

**L'automutilation,
une stratégie d'adaptation ?
Étude exploratoire auprès de
femmes**

Isabelle Fortier

ISBN 978-2-89251-354-7

Cahiers de l'ORÉGAND : série Recherche- No. R-9

© - ORÉGAND, 2008

Gatineau, Qc. - Canada

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	III
INTRODUCTION	1
1. PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS	2
1.1. LA VIOLENCE FAMILIALE ET LES GESTES AUTODESTRUCTEURS	3
1.2. LES ABUS SEXUELS VÉCUS DURANT L'ENFANCE : À PRENDRE EN CONSIDÉRATION?.....	3
1.3. LA SANTÉ MENTALE ET LES GESTES AUTOMUTILATOIRES	4
1.4. S'AUTOMUTILER AFIN DE FAIRE FACE AUX SOUFFRANCES.....	4
1.5. L'AUTOMUTILATION, UN MODE D'ADAPTATION ?	4
2. MÉTHODOLOGIE	6
3. RÉSULTATS	8
3.1. L'AUTOMUTILATION FAIT SUITE À DES ÉMOTIONS NÉGATIVES	8
3.2 POURQUOI S'AUTOMUTILE-T-ON ?.....	9
3.3 L'AUTOMUTILATION RENVOIE À UN PASSÉ TUMULTUEUX	9
3.4 L'AUTOMUTILATION RENVOIE À UNE PERCEPTION NÉGATIVE DE SOI ET DE SON ENVIRONNEMENT	10
3.5 L'AUTOMUTILATION PERMET DE RETROUVER UN SENTIMENT DE BIEN-ÊTRE.....	11
3.6 L'AUTOMUTILATION EST-ELLE UN MODE D'ADAPTATION ?.....	12
CONCLUSION	13
BIBLIOGRAPHIE	14

RÉSUMÉ

Les résultats présentés dans ce cahier sont le résultat d'une recherche consacrée à l'automutilation chez les femmes, dans le cadre d'un mémoire pour l'obtention d'une maîtrise en travail social. L'objectif principal de cette recherche était de comprendre l'automutilation, phénomène auquel peu d'auteurs se sont intéressés à ce jour. Il n'est pas récent mais demeure tabou et difficile à comprendre : pourquoi une personne porterait-elle atteinte à son propre corps? Les raisons de s'automutiler sont multiples et liées à l'histoire de chaque individu. Il faut mieux comprendre les émotions, la souffrance et les raisons qui portent une personne à poser ces gestes. Pour cette recherche qualitative, de type exploratoire, 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 pourrait être considérée comme un mode d'adaptation, ce qui permettrait d'ouvrir des pistes d'intervention aux professionnel(le)s du travail social.

INTRODUCTION

L'automutilation est un phénomène beaucoup plus répandu que l'on pourrait croire. Elle serait en constante progression mais se révèle difficile à cerner puisque beaucoup de gestes automutilatoires ne sont pas rapportés. 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 aussi considérer 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. Dépendamment de ses expériences passées, une personne s'adapte de différentes façons 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 examinerons dans un premier temps la définition de l'automutilation ainsi que la recension des écrits. Après une brève présentation de la méthodologie, les données recueillies seront analysées et interprétées. Nous ferons par la suite un survol des différentes théories explicatives de l'automutilation, en particulier la théorie selon laquelle l'automutilation est un mode d'adaptation. Nous concluons sur les pistes d'intervention, dont l'approche de la réduction des méfaits.

1. PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS

L'automutilation est un acte délibéré mais sans intention de se donner la mort (Marlow, 2001). Fillmore et Dell (2001, p.1) font aussi ressortir le caractère volontaire de l'automutilation qu'ils définissent comme « tout acte physique, émotionnel, social ou spirituel que pose un individu avec l'intention de se blesser de façon volontaire ». Il s'agit 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). Les actes 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).

L'automutilation est un phénomène répandu dont l'ampleur au Québec n'est pas connue. Cependant, il semblerait qu'aux États-Unis, 750 personnes s'automutilent chaque année pour chaque tranche de 100 000 Américains et de ce nombre, 97% seraient des femmes 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 (Favazza et Conterio, 1986). 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. Les comportements d'automutilation sont aussi davantage observés chez les femmes, car celles-ci consultent plus que les hommes. Mais l'automutilation est souvent confondue avec d'autres problématiques telles le suicide, les marques corporelles et les désordres alimentaires.

Une fois la définition de l'automutilation cernée, il faut maintenant expliquer le phénomène afin d'en comprendre l'ampleur. 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. Ils en sont souvent inconscients ou

encore se retrouvent démunis face aux interventions à privilégiées. L'automutilation demeure en effet un phénomène tabou, tout comme l'était l'anorexie il y a vingt ans.

1.1. La violence familiale et les gestes autodestructeurs

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). Le style de fonctionnement des familles où la violence est présente est souvent marqué par le manque de soutien affectif et la répression de l'agressivité et de la colère ; ce qui 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).

1.2. Les abus sexuels vécus durant l'enfance : à prendre en considération?

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 ont eu des comportements d'automutilation, 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). Une majorité de 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.

1.3. La santé mentale et les gestes automutilatoires

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), qui fut la première, 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 du trouble de personnalité limite (APA, 2002). D'ailleurs, la plupart des recherches sur l'automutilation sont faites avec des sujets qui souffrent de troubles de comportement (Marlow, 2001).

1.4. S'automutiler afin de faire face aux souffrances

Selon d'autres auteurs, l'automutilation ne serait pas une maladie comme telle mais serait plutôt 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 qui ont des comportements automutilatoires affirment se sentir mieux après s'être coupées car leur dysphorie serait ainsi soulagée.

1.5. L'automutilation, un mode d'adaptation ?

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 faire face à cette épreuve. Les 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 se sentir vivant, pour se délivrer de certaines émotions, pour voir le sang, pour se punir, pour demander de l'aide sans utiliser de mots. Certain(e)s intervenant(e)s 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 en fait 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 à contrôler leurs corps en participant activement au processus physiologique.

2. MÉTHODOLOGIE

L'automutilation constitue-t-elle un comportement d'adaptation ? Cette question a été le point de départ de notre démarche de recherche. 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 ? 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 le tolérer ou de diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique ou psychologique. 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). 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, qui ont perdu le choix des moyens et qui ne disposent pas d'autres ressources, ont recours à l'automutilation qui devient alors une forme de contrôle sur soi (Le Breton, 2003).

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). Nous avons fait des entretiens semi-dirigés auprès de 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 entretien. Progressivement, nous sommes parvenus à comprendre le phénomène de l'automutilation : pour cela nous avons dû contraster, comparer, reproduire, cataloguer et classifier 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 antérieurs à 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 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. Ces difficultés de recrutement reflètent possiblement la difficulté qu'ont les intervenant(e)s à identifier l'automutilation. Deux des répondantes sont célibataires, une est séparée, une autre est divorcée et la cinquième a un conjoint qui ne demeure pas avec elle. 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. 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.

3. RÉSULTATS

3.1. L'automutilation fait suite à des émotions négatives

Les cinq répondantes s'automutilent de différentes façons : elles 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 ou 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. Ces données sont comparables à celles de Martinson (1996) qui mentionne que les gestes automutilatoires les plus courants sont les coupures, les coups et les cheveux arrachés. Le choix de la méthode utilisée dépend de différents facteurs qui 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 que la personne 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. 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 : lors d'une situation où le rejet est vécu, lors d'un surplus d'émotions ou lors d'une séparation. 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 ont toutes affirmé avoir des sentiments négatifs avant de commettre leurs gestes automutilatoires : culpabilité, colère et frustration.

Les répondantes n'osent pas discuter de leurs comportements 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 savent que leurs gestes automutilatoires ne sont pas bien vus et ont honte de ne pas pouvoir régler leurs problèmes autrement. 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. Quatre répondantes affirment

avoir un réseau social restreint. Elles n'ont donc pas le privilège de se faire écouter par leurs proches, ce qui les amène à être marginalisées.

3.2 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 précédé leur première automutilation : 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 dernière répondante s'automutile car elle ne s'accepte pas en tant que femme. Par ces actes autodestructeurs, les répondantes composent avec la souffrance et la détresse émotives. L'automutilation renvoie à leurs émotions négatives et à une souffrance intérieure extrême qu'elles ne sont plus capables de tolérer. Les femmes que nous avons interviewées vont utiliser les gestes automutilatoires comme une sorte de compensation : elles vivent des moments difficiles, mais se procurent un certain bien-être à travers l'automutilation. En s'infligeant une douleur incontrôlée, elles luttent contre une souffrance qui est infiniment plus lourde (Gelly, 2003).

3.3 L'automutilation renvoie à un passé tumultueux

Chaque être humain vit des épreuves et des échecs et peut être 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 moyens adoptés pour y faire face ou les ressources utilisées. Nos cinq répondantes ont débuté leurs gestes automutilatoires dès leur plus jeune âge : deux dès leur enfance, tandis que les trois autres ont débuté dès le début de leur adolescence. 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 est contraint à des responsabilités nouvelles et apporte une vulnérabilité inattendue (Le Breton, 2003).

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. 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). 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. L'automutilation est aussi liée aux abus sexuels vécus durant l'enfance (Bunclark et Crowe, 2000), qui 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 matérialiser les cicatrices de leurs blessures et de voir leur sang couler. Elles oublient donc de façon temporaire leur douleur psychologique afin de se concentrer sur leurs blessures physiques. Elles peuvent ainsi prendre soin d'elles-mêmes pour un bref moment. Aussi, 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. Nous pouvons émettre comme hypothèse que nos répondantes utilisent l'automutilation afin de reprendre du contrôle sur leur corps puisque lors des abus sexuels, l'agresseur touchait leur corps sans leur consentement.

3.4 L'automutilation renvoie à une perception négative de soi et de son environnement

Selon la pyramide des besoins de Maslow (1989), il est difficile pour une personne de satisfaire son besoin d'estime personnelle 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. Par exemple, une personne qui manque de nourriture, de sécurité et d'amour, cherchera à satisfaire son besoin de nourriture avant de satisfaire son besoin d'amour. 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 sur leur besoin de sécurité, tant et aussi longtemps que leurs besoins physiologiques élémentaires ne seront pas comblés.

De plus, tel que décrit dans la section précédente, dès leur plus jeune âge, nos répondantes ont été confrontées à diverses formes de violence. Quoi de plus naturel pour elles que d'utiliser cette même violence pour se punir elles-mêmes ? Pourquoi leur corps mériterait-il mieux que ce qu'elles ont dû subir toute leur vie ? 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. Ce qui est le cas de quatre répondantes qui affirment avoir une perception négative d'elles-mêmes et de l'environnement.

3.5 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 atténue ainsi une douleur psychologique rendue insupportable. Nos répondantes s'automutilent toutes pour vivre le bref moment de bien-être procuré par leur geste, qui vient combler un vide ou encore les aide à évacuer un surplus d'émotions : l'automutilation a donc une fonction positive. L'automutilation libère leurs sentiments négatifs sans toutefois les forcer à faire face à la situation qui les a provoqués. Les femmes que nous avons interviewées n'ont pas d'autres stratégies 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 d'échapper à la souffrance psychologique (Le Breton, 2003). Les contraintes et les moments de désespoir sont fréquents pour nos répondantes. Pour un bref moment, lors de l'automutilation, elles

ont des sentiments positifs et peuvent s'accorder des moments 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.

3.6 L'automutilation est-elle un mode d'adaptation ?

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 être 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. Leur douleur physique soulage leur douleur psychologique nous disent-elles. Il s'agirait en fait d'une sorte de contrôle de soi. Bien qu'autodestructeurs, les actes automutilatoires permettent de composer avec la souffrance et la détresse émotives et de survivre à celles-ci. En apaisant quelque peu la douleur, nos répondantes peuvent poursuivre leur route, jusqu'à ce que la situation redevienne insupportable et qu'elles optent à nouveau pour l'automutilation.

Les gestes automutilatoires de nos répondantes ont ainsi toutes les caractéristiques d'un mode d'adaptation, car ils leur permettent de composer avec la souffrance et la détresse émotive (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. Cependant, pour les femmes qui veulent mettre fin à leurs comportements, peu de ressources existent et les différent(e)s intervenant(e)s n'ont souvent aucune piste d'intervention.

CONCLUSION

Afin d'intervenir avec une clientèle qui adopte des comportements automutilatoires, les travailleuses et travailleurs sociaux devraient d'abord être en mesure de comprendre le phénomène afin 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 travailleuses et 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. Ainsi, il pourrait être proposé à une femme qui s'automutile de remplacer la lacération par l'utilisation d'un glaçon, qui, lorsqu'il est serré fortement dans la main, procure des sensations équivalentes mais entraîne des conséquences moindres (Neuburger, 2006). Il s'agit ainsi de trouver un nouveau mode d'adaptation qui sera beaucoup moins nocif et plus sécuritaire. Lors de l'intervention, les intervenant(e)s sociaux doivent sans contredit avoir une attitude de réflexion et de compréhension de l'automutilation plutôt que d'avoir une attitude réactive qui sera teintée d'affects contre transférentiels mal utilisés (Neuburger, 2006). Il est impératif de mieux comprendre l'automutilation car elle est de plus en plus fréquente dans notre société.

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 Scandivica*, 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.
- Hétu, 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.
- 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.
- Muchielli, A. (1994). *Les méthodes qualitatives*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Neuburger, R. (2006). Automutilation. Quelques généralités sur un nouveau symptôme. Cahier critique de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, no 36, p.155-167.
- 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.

PUBLICATIONS DE L'ORÉGAND

SÉRIE ANALYSES

No. A-1 ORÉGAND, *La violence faite aux femmes : nouveaux enjeux. L'actualité en perspective*, Gatineau, Québec, 2005.

SÉRIE CONFÉRENCES

No. C-1 Andrew Caroline. *Les voix des régions : réflexions sur la nécessité d'une analyse différenciée selon les sexes*, Gatineau, Québec, 2003.

No. C-2 ORÉGAND, *Vers un nouveau contrat social pour l'égalité entre les femmes et les hommes*, Gatineau, Québec, 2005.

SÉRIE FORMATIONS

No. F-1 Côté Denyse. *Garde partagée et violence conjugale*, Gatineau, Québec, 2004.

No. F-2 Côté Denyse, *Analyse différenciée selon les sexes (ADS) en développement économique communautaire (DÉC)*, Gatineau, Québec, 2004.

No. F-3 Côté Denyse. *La economía social : Nuevo modelo de intervención, política social del nuevo milenio*, Gatineau, Québec, 2005.

No. F-4 Côté Denyse, Isabel Côté, Lise Moisan, *Prise de décision municipale : Comment tenir compte des réalités des hommes et des femmes*, Gatineau, Québec, 2005.

SÉRIE RECHERCHES

No. R-1 Gagnon Éric, Nancy Guberman, Denyse Côté, Claude Gilbert, Nicole Thivierge, Marielle Tremblay, *Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*, Hull, Québec, 2001.

No. R-2 Côté Denyse, Marie-Paule Maurice: *Genre et gouvernance décentralisée au Québec: le cas de l'économie sociale dans la région du Centre-du-Québec*, Gatineau, Québec, 2005.

No. R-3 Côté Denyse, Marie-Paule Maurice, : *Genre et gouvernance décentralisée au Québec: le cas de l'économie sociale dans la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madelaine*, Gatineau, Québec, 2005.

No. R-4 Côté Denyse, Danielle Fournier, Marie-Paule Maurice : *Genre et gouvernance décentralisée au Québec: le cas de l'économie sociale dans la région des Laurentides*, Gatineau, Québec, 2005.

- No. R-5 Côté Denyse, Marie-Paule Maurice, : *Genre et gouvernance décentralisée au Québec: le cas de l'économie sociale dans la région de Lanaudière*, Gatineau, Québec, 2005.
- No. R-6 Côté Denyse, Marie-Paule Maurice, : *Genre et gouvernance décentralisée au Québec: le cas de l'économie sociale dans la région de l'Outaouais*, Gatineau, Québec, 2005.
- No. R-7 Côté Denyse, Marie-Paule Maurice, : *Genre et gouvernance décentralisée au Québec: le cas de l'économie sociale dans la région de Montréal*, Gatineau, Québec, 2005.
- No. R-8 Côté Denyse, Marie-Paule Maurice, : *Genre et gouvernance décentralisée au Québec: le cas de l'économie sociale dans la région de Laval*, Gatineau, Québec, 2005.
- No. R-9 Fortier Isabelle, *L'automutilation, une stratégie d'adaptation ? Étude exploratoire auprès de femmes*, Gatineau, Québec, 2008

SÉRIE OUTILS

- No. O-1 Côté Denyse, Hugo Lemay, Caroline St-Amand, *Techniques de recherche qualitative à l'aide de programmes de gestion de données*, Gatineau, Québec, 2003.
- No. O-2 ORÉGAND, *Boîte à outils sur le développement régional et l'analyse différenciée selon les sexes*, Gatineau, Québec, 2007.