. La première stratégie d'adaptation se veut être la résolution de problème comme pourrait l'être la recherche d'information. La seconde serait plutôt la combativité ou encore la confrontation. La personne aura ainsi l'impression de s'être battue pour ce qu'elle voulait. Il y a aussi la prise de distance ou encore la minimisation des menaces. Une personne pourra ainsi faire comme si l'événement auquel elle devrait s'adapter ne s'était pas passé. Vient ensuite la recherche d'un soutien social qui aidera la personne à surmonter sa situation. Pour d'autres, la maîtrise de soi sera choisie de préférence. Enfin, certaines personnes utiliseront l'auto-accusation et croiront qu'elles ont créé le problème et

qu'elles en sont responsables (Bourgeois et Paulhan, 1995). Pour d'autres, la réévaluation positive de l'événement sera la meilleure stratégie. Pour ce faire, la personne concernée fera le bilan de l'événement et se dira qu'elle est sortie plus forte de cette expérience qu'elle ne l'était avant. Sans effacer cet événement, elle aura l'impression d'en ressortir quelque chose de positif. Une autre stratégie est la fuite ou l'évitement. La personne essaie alors de se sentir mieux, en mangeant, fumant ou en prenant des médicaments, pour ne citer que ces exemples. Enfin, vient la stratégie du *coping* où nous pourrions classer l'automutilation.

L'automutilation pourrait-elle être considérée comme un mode d'adaptation ? C'est à cette question que nous tenterons de répondre. Pour ce faire, nous aurons recours aux données qualitatives, qui sont au coeur de l'expérience humaine. La grande majorité de nos transactions avec le monde est en effet de nature qualitative, que ce soit notre expérience intime, nos rapports sociaux ou notre vécu culturel. Lorsque nous voulons mieux comprendre une problématique, plutôt que mieux la mesurer, notre travail est en bonne partie d'ordre qualitatif (Paillé et Mucchielli, 2003). Nous avons pour cette raison choisi cette méthodologie qui nous permettra de saisir la signification des gestes automutilatoires. Afin d'étudier en profondeur ce phénomène, nous avons décidé de limiter notre recherche aux femmes,

puisqu'elles s'automutilent davantage que les hommes et que leurs expériences sociales et personnelles diffèrent de celles des hommes. Nous avons choisi un échantillon homogène car cette recherche est exploratoire et très novatrice. L'échantillon est donc plus petit et se résume à un seul sexe ce qui permettra d'approfondir l'analyse. Les données qualitatives recueillies constitueront une porte d'entrée privilégiée sur l'expérience de femmes qui s'automutilent. Nous analyserons le sens que les personnes interviewées donnent à leur action et à leur vie quotidienne (Muchielli, 1994).

Le recrutement des répondantes a été très difficile. Nous avons fait appel à différents organismes susceptibles d'intervenir auprès de femmes qui s'automutilent. Le Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles de l'Outaouais (CALAS) et l'Ottawa Rape Crisis Center ont été approchés sans succès. Le Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles d'Ottawa nous a par contre soumis le nom d'une répondante. Nous avons aussi établi contact avec le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC), le Bureau Régional d'Action SIDA (BRAS), le Centre 24/7 et Vallée Jeunesse qui n'ont pas été en mesure de trouver des candidates potentielles auprès de leurs clientèles respectives, tout comme les Centres locaux de services communautaires (CLSC) de la région de l'Outaouais. Par contre, le Centre Communautaire de la Basse-Ville a permis le recrutement de quatre

répondantes et la Société Elizabeth Fry d'une répondante qui a dû finalement décliner l'entrevue car elle n'était pas prête psychologiquement. Nous l'avons référée aux organismes opportuns. Il nous a donc été possible d'interviewer au total cinq femmes ayant ou ayant eu des comportements automutilatoires.

Les chercheurs qualitatifs travaillent habituellement avec des échantillons plus petits de personnes que ne le font les chercheurs travaillant par enquêtes ou sondages (Huberman et Miles, 1991). Les échantillons qualitatifs tendent à être plutôt orientés que pris au hasard, parce que la définition initiale de l'univers à étudier est plus limitée et que les processus sociaux possèdent une logique et une cohérence qui sont généralement inutilisables en cas d'échantillonnage aléatoire d'événements ou de traitements. Nous avons fait des entrevues semi-dirigées auprès des cinq répondantes qui ont des pratiques automutilatoires et avons atteint la saturation théorique (Thietard, 1999 ; Glaser et Strauss, 1967) : aucune information supplémentaire ne permettait d'enrichir l'interprétation après notre cinquième entrevue. Progressivement, nous sommes parvenus à comprendre le phénomène de l'automutilation : pour cela nous avons dû contraster, comparer, reproduire, cataloguer et classier notre objet d'étude (Huberman et Miles, 1991).

La grille d'entrevue permettait de saisir la façon dont les répondantes définissent leur réalité ainsi que les liens qu'elles établissent entre les événements (Deslauriers, 1991). Nous avons exploré avec elles les événements de leur vie peu de temps avant leur premier geste qui pourraient expliquer l'automutilation. Nous avons aussi exploré les sentiments provoqués par l'automutilation, avant, pendant et après avoir commis leurs gestes. Nous avons demandé aux répondantes si elles tentent de cacher leurs blessures, si elles ont déjà parlé de leurs gestes automutilatoires à une personne de confiance, si elles accomplissent leurs gestes dans le cadre d'un rituel et comment elles se projettent dans l'avenir. Enfin, nous avons posé des questions sur le sens qu'elles donnaient à l'automutilation : s'agit-il selon elles d'un mode d'adaptation à leur vie quotidienne ? Les questions posées aux répondantes nous ont permis d'avoir une image à la fois globale et plus précise de l'automutilation.

Les entrevues effectuées ont été individuelles, de type semi-structuré, à questions ouvertes et d'une durée approximative d'une heure. Nous avons fait la transcription intégrale des entrevues, selon des méthodes approuvées, tout en respectant l'anonymat. Nous avons par la suite découpé les entrevues en unités de sens et fait émerger des thèmes communs ou différents. Nous avons ensuite fait une analyse de contenu des données recueillies. L'analyse

de contenu est un ensemble de techniques d'analyse de communication (Bardin, 1993). Pour notre recherche, l'analyse de contenu a eu pour fonction d'enrichir notre tâtonnement exploratoire et d'accroître la possibilité de découverte de sens. Nous avons donc voulu comprendre l'expérience de nos répondantes et le sens qu'elles donnent à leurs gestes automutilatoires. Nous avons aussi comparé leurs témoignages respectifs afin d'être consciente des similitudes et des différences. Poser une question et chercher à y répondre dans une recherche qualitative, c'est chercher un cadrage pour donner du sens à une donnée *à priori* isolée (Paillé et Mucchielli, 2003). Nous avons donc construit des contextes englobants pour trouver des significations au phénomène de l'automutilation.

Qui de mieux placé pour expliquer le phénomène de l'automutilation que les personnes qui posent ces gestes ? Les cinq répondantes avaient entre 29 ans et 59 ans : une dans la fin vingtaine, une dans la fin trentaine, une dans la mi-quarantaine et deux dans la cinquantaine. Elles demeuraient toutes à Ottawa et ceci s'explique par les difficultés de recrutement rapportées précédemment. Ces difficultés de recrutement reflètent possiblement la difficulté qu'ont les intervenants d'identifier l'automutilation comme problématique. Deux des répondantes sont célibataires, une est séparée, une autre est divorcée et la cinquième a un conjoint, mais n'habite pas avec lui.

Cela dit, aucune de nos répondantes n'a de relation conjugale stable. Trois des répondantes ont poursuivi leurs études jusqu'au niveau secondaire, une a terminé ses études en onzième année et la dernière a un diplôme de deuxième cycle universitaire. Il s'agit de la plus jeune répondante de notre échantillon. Le système scolaire étant plus accessible pour la jeune génération qu'il ne l'était il y a quelques années, ceci explique peut-être pourquoi certaines de nos répondantes plus âgées n'ont pas poursuivi leurs études. Les revenus de chaque répondante oscillent entre 11 160 \$ et 48 000\$. La répondante qui a fait des études de deuxième cycle universitaire a le salaire annuel le plus élevé, tandis que les revenus des quatre autres répondantes varient entre 11 160\$ et 18 000\$. Deux des répondantes occupent un emploi à l'extérieur, deux autres reçoivent l'équivalent ontarien de la Sécurité du revenu, tandis que la dernière reçoit une rente d'invalidité.

Quatre des femmes que nous avons interviewées ont déjà consulté pour des problèmes de santé mentale. Une répondante a consulté un psychiatre lorsqu'elle était adolescente tandis qu'une autre a été hospitalisée dans un hôpital psychiatrique. Une répondante a été diagnostiquée «personnalité limite», tandis qu'une autre prend des anti-dépresseurs. Mais, la majorité de nos répondantes ne sont pas sur un traitement continu pour un diagnostic de maladie mentale.

Sans doute serait-il rassurant d'éliminer la question soulevée par ceux qui attentent à leur corps en la rabattant vers la folie, la maladie, mais il est impossible de ne pas voir qu'une immense majorité de ceux qui procèdent ainsi n'en offrent pas moins toutes les apparences d'une intégration sociale sans problème. (Le Breton, 2003, p.36)

Les comportements autodestructeurs pourraient ne pas être des indices de folie, pas plus que les tentatives de suicide, les fugues, les troubles alimentaires ou d'autres formes de conduite à risque. Ils pourraient être considérés comme des tentatives de forcer le passage pour exister (Le Breton, 2003).

La majorité de nos répondantes a été référée par l'entremise d'un centre communautaire. Nous ne sommes pas sans savoir que les centres communautaires reçoivent en général une clientèle plus démunie, puisque les gens plus fortunés fréquentent plus souvent des ressources privées, payées par leurs assurances. Ceci a pu très certainement introduire un biais dont il faudra tenir compte. Nos répondantes vivent pour la plupart dans une situation de précarité économique : quatre d'entre elles ont peu de scolarité et seulement deux répondantes occupent un emploi à l'extérieur. Quatre répondantes affirment n'avoir presque qu'aucun contact avec le monde extérieur. Leurs revenus précaires font en sorte qu'il est difficile pour ces femmes de subvenir à leurs besoins primaires et de faire face aux imprévus de la vie quotidienne. Aucune des répondantes n'a de partenaire stable qui aiderait à subvenir aux

besoins du ménage. Ceci peut occasionner beaucoup de stress et elles peuvent se sentir rapidement dépassées, avoir de la difficulté à savoir comment elles vont s'en sortir.

Trois des entrevues ont été réalisées au domicile des répondantes et les deux autres entrevues ont été faites au centre communautaire. Toutes ont été réalisées dans un contexte favorable, calme et la confidentialité a été assurée. Aucune interruption n'a été faite au cours des entrevues. Les cinq répondantes nous ont parlé avec beaucoup d'ouverture et ont semblé très honnêtes dans leurs réponses ; les entrevues ont été riches en émotions. En effet, quatre répondantes ont pleuré en relatant leur passé douloureux et c'est leur récit des abus sexuels qui a semblé être le plus difficile à livrer. Tout au long des entrevues, nous avons été témoin de la souffrance de ces femmes qui avaient honte de leurs comportements automutilatoires. Par contre, elles se sont dites très contentes de participer à cette recherche, qui dévoilera le phénomène de l'automutilation.

#### **IV- L'automutilation au quotidien**

Les entrevues de nos cinq répondantes nous ont permis de mieux comprendre le phénomène de l'automutilation. En effet, nous avons repéré des différences et des similitudes dans le discours des répondantes. Elles ne s'automutilent pas toutes de la même façon, pour les mêmes raisons ou encore au même moment. Par contre, elles s'automutilent toutes pour s'adapter à un événement de leur vie. Les répondantes ont toutes vécu de la violence sous plusieurs formes, à un moment ou l'autre de leur vie. Elles ont une perception négative d'elles-mêmes et de leur environnement. Nous présenterons donc les différentes facettes de leurs témoignages.

##### **4.1 L'automutilation fait suite à des émotions négatives**

Les cinq répondantes se donnent des coups de poing, des claques dans le visage, se serrent les bras, se tirent les cheveux, se coupent au niveau des bras et des cuisses, se mettent de l'eau chaude sur leurs blessures, se mordent, s'égratignent, se couchent dans la neige, se gèlent les seins avec de la glace, se font couler des cierges sur le corps et se mettent des épingles à linge sur les bouts des seins :

(Je me faisais mal) n'importe comment, je prenais un couteau, je me mordais, je me tirais les cheveux. Des fois, je me coupais et après, je mettais de l'eau chaude sur mes blessures.  
*(Lise)*

Ces données sont comparables à celles de Martinson (1996) qui mentionne que les gestes automutilatoires les plus courants sont les coupures, les coups et s'arracher les cheveux.

Les types d'automutilation varient dans le temps pour chacune des femmes que nous avons interviewé. Ainsi, une répondante a commencé à s'automutiler de façon psychologique, en se reprochant tout ce qu'elle ne savait pas. Elle se traitait de moins que rien et se trouvait stupide comparativement aux autres. Par la suite, elle a commencé à se donner des coups de poing et des claques dans le visage, puis à se serrer les bras et à se tirer les cheveux. Aujourd'hui, elle adopte seulement des comportements boulimiques liés à l'automutilation, puisqu'à travers sa boulimie, c'est la douleur qu'elle recherche.

Je n'avais aucun contrôle, c'était tellement plaisant lorsque c'était dans ma bouche. C'était de me gaver jusqu'à temps que je sente que je ne sois plus capable, que j'ai mal au cœur.  
*(Linda)*

Deux répondantes ont intensifié leurs comportements automutilatoires, l'une en se mettant de l'eau chaude sur ses blessures, tandis que l'autre, après s'être gelé les seins avec de la glace, a commencé à se faire couler des cieres sur son corps et pour intensifier la douleur, à mettre des épingles à linge sur le bout de ses seins. Deux autres répondantes ont toujours opté pour le même comportement automutilatoire, soit la coupure. Par contre, l'endroit ainsi que

l'intensité du geste varient d'un moment à l'autre. Les répondantes semblent ainsi adopter les comportements autodestructeurs les mieux adaptés à leur objectif : diminuer leurs souffrances. Elles choisissent le type d'automutilation selon leurs besoins et selon les moyens disponibles : se tirer les cheveux et se couper.

Je ne m'automutile pas tout le temps de la même manière. Des fois je vais me couper tandis que d'autres fois, je vais me tirer les cheveux. Ça dépend, ce que j'ai envie de me faire. Des fois, je suis tellement triste que je ne pense pas. *(Lise)*

Le choix de la méthode utilisée dépend de différents facteurs et ceux-ci varient d'une répondante à l'autre. Duché et Gronsac (1982), avancent d'ailleurs que les gestes automutilatoires ont une valeur communicative puisque la forme de l'automutilation varie selon ce qu'elle veut exprimer.

Les émotions vécues par les répondantes avant qu'elles ne posent leurs gestes automutilatoires sont difficiles: culpabilité, stress, négociation, colère, rage, frustration et peine. Elles affirment que l'automutilation est un moyen de se débarrasser de ces sentiments négatifs. Ainsi, une répondante s'automutile pour déplacer la souffrance psychologique :

Je savais, je sentais de la colère, je me disais littéralement, bien regarde, tu vas te donner des coups de poing dans la face, tu vas sentir quelque chose, tu le mérites. Je me regardais en plein dans les yeux pendant que je me frappais. Ça faisait tellement mal en dedans, j'avais tellement de rage et de colère, que je me frappais dans le visage comme pour déplacer le mal. *(Linda)*

Le moment où les femmes que nous avons interviewées posent leurs gestes automutilatoires est aussi révélateur des raisons qui les poussent à s'automutiler. Lorsqu'on demande aux répondantes à quel moment elles s'automutilent, les réponses sont aussi nombreuses que variées. Une répondante pose des gestes automutilatoires lorsqu'elle se sent rejetée par des hommes :

Quand je mange et je sais que c'est parce que je me sens seule. C'est très spécifique, je me sens rejetée et abandonnée par les hommes. *(Linda)*

Une autre répondante s'automutile lorsqu'elle a un surplus d'émotions :

J'en prends, j'en prends et c'est ça. C'est quand j'en ai assez c'est là que je fais des affaires que je ne devrais pas faire. *(Nicole)*

Une répondante s'automutile depuis qu'elle est séparée de son conjoint qui la violentait :

J'ai recommencé à me faire mal quand le père de ma fille est parti quand elle avait trois ans. Elle a treize ans aujourd'hui. Avant, je n'avais pas besoin de me faire mal, car le père de ma fille me battait et me faisait mal. *(Lise)*

Une autre répondante s'automutile avant et après ses menstruations. Elle relie ses gestes automutilatoires à ces périodes spécifiques :

(Je m'automutilais) à chaque mois, avant et après mes menstruations. Une fois avant et une fois après. Et ça revenait à tous les mois. Même en Floride je l'ai fait une fois parce que là, j'étais tannée d'être avec ma mère. *(Diane)*

Par ailleurs, le moment choisi par la plupart des répondantes pour commettre leurs gestes automutilatoires est spontané : la plupart d'entre elles n'ont pas de rituel, ou de série d'actions réglées et posées de façon similaire (Le Breton, 2003). Les femmes que nous avons interviewées ne prennent pas le temps de planifier leurs gestes. Une répondante prend un couteau pour se couper lorsque l'envie lui en prend :

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)*

Une autre affirme ne pas planifier ses gestes :

(Lorsque je m'automutile), ça arrive comme ça. C'est quand j'en ai trop. Je peux me réveiller demain matin et avoir le goût de me faire mal. *(Lise)*

À cet effet, les femmes que nous avons interviewées ont toutes affirmé avoir des sentiments négatifs avant de commettre leurs gestes automutilatoires. Une répondante ressent de la culpabilité avant de s'automutiler :

(Lorsque je m'automutile, je ressens) énormément de culpabilité surtout au niveau de la nourriture. *(Linda)*

Une autre répondante ressent de la colère, de la frustration et de la peine avant de poser ses gestes automutilatoires :

Je ressens beaucoup de colère, de la frustration, de la peine (lorsque je m'automutile). 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. En plus, il y a une petite fille qui me dit de me faire mal. Elle me parle souvent et elle me fait faire des choses. *(Lise)*

Le rituel n'est pas spontané et requiert une certaine préparation. Seulement une répondante affirme avoir un rituel lorsqu'elle s'automutile. Elle essaie de marchander avec elle-même :

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 manger telle portion. Donc je vais le sortir et je vais me dire ok, c'est plus acceptable. Après je vais les manger et je vais, me faire croire que c'est assez. *(Linda)*

L'absence de rituel ne doit pas par contre laisser croire que l'automutilation répond à une émotion spontanée. Si les gestes automutilatoires sont impulsifs et non réfléchis, ils ne sont pas sans logique. En fait, ils permettent de décharger une tension, une angoisse qui ne laisse plus le choix des moyens pour s'en libérer (Le Breton, 2003)

Les cinq femmes interviewées n'osent pas en discuter avec leur entourage, elles sont donc conscientes que l'automutilation est un sujet tabou. Ceci fait en sorte qu'elles ressentent un isolement social. Elles sont conscientes que leurs gestes automutilatoires ne sont pas bien vus et ont honte de ne pas pouvoir régler leurs problèmes autrement. Pourtant, paradoxalement, l'automutilation leur apporte un bien-être qu'elles n'ont pas

l'occasion de vivre souvent. À cet effet, une répondante affirme qu'elle se sentirait observée si son entourage était conscient de ses comportements.

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

Deux répondantes affirment ne jamais avoir parlé de leurs comportements à leur entourage. Une autre répondante soutient qu'elle n'en a jamais parlé à ses proches, mais qu'elle n'a jamais caché ses blessures non plus. Enfin, une dernière répondante prétend qu'elle a parlé de ses comportements automutilatoires à un prêtre ainsi qu'à des thérapeutes. Par contre, elle n'a jamais osé en parler aux membres de sa famille. Ceci correspond à l'observation de Le Breton (2003) selon qui l'automutilation serait souvent vécue dans la solitude et procurerait le sentiment d'être à part et de ne pas être tout à fait normal.

D'ailleurs, quatre répondantes affirment avoir un réseau social restreint. Elles n'ont pas le privilège de se faire écouter par leurs proches, ce qui les amène à être marginalisées. Elles ne sont souvent pas prises en compte par les services socio-sanitaires. Ainsi, on relève un accueil difficile des femmes qui s'automutilent dans les hôpitaux américains : elles seraient soignées sur un mode agressif et souvent recousues sans anesthésie, considérées comme des malades et des pertes de temps (Le Breton, 2003). Au Québec, les organismes qui traitent spécifiquement de l'automutilation sont

inexistants et de nombreux intervenants ne savent pas comment intervenir. L'entourage est souvent démunie et ne peut comprendre un geste qui lui paraît sans mesure, absurde, heurtant de plein fouet les ressources d'identification de la personne (Le Breton, 2003). Il est donc difficile pour nos répondantes de trouver de l'aide. Elles se sentent donc encore plus seules, isolées et vulnérables.

#### **4.2 Pourquoi s'automutile-t-on ?**

Lorsqu'il est question de gestes automutilatoires, plusieurs questions nous viennent en tête : Qu'est-ce qui pousse une personne à s'automutiler une première fois ? Que vit-elle de si souffrant pour vouloir porter atteinte à son corps ? Pour le savoir, nous avons questionné les répondantes sur les événements ayant précipité leur première automutilation. Leurs réponses ont été très variées. Une répondante affirme qu'il s'agit sans contredit de l'abandon qu'elle a vécu de la part de son père ainsi que l'abandon de la part de son ancien conjoint. Pour elle, le rejet demeure très difficile à vivre et elle affirme que la séparation de ses parents a été l'élément déclencheur de ses gestes automutilatoires :

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

Lorsqu'elle ressent de la rage et de la colère, elle se frappe pour déplacer le mal. Elle ressent le besoin et la pulsion de se donner ce plaisir là.

Cette répondante s'automutile pour combler un vide :

Je décris mon comportement comme une compensation pour combler un vide et un mécanisme de survie. Je ne savais pas comment faire autrement. J'ai commencé, je te dirais, j'avais peut-être seize ou dix-sept ans. Bien je pense que je ne m'en rendais pas compte la première fois, je pense que ça été graduel. Je pense que je me suis rendue compte que c'était problématique, c'est quand je voyais que je mangeais jusqu'à temps que je me rende malade, que je ne sois plus capable et que cela fasse mal. *(Linda)*

Une autre répondante prétend que ses gestes automutilatoires sont plutôt en lien avec son humeur et qu'elle utilise l'automutilation pour se faire du bien. Lorsque la situation devient trop difficile, l'automutilation a donc une fonction de baume. Les cinq répondantes utilisent l'automutilation pour laisser sortir un surplus d'émotions internes. Une répondante croit qu'elle s'automutile pour se sentir moins prise «en dedans» et pour s'empêcher de mourir :

Il y a tellement d'affaires qui se passent ce n'est pas croyable trop d'affaires et moi, pour me consoler, c'est ça que je fais (s'automutiler), ça m'empêche d'aller plus loin car des fois je trouve que ça ne donne rien de vivre. *(Nicole)*

Une répondante associe l'automutilation aux abus sexuels vécus dans sa jeunesse. L'automutilation l'empêche de mourir car elle libère les sentiments négatifs qui sont rendus insupportables :

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, ça me fait tellement du bien. Le mal que j'ai en dedans de moi sort et c'est ça qui fait du bien. Lorsque je me fais mal, j'ai pas envie de mourir, car ça me fait du bien.  
*(Lise)*

Enfin, une dernière répondante relie l'automutilation à la violence qu'elle a vécue et s'automutile lorsqu'elle est rendue à bout, pour apaiser ses souffrances :

C'est quand je me faisais voler et maltraiter par mes chums que je me faisais mal et j'étais rendue à bout et souvent j'étais violente par le verbal. C'était une façon d'enlever toute la peine que je ressentais dans ce temps là. *(Carole)*

Bien que les réponses des répondantes soient variées, toutes s'automutilent pour s'adapter à un événement dans leur vie. Une des répondantes répond à un besoin. Deux autres s'automutilent pour répondre aux sentiments négatifs vécus (frustration, colère, peine etc.). Une autre répondante s'automutile car elle ne s'accepte pas en tant que femme. Par les actes autodestructeurs, les répondantes composent avec la souffrance et la détresse émotionnelle. Grâce à ses gestes automutilatoires, elle a enfin l'impression de ressentir quelque chose, de se sentir vivante. Ses gestes ont donc comme fonction de procurer un bien-être temporaire afin qu'elle puisse poursuivre sa route. Une autre répondante s'automutile quand elle en a assez. N'étant capable de gérer un

surplus d'émotions, l'automutilation l'aide à faire le vide. Pendant qu'elle se concentre sur ses actions, elle laisse un peu de côté ses tracas :

J'en prends, j'en prends et c'est ça. C'est quand j'en ai assez  
c'est là que je fais des affaires que je ne devrais pas faire.  
(Nicole)

Une autre répondante utilise l'automutilation pour se libérer intérieurement. Lorsqu'elle a l'impression de perdre contact avec la réalité, elle fait quelque chose de concret en s'automutilant. Tout devient alors réel pour elle : le sang qui coule, ses blessures et ses cicatrices. Enfin, une autre répondante s'automutile car elle ne s'accepte pas comme femme : elle va donc tenter de venger son corps. En s'automutilant, elle s'attaque surtout à ses seins, symbole concret de sa féminité. Le Breton (2003) souligne d'ailleurs que certaines personnes blessent afin de signifier à leur corps les limites de son pouvoir. Puisqu'il leur est impossible de ne pas saigner durant les règles, certaines femmes qui s'automutilent peuvent en prendre l'initiative en se blessant pour participer alors au processus physiologique qui, sinon, leur échapperait.

Deux répondantes s'automutilent pour arrêter de souffrir. Nous pouvons croire que leur souffrance psychologique est si intense qu'elles ont besoin de s'automutiler physiquement pour déplacer le mal, car plus elles se coupent, plus elles souffrent (Le Breton, 2003).

Des fois je le faisais pour mourir, mais d'autres fois je ne voulais pas mourir, je voulais seulement arrêter de souffrir.  
(*Carole*)

C'est juste une façon de me faire du bien, car j'ai tellement mal en dedans. C'est quand je finis de me faire mal que j'ai le moins mal en dedans, jusqu'à temps que je recommence. Je me fais mal, quand je suis vraiment à bout et que je pleure. (*Lise*)

Tout compte fait, nos répondantes s'automutilent pour sentir qu'elles sont vivantes, pour délivrer certaines émotions, pour se punir, pour éviter de se suicider ou pour d'autres raisons.

L'automutilation renvoie à leurs émotions négatives et à une souffrance intérieure extrême qu'elles ne sont plus capables de tolérer. Elles choisissent de commettre des actes autodestructeurs afin de composer avec cette souffrance et cette détresse émotionnelle (Fillmore et Dell, 2001). Une répondante stipule ainsi que ses comportements automutilatoires ont comme seul but d'arrêter une souffrance qui l'accompagne depuis longtemps :

Des fois, je le faisais pour mourir, mais d'autres fois, je ne voulais pas mourir, je voulais seulement arrêter de souffrir. C'était comme une façon de ne plus ressentir ce que je ressentais en dedans. (*Carole*)

Que ce soit pour combler un vide, pour faire face à un trop plein, pour mieux accepter son corps ou encore pour arrêter de souffrir, l'automutilation semble avoir une fonction vitale pour nos répondantes : elle les aide à continuer à survivre dans un monde de souffrance et s'avère une réponse à des événements intolérables. Les femmes que nous avons interviewées vont

utiliser les gestes automutilatoires comme une sorte de compensation : elles vivent des moments difficiles, mais se procurent du bien-être à travers l'automutilation. En s'infligeant une douleur incontrôlée, elles luttent contre une souffrance qui est infiniment plus lourde (Gelly, 2003).

Tel que rapporté par nos répondantes, l'automutilation semble donc une réponse à ces sentiments négatifs. Elle devient une sorte d'échappatoire car les répondantes ne savent pas comment composer avec ces émotions. Les gestes automutilatoires qu'elles posent leur procure du bien-être et du soulagement : la douleur de l'âme passe alors par la douleur physique. Elles font état de la nécessité de transformer une douleur psychique incompréhensible en une douleur physique supportable. Mieux vaut la douleur physique que l'on maîtrise que la douleur psychologique qui n'est pas palpable (Le Breton, 2003). Ainsi, une répondante affirme qu'elle ressent un bien-être lorsqu'elle s'automutile et ses gestes automutilatoires ne lui occasionnent aucune douleur :

Je me sens bien (lorsque je m'automutile), car quand je le fais, ça me fait pas mal. Je peux me couper cinquante fois et je ne ressens rien. La même chose quand je m'ébouillante, ça fait tellement de bien. (*Lise*)

Une autre répondante ne ressent pas non plus de douleur physique lorsqu'elle commet ses gestes automutilatoires

Ça ne me faisait pas mal (lorsque je m'automutilais), j'étais assez perdue dans la brume et je prenais mes pilules, je ne sentais rien rien. *(Carole)*

On pourrait donc considérer que l'automutilation est une forme particulière de lutte contre le mal de vivre. Les cinq répondantes affirment en effet avoir déjà pensé au suicide à un moment ou à un autre de leur vie. Les gestes automutilatoires leur permettraient de ne pas passer à l'acte et d'atténuer leur souffrance de façon temporaire. Une répondante met même en cause une dépression qu'elle a vécue pour expliquer ses idéations suicidaires :

J'ai fait une dépression, c'était une période où je ne voulais plus vivre. J'étais suicidaire et j'étais suivi par une travailleuse sociale, j'étais en survie. *(Linda)*

Les répondantes font toutes la différence entre les actes suicidaires et les gestes automutilatoires qui auraient des fonctions tout à fait différentes. Ainsi, une répondante différencie clairement les gestes qu'elle a posés pour mourir de ceux qu'elle commet régulièrement pour s'automutiler :

(Je ne m'automutilais) pas tout le temps pour mourir. Des fois je le faisais pour mourir, mais d'autres fois je ne voulais pas mourir, je voulais seulement arrêter de souffrir. C'était comme une façon de ne plus sentir ce que je ressentais en dedans. *(Carole)*

L'automutilation aiderait donc les répondantes à survivre. Elle deviendrait en fait une forme de sacrifice où l'individu accepte de se séparer d'une part de soi pour sauver le tout de son existence. L'enjeu est de ne pas

mourir (Le Breton, 2003). Trois répondantes affirment d'ailleurs ceci clairement :

C'est sûr que le fais de me couper m'empêche de mourir.  
(*Nicole*)

Une répondante affirme aussi qu'elle ne voulait pas mourir, mais tout simplement arrêter de souffrir :

Non, (je ne m'automutilais) pas tout le temps pour mourir. Des fois je le faisais pour mourir, mais d'autres fois, je ne voulais pas mourir, je voulais seulement arrêter de souffrir. C'était comme une façon de ne plus sentir ce que je ressentais en dedans. (*Carole*)

L'automutilation renvoie à une souffrance extrême. Les sentiments négatifs sont omniprésents dans la vie des répondantes, elles disent devoir s'en débarrasser et l'automutilation est le seul moyen qu'elles connaissent pour y arriver.

#### **4.3 L'automutilation renvoie à un passé tumultueux**

Chaque être humain vit son lot d'épreuves et d'échecs et sera confronté dès son plus jeune âge à des situations difficiles. Le type et l'intensité de ces épreuves ou échecs varieront d'une personne à une autre tout comme les ressources disponibles et les moyens adoptés pour y faire face. Nos cinq répondantes ont débuté leurs gestes automutilatoires dès leur plus jeune âge : deux répondantes dès leur enfance, tandis que les trois autres ont débuté dès le début de leur adolescence. Une répondante a commencé à

s'automutiler lorsqu'elle était encore enfant en se mordant et en se tirant les cheveux :

Je crois que j'étais pas mal jeune, j'étais une enfant la première fois (que je me suis automutilée). Je me mordais beaucoup jusqu'à temps que je saigne, ma peau devenait toute rouge. Je me tirais aussi les cheveux. (*Lise*)

Une autre répondante a commencé à s'automutiler vers l'âge de dix-huit ans, en remplissant son bain de neige et de glace :

La première fois (que je me suis automutilée), c'était en hiver et je demeurais à Bourget et nous avions un balcon et je me couchais dans la neige avec rien sur le corps. J'avais à peu près dix-huit, dix-neuf ans, puis, je remplissais mon bain de neige et de glace pas tout en même temps mais c'était la façon de m'automutiler, de me faire souffrir et par la suite il y a eu d'autres choses que j'ai ajoutées. (*Diane*)

L'adolescence est une période où le jeune veut avoir sa propre identité, devenir indépendant, accéder à la sexualité adulte, définir son intimité et faire ses propres expériences. Lorsqu'il y a échec dans un de ces processus, l'automutilation peut devenir un moyen potentiel d'y palier (Garel, 2002). Nous pouvons croire que la quête d'identité propre à l'adolescence a été problématique pour nos répondantes et que celles-ci ont réagi à leurs souffrances du mieux qu'elles pouvaient. L'adolescence représente aussi une période de changement où le besoin d'appartenance est très fort. Les gestes automutilatoires peuvent aussi servir à barrer symboliquement le

développement d'un corps qui contraint à des responsabilités nouvelles et qui apporte une vulnérabilité inattendue (Le Breton, 2003).

Nos répondantes font partie des jeunes qui ont vécu de la violence psychologique, physique et sexuelle dès l'adolescence. Quatre des femmes que nous avons interviewées ne pouvaient compter sur aucune figure parentale. Une répondante révèle qu'elle a subi la violence de son père et de sa mère :

Puis, j'ai été chez mon père, quand j'étais plus jeune, mais je ne me rappelle pas trop. Mais quand j'avais douze ans, j'ai été chez lui et il m'a battue, ma sœur aussi. Ma mère, c'est la même affaire, quand je l'ai vue pour la première fois, elle m'a battue. Il m'a enlevé de ma mère, il m'a volé de ma mère. J'ai vu ma mère qu'une fois dans ma vie. (*Carole*)

Il peut être très difficile de se construire psychologiquement dans un milieu de violence. Ainsi, aucune des répondantes n'a appris à se faire du bien et à prendre soin d'elle-même. Leur relation avec leur corps en est une de violence : elles ont été habituées très jeunes aux sévices corporels en guise de punitions. Une répondante mentionne ainsi qu'elle a subi de la violence de la part de ses frères et de sa mère et qu'elle a même été dans l'obligation de se prostituer pour celle-ci :

Quand j'étais enfant, ma mère me battait beaucoup et j'ai été abusée sexuellement par trois de mes frères. Je crois que ma mère le savait que je me faisais abuser par mes frères, mais elle ne faisait rien, car mes frères lui donnaient de l'argent. Quand il y avait des gens qui venaient à la maison, ma mère

m'obligeait à coucher avec eux puis elle prenait de l'argent. Ma mère me battait beaucoup, mais mon vrai père ne m'a jamais touchée. *(Lise)*

Les relations antérieures vécues par les répondantes se reflètent d'ailleurs dans leurs relations conjugales actuelles. Trois répondantes ont vécu ou vivent actuellement de la violence conjugale. Dans un cas, la répondante mentionne que son mari était très violent et très exigeant envers elle, même lorsqu'elle était enceinte :

Donc j'ai été obligée de le marier et j'ai eu mon enfant. J'ai eu des grosses noces, car j'étais la première à me marier. Mes années vécues avec lui ont été dures. Si le souper n'était pas prêt lorsqu'il arrivait, c'était une crise et s'il n'avait pas de cendrier sur la table, il écrasait sa cigarette sur la table. Je lui disais de ne pas faire cela, car je ne pouvais pas tout faire. Moi, je ne me sentais pas bien lorsque j'étais enceinte. Il fallait que tout soit en ordre et placé à sa manière à lui, sinon, j'en mangeais une bonne, enceinte ou pas enceinte. *(Nicole)*

Une répondante avoue avoir vécu plusieurs relations violentes et relie ses gestes automutilatoires à cette violence :

(Je relie mes gestes automutilatoires au fait) que je ne pouvais plus en prendre quand mes chums me battaient. J'étais bien bonne avec eux, mais ils me traitaient comme une chienne mais, j'étais en amour, j'étais en amour. *(Carole)*

Son conjoint actuel a aussi été violent à quelques reprises lorsqu'il consommait de la boisson et des drogues :

(Mon conjoint actuel) a été une couple de fois violent avec moi, mais plus maintenant; il a lâché de boire et il a lâché la cocaïne, ça commence à relaxer. On consommait beaucoup lui

puis moi, on buvait comme des fous. C'est quand il consommait qu'il était violent, mais j'ai mis des charges contre lui j'ai appelé la police et il s'est fait ramasser. Je n'avais jamais fait ça avant, je n'avais jamais appelé la police avant. *(Carole)*

La violence conjugale nuit sans contredit à leur santé physique et mentale, à leur capacité à travailler ainsi qu'à leur relation avec autrui. De plus, elle a des répercussions sur l'estime de soi. La violence est un moyen de se punir. Les répondantes n'ont pas connu autre chose, et utilisent donc ce qui leur paraît le plus normal : elles se font mal.

Les cinq répondantes viennent d'un milieu familial inadéquat. Elles n'ont donc pas eu tous les moyens et les outils nécessaires pour gérer leurs émotions : elles doivent les laisser s'échapper lorsqu'il y a un trop plein. Une répondante s'automutile ainsi lorsqu'elle ne sait plus quoi faire avec sa colère, sa frustration ou sa peine :

(Avant de m'automutiler), je ressens beaucoup de colère, de frustration, de la peine. 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)*

Nos répondantes ne s'automutilent pas toutes pour les mêmes raisons. Par contre, elles posent leurs gestes autodestructeurs afin de répondre au même besoin ; celui de ressentir une douleur physique afin de se libérer de leur douleur psychologique :

Peut-être il y a un lien entre les relations que j'ai vécues dans ma famille et le fait que je me fasse mal, car 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. *(Lise)*

Les cinq répondantes prétendent n'avoir eu aucune figure paternelle significative. Une répondante affirme que son père était absent et qu'elle a vécu une relation de violence avec sa mère :

Mon père était comme invisible. Je le voyais de temps en temps, puis maman était vraiment violente en paroles, toujours en paroles. *(Diane)*

Il y a existence d'un lien entre les expériences d'abus et d'autodestruction vécues pendant les années adultes et celles vécues au cours de la petite enfance (Fillmore et Dell, 2001). La répondante qui avoue avoir été violée et obligée de marier son abuseur a aussi subi de la violence de sa mère :

J'ai été violée moi premièrement et dans notre temps, nous n'avions pas le choix, il fallait que tu maries le gars, parce que j'étais enceinte, puis moi je ne voulais pas, mais mes parents m'ont forcé à me marier. Donc, j'ai marié le gars, mais je n'étais pas contente. Ma mère m'a battue et elle a tout fait pour essayer que je perde l'enfant. *(Nicole)*

D'ailleurs, les cinq répondantes ont toutes sans exception vécu la violence d'au moins un parent. Quatre répondantes affirment avoir subi de la violence de la part de leur mère tandis qu'une répondante a vécu des abus sexuels de la part de son père. Une répondante affirme que sa mère lui mettait du savon dans les yeux et la battait à l'aide d'une ceinture :

J'ai l'impression que ma mère ne m'a jamais aimée, parce que j'étais plus petite que les autres. Quand je prenais mon bain, ma mère me mettait du savon dans les yeux et elle me battait avec une ceinture. Elle m'a fait beaucoup mal. (*Lise*)

Une répondante a subi de la violence verbale de la part de sa mère :

Maman était vraiment violente en paroles, toujours en paroles. Je l'ai gardée jusqu'à sa mort et j'ai essayé de tout faire. Je la changeais de couche et je faisais tout pour elle. J'ai essayé de faire le manger qu'elle aimait et elle chialait toujours. Elle n'était jamais contente. (*Diane*)

L'automutilation est aussi liée aux abus sexuels vécus durant l'enfance (Bunclark et Crowe, 2000) et les abus sexuels sont douloureux pour les personnes qui en sont victimes. Cette douleur n'est ni visible, ni palpable et la douleur psychologique n'est pas mesurable. À travers leurs gestes automutilatoires, nos répondantes sont en mesure de voir leur sang couler et les cicatrices de leurs blessures. Elles oublient donc de façon temporaire cette douleur psychologique afin de se concentrer sur leurs blessures physiques. Elles peuvent ainsi prendre soin d'elles-mêmes pour un bref moment. Ainsi, les cinq répondantes ont toutes vécu au moins un abus sexuel au cours de leur vie. Deux répondantes ont été abusées exclusivement lorsqu'elles étaient enfants, deux autres ont été abusées uniquement lorsqu'elles étaient adultes tandis que la dernière a été abusée comme enfant et comme adulte. Enfin,

trois répondantes ont eu plusieurs agresseurs. Une autre répondante a été abusée par différents hommes qui n'avaient aucun lien de parenté avec elle :

J'ai été abusée sexuellement. Pas par ma famille, par d'autres personnes. *(Diane)*

Enfin, une dernière répondante a été abusée sexuellement à l'âge de six ans, mais ne connaît pas l'auteur de cette agression :

J'ai été abusée sexuellement à l'âge de six ans. Je ne sais pas trop trop par qui. C'est dans le temps où je visitais mon père, je ne me rappelle pas trop, je ne le connaissais pas mais je me suis fait violer par un homme. Il m'a donné 25 sous pour m'acheter de la crème glacée. *(Carole)*

Nous pouvons émettre comme hypothèse que nos répondantes utilisent l'automutilation afin de reprendre du contrôle sur leur corps. Lors des abus sexuels, l'agresseur touchait leur corps sans leur consentement. Une répondante a été violée par l'homme qui allait devenir son mari. Suite à cette agression, elle est devenue enceinte de son premier enfant :

J'ai eu bien de la misère à me débarrasser de lui (son mari). Mais il m'avait dit d'une manière ou d'une autre, je vais t'avoir et il m'a eue. Il m'a amené chez eux et il m'a violée et je suis tombée enceinte. *(Nicole)*

Les gestes automutilatoires leur permettent-ils vraiment de reprendre un peu de contrôle sur leur vie ? Possiblement car nos répondantes choisissent le moyen privilégié pour s'automutiler et le degré d'intensité de leur geste. Elles deviennent ainsi responsables des blessures et de la douleur qu'elles

s'imposent et les cicatrices laissées sur leur peau ne sont plus le résultat des gestes posés par une autre personne.

#### **4.4 L'automutilation renvoie à une perception négative de soi et de son environnement**

Selon Maslow (1989), il pourrait être difficile pour nos répondantes de satisfaire leur besoin d'estime d'elles-mêmes si un besoin primaire tel que payer le loyer n'est pas comblé. En effet, les besoins humains seraient organisés selon une hiérarchie où, à la base, se retrouvent les besoins physiologiques élémentaires (alimentation, sommeil, etc.) et, au sommet, les besoins psychologiques et affectifs d'ordre supérieur (sécurité, affectivité, estime de soi-même, réalisation de soi) (Maslow, 1989). Généralement, une personne cherchera à satisfaire ses besoins physiologiques avant tous les autres. Donc une personne qui manque de nourriture, de sécurité et d'amour, va chercher à satisfaire son besoin de nourriture avant de satisfaire son besoin d'amour. Comme nous allons le voir, nos cinq répondantes ont une très faible estime d'elles-mêmes et perçoivent leur environnement de façon négative. Elles ont de la difficulté à faire confiance aux gens et ont tendance à s'isoler. Ainsi, il sera difficile pour elles de travailler sur leur estime d'elles-mêmes et leur besoin de sécurité, tant et aussi longtemps que leurs besoins physiologiques élémentaires ne seront pas comblés.

Tel que décrit dans la section précédente, dès leur plus jeune âge, nos répondantes ont été confrontées à 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 toutes leurs vies ? Il est en effet difficile pour une personne d'avoir une opinion positive de la vie lorsqu'elle a l'impression de n'avoir jamais été aimée. Ainsi, quatre répondantes affirment avoir une perception négative d'elles-mêmes et de l'environnement. Une répondante affirme qu'elle n'était pas capable de s'aimer et que son geste automutilatoire lui procurait du bien-être :

Je n'étais pas capable de m'aimer et je mangeais jusqu'à temps que je me rende malade. Je n'avais aucun contrôle, c'était tellement plaisant lorsque c'était dans ma bouche. C'était juste bon, c'était un plaisir pour moi. C'était de me gaver jusqu'à temps que je sente que je ne sois plus capable, que j'aie mal au cœur. Puis, même après avoir mal au cœur, c'était jusqu'à la prochaine fois, ça ne durait pas. C'était la culpabilité après ça.  
*(Linda)*

Une autre répondante avoue ne pas aimer sa vie et ne voit rien de positif dans son existence :

Je n'aime pas vraiment la vie aujourd'hui. Il n'y a rien de beau sur la terre. Des fois, je demande au Bon Dieu qu'est-ce qu'on fait sur la terre. Il y a le Bon Dieu en haut et le diable en bas. Nous autres, nous sommes avec le diable. Il n'y a rien de positif sur la terre. *(Lise)*

En ayant une perspective négative d'elles-mêmes, les répondantes se lancent comme message qu'elles ne valent pas la peine. Ainsi, une répondante voit sa vie comme une souffrance et serait même prête à se suicider s'il arriverait quelque chose à sa fille :

Moi, j'ai de la misère à m'aimer. Je me trouve tellement dégoûtante. Moi, je vis seulement pour ma fille. S'il arrive quelque chose à ma fille un jour, c'est clair que je me tuerais. C'est l'enfer ici, je ne sais même pas c'est quoi être heureuse. La vie, ce n'est que de la souffrance. *(Lise)*

Elle croit donc mériter les blessures qu'elle s'inflige elle-même. Une autre répondante avoue qu'à force de se faire dire qu'elle ne vaut rien, elle finit par croire :

Il vient un temps où tu n'as plus d'estime de toi. Tu n'y crois plus à force de te faire dire que tu es une bonne à rien. Tu n'as plus de confiance, du tout du tout, tu penses que tu es une moins que rien parce que c'est à tous les jours que tu te fais dire que tu vau rien. Après un bout de temps tu commences à le croire que tu n'es rien tu commences à le croire et tu veux partir. *(Carole)*

En ayant vécu de la violence sous toutes ses formes, les répondantes sont plus enclines à retourner leur colère vers elles-mêmes. La violence a toujours été omniprésente dans leur vie.

#### **4.5 L'automutilation permet de retrouver un sentiment de bien-être.**

Le moment de l'altération du corps est rarement douloureux (Le Breton, 2003). Sa visée est justement de couper la souffrance, même si l'individu n'en a pas clairement conscience. La douleur physique atténuée ainsi

une douleur psychologique rendue insupportable. Une répondante affirme qu'elle ressent du bien-être lorsqu'elle s'automutile et que cela lui permet de libérer ses émotions négatives :

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)*

Nos répondantes s'automutilent toutes pour vivre le bref moment de bien-être procuré par leur geste. Celui-ci comblera un vide ou encore les aidera à échapper un surplus d'émotions : l'automutilation aura donc une fonction positive. Une répondante prétend ainsi qu'elle ressent un bien-être lorsqu'elle s'automutile :

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

Par la suite, il va être plus facile pour les répondantes de penser et de prendre en considération toutes les alternatives en ayant un esprit clair. L'automutilation libère leurs sentiments négatifs sans toutefois les forcer à faire face à la situation qui a provoqué ces émotions négatives. Les femmes que nous avons interviewées ne savent pas faire autrement pour composer avec leurs souffrances. Pour elles, les gestes automutilatoires ont une fonction positive car ils transforment les sentiments négatifs en un moment de bien-être et permettent en fait d'échapper à la souffrance psychologique (Le

Breton, 2003). Les contraintes et les moments de désespoir sont monnaie courante pour nos répondantes. Pour un bref moment lors de l'automutilation, elles ont des sentiments positifs. À la suite de gestes automutilatoires, une répondante se dit ainsi libérée de sa souffrance psychologique :

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)*

À travers l'automutilation, nos répondantes reprennent donc un peu de contrôle sur leur vie. Elles ont perdu le choix des moyens et ne disposent pas de d'autres ressources pour se maintenir au monde ; l'automutilation est donc pour elles une forme de contrôle de soi (Le Breton, 2003). Pour les femmes que nous avons interviewées, ce moyen s'est avéré le plus efficace dans le passé pour affronter les moments difficiles, la colère, la frustration et la peine :

Je ressens beaucoup de colère, de la frustration, de la peine. 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)*

Les répondantes ne sont pas dupes et savent très bien que l'automutilation n'est pas normalisée dans notre société. Ainsi, bien qu'elles ressentent du bien-être en posant ces gestes, la culpabilité surgit au terme de la blessure ainsi que la honte à ne pouvoir résoudre autrement leurs difficultés (Le Breton, 2003).

Après, (m'être automutilée) ça fait mal. Je suis bien quand je suis en train de le faire. Après, je me rends compte de ce que j'ai fait et je sais que ce n'est pas correct. *(Lise)*

Une autre répondante ressent une vive souffrance physique suite à ses comportements automutilatoires :

Je me sens malade très malade (après m'être automutilée).  
C'était horrible. J'avais très mal. *(Carole)*

Bien que la plupart des répondantes ressentent de la douleur et de la culpabilité suite à leurs gestes, le bien-être vécu pendant l'action est trop bénéfique pour pouvoir s'en passer. Les cinq répondantes décrivent en termes positifs les sentiments vécus pendant l'automutilation.

Oui, oui, je me sens tellement bien (après m'être automutilée).  
*(Nicole)*

Ça faisait mal un peu lorsque je me gelais les seins. Une fois, j'avais mis six glaçons directs sur mes seins avec une serviette autour de moi et j'avais pris une pilule pour dormir et j'ai dormi toute la nuit avec les glaçons. Je ressentais une sensation de bien-être, maudit que tu te sens bien, tu te sens bien pendant.  
*(Diane)*

Une autre répondante affirme que l'automutilation est un plaisir qui lui fait tellement du bien :

Je n'avais aucun contrôle, c'était tellement plaisant lorsque c'était dans ma bouche. C'était juste bon, c'était un plaisir pour moi. *(Linda)*

Mais moi, ça n'avait pas rapport avec la minceur ou quoi que cela, ça me faisait seulement du bien. *(Linda)*

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 maudite que c'est bon. C'est juste comme un plaisir et ça fait du bien.  
*(Linda)*

Une répondante affirme que le fait de ressentir quelque chose sur sa peau équivaut à se libérer en-dedans :

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. Quand j'étais jeune, il fallait que je fasse mal à quelqu'un, puis souvent j'étais seule. Je me sentais donc bien après avoir fait ça. *(Lise)*

Enfin, une autre répondante affirme que lorsqu'elle s'automutile, elle ne ressent plus de douleur :

Des fois je le faisais pour mourir (se couper avec une lame de rasoir), mais d'autres fois je ne voulais pas mourir, je voulais seulement arrêter de souffrir. C'était comme une façon de ne plus sentir ce que je ressentais en dedans. *(Carole)*

Ce qui est paradoxal, c'est que l'automutilation accorde aux répondantes un moment à elles. En effet, bien que ce soit de façon négative, elles s'occupent de leurs corps en s'infligeant des blessures. Elles doivent ainsi s'occuper de leurs blessures, lorsque les actes automutilatoires sont terminés. Il s'agit peut-être d'un temps d'arrêt pour nos répondantes, d'un temps où elles n'ont pas le choix que de s'occuper de façon positive de leur corps, suite aux blessures infligées.

## **V- L'automutilation est-elle un mode d'adaptation ?**

L'automutilation est un phénomène peu étudié dans notre société, même si elle est en constante progression. Nous pouvons côtoyer régulièrement des femmes de notre entourage sans pour autant être conscients de leur souffrance et de leurs gestes : elles sont en effet souvent parfaitement intégrées dans la vie courante, tout comme les cinq répondantes que nous avons rencontrées et qui ont toujours été discrètes sur leur comportement automutilatoire. Leurs récits auront permis de mieux comprendre le phénomène de l'automutilation. Par contre, d'autres recherches sont nécessaires, en particulier au niveau d'hommes ayant des pratiques automutilatoires, afin d'approfondir le sujet et de comparer nos résultats.

Les préjugés et les tabous sont nombreux quant à l'automutilation. Qui adopte de tels comportements autodestructeurs ? L'âge, le niveau socio-économique, la scolarité ou encore le revenu ne semblent pas avoir d'influence directe sur l'automutilation : les gestes automutilatoires ne semblent pas le propre d'une génération, d'une culture ou d'une classe sociale. Les cinq répondantes que nous avons rencontrées n'ont pas le même âge et ne proviennent pas du même milieu. Pourtant, elles s'automutilent toutes et leurs gestes semblent avoir un sens commun : ils font suite à une

souffrance extrême. La douleur physique soulage leur douleur psychologique nous disent-elles. Il s'agirait en fait d'une sorte de contrôle de soi.

Les répondantes ont toutes un vécu douloureux et leur souffrance est encore palpable aujourd'hui. Afin de s'adapter à cette douleur psychologique et d'essayer de l'apaiser, elles commettent des actes autodestructeurs. De plus, à leurs souffrances passées s'ajoutent des douleurs quotidiennes liées à des expériences de vie difficiles. Elles s'automutilent donc pour gérer ce surplus d'émotions afin que la souffrance soit tolérable. Leur vécu douloureux a sans contredit un impact négatif sur la façon dont elles se perçoivent et dont elles perçoivent leur environnement : leur discours à ce sujet est presque toujours négatif. Bien que cela puisse sembler paradoxal, l'automutilation leur permet de vivre des sentiments positifs. Lorsqu'elles s'automutilent, elles le font pour retrouver un sentiment de bien-être. L'automutilation leur permet donc de s'adapter à la douleur tout en l'apaisant pour un bref moment.

Nous avons tous eu recours à des modes d'adaptation au cours de notre vie. Selon ses expériences passées, l'individu privilégie un mode d'adaptation qui se sera avéré efficace. Il en va de même pour les femmes que nous avons interviewées. Pour elles, l'automutilation devient une béquille tout comme l'alcool ou la drogue. Elle les aide à se sentir mieux pour un laps de temps. Bien que perçue négativement par la plupart des gens, l'automutilation

semble leur apporter un soulagement et des sensations positives : elle permet de dissiper la rage et de s'occuper de soi.

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

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). Bien qu'autodestructeurs, les actes automutilatoires permettent de composer avec la souffrance et la détresse émotionnelle et de survivre à celles-ci. En apaisant quelque peu la douleur, nos répondantes peuvent ainsi poursuivre leur route, jusqu'à temps que la situation redevienne insupportable et qu'elles optent une fois de plus pour l'automutilation. Ainsi, Martinson (1996), identifie un soulagement dans les actes automutilatoires. Pour Wegscheider (1999), la personne qui s'automutile le fait pour passer à travers une épreuve. Gelly (2003) mentionne que les personnes qui s'automutilent luttent contre une souffrance infiniment plus lourde. Pour Lemieux (2002), l'automutilation permet de survivre à des émotions trop douloureuses. Les gestes automutilatoires de nos répondantes ont ainsi toutes les caractéristiques d'un mode d'adaptation, car ils permettent de composer avec la souffrance et la détresse émotionnelle (Fillmore et Dell, 2001) et de s'adapter aux situations difficiles. Ainsi, l'automutilation pourrait être un indice de souffrance : la

personne essaierait de s'en sortir du mieux qu'elle le peut. Malheureusement, pour ces femmes qui veulent mettre fin à leurs comportements, peu de ressources sont mises à leur disposition et les différents intervenants n'ont souvent aucune piste d'intervention.

Afin d'intervenir avec une clientèle qui adopte des comportements automutilatoires, les travailleurs sociaux devraient en effet être d'abord en mesure de comprendre le phénomène et de dépasser leurs craintes et les tabous : ils devraient considérer l'automutilation comme le symptôme d'une souffrance. En concevant l'automutilation comme un mode d'adaptation, les travailleurs sociaux seraient en mesure de mieux intervenir auprès de cette clientèle. Ainsi, à titre d'exemple, il leur serait possible d'adopter une approche de «réduction des méfaits» auprès de femmes qui s'automutilent.

## **VI-Bibliographie**

- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington : American Psychiatric Association.
- Bachman, J.A. (1972). Self-Injurious Behavior : A Behavior Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, vol 80, p.211-224.
- Bardin, L. (1993). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.
- Baumeister, A.A. & Rollings, J.P. (1976). *Self-injurious behavior*. NewYork : Academic Press.
- Bourgeois, M. & Paulhan, I. (1995). *Stress et coping les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris : Presses universitaires de France.
- 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 Bordeline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, vol 222, p.198-202.
- Brulé, H. (1997). *La puissance du stress, une valeur ajoutés*. Montréal : Presses Inter-Universitaires.
- Bunclark, J. & Crowe, M. (2000). Repeated Self-Injury and its Management. *International Review of Psychiatry*, vol 12, p.48-53.
- Carr, E.G. (1977). The Motivation of Self-injurious behavior : A review of some hypotheses. *Psychological Bulletin*, vol 84, p.800-816.
- Conseil québécois de la recherche sociale tenu à Rimouski le 17 mai 1993. *Les méthodes qualitatives en recherche sociale : Problématiques et enjeux*.
- Corbière, M. , Dufour, M. & Nadeau, L. (2001). Stratégies d'adaptation des victimes d'abus sexuels résilientes et toxicomanes. *Revue québécoise de psychologie*, vol 22, p.149-162.
- Deslauriers, J-P. (1991). *Recherche qualitative*. Montréal : McGraw-Hill éditeurs.
- Duché, N. & Gronsac, A. (1982). *Prisons de femmes*. Paris, Denoël.

- Dumesnil, F. (1987). L'automutilation. *Les Presses de l'Université de Montréal*, p.49-56.
- Farrand, J. & Solomon, Y. (1996). Why don't you do it properly? Young Women who Self-Injure. *Journal of Adolescence*, vol 19, p.111-119.
- Favazza, A. & Conterio, K. (1986). Female Habitual Self-Mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol 79, p.283-289.
- Fillmore, C. & Dell, C. (2001). Les femmes des Prairies, la violence et les actes autodestructeurs. *Le réseau*, vol 4, p.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*, vol 37, p.915-923.
- Fleischman, A. (2001). Stress quand tu nous tiens. *Découvrir*, vol 22, p.48-50.
- Finkelhor, D. (1994). The International Epidemiology of Child Sexual Abuse. *International Journal*, vol 18, p.409-417.
- Frigon, S. (2001). Femmes et emprisonnement : le marquage du corps et l'automutilation. *Criminologie*, vol 34, p.31-56.
- Garel, P. (2002). L'automutilation, fracture de l'identité. *Prisme*, vol 37, p.24-31.
- Gelly, V. (2003). Ces adolescents qui se mutilent. *Psychologie*, n219, p.94-98.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for qualitative reseach*. New York : Aldine.
- Goulet, L. & Lépine, G. (1985). *Cahier de méthodologie et guide pour l'étudiant*. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Gratz, K. (2001). Measurement of Deliberate Self-Harm : Premiminary Data on the Delibarate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral assessment*, vol 23, p. 253-263.
- Guéricolas, P. (1998). Le nouveau culte des apparences : Sois belle et battante. *La Gazette des femmes*, vol 20, p.19-32.

- Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1997). *Anorexie mentale et boulimie : le poids de la culture*. Paris : Masson.
- Hawton, K. & Kingsbury, S. (1999). Repetition of Deliberate Self-Harm by Adolescents : the Role of Psychological Factors. *Journal of Adolescence*, vol 22, p.369-378.
- Hawton, K., Hall, S., Simkin, S., Bale, L. , Bond, A., Codd, S. & Stewart, A. (2000). Deliberate Self-Harm in Adolescence in Oxford, 1985-1995. *Journal of Adolescence*, vol 23, p.47-55.
- Héту, R. (1995). *Le body-piercing : de l'automutilation à l'acte spirituel* . La Presse, 16 juillet, A1.
- Hitchens, C. (1996). Mère Térésa, une sainteté médiatique. *Le monde diplomatique*, novembre, p.32.
- Huberman, M. & Miles, M. (1991). *Analyse des données qualitatives, recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : Éditions Doeck.
- Kahan, J. & Pattison, M. (1984). Proposal for a Distinctive Diagnostis : the Deliberate Self-Harm Syndrome. *Suicide and Life Threatening Behavior*, vol 14, p.17-35.
- Kral, B. (1999). Cutting Through the Pain. *Horizon article*, p.1-5.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Transactional Theory and Research on Emotions and Coping. *European Journal of Personality*, vol 1, p.141-169.
- Le Breton, D. (2003). *La peau et la trace*. Paris : Éditions Métailié.
- Le Breton, D. (2002a). *Signes d'identité : tatouages, piercing et autres marques corporelles*. Paris : Éditions Métailié.
- Le Breton, D. (2002b). *L'adolescence à risque*. Paris : Éditions Autrement.
- Lemieux, L. (2000). Tatouages et perçage, rituels de passage. *Le Soleil*, 28 mai, A6.

Marlow, C. (2001). Women Living with Self-Injury. *Families in Society*, vol 82, p.1-2.

Maslow, A. (1989). *Vers une psychologie de l'être*. Paris : Fayard.

Martinson, D. (1996). Living with Self-Injury. [www.palace.nel/ama/psyc/living.htm](http://www.palace.nel/ama/psyc/living.htm).

Moe, B. (2002). *Anorexie et boulimie : surmonter un problème alimentaire*. Montréal : Les éditions logiques.

Morelle, C. (1995). *Le corps blessé : automutilation, psychiatrie et psychanalyse*. Paris : Bibliothèque de clinique psychanalytique.

Mucchielli, A. (1994). *Les méthodes qualitatives*. Paris : Presses Universitaires de France.

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative*. Paris : Armand Collin.

Paris, J. (1996). Traumatisme et trouble de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, vol 21, p.177-188.

Paris, J. (1994). Le suicide chez les patients présentant des troubles de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, vol 19, p.117-129.

Rojahn, J. (1986). Self-injurious and stereotypic behavior of noninstitutionalized mentally retarded people : Prevalence and classification. *American Journal of mental deficiency*, vol91, p.268-276.

Rojahn, J. (1994). A comparison of assessment methods for depression in mental retardation. *Journal autism and developmental disorders*, vol24, p.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*, vol 5, p.155-163.

Service correctionnel du Canada. (1999). *Rapport sur les cas d'automutilation à la Prison des femmes de Kingston*.

Scharbach, H. (1986). *Auto-mutilations et auto-offenses*. Paris : Presses Universitaires de France.

Stanton, D. (1997). Pour en finir avec cette maladie qui mange la vie...Une maison pour anorexiques et boulimiques. *La Gazette des femmes*, vol 18, p.11-13.

Swanston, H.Y. , Nunn, K. , Oates, R. , Tebutt, J. & Otoole, B. (1999). Hoping and Coping in Young People who Have Been Sexually Abused. *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol 8, p.134-142.

Tassé, M. & Maurice, P. (1994). La mesure des comportements d'automutilation. *Science et comportement*, vol 23, p. 213-223.

Thietard, R.A. (1999). *Méthodes de recherche en management*. Paris : Dunod

Touzin, C. (2006). L'Opus Dei cherche à soigner son image. *La Presse*, 6 avril, A8.

Wegscheider, Hyman, J. (1999). *Women Living With Self-Injury*. Philadelphia: Temple University Press.

# VII-ANNEXES

## ANNEXE I

Préalablement lors de l'entrevue, nous demanderons aux répondantes leur âge, leur statut matrimonial, leur niveau de scolarité et leur ville de résidence.

### Grille d'entrevue

- 1- Décrivez la première fois que vous vous êtes automutilée. En avez-vous parlé à quelqu'un ? Avez-vous caché vos blessures ?
- 2- Y a-t-il des événements qui vous ont troublé et qui se sont produits peu de temps avant que vous vous automutiliez pour la première fois ?
- 3- À quelle fréquence vous arrive-t-il de vous automutiler ?
- 4- Est-ce que vous croyez que la fréquence de vos automutilations a un lien avec certains événements vécus au cours de votre vie ?
- 5- À quand remonte votre dernière automutilation ?
- 6- Comment vous sentez-vous avant, pendant et après vous être automutilée ?
- 7- Avez-vous un rituel lorsque vous vous automutiliez ?
- 8- Croyez-vous que vous allez continuer à vous automutiler ?
- 9- Avez-vous un sentiment de bien-être après vous être automutilée ?

## ANNEXE II

### **Présentation du projet aux participantes**

Nous désirons faire une recherche sur l'automutilation chez les femmes, dans le cadre du programme de maîtrise en travail social de l'Université du Québec en Outaouais. À ce jour, peu de recherches ont été faites sur le sujet et notre recherche sera l'une des premières au Québec. L'objectif de cette recherche est d'analyser l'automutilation des femmes comme stratégie d'adaptation à leur vie quotidienne.

L'entrevue sera d'une durée approximative d'une heure et, avec votre accord, sera enregistrée. Veuillez noter qu'il vous sera possible d'arrêter l'enregistrement en tout temps, au cours de l'entrevue. L'entrevue consistera à environ neuf questions qui concerneront les comportements automutilatoires. L'anonymat et la confidentialité de ce que vous aurez partagé seront respectés. Seule la personne effectuant la recherche, Isabelle Fortier, pourra être en contact avec vous. Par ailleurs, votre véritable nom n'apparaîtra en aucun temps dans le mémoire de maîtrise. Si certaines de vos paroles sont retranscrites telles quelles dans le dit mémoire, les passages seront choisis pour illustrer une idée générale et il ne sera pas possible de vous identifier. Les noms, les lieux et les dates précises d'un événement ne seront pas utilisés à l'intérieur du texte de mémoire.

Ainsi, nous vous demandons d'être présente le \_\_\_\_\_ (date) à \_\_\_\_\_ (lieu) afin que nous puissions procéder à l'entrevue. Nous vous remercions de votre présence et de votre collaboration.

Veillez communiquer avec moi, si des informations supplémentaires s'avèrent nécessaires. Vous pouvez aussi communiquer avec ma directrice de mémoire Denyse Côté au numéro suivant : (819) 595-3900 poste 2268

Isabelle Fortier 819-682-2307

## ANNEXE III

### **Formulaire de consentement**

Nous désirons faire une recherche sur l'automutilation chez les femmes, dans le cadre d'un projet de mémoire de maîtrise en travail social de l'Université du Québec en Outaouais. À ce jour, peu de recherches ont été faites sur le sujet et notre recherche sera l'une des premières au Québec. L'objectif de cette recherche est de mieux connaître votre expérience d'automutilation.

Votre participation consistera essentiellement à une entrevue, d'une durée approximative d'une heure, portant sur votre expérience à ce sujet. Le contenu des entrevues ne sera utilisé qu'aux seules fins de la rédaction d'une recherche universitaire en vue de l'obtention d'une maîtrise en travail social ainsi que de publications universitaires pouvant en découler. Avec votre accord, l'entrevue sera enregistrée et les bandes sonores de l'entretien de même que la transcription des entrevues seront placées en sécurité. Les données seront conservées durant un minimum de cinq ans à la suite de la rédaction finale du mémoire. Les données seront par la suite détruites de façon confidentielle.

Votre participation à cette recherche implique que vous donniez de l'information personnelle. Il est donc possible qu'elle crée un inconfort émotionnel relativement à l'évocation de certains événements. Elle peut en effet rappeler de mauvais souvenirs, rappeler certains détails qui vous avaient échappé, entraîner de nouveaux sentiments (colère, peine). Vous avez l'assurance de la personne effectuant la recherche, Isabelle Fortier, que suite à la rencontre, un moment de retour sera possible si vous le souhaitez. De plus, veuillez noter que dans les 24 à 48 heures suite à l'entrevue, elle vous contactera afin de s'assurer que tout va bien. Enfin, nous vous remettrons les numéros de téléphone de certaines ressources d'aide que vous pourrez utiliser en cas de besoin.

Vous êtes libre de vous retirer de la recherche en tout temps, avant ou pendant une entrevue, de refuser d’y participer ou de refuser de répondre à certaines questions. Ainsi, si vous décidez de vous retirer de la recherche, les données recueillies seront détruites.

Votre anonymat et la confidentialité de vos propos seront assurés, dans la mesure où seulement la personne effectuant la recherche, Isabelle Fortier, sera en contact avec vous. Par ailleurs, votre véritable nom n’apparaîtra en aucun temps dans les transcriptions d’entrevues ou dans le mémoire de maîtrise. Si certaines de vos paroles sont retranscrites telles quelles dans le dit mémoire, les passages seront choisis pour illustrer une idée générale et il ne sera en aucun temps possible de vous identifier. Les noms, lieux et dates précises d’un événement ne seront pas utilisés à l’intérieur du texte de mémoire.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une que vous pouvez garder.

Nous vous rencontrerons donc le \_\_\_\_\_(date) à \_\_\_\_\_(lieu), afin de procéder à l’entrevue. Nous vous remercions de votre présence et de votre collaboration.

Veillez communiquer avec moi (819-682-2307), si des informations supplémentaires s’avèrent nécessaires. Vous pouvez aussi communiquer avec ma superviseure de mémoire Denyse Côté au numéro suivant : 819-595-3900 poste 2268

Veillez noter que le projet de recherche a été vu et approuvé au plan éthique par le Comité d’éthique de la recherche. Pour tout renseignement ou toute plainte concernant la conduite éthique du projet de recherche, vous pouvez vous adresser à André Durivage, président du Comité d’éthique de la recherche de l’Université du Québec en Outaouais au numéro suivant : 595-3900 poste 1781.

Acceptez-vous que l’entrevue soit enregistrée ? : oui\_\_\_ non\_\_\_

Signature de la participante : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature de l'intervieweuse : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_