

L'AUTOMUTILATION, CE SYMPTÔME QUI RETIENT NOTRE ATTENTION

L. FOURNIER (1), A. MALCHAIR (2)

RÉSUMÉ : L'automutilation est un phénomène, habituellement rencontré durant l'adolescence, dont la prévalence a augmenté au cours des dernières années. Elle concerne aujourd'hui près d'un jeune sur six. La modalité dite «superficielle» est le plus fréquemment rencontrée et correspond au terme NSSI (Non Suicidal Self Injury) ou «lésions auto-infligées non suicidaires» récemment repris dans la section 3 du DSM-5. De plus en plus médiatisée, cette pratique interpelle. Elle reflète une souffrance psychique sous-jacente et ne doit être ni banalisée, ni dramatisée. Elle est à considérer comme un mode d'adaptation dommageable pouvant être associé à une augmentation du risque suicidaire. Le but de cet article est de sensibiliser le lecteur à cette forme d'expression de la souffrance chez un patient jeune. Mieux appréhender le geste dans son contexte permet d'en comprendre la valeur clinique et d'adapter la prise en charge.

MOTS-CLÉS : Automutilation - NSSI - Adolescence - Adaptation

SELF-INJURING, A SYMPTOM RETAINING OUR ATTENTION

SUMMARY : Self-injuring is a process that usually occurs during adolescence; its prevalence has increased over recent years. Nowadays, nearly one out of six teenagers is concerned. The most frequent form is the «superficial» one and corresponds to the term NSSI (Non Suicidal Self Injury) recently mentioned in the third section of the DSM-5. More and more publicized, this practice may disturb. However, it reflects an underlying state of psychic suffering and should not be underestimated or dramatized. It has to be considered as a form of coping even if it is clearly damaging and, in some cases, may be connected to a higher suicidal risk. This article aims at raising the reader's attention to this expression of the patient's pain. A better approach of this symptom in its context enables to better understand its clinical significance and to adapt the therapeutical approach.

KEYWORDS : Self injuring - NSSI - Adolescence - Coping

INTRODUCTION

L'automutilation (AM) est un phénomène rencontré habituellement lors de l'adolescence et dont la prévalence a augmenté ces dernières années. De nos jours, près d'un jeune sur six est concerné. Tant le corps médical que les parents sont souvent interpellés par ce symptôme qui laisse rarement indifférent. Cet article a pour but de mieux comprendre ce geste à travers ses différents aspects.

AUTOMUTILATION, QUELLE DÉFINITION ?

L'AM est un comportement difficile à circonscrire tant elle recouvre des réalités cliniques diverses. Elle est étudiée en psychiatrie depuis le XIX^{ème} siècle à travers des actes d'énucléation et d'autocastration (1). Le terme a peu à peu englobé «toute pratique portant atteinte à l'intégrité corporelle (...) sans but de se donner la mort» (2), sans restriction en termes de gravité, incluant ainsi des lésions de grattage ou même l'onychophagie.

En 1998, la classification de Favazza propose trois catégories afin de préciser la cli-

nique, à savoir les AM majeures, stéréotypiques et superficielles à modérées (3). Ces dernières sont les plus fréquemment rencontrées et seront développées dans le présent article. Les AM superficielles à modérées sont définies comme étant «tout comportement visant à l'atteinte directe et délibérée d'une partie de son propre tissu corporel, socialement désapprouvé, et ce en l'absence d'une intention de mourir» (4). Elles semblent correspondre aujourd'hui aux NSSI («Non Suicidal Self Injury»), consensus terminologique dégagé par la littérature scientifique. Le NSSI a récemment été repris dans la section III du DSM-5 et correspond aux «lésions auto-infligées non suicidaires» dans la version française (5). Cette entité, définie par des critères précis, est proposée afin de poursuivre les recherches avant d'être reconnue officiellement comme diagnostic. Actuellement, l'AM au sens large est, comme précédemment dans le DSM-IV, considérée comme un symptôme transnosographique. Par exemple, elle est citée comme un des critères du trouble de la personnalité borderline ou du trouble du spectre autistique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DU NSSI

Plusieurs remarques sont à souligner à partir de la définition du DSM-5 (Tableau I).

- Il ne s'agit pas de conduites pouvant être expliquées par une maladie mentale telle qu'un trouble psychotique ou un trouble du spectre

(1) Assistante pédopsychiatre, AIGS-SSM Enfants, Herstal, Belgique.

(2) Professeur, Chef de Service, Service de Pédopsychiatrie, CHU de Liège, Site Notre-Dame des Bruyères, CSMU Enfants-Parents, Liège, Belgique.

TABLEAU I. CRITÈRES PROPOSÉS PAR LE NSSI SELON DSM5 (4)

<p>A. Au cours de l'année écoulée, le sujet a provoqué, pendant au moins 5 jours, des lésions auto-infligées intentionnelles sur la surface de son corps susceptibles de provoquer saignement, contusion ou douleur (exemples : coupure, brûlure, coup de couteau, coup, frottement excessif), en supposant que la blessure ne conduirait qu'à un dommage physique mineur ou modéré (c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'intentionnalité suicidaire). NB : L'absence d'intentionnalité suicidaire a été indiquée par le sujet ou peut être déduite par l'accomplissement répété par le sujet d'un comportement dont il sait, ou a appris, qu'il est peu probable qu'il entraîne la mort.</p> <p>B. Le sujet se livre à un comportement de blessure auto-infligée avec au moins une des attentes suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obtenir un soulagement d'émotions ou d'états cognitifs négatifs. 2. Résoudre une difficulté interpersonnelle. 3. Entraîner un état émotionnel positif. <p>NB : Le soulagement désiré, ou la réponse, est ressenti pendant ou peu après la blessure auto-infligée, et le sujet peut manifester des tendances comportementales faisant suggérer une dépendance à s'y livrer à maintes reprises.</p> <p>C. La blessure auto-infligée est associée à au moins une des manifestations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Difficultés interpersonnelles ou émotions ou pensées négatives telles que dépression, anxiété, tension, colère, détresse générale ou autocritique, survenant dans la période précédant immédiatement l'acte de blessure auto-infligée. 2. Avant de se livrer à l'acte, une période de préoccupation liée à la difficulté de contrôler l'acte prévu. 3. Survenue fréquente de pensées relatives à la blessure auto-infligée, même lorsque l'acte n'est pas exécuté. <p>D. Le comportement n'est pas approuvé socialement (p.ex. piercing corporel, tatouage, partie d'un rituel religieux ou culturel) et n'est pas limité au fait de se gratter des croûtes ou de se ronger les ongles.</p> <p>E. Le comportement ou ses conséquences causent une souffrance cliniquement significative ou interfèrent avec le fonctionnement interpersonnel scolaire ou dans d'autres domaines importants.</p> <p>F. Le comportement ne survient pas exclusivement lors d'épisodes psychotiques, confusionnels, d'intoxication à une substance ou de sevrage d'une substance. Chez les sujets ayant un trouble neurodéveloppemental, le comportement ne fait pas partie d'un système répétitif de stéréotypies. Le comportement n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental ou par une affection médicale (p.ex. trouble psychotique, trouble du spectre de l'autisme, handicap intellectuel, syndrome de Lesch-Nyhan, mouvements stéréotypés avec blessures auto-infligées, trichotillomanie, dermatillomanie).</p>
--

autistique entre autres. Elles ne sont pas en lien avec une intoxication par une substance.

- Le caractère «désapprouvé socialement» renvoie à la dimension socioculturelle, déterminant du normal et du pathologique qui influence notre regard sur l'AM.

En effet, certaines pratiques, pour autant qu'elles aient un sens ritualisé et symbolique, sont considérées comme socialement admises. Sous l'angle anthropologique, les atteintes corporelles semblent exister depuis la naissance de l'homme, liées à un besoin d'expression et d'appartenance. De nos jours, les sociétés traditionnelles et certaines religions y ont recours (scarifications, modelage de crâne, etc.) dans un ancrage culturel et cérémoniel (6). Dans notre culture occidentale se rencontrent piercings, tatouages, implants sous-cutanés, «branding» (marquage au fer rouge), peeling, etc. Si, dans le passé, ces marques constituaient un signe d'appartenance ou de rébellion (marins, militaires, marginaux, etc.), elles évoluent vers un mode d'expression et d'affirmation de soi. Il y a recherche d'une individualisation, en plus du côté esthétique alimenté par l'essor du «Body Art» et du «Modern Primitive» depuis les années 70 (7). Cliniquement, la différence de ces pratiques avec le NSSI repose sur une intégration socioculturelle et elles sont généralement réalisées par un tiers. De plus, leur but n'est pas de diminuer une détresse psychique.

- Il est primordial de différencier le suicide du NSSI par l'existence ou non de l'intention suicidaire, bien qu'un certain continuum existe entre les deux. En effet, l'AM représente en soi une solution palliative pour le sujet, une «tentative de vivre», de «survivre», certes temporaire, amenant à un soulagement de la souffrance (4). Ce n'est pas le cas chez le suicidaire pour qui la seule solution est de se supprimer. Cette distinction permet d'adapter la prise en charge.

Néanmoins, au vu du *continuum*, il convient d'être attentif en cas d'une habitude à la douleur, voire d'une analgésie durant l'acte, à la cumulation de diverses méthodes, et à une longue histoire de NSSI renvoyant à un glissement vers un risque suicidaire élevé (8).

ÉPIDÉMIOLOGIE

Depuis les années 60, une augmentation sensible des NSSI est constatée dans les pays occidentaux. La prévalence dans la population générale serait passée de 0,4 % au début des années 80 à 2 % actuellement (4), bien qu'elle semble arriver à un plateau (9). Ces chiffres atteignent entre 12 et 17 % parmi les adolescents, soit près de 1 jeune sur 6 (4). L'incidence est, sans surprise, plus élevée parmi les adolescents en soins psychiatriques, à savoir 45 % en ambulatoire et de 40 à 61 % en hôpital, soit environ 1 jeune sur 2 (4). L'âge concerné se

situé entre 12 et 24 ans (4), avec une moyenne, selon les études, entre 13,5 ans (10) et 15,2 ans (11). Le sex-ratio est de 1:2 à 1:4 (7).

CLINIQUE

Différentes méthodes pour se blesser volontairement existent et se distinguent par un mode compulsif ou impulsif, épisodique ou répété. Il s'agit de se couper, se brûler, se frapper mais aussi se pincer, se griffer, interférer avec une cicatrice, ... (12). Parmi les gestes impulsifs, les coupures ou scarifications sont les plus fréquentes (70 %). A l'aide d'un objet acéré, elles se font, le plus souvent, sur les avant-bras et poignets, plus accessibles, mais peuvent se réaliser sur les cuisses ou le ventre, voire sur les seins renvoyant à une dimension sexualisée. Le visage est souvent épargné, le but n'étant pas de se rayer du lien social. L'atteinte du visage représente d'ailleurs un facteur de gravité.

On distingue des conduites plutôt féminines ou masculines qui découlent d'un rapport au corps différent selon le sexe. Externalisant leurs affects, les garçons utilisent leur corps comme vecteur d'action afin d'éprouver leurs propres limites, comme se heurter ou provoquer des rixes (7). Il semblerait, par ailleurs, que la proportion masculine soit sous-estimée, certaines blessures pouvant être considérées comme des accidents (13). Les filles ont plus tendance à intérioriser leurs affects et retourner leur colère et/ou leur souffrance contre elles-mêmes (7).

Comme nous l'avons vu, l'AM ne relève pas forcément d'une maladie mentale et est adoptée par de plus en plus de jeunes pourtant bien insérés dans leur école et la société et manifestant peu de signes de mal-être. L'évolution de ce symptôme «isolé» serait alors limitée et s'estomperait entre 6 mois à 2 ans après son initiation (10).

Lorsque ce symptôme se retrouve parmi les éléments d'un syndrome, deux entités s'avèrent y être associées préférentiellement, à savoir le trouble de la personnalité borderline et les troubles des conduites alimentaires.

- La personnalité borderline se caractérise par un mode général d'instabilité des relations, de l'image de soi et des affects, avec une impulsivité marquée. Faisant partie des critères de diagnostic, l'AM fait souvent penser à ce pattern. Selon les études, elle serait retrouvée chez près de 80 % des patients borderline (14). Néanmoins, cela n'en fait pas un critère

pathognomonique. Il convient d'approfondir la clinique sans étiqueter trop vite le patient, au risque de passer à côté d'autres aspects. Rappelons que le DSM spécifie qu'un trouble de la personnalité caractérisé s'établit à partir de 18 ans (5). En effet, durant l'adolescence, le processus de structuration de la personnalité est en cours et n'est donc pas figé.

- Les AM sont également souvent rencontrées dans les troubles du comportement alimentaire. Environ 25 % à 40 % de ces patients adoptent une pratique mutilante, surtout en présence de conduites de purges (vomissement, usage de laxatif) (4).

De nombreux ouvrages font état d'un lien important entre des antécédents de carence affective ou de maltraitance durant l'enfance, tels que de la violence physique ou un abus sexuel, et le développement ultérieur de comportements autoagressifs. Jusqu'à 79 % des automutilants issus de la population générale ont rapporté des négligences infantiles ou des abus (4). Il paraît donc important de le rechercher à l'anamnèse systématiquement.

MIEUX COMPRENDRE...

La signification de tels gestes est loin d'être univoque et ne peut être comprise qu'à travers une histoire de vie.

La période de l'adolescence semble centrale quant à l'initiation de ces pratiques. Cette phase correspond à l'émergence de la puberté sous l'action d'une poussée hormonale puissante, entraînant des transformations physiques et physiologiques. A travers cette véritable mutation, l'adolescent est confronté à un corps qui change malgré lui, sous-tendu de pulsions agressives et sexuelles via l'accès à la sexualité, qui l'amène à se désengager de l'enfance. Ainsi, accédant passivement à la possibilité de réaliser ses fantasmes, à la fois source d'excitation mais aussi d'anxiété, le jeune est confronté à l'enjeu de la maîtrise.

Diverses formes de tentative de contrôle peuvent être déployées, à travers les troubles alimentaires, la consommation de produits ou les passages à l'acte (15). En effet, ces derniers permettent de court-circuiter la psyché et de faciliter, entre autres, les attaques au corps devenu étranger, à travers l'AM.

L'enveloppe corporelle est la cible, le plus souvent la peau. Cet organe, aux multiples fonctions essentielles, incarne la limite entre extérieur et intérieur, entre le soi et le non-soi.

Surface de l'identité, la peau assure une contenance, une unité tant physique que psychique. Le langage populaire témoigne d'ailleurs de l'étroite proximité entre peau et psychisme («je t'ai dans la peau», «se sentir à fleur de peau»).

C'est aussi une barrière semi-perméable, garante de protection, mais qui permet aussi des échanges et de communiquer avec autrui. Parfois, elle peut trahir le jeune en révélant à son insu des imperfections (acné, pilosité...) et ses émotions (rougir, pâlir,...), entraînant méfiance, voire agressivité à son égard (7).

Divers aspects vont maintenant être évoqués et illustrés par des extraits de témoignages récoltés en consultations ou sur internet.

L'AM permet donc au jeune de tester sa contenance en attaquant sa frontière cutanée. Il s'agit aussi de reprendre possession de soi, de manière symbolique; se façonner autrement pour se sentir en accord avec soi-même.

- *«C'est mon corps, j'en fais ce que je veux»*

Les cicatrices peuvent avoir une valeur identitaire, fixant une trace, et plus tard, un souvenir d'une tentative de contrôle sur la souffrance.

- *«Mes cicatrices je les aime bien. Elles sont un peu comme un journal intime, un truc qui a gravé ce que j'ai vécu».*

Beaucoup s'infligent des blessures pour réguler des affects. Ils transforment une douleur psychique insupportable en une douleur physique tangible, qui devient alors légitime. On passe d'une blessure psychique difficile «à penser» à une blessure physique «à panser».

- *«Au moins, maintenant je sais pourquoi j'ai mal».*

Certains veulent se sentir vivants ou combler un sentiment de vide. Ils se raccrochent à la réalité via un électrochoc sensoriel.

- *«C'est bien que cela fasse mal, ça prouve que je suis réel».*

D'autres retournent contre eux-mêmes une colère difficile à canaliser, dirigée ou non vers autrui.

- *«Je peux pêter des câbles parfois, à cause de ma mère ou ceux de ma classe, j'ai du mal à me retenir (...). Je préfère me faire mal à moi-même...»*

De plus, purification et punition sont parfois évoquées, comme pour extraire un mal ou se punir de ne pas avoir réagi dans le cas des abus sexuels, par exemple.

- *«Je me suis réfugié dans l'AM pensant que cela m'aiderait (...) j'ai beau m'arracher la*

peau, cette sensation de sentir ses mains sur moi ne disparaît pas».

L'aspect relationnel relève d'un caractère oscillant entre honte et exhibition. L'AM est d'abord solitaire, mais permet aussi de s'adresser à l'autre pour obtenir attention et soins (10). Du point de vue intersubjectif, il est destiné à faire ressentir à l'autre ce que le sujet vit et n'arrive pas à se représenter psychiquement. Il peut aussi préserver l'équilibre d'un système, telle une famille, en «exprimant sans dire» un tabou, des violences ou un inceste.

Notons également l'effet de mode et l'imitation des pairs, propres à l'adolescent en quête d'appartenance, débouchant sur une véritable contagion dans les collectivités, ou à travers les médias. La présentation du NSSI comme réponse «positive» à ses problèmes peut séduire le jeune qui perçoit un écho à sa souffrance (10).

Ces jeunes présentent souvent une difficulté à décrire leurs émotions et à opérer une mentalisation symbolique. L'impossibilité de gérer la tension interne en utilisant des mots force le passage via le corps. Selon Lebreton, «les atteintes corporelles sont comme des cris délivrés dans la chair à défaut de langage» (16). Le sang qui coule représenterait les larmes. En restant dans la métaphore, les coupures renvoient à une discontinuité psychique, menace d'un chaos interne. A un niveau infra-verbal, cette discontinuité pourrait traduire un défaut de protection primaire, normalement constituée à travers les figures d'attachement durant l'enfance (17). Ces jeunes n'ont, en quelque sorte, pas appris à prendre soin d'eux-mêmes et attendent, en réparation, ce que les adultes n'ont pas donné initialement.

Dans tous les cas, il s'agit d'une solution provisoire procurant au sujet un répit. Elle lui permet de survivre à une détresse, peu importe son origine, tel un mode d'adaptation. Néanmoins, un cercle vicieux créé par la séquence tension-soulagement peut s'installer, sous-tendu par le rôle des endorphines, évoluant vers un caractère addictif.

- *«C'est devenu comme une drogue, (...) c'est plus fort que moi, je ne peux plus attendre».*

Côté neurosciences, un modèle neurobiologique impliquant le système sérotoninergique et le rôle des opioïdes endogènes fait l'objet de recherches. D'une part, il est établi qu'une hypoactivité 5HT diminue le contrôle des impulsions et augmente l'agressivité. D'autre

part, une dysfonction du système endocannabinoïde entraînerait une perturbation du ressenti algique, avec développement d'une tolérance en cas de chronicité et un risque d'addiction (4).

DISCUSSION AUTOUR DE LA PRISE EN CHARGE

Face à des patients qui s'automutilent, les thérapeutes sont souvent partagés entre impuissance et incompréhension. Les ressources d'identification et d'empathie sont heurtées de plein fouet, amenant l'aidant sur un terrain inconfortable. Et ce, d'autant plus s'il est confronté à la détresse du parent. Pourtant, ces conduites reflètent bien une souffrance sous-jacente et en permettent l'expression.

Le NSSI peut être utilisé comme levier pour installer une accroche thérapeutique, avec la difficulté qu'elle doit souvent s'instaurer dans l'aigu, voire l'urgence. Malgré cela, le temps nécessaire devrait être pris pour créer un climat de confiance, en trouvant la juste distance relationnelle avec le patient (13). La tâche est délicate, d'autant plus que le jeune n'accepte pas facilement l'aide d'autrui, et encore moins de stopper ses conduites; or, c'est souvent par là que l'on voudrait commencer ! Rappelons-nous qu'il s'agit d'un «moyen de survie»; le patient ne peut le substituer brusquement. Il convient d'abord de reconnaître la valeur adaptative du geste, certes dommageable, sans pour autant le glorifier. On aura ensuite accès à la souffrance psychique. Un équilibre doit ainsi être trouvé entre banalisation et dramatisation (10), ce qui doit également être discuté avec le parent. Les supervisions et la co-thérapie peuvent être d'une aide précieuse.

Dépasser le mur de nos contre-attitudes permet de s'intéresser à l'ensemble de la situation clinique. L'évaluation décèlera des facteurs étiopathogéniques, tel un abus sexuel dans le passé, des comorbidités ou troubles psychiatriques afin d'adapter la prise en charge (14). La démarche est de mettre en lumière les ressources du sujet et de l'aider à rétablir une unité interne par d'autres voies d'apaisement. Les approches sont variées (psychanalyse, thérapie comportementale cognitive, thérapie systémique, etc). Des thérapies à média sont utiles (par exemple via écriture ou dessin) afin d'exprimer autrement un vécu en passant de la destruction à la création (6). Une médiation corporelle peut aider à rétablir une relation harmonieuse vis-à-vis du corps. Sur internet, à côté des idées pro-AM, existent également des

blogs de soutien et de prévention. Les réseaux sociaux colportent des astuces telles que faire claquer un élastique sur le poignet, prendre une douche froide, écrire ou dessiner sur la peau.

Accepter que cela prendra du temps permet d'avancer au rythme du patient. Peu à peu, il prendra conscience des conséquences négatives, supérieures aux bienfaits retirés. En cas de caractère addictif marqué ou de conduites dangereuses, un temps d'hospitalisation peut être nécessaire.

Du point de vue pharmacologique, il n'existe pas de traitement spécifique. Le recours à une prescription s'avère délicat et ne peut être l'unique dispositif de soins. Un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine peut être indiqué, notamment en cas d'impulsivité marquée. Par ailleurs, le naltrexone (antagoniste des récepteurs aux opiacés) fait l'objet de recherches. Une anxiolyse d'appoint et prudente est parfois envisagée (4).

CONCLUSION

Le NSSI est un phénomène fréquent, principalement rencontré à l'adolescence. Source d'inconfort pour le thérapeute, ces gestes sont une solution à un mal-être sous-jacent qui menace d'évoluer vers un chaos psychique. Décoder ces actes permet de démonter le mur de nos contre-attitudes et d'entrer dans l'histoire de la détresse du patient par cette porte qu'est l'AM. Par ailleurs, une vision globale prendra en compte les comorbidités et troubles psychopathologiques. Tout l'art sera de trouver l'équilibre sur le fil entre banalisation et dramatisation et d'inverser la dynamique du sujet. Il devra passer de la surface à la profondeur, de l'action à la réflexion, des maux aux mots, tout en prenant appui sur sa créativité pour pouvoir «sauver sa peau».

BIBLIOGRAPHIE

1. Scaramozzino S.— Pour une approche psychiatrique de l'automutilation : implications nosographiques. *Champs psychosomatiques*, 2004, **36**, 25-38.
2. Lorthiois MM.— *De l'automutilation : mutilations et suicides étranges*. Ed. Vigot Frères, Paris, 1909.
3. Favazza AR.— The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis*, 1998, **186**, 259-268.
4. Gicquel L, Corcos M.— *Les automutilations à l'adolescence*. Éd. Dunod, Paris, 2011.
5. American Psychiatry Association.— *DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Ed. Elsevier-Masson, Paris, 2015.

6. Rioult C.— *Ados : scarifications et guérison par l'écriture*. Ed. Odile Jacob. Paris, 2013.
7. Pommereau X.— *L'adolescence scarifiée*. L'Harmattan, Ed. Paris, 2009.
8. Nock MK, Joiner Jr TE, Gordon KH, et al.— Non-suicidal self-injury among adolescents : diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*, 2006, **144**, 65-72.
9. Muehlenkamp JL, Claes L, Havertape L, et al.— International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2012, **6**, 10.
10. Malchair A.— *Les automutilations à l'adolescence*. Cours DES de Psychiatrie infanto-juvénile, ULG, 2014-2015.
11. Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM.— Nonsuicidal self-harm in youth : a population-based survey. *CMAJ*, 2008, **178**, 306-312.
12. De Leo D, Heller ST.— Who are the kids who self-harm ? An australian self-report school survey. *Med J Aust*, 2004, **181**, 140-144.
13. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA.— Non-suicidal self-harm among community adolescents : understanding the «what» and «whys» of self-harm. *JYA*, 2005, **34**, 447-457.
14. Bigot T.— Comportements d'automutilation: sens, détection et prise en charge. *Entretiens de Bichat*, 2010, 428-432.
15. Malchair A.— La problématique spécifique des addictions chez les adolescents. *Rev Med Liege*, 2013, **68**, 233-238.
16. Le Breton D.— *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*. Ed. Métailié, Paris, 2003.
17. Garel P.— *L'automutilation superficielle à l'adolescence : le corps dans tous ses états*. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, l'adolescence en contexte. Ed Deboeck, 2008, **40**, 227-235.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr A. Malchair, Service de Pédiopsychiatrie, CHU de Liège, Site Notre-Dame des Bruyères, Liège, Belgique.
Email : a.malchair@ulg.ac.be