UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2008

N°159

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Psychiatrie

par

Juliette DUPIN

Née le 06 mai 1979 à Niort

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2008

TATOUAGES, PIERCINGS ET PATHOLOGIES ADDICTIVES :

QUELS LIENS ?

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Sylvain LAMBERT

SOMMAIRE :

INTRODUCTION	7
PREMIERE PARTIE.....	9
Du TATOUAGE-PIERCING aux CONDUITES à RISQUE et aux TROUBLES ADDICTIFS	9
A. <i>Revue de la littérature.....</i>	<i>11</i>
B. <i>Etude réalisée dans les salons de tatouage et piercing nantais</i>	<i>15</i>
1. Matériel et méthodes	15
a) Population	15
b) Instruments d'évaluation	15
c) Analyse statistique	16
2. Résultats	17
a) Caractéristiques de l'ensemble de l'échantillon	17
b) Comparaison entre sujets percés et sujets tatoués.....	18
c) Comparaison du nombre de tatouages et de piercings	20
3. Discussion.....	22
a) Discussion des résultats.....	22
b) Limites méthodologiques	24
c) Contexte socio-politique lors de la réalisation de cette étude.....	25
C. <i>En résumé.....</i>	<i>27</i>
DEUXIEME PARTIE	29
PRATIQUE DU TATOUAGE ET DU PIERCING :	29
évolution historique et place de cette pratique à l'adolescence	29
A. <i>Abord sociologique des pratiques de tatouage et de piercing</i>	<i>30</i>
1. A TRAVERS les CULTURES	30
a) Les tatouages.....	30
b) Les piercings	31
c) Marques corporelles et religions	32
d) Dans les sociétés primitives : les rites initiatiques	33
2. Des SOCIETES TRADITIONNELLES aux SOCIETES CONTEMPORAINES ...	34
a) Le tatouage.....	34
b) Le détatouage	39
c) Les piercings	39
d) Evolution de la perception sociale du corps	43
e) Corps <i>niveleur</i> et marques corporelles	45
f) Les marques corporelles contemporaines.....	48
B. <i>Adolescence, période de transition.....</i>	<i>51</i>
1. EVOLUTION de la PLACE de l'ADOLESCENT.....	51
2. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE de la CONSTRUCTION de l'ADOLESCENT.....	55
a) L'ENFANCE, le support de l'ADOLESCENCE	56

(1)	De l'attachement à l'autonomisation	56
(a)	L'Attachement.....	56
(b)	L'intersubjectivité.....	58
(c)	Le corps comme langage pour l'enfant.....	59
(d)	L'Autonomisation.....	60
(2)	Le stade du miroir.....	61
(3)	Le « Moi-peau » selon Didier Anzieu	62
b)	L'ADOLESCENCE et ses principaux aspects dynamiques.....	65
(1)	Processus de séparation-individuation.....	65
(2)	Travail de deuil.....	66
(3)	Le narcissisme à l'adolescence	68
(4)	Remaniement des pulsions.....	70
(5)	Le clivage à l'adolescence	72
(6)	La place de l'Idéal du Moi à l'adolescence	73
(7)	L'identité et l'identification	74
(8)	La problématique du corps à l'adolescence	75
(a)	Le pubertaire	76
(b)	L'incorporation et l'introjection.....	76
(c)	L'image du corps.....	77
(d)	Le corps.....	78
(9)	La fonction du groupe.....	79
3.	APPROCHE PSYCHOSOCIALE de l'ADOLESCENCE	80
a)	La problématique identitaire.....	80
b)	Le regard de l'autre sur soi.....	83
c)	La dimension corporelle	84
(1)	Le corps adolescent	84
(2)	Une frontière, un support d'expression	86
(3)	La peau.....	88
C.	<i>Place du tatouage-piercing chez les adolescents</i>	89
1.	La peau, une interface	89
2.	Le corps	90
3.	L'agir corporel.....	92
4.	Recherche de sensation	94
5.	La douleur.....	96
6.	Un « pseudo-rite » ou acte de passage	98
7.	Temporalité et Mémoire.....	100
8.	La valeur symbolique.....	103
9.	Les marques corporelles comme support de l'incorporation et du narcissisme	104
10.	Conclusion sur les pratiques de tatouages et piercings	108

TROISIEME PARTIE110

Des TROUBLES ADDICTIFS au TATOUAGE-PIERCING110

A.	<i>Etude réalisée en milieu hospitalier des patients présentant une conduite de dépendance.....</i>	<i>111</i>
1.	Revue de la littérature	111
2.	Matériel et méthodes	112
a)	Population de l'échantillon.....	112
b)	Instruments d'évaluation	112
c)	Analyse statistique	113

3.	Résultats	113
a)	Description de l'échantillon.....	113
b)	Comparaison des sujets piercés uniquement, tatoués uniquement, et tatoués et piercés	115
c)	Comparaison des sujets tatoués <i>versus</i> non-tatoués et piercés <i>versus</i> non-piercés	117
d)	Comparaison du nombre de tatouages et de piercings chez les sujets dépendants	119
(1)	Nombre de tatouages	119
(2)	Nombre de piercings.....	119
e)	Contexte de réalisation des premières marques corporelles	121
f)	La dépendance subjective	121
4.	Discussion.....	122
a)	Discussion des résultats.....	122
b)	Limites méthodologiques	124
5.	Conclusion.....	125
B.	<i>Généralités sur les addictions</i>	127
1.	Définition de l'addiction	127
2.	Psychopathologie des conduites de dépendance.....	128
a)	De l'auto-érotisme aux assises narcissiques	128
b)	De la construction psychique à la dépendance	131
c)	De l'émotion à la sensation.....	132
d)	L'ordalie	134
e)	Incorporation et objet d'addiction.....	135
f)	Relation de maîtrise, relation de dépendance	136
3.	L'alexithymie.....	138
4.	Recherche de sensations dans les conduites de dépendance	139
5.	Attachement et conduites de dépendance.....	141
a)	Dimension relationnelle.....	141
b)	Dimension comportementale	141
c)	Dimension représentationnelle.....	142
6.	Le corps dans la dépendance	143
7.	En résumé	145
C.	<i>Tatouage-piercing et pathologies addictives</i>	147
1.	Parenté et différences (cliniques et psychopathologiques).....	147
a)	Etre et Avoir.....	147
b)	La fonction d'identification de la marque cutanée et de l'objet d'addiction.....	148
c)	Narcissisme et relation objectale.....	149
d)	Objet transitoire/ objet transitionnel.....	149
e)	Introjection et incorporation	150
f)	Sensations par l'agir	152
g)	La peau, un espace de transition	153
h)	Le rapport au temps.....	154
i)	Qu'est-ce qui peut expliquer la prépondérance du tatouage <i>versus</i> du piercing dans certaines conduites addictives ?.....	156
j)	En résumé	159
2.	Une conduite addictive ?	160
	QUATRIEME PARTIE	164

PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES.....	164
A. <i>Un corps qui existe.....</i>	167
B. <i>La marque comme support à l'échange.....</i>	168
1. Un espace d'échange.....	168
2. Le tissage des représentations mentales	170
3. D'autres supports extérieurs	171
a) La métaphore	172
b) L'écriture	173
c) Le dessin ou la peinture	174
d) Le génogramme et la « flèche de vie ».....	175
C. <i>La marque : un frein symbolique aux conduites addictives.....</i>	176
D. <i>En résumé.....</i>	178
CONCLUSION.....	179
BIBLIOGRAPHIE	182
ANNEXE 1: QUESTIONNAIRE dans les SALONS de TATOUAGE-PIERCING :...189	
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE SERVICE d'ADDICTOLOGIE :	190

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableaux :

TABLEAU 1 : FREQUENCE DE LA PRATIQUE DU TATOUAGE ET DU PIERCING.	11
TABLEAU 2 : RECAPITULATIF DES CONDUITES A RISQUE ADDICTIF.	18
TABLEAU 3 : REPARTITION DES SUJETS TATOUES-PIERCES	19
TABLEAU 4 : VARIABLES PAR RAPPORT AU SCORE DE CRAFFT.	20
TABLEAU 5 : NOMBRE DE TATOUAGES ET DE PIERCINGS.	22
TABLEAU 6 : FREQUENCE DES TATOUAGES ET PIERCINGS DANS LA POPULATION GENERALE.	112
TABLEAU 7 : REPARTITION SELON LA PRESENCE DE MARQUES CORPORELLES.	115
TABLEAU 8 : CONDUITES ADDICTIVES ET « STATUT » CUTANE.	118
TABLEAU 9 : NOMBRE MOYEN DES MARQUES CORPORELLES DANS LA POPULATION DEPENDANTE.	120
TABLEAU 10 : RECHERCHE DE SENSATIONS ET CONDUITES ADDICTIVES.	141

INTRODUCTION

En partant de la constatation d'un engouement pour la pratique des tatouages et des piercings dans la population des adolescents et des jeunes adultes, et parallèlement, de l'augmentation des troubles addictifs et des conduites à risque dans cette même population, nous avons voulu savoir si l'une et l'autre des populations sont identiques, s'il existe un lien entre ces deux types de comportement, et si la prise en charge de patients dépendants doit être envisagée différemment s'ils sont tatoués-piercés.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une étude descriptive de la fréquence des conduites à risque, auprès de clients âgés de moins de 25 ans, des salons de tatouage et de piercing nantais.

Dans la seconde partie, nous nous sommes intéressés à l'historique de la pratique des marques corporelles, et par-là même à l'évolution sociétale, à la place du corps et de l'individu, qui ne peuvent en être dissociées.

L'adolescence étant la période la plus propice à ces pratiques, la compréhension de sa construction et de ses enjeux, tant psychodynamiques que psychosociaux, nous a semblé être un point essentiel. C'est une période où le corps se transforme et se sexualise, nécessitant un travail d'appropriation, où les nouvelles limites corporelles et psychiques se redéfinissent, où des moyens de défense plus spécifiques sont sollicités.

Mais c'est aussi le temps de la quête identitaire à travers le regard de ses pairs, où l'agir et le « paraître » prennent une place prépondérante dans la relation à l'autre.

Que recherche l'adolescent qui se fait tatouer ou piercer ?

Quelles valeurs donne-t-il à ses marques corporelles ?

Puis, en se plaçant du côté des personnes présentant une conduite de dépendance, avec ou sans produit, nous avons cherché à évaluer la fréquence des tatouages et des piercings dans cette population, en milieu hospitalier spécialisé.

Après un rappel de la psychopathologie des conduites addictives, nous avons comparé les liens de parenté et les différences existant entre la pratique des marques corporelles et les conduites de dépendance.

Les personnes dépendantes tatouées et/ou piercées présentent-elles une psychopathologie différente de celles qui ne sont ni tatouées, ni piercées ? Et par-là même, la prise en charge doit-elle être envisagée différemment ?

La pratique de marques corporelles peut-elle devenir un comportement addictif ?

PREMIERE PARTIE

Du TATOUAGE-PIERCING aux CONDUITES à RISQUE
et aux TROUBLES ADDICTIFS

Nous évoquerons en premier lieu les études réalisées dans une population d'adolescents et jeunes adultes, en lien avec la pratique de tatouages et de piercings. Certaines études ont analysé la consommation de produits et les troubles des conduites alimentaires. Toutes ces études divergent par leurs méthodologies, mais nous tenterons néanmoins, d'en souligner les points qui nous ont semblé les plus intéressants dans le cadre de ce travail.

Puis nous exposerons l'étude que nous avons réalisée dans les salons de tatouage et piercing nantais et qui cherche à évaluer la fréquence des troubles des conduites d'allure addictive dans cette population d'adolescents et jeunes adultes. Ce type d'étude n'a, jusqu'alors, jamais été réalisée dans des salons spécialisés.

A. Revue de la littérature

→ Dans un premier temps, nous avons souhaité reprendre les résultats de différentes études qui ont évalué la fréquence de la pratique du tatouage et du piercing dans la population adolescente ou jeune adulte. Ces résultats sont relativement disparates et sont synthétisés dans le tableau suivant :

	Sujets Tatoués	Sujets Piercés
2002, New-York, étudiants (N=481) <i>Mayers, Judelson et al. [69]</i>	-----	42% des hommes 60% des femmes
2005, Pennsylvanie, étudiants (N=225) <i>Gold, Schorzman et al. [35]</i>	-----	42%
2006, Brésil, adolescents (N=664) <i>Oliveira, Matos et al. [74]</i>	8,4 %	
2006, Canada, adolescents (N=2180) <i>Deschesnes, Demers et al. [21]</i>	8%	27%
2006, Sardaigne, adolescents (N=828) <i>Prete, Pinna et al. [82]</i>	14% des hommes 5% des femmes	18% des hommes 21% des femmes
2007, Nouvelles Zélandes, adultes de 26 ans (N=966) <i>Skegg, Nada-Rada et al. [91]</i>	-----	9% des hommes 29% des femmes

Tableau 1 : fréquence de la pratique du tatouage et du piercing.

→ Dans un second temps, nous avons comparé les études qui ont recherché des liens entre marques corporelles et conduites addictives, mais aussi entre marques corporelles et comportements à risque de dépendances futures.

Ces études ont été menées dans différents pays, pouvant tous être appelés « pays développés », dont la culture et l'évolution sociologique ne peuvent pour autant être comparables *stricto sensu*.

Réalisées entre 2001 et 2006, ces études étaient majoritairement nord-américaines, les autres étant allemande et italienne. Au-delà des questions culturelles, la population et ce qui cherche à être mis en valeur, comme association au comportement de tatouage et/ou piercing, diffèrent. Nous limiterons notre prospection aux liens qui ont pu être fait entre marquage corporel et addictions (consommations de produits et troubles des conduites alimentaires). Les perçages des lobes des oreilles n'ont pas été comptabilisés dans les piercings, car ils font partie de pratiques culturellement admises depuis plusieurs siècles dans les différents pays étudiés.

S.T. Carroll *et al.* [12] ont réalisé une étude sur 484 adolescents ou jeunes adultes âgés de 12 à 22 ans, suivis dans une clinique médicale militaire, à San Diego aux Etats-Unis. Il a été retrouvé une prévalence des tatouages de 13,2% et des piercings de 26,9%. Près d'un tiers avait fait leur premier tatouage avant 17 ans, contre plus de la moitié en ce qui concernait le premier piercing. Plus l'âge de réalisation du premier tatouage ou du premier piercing était précoce (avant 16 ans), plus le score du « Gateway Drug Index » était élevé.

De même, plus le nombre de piercing était important, plus le score « Hard Drug » était important, contrairement à la pratique de tatouages où cette association n'était pas retrouvée.

Les personnes qui ont fait faire leurs tatouages par un amateur ont un score « Hard Drug » plus important que ceux qui les ont fait faire par un professionnel.

D'autre part, le risque de présenter des troubles du comportement alimentaire était plus élevé chez les jeunes porteurs d'un piercing.

En revanche, dans l'étude réalisée en Sardaigne [82], de 828 adolescents âgés de 15 à 19 ans, l'association retrouvée entre tatouage, piercing et symptômes boulimiques était modeste et statistiquement non significative. La présence d'un tatouage et/ou d'un piercing ne pouvait présager du risque d'identifier un trouble du comportement alimentaire. Cependant une préoccupation par rapport à l'apparence physique et au désir de perdre du poids était très souvent mise en évidence. Il est à noter que malgré la taille de l'échantillon, seulement 22 sujets présentaient un diagnostic d'anorexie mentale ou une boulimie.

Inversement, dans un échantillon de 101 patients souffrant de troubles du comportement alimentaire, 11,9 % ont au moins un tatouage et 25,7 % sont piercés, tandis que les comportements d'automutilations étaient retrouvés pour 64,9 % des patients. L'hypothèse a été faite que les tatouages et les piercings pourraient être des comportements alternatifs et de protection contre les automutilations [15].

Dans une population de 860 adolescents incarcérés aux Etats-Unis [6], 29 % étaient tatoués et 69 % étaient piercés. Les consommations d'alcool et de cannabis étaient en lien avec la présence de tatouages, tandis que seule la consommation d'alcool était en lien avec la pratique de piercings. L'alcool, les consommations d'antidépresseurs et de sédatifs étaient associés de manière significative avec la présence de tatouages, mais d'une manière générale, aucun produit n'avait montré d'association particulière avec le nombre de tatouages. En revanche, que ça soit l'alcool, la cocaïne, l'héroïne, le LSD, l'ecstasy ou tout autre psychostimulant, leur

consommation était en lien avec le nombre de piercings retrouvés. Au-delà du fait que cette étude cible une population particulière, il semble hâtif d'associer « consommation de produit » à « addiction ».

Dans l'étude de T.L. Brooks *et al* [7], 210 adolescents de 14 à 18 ans consultant pour des soucis de santé ont répondu au questionnaire POSIT-ADS (Alcohol and Drug abuse Scale). Plus de 40 % présentaient un tatouage et/ou un piercing. Leur risque de développer un problème avec l'utilisation de produits était 3 fois supérieur à ceux qui n'avaient aucune marque corporelle.

Au Canada [21], sur 2180 adolescents scolarisés, la prévalence de tatoués était de 7,9 % et celle des piercés de 27,6 %. Les sujets présentant ces marques corporelles avaient une consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, de cocaïne ou de substances hallucinogènes plus importante que les sujets qui n'en avaient pas.

Le risque était 10 fois plus élevé pour les femmes tatouées (que celles qui ne l'étaient pas) de consommer plusieurs produits, et 8 fois plus élevé pour les hommes tatoués.

Et le risque était près de 7 fois plus important chez les femmes piercées (que celles qui ne l'étaient pas) de consommer plusieurs produits, contre 3,8 fois chez les hommes piercés (que ceux qui ne l'étaient pas). Il existait donc plus de risque d'avoir des tatouages et/ou des piercings, lorsqu'une consommation de produits était retrouvée. Toutes les consommations étaient associées à la pratique de piercing, pour les hommes comme pour les femmes, mais de manière moins importante que dans le cas des sujets tatoués. Seuls avaient été distingués les sujets tatoués des sujets piercés, mais pas les sujets tatoués et piercés.

En Allemagne, sur un échantillon de 2043 personnes âgées de 14 à 93 ans [94], questionnées au porte-à-porte, la prévalence des tatoués était de 8,5 % contre 6,8 % de piercés, tout âge confondu. Un comportement lié à la « recherche de sensation » était retrouvé de manière plus importante dans la population âgée de 14 à 24 ans et présentant un tatouage et/ou un piercing, que dans le reste de la population. Dans cette tranche d'âge (14-21 ans), 41 % des femmes étaient tatouées et/ou piercées, contre 27 % des hommes.

M.L. Armstrong *et al* [1] ont étudié une population de 450 étudiants, âgés de 18 à 24 ans, dans le sud-ouest des Etats-Unis. Plus de la moitié n'avait ni tatouage, ni piercing (N=247), 32% avaient au moins un piercing et 22% avaient au moins un tatouage. Les femmes étaient

plus intéressées par les piercings que les hommes. L'utilisation d'alcool, de tabac ou de cannabis était plus importante dans le groupe porteur de piercings, par rapport à ceux qui n'avaient aucune marque corporelle. La consommation de cannabis était augmentée dans le groupe porteur seulement de tatouages.

L'étude réalisée par l'équipe de T.A. Roberts [87], a montré, que sur les 4337 adolescents âgés de 13 à 18 ans, la présence de piercings était retrouvée majoritairement chez les filles et les sujets les plus âgés.

L'association entre piercing et problème d'alcool durant l'année, était plus présente pour les adolescents les plus jeunes et pour les garçons.

Les consommations de tabac et de cannabis étaient rencontrées trois fois plus souvent chez les sujets piercés, que chez ceux qui ne l'étaient pas.

Le piercing et le tatouage présentent indéniablement une dimension culturelle. Les études étant majoritairement réalisées en Amérique du nord, la question se pose d'une généralisation des résultats en France.

→ Ces études mettent en évidence une augmentation des **abus de substances psychoactives** dans la **population tatouée et/ou piercée**, comparée à la population générale.

→ La consommation de **psychostimulants** serait corrélée avec le **nombre de piercings**.

→ Il n'a pas été retrouvé de corrélation entre tatouage et troubles des conduites alimentaires. Et les résultats sont disparates entre piercing et troubles des conduites alimentaires.

B. Etude réalisée dans les salons de tatouage et piercing nantais

Il s'agit d'évaluer la fréquence des troubles des conduites d'allure addictive, dans la population des adolescents et jeunes adultes venant dans un salon, pour la réalisation d'un tatouage ou d'un piercing.

Des liens peuvent-ils être faits entre les conduites à risque et certaines caractéristiques de cette population : âge , sexe, nombre de tatouages ou de piercings, association de comportements à risque ?

1. Matériel et méthodes

a) Population

Cette étude descriptive a été réalisée durant quatre mois, de Février à Mai 2008, dans trois des sept salons de tatouage et de piercing existant sur la ville de Nantes. Les quatre salons restant ont refusé que le questionnaire soit proposé à leurs clients.

Les questionnaires (*cf annexe 1*) étaient confiés aux gérants des salons qui devaient le proposer systématiquement à tous les clients venant pour un tatouage ou un piercing. Après l'avoir rempli, le client le glissait dans une enveloppe cachetée et le remettait au professionnel.

Le questionnaire CRAFFT (*cf annexe 1*) ayant été validé chez les adolescents et jeunes adultes, l'âge limite d'inclusion ne devait pas dépasser 25 ans.

b) Instruments d'évaluation

Une première partie du questionnaire comprenait des données d'ordre sociologique (âge, sexe, activité) et des renseignements sur le motif de venue dans le salon (tatouage ou piercing) ainsi que sur la réalisation antérieure de tatouages ou de piercings. Le perçage du lobe de l'oreille n'a pas été comptabilisé comme un piercing du fait de l'ancienneté de sa pratique et de la décision prise plus par les mères que par les filles de leur réalisation.

Dans la seconde partie étaient recherchées des conduites, que nous pourrions appeler « conduites à risque » d'un comportement addictif : une question sur la consommation de tabac, les questions de l'ADOSPA (pour ADOlescents et Substances PsychoActives, version française du CRAFFT) en ce qui concerne les produits et du SCOFF, pour les troubles des conduites alimentaires.

Selon les concepteurs du questionnaire CRAFFT, un score supérieur ou égal à deux évoque un usage nocif. La sensibilité est alors de 80,7 % et la spécificité de 75,0 %. Selon une étude menée en 2004 par Karila L. *et al.* [47], comparant les questionnaires ADOSPA et POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers), la proportion d'adolescents présentant un risque élevé d'abus de substances psychoactives, est presque 50 fois plus importante parmi ceux qui ont un score à ADOSPA supérieur ou égal à 3 que parmi ceux qui sont négatifs. D'autre part, Knight *et al.* [50-51] suggèrent qu'un score supérieur ou égal à 4 devrait faire suspecter une dépendance à une substance psychoactive.

En ce qui concerne le questionnaire SCOFF (*cf annexe 1*), il a montré un intérêt dans la détection des troubles alimentaires chez la femme adulte en médecine générale [63]. Le seuil optimal de cet auto-questionnaire a été évalué pour un score supérieur ou égal à 2 sur les cinq questions, avec une sensibilité de 84,6 % et une spécificité de 89,6 %. Certains auteurs [83] ont retrouvé une sensibilité de 100 % et une spécificité de 87,5 %. En raison de ses 12,5 % de faux positifs, ce test n'est pas suffisamment précis pour le diagnostic des troubles du comportement alimentaire, mais il constitue un outil de dépistage approprié.

Nous avons choisi ce questionnaire SCOFF car il permet de dépister rapidement et simplement les troubles des conduites alimentaires.

c) Analyse statistique

Le nombre de sujets inclus dans cette étude correspond au nombre de questionnaires correctement remplis durant la période d'évaluation de 4 mois.

Les tests statistiques sont des descriptions par des moyennes pour les variables quantitatives et des pourcentages pour les variables qualitatives.

2. Résultats

Cette étude se base sur un échantillon de 52 personnes, correspondant aux questionnaires correctement complétés et répondant aux critères d'inclusion.

a) Caractéristiques de l'ensemble de l'échantillon

- Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon :

Dans cet échantillon de 52 personnes, l'âge varie entre 16 et 25 ans, avec une moyenne de 19 ans, quelque soit le sexe.

Les hommes représentent 25% de l'échantillon (N=13), contre 75% de femmes (N=39).

La répartition de leur activité est de : 2% de collégiens, 40% de lycéens, 21% d'étudiants et 37% de personnes ayant une activité professionnelle ou étant à la recherche d'un emploi.

- Motifs de venue et répartition des sujets tatoués-piercés de l'échantillon :

Les personnes se présentant au salon pour se faire faire un tatouage correspondent à 42,3% de notre échantillon (N=22), tandis que 57,8% viennent pour un piercing (N=30).

16 personnes ont déjà un tatouage avant d'entrer dans le salon (30,8%) et ils sont 25 à être tatoués en quittant le salon (48,1%).

En ce qui concerne les piercings, 35 personnes sont percées avant d'entrer (67,3%) et ils sont 43 à avoir un piercing en quittant le salon (82,7%).

Le nombre moyen de tatouage par personne est de 1,25 et le nombre moyen de piercing est de 2,71.

Les résultats concernant la localisation des piercings n'a pas pu être étudiée du fait de la taille de l'échantillon, les sous-échantillons de chaque localisation étant trop limités.

- Evaluation des conduites à risque addictif de l'échantillon :

Pour la consommation de tabac, 20 personnes (38,5%) disent fumer quotidiennement, 11 occasionnellement (21,2%) et 21 ne seraient pas fumeurs (40,4%).

Les données du CRAFFT ont été réparties selon trois sous-groupes : le seuil de 2 au score de CRAFFT évoque un usage nocif de substances, et le seuil de 3 correspond à un risque élevé d'abus de substances psychoactives. Ces seuils ont été définis suite aux résultats de l'étude de L. Karila *et al.* [47]. Les personnes qui ont un score de CRAFFT inférieur à 2, représentent

54% de l'échantillon (N=28), donc ceux qui ont un score supérieur ou égal à 2 sont les 46% restants (N=24), tandis qu'un quart de l'échantillon a un score de CRAFFT supérieur ou égal à 3 (N=13).

Pour le questionnaire SCOFF le seuil est de 2, puisqu'il correspond au seuil optimal de détection des troubles alimentaires. Dans l'étude, les trois quarts de l'échantillon (N=39) ont un score de SCOFF inférieur à 2 et donc seulement un quart (N=13) a répondu positivement à au moins deux questions, avec la même proportion chez les hommes que chez les femmes (25%).

Tableau 2 : récapitulatif des conduites à risque addictif.

	Nombre de personnes	Pourcentage
Consommation de tabac :		
Quotidiennement	20	38,5%
Occasionnellement	11	21,2%
Jamais	21	40,4%
Score de CRAFFT < 2	28	53,8%
Score de CRAFFT ≥ 2	24	46,2%
Score de CRAFFT ≥ 3	13	25%
Score de SCOFF < 2	39	75%
Score de SCOFF ≥ 2	13	25%
TOTAL	52	100%

b) Comparaison entre sujets piercés et sujets tatoués

A la sortie des salons, les sujets de notre étude sont répartis :

- soit selon trois sous-groupes : Piercés Uniquement (PU), Tatoués Uniquement (TU), et enfin, Tatoués et Piercés (TP)
- soit selon deux sous-groupes : Tatoués (T) piercés ou non, et Non-Tatoués (NT)
- ou à l'inverse : Piercés (P) tatoués ou non, et Non-Piercés (NP).

Comme toutes les personnes de l'échantillon sont tatouées et/ou piercées, nous comprendrons que $[TU+TP=T]$, que $[PU+TP=P]$ et que $[NT=PU]$, de même que $[NP=TU]$.

Les sujets tatoués (T) sont en moyenne significativement plus âgés que ceux qui ne le sont pas (NT).

En revanche, les sujets percés (P) ont un âge équivalent à ceux qui sont uniquement tatoués (TU).

Aussi, l'âge est-il significativement décroissant entre les trois sous-groupes, respectivement : sujets tatoués et percés (TP), sujets tatoués uniquement (TU) et sujets percés uniquement (PU).

La moyenne d'âge des personnes venant pour la réalisation d'un tatouage est significativement supérieure à l'âge moyen de celles venant pour un piercing.

Tableau 3 : répartition des sujets tatoués-percés

	Sujet percé non tatoué (PU)	Sujet tatoué non percé (TU)	Sujet tatoué et percé (TP)
Hommes (N=13)	30% (N=4)	30% (N=4)	40% (N=5)
Femmes (N=39)	60% (N=23)	12% (N=5)	30% (N=11)
Total (N=52)	52% (N=27)	17% (N=9)	31% (N=16)

Résultats non significatifs : $p > 0,05$.

Il est retrouvé de manière significative, que les personnes tatouées (T), viennent plus pour un nouveau tatouage que pour un piercing et inversement celles qui n'ont pas de tatouage (NT), donc qui ne sont que percées (PU), viennent plus pour un piercing. En revanche, dans la population déjà percée (P), les sujets viennent plus pour un nouveau piercing que pour un tatouage, mais l'écart n'est pas significatif.

En d'autres termes, les sujets uniquement percés (PU) viennent majoritairement pour un nouveau piercing, les sujets uniquement tatoués (TU) viennent majoritairement pour un nouveau tatouage, et les sujets qui sont pour leur part tatoués et percés (TP), viennent majoritairement pour un nouveau tatouage.

Il n'existe pas de différence significative concernant la répartition des consommations de tabac entre les 3 sous-groupes tatoués (TU), percés (PU), tatoués et percés (TP).

Même si le score de CRAFFT est en moyenne plus élevé pour le sous-groupe des sujets tatoués et percés (TP), par rapport à ceux qui sont uniquement tatoués (TU) ou uniquement percés (PU), il ne l'est pas de manière significative.

De même, nous retrouvons dans cette étude que les deux-tiers des sujets tatoués et piercés (TP) ont un score de CRAFFT supérieur ou égal à 2, contre un tiers des sujets uniquement tatoués (TU) et un tiers des sujets uniquement piercés (PU).

Tableau 4 : variables par rapport au score de CRAFFT.

	Score CRAFFT < 2	Score CRAFFT ≥ 2	Score CRAFFT ≥ 3
Hommes	30% (N=4)	70% (N=9)	38% (N=5)
Femmes	62% (N=24)	38% (N=15)	20% (N=8)
Consommation de tabac :			
Quotidiennement	30% (N=6)	70% (N=14)	50% (N=10)
Occasionnellement	45,5% (N=5)	54,5% (N=6)	27% (N=3)
Jamais	81% (N=17)	19% (N=4)	0 (N=0)
Sujets Piercés non tatoués (PU)	63% (N=17)	37% (N=10)	22% (N=6)
Sujets Tatoués non piercés (TU)	67% (N=6)	33% (N=3)	0 (N=0)
Sujets Tatoués et Piercés (TP)	31% (N=5)	69% (N=11)	44% (N=7)
TOTAL	54% (N=28)	46% (N=24)	25% (N=13)

■ Résultats significatifs : $p \leq 0,05$.

Les résultats retrouvés par rapport au questionnaire SCOFF ne permettent pas de mettre en évidence de différence significative entre les différents sous-groupes tatoués et/ou piercés. Néanmoins, il semble intéressant de noter que les sujets tatoués (T) ont tendance à avoir un score moyen de SCOFF moins important que les sujets non tatoués (NT) et, que les sujets piercés (P) auraient le même score moyen de SCOFF que ceux qui ne sont pas piercés (NP).

c) Comparaison du nombre de tatouages et de piercings

Les femmes ont tendance à avoir plus de piercings que les hommes, sans pour autant mettre en évidence de différences significatives.

A l'inverse, le nombre total de tatouages est significativement plus important dans la population masculine (plus de deux tatouages) que dans la population féminine (moins d'un tatouage).

Il est retrouvé un nombre de tatouages significativement croissant entre « collégien / lycéen / étudiant / travailleur ou en recherche d'emploi », alors que le nombre de piercings est quasiment équivalent entre ces différents sous-groupes d'activité.

Dans l'échantillon, les personnes piercées (P) ont en moyenne plus de trois piercings et les personnes tatouées (T) ont en moyenne plus de 2 tatouages.

Les sujets tatoués et piercés (TP) ont un nombre de tatouages significativement plus élevé que ceux qui ne sont que tatoués (TU), ainsi qu'un nombre de piercings supérieur à ceux qui ne sont que piercés (PU).

Il a été mis en évidence de manière significative que plus le nombre de tatouages est important, plus le nombre moyen de piercings est important .

Selon l'étude, le nombre moyen de tatouages serait plus important et de manière significative, pour les fumeurs quotidiens, que pour les fumeurs occasionnels ou les non-fumeurs.

Le nombre de tatouages est significativement plus important pour les sujets ayant un score de CRAFFT supérieur ou égal à 3, par rapport à ceux ayant un score de CRAFFT inférieur à 3, ce qui est aussi constaté dans notre étude pour un score supérieur ou égal à 2, mais de manière non significative.

De même, le nombre de piercings est significativement plus élevé pour les sujets ayant un score de CRAFFT supérieur ou égal à 3 (plus de 4 piercings), par rapport à un score de CRAFFT inférieur à 3 (2 piercings environ), ce qui n'est pas significativement le cas pour un score supérieur ou égal à 2.

Le nombre moyen de tatouages ou de piercings est légèrement augmenté ou équivalent, pour les sujets présentant un risque de troubles des conduites alimentaires (score SCOFF ≥ 2) que pour ceux qui ont un score de SCOFF inférieur à 2.

Tableau 5 : nombre de tatouages et de piercings.

	Nombre moyen de tatouages	Nombre moyen de piercings
Hommes (N=13)	2,38	1,85
Femmes (N=39)	0,87	3,00
Consommation de tabac :		
Quotidiennement (N=20)	2,15	3,10
Occasionnellement (N=11)	0,27	3,36
Jamais (N=21)	0,90	2,00
Score de CRAFFT < 2 (N=28)	0,82	2,50
Score de CRAFFT ≥ 2 (N=24)	1,75	2,96
Score de CRAFFT < 3 (N=39)	0,90	2,21
Score de CRAFFT ≥ 3 (N=13)	2,13	4,23
Score de SCOFF < 2 (N=39)	1,10	2,69
Score de SCOFF ≥ 2 (N=13)	1,69	2,77
Sujets Piercés non tatoués (N=27)	-----	2,85
Sujets Tatoués non piercés (N=9)	1,78	-----
Sujets Tatoués et Piercés (N=16)	3,06	4,00
TOTAL (N=52)	1,25	2,71

■ Résultats significatifs : $p \leq 0,05$.

3. Discussion

a) Discussion des résultats

Cette étude auprès des clients des salons de tatouage-piercing a la particularité d'aborder les conduites à risque sous un angle différent de celui du système de soins. Nous n'avons pas retrouvé d'analyse similaire dans la littérature française. Ce regard questionne la limite entre le normal et le pathologique, ou plus exactement, le normal et les conduites risquant de devenir pathologiques.

En ce sens, les questions concernant la consommation de tabac, le CRAFFT et le SCOFF ne permettent pas de définir une dépendance, mais tout au plus, un comportement à risque.

Chaque test a sa propre spécificité et sa propre sensibilité qui constituent en elles-mêmes des limites de validité des résultats. Néanmoins, à défaut de permettre de conclure avec certitude, l'analyse de ces résultats interroge.

Cette étude montre de manière significative, que les hommes de notre échantillon, viennent plus avec une demande de tatouage que de piercing, à l'inverse des femmes qui viennent plus pour un piercing qu'un tatouage. De plus, les hommes ont plus de tatouages que les femmes.

Par ce travail, nous avons pu mettre en évidence que le nombre plus important de tatouages serait associé au sexe masculin, à une consommation quotidienne de tabac, à un score de CRAFFT supérieur ou égal à 3, donc à un risque élevé d'abus de substances psychoactives, et à une population qui serait aussi piercée.

Le fait d'être un homme possédant plusieurs tatouages et piercings pourrait-il constituer un terrain à risque d'abus de substances ? Ou à l'inverse, la consommation abusive de substances favoriserait-elle la pratique associée de tatouages et de piercings ?

En revanche, le nombre important de piercings n'a montré de lien qu'avec un score de CRAFFT supérieur ou égal à 3, et avec la population tatouée et piercée (TP). Inversement, la population uniquement piercée (PU), malgré un nombre relativement important de piercings (moyenne supérieure à deux), ne semble pas constituer un terrain privilégié de conduites à risque d'abus de substances. Ce serait donc plus l'association avec la pratique du tatouage (T) qui augmenterait ce risque.

Dans notre échantillon, la population tatouée et piercée (TP) présente plus de tatouages et de piercings qu'une population seulement tatouée (TU) ou seulement piercée (PU).

Peut-être qu'avec un échantillon plus grand, la population tatouée et piercée aurait montré un risque accru d'abus de substances psychoactives (Score CRAFFT ≥ 3), par rapport aux autres sous-groupes.

Les sujets présentant plusieurs tatouages et plusieurs piercings (TP) semblent présenter plus de risque d'abus de produits que ceux qui n'en ont qu'un seul ou qui sont uniquement tatoués (TU) ou uniquement piercés (PU). A partir de combien de tatouages et de piercings, ce risque doit-il nous alerter ? D'après les résultats de notre étude, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'à partir de 2 tatouages et de 4 piercings, ce risque est majoré.

Pour leurs parts, les croisements du score de SCOFF avec les autres variables n'ont mis en évidence aucun lien avec un type de pratique cutanée, ni avec un type de comportement. De plus, nous avons pu constater que si une seule réponse à ce questionnaire devait être positive – et elle l'était fréquemment – alors c'était celle concernant la préoccupation du poids, ce qui interroge sur la pertinence d'une telle question, en tous les cas dans une population jeune.

Même si les résultats concernant le questionnaire SCOFF ne peuvent être interprétés du fait de leur non-significativité dans notre étude, ils interrogent sur le risque de présenter des troubles des conduites alimentaires. Paradoxalement, ce dernier serait-il plus faible dans la population tatouée ? Dans ce cas, les sujets tatoués auraient un fonctionnement psychique qui ne privilégierait pas une réponse addictive par un trouble des conduites alimentaires, mais peut-être plus, comme nous l'avons évoqué précédemment, par une réponse addictive d'abus de substances.

b) Limites méthodologiques

La taille de l'échantillon, et donc des sous-groupes, est relativement faible pour obtenir des résultats significatifs, un échantillon plus grand pourrait permettre de mettre en évidence des différences plus importantes entre les sous-groupes.

D'autre part, la clientèle varie d'un salon à l'autre (âge, milieu social...). Le fait que le recrutement se limite à trois salons de tatouage-piercing du centre ville nantais peut constituer un biais dans la population représentée par notre échantillon. De même, les personnes faisant la démarche de se rendre chez un professionnel pour obtenir un tatouage ou un piercing, ne sont probablement pas comparables à celles les réalisant seules ou avec l'aide d'une personne de leur entourage.

Toutes les personnes venant pour la réalisation d'un tatouage ou d'un piercing n'ont pas répondu au questionnaire, par oubli des professionnels de le leur proposer, ou par refus des clients d'y répondre. Dans ce dernier cas de figure, les clients ont pu être gênés par les questions, particulièrement lorsqu'ils étaient tentés d'y répondre positivement et refuser alors de compléter le questionnaire. Il n'a pas été possible d'évaluer la proportion de questionnaires « oubliés » ou « refusés » par rapport aux questionnaires rendus.

De plus, cette étude s'appuie sur un auto-questionnaire. La population de l'échantillon n'est pas appariée à une population témoin, ce qui ne permet pas de comparaison avec la population générale des adolescents et jeunes adultes.

Le nombre de tatouages ne permet pas d'évaluer son étendue sur le corps. Comme nous le verrons ultérieurement, l'étendue d'un tatouage, comme sa localisation, son type, peuvent représenter des critères supplémentaires entrant en compte dans la signification psychosociale de la marque, et pourquoi pas dans les comportements qui s'y associent.

Ce qui est valable pour le tatouage l'est aussi pour le piercing. Cette étude s'est limitée aux tatouages et aux piercings, mais dorénavant de nombreuses autres inscriptions cutanées les concurrencent : le *burning* (impression sur la peau d'une brûlure délibérée, rehaussée d'encre ou de pigment), le *branding* (motif cicatriciel d'une inscription au fer rouge ou au laser), le *cutting*, les scarifications, les implants sous-cutanés (incrustation de formes en relief sous la peau), etc.

c) Contexte socio-politique lors de la réalisation de cette étude

Ayant réalisé cette étude une semaine après la sortie du décret au Journal Officiel faisant suite au rapport de l'Académie de Médecine s'intitulant « piercings et tatouages : la fréquence des complications justifie une réglementation », nous avons rencontré une grande réticence des professionnels des salons. Ils avaient tendance à résumer le rapport à : « *Les politiques croient que les personnes qui se font des tatouages ou des piercings, sont des drogués, des délinquants...* ». Deux types de réticences ont, semble-t-il, été à l'origine du refus de participer à cette étude pour les professionnels : d'une part, la crainte que ce questionnaire gêne la relation avec le client, dans une vision plutôt commerciale de leur travail, et d'autre part, la crainte de la stigmatisation.

Voici l'extrait du rapport de l'Académie de Médecine [106] qui a été source de vives réactions :

« Ces modifications corporelles (tatouage et perçage), qui correspondaient d'abord à des camouflages avant de devenir un rite initiatique du passage de l'enfance à l'âge adulte, ont un lien avec certains modes de vie ou comportements sociaux. Elles traduisent plusieurs états : perception négative des conditions de vie, mauvaise intégration sociale, souci d'amélioration de l'image de soi, précocité des rapports sexuels avec grand nombre de partenaires, homosexualité, usage de drogues et consommation d'alcool, activités illicites et appartenance à un « gang », mauvaises habitudes alimentaires. Selon les psychiatres, le perçage est avant tout un moyen pour l'adolescent de s'approprier son corps au moment où les transformations pubertaires et la quête identitaire sont source d'angoisse. Il en ressort que, même si toutes les couches sociales sont concernées, surtout à cause de l'indiscutable phénomène de mode, ces pratiques, réalisant plus ou moins des marqueurs identitaires ou d'appartenance à un groupe social, sont plus le fait de populations fragiles (adolescents,

délinquants, individus en proie à un mal-être et ayant besoin d'affirmer leur identité, sujets incarcérés...) ou ayant une conduite à risque (addictologie, précocité et multiplicité de la sexualité). »

C. En résumé

→ Aucune étude n'a recherché des addictions à proprement parler, mais plutôt des comportements à risque de devenir des conduites addictives.

→ Il semblerait exister un **lien** entre les **consommations de produits** et la pratique de **tatouages et/ou de piercings**.

→ Dans la littérature, seules deux études ont recherché des liens plus spécifiques entre **conduites à risque** et le nombre de marques corporelles. Elles ont conclu à ce lien avec le **nombre de piercings**, mais pas avec le nombre de tatouages. En revanche, notre étude met en évidence une association entre le nombre de **tatouages et de piercings**, et la consommation de **produits psychoactifs**.

→ La consommation de **tabac**, le **risque d'abus de substances psychoactives**, mais aussi la **pratique associée de piercings**, semblent être en lien avec le **nombre de tatouages**.

→ **Le nombre de piercings** est aussi une variable intéressante par son **association au risque d'abus de substances**, et par son importance **dans la population tatouée et piercée** de notre échantillon.

→ Il semblerait que ce ne soit pas tant le fait d'être tatoué ou piercé qui constitue un **facteur de risque d'abus de substances**, mais plutôt le fait d'avoir **des tatouages avec des piercings**, en **nombre important**.

→ Il est possible que plus que la pratique de ces marquages corporels, ce soit leur multiplication qui doive nous alerter.

→ Les résultats sont variables quant au lien entre tatouage/piercing et troubles du comportement alimentaire. Dans notre étude, **aucun lien** n'a pu être mis en évidence entre les **troubles des conduites alimentaires** et les **variables étudiées**.

→ Les personnes faisant réaliser leurs tatouages par un amateur, présenteraient un risque majoré de consommations de drogues.

Ces résultats sont intéressants mais nécessiteront, pour être validés, d'autres études sur des échantillons plus importants et une comparaison à la population générale. De plus, des questionnaires plus spécifiques des addictions avec et sans produit, pourraient permettre d'évaluer les liens entre la pratique des tatouages et des piercings, et les comportements dépendants à proprement parlé.

Même si notre étude s'est limitée à ces deux types de pratiques cutanées, d'autres marques se démocratisent et mériteraient sûrement une attention particulière.

DEUXIEME PARTIE

PRATIQUE DU TATOUAGE ET DU PIERCING :

évolution historique et place de cette pratique à l'adolescence

A. Abord sociologique des pratiques de tatouage et de piercing

A l'époque dite « civilisée », et dans notre monde occidental, la marque corporelle a longtemps été assimilée à la transgression d'un interdit religieux, culturel et social :

- interdit dans notre religion judéo-chrétienne, car nul ne peut violer le corps, fait à l'image de Dieu ;

- interdit culturel et social, car le tatouage est perçu par beaucoup d'adultes comme le symbole d'une révolte contre l'autorité (la famille, la justice) et contre la société (contrairement aux sociétés tribales où les modifications corporelles sont réservées aux chefs, aux valeureux ou aux adolescents initiés).

Dorénavant, la pratique d'une inscription sur le corps tend à se banaliser.

Mais quelle a été l'évolution du statut du tatouage et du piercing dans nos sociétés et dans nos cultures ?

1. A TRAVERS les CULTURES

Pour mieux comprendre l'engouement du tatouage et du piercing dans notre société contemporaine, il nous a semblé intéressant de revenir sur l'histoire de ces pratiques, la place et la valeur qu'elles ont prise au fil des siècles, et tout particulièrement dans notre monde occidental.

a) Les tatouages

« *Le tatouage existe depuis que l'homme écrit, et l'homme écrit sur le tatouage depuis qu'il se tatoue...* » Hervé Tenenhaus.

Les tatouages auraient existé à la préhistoire. Les hommes préhistoriques faisaient des fresques dans les grottes, et des pigments et des outils ont été retrouvés, laissant penser qu'ils se tatouaient. Mais il n'y a toutefois pas de momie pour en témoigner.

Selon H. Tenenhaus, « *les premiers tatouages seraient contemporains des premiers documents écrits et donc du début de l'Histoire. Importés de Nubie, ils se seraient généralisés dans l'Égypte du Moyen Empire, vers 2000 av. J.C., comme l'attestent les momies et les multiples statuettes de femmes tatouées* » [96]. Ils seraient arrivés d'Asie jusqu'aux Amériques, entre 5000 et 1500 av. J.C., avec la troisième vague d'immigration.

Dans l'Antiquité, le tatouage était pratiqué par les Gaulois, qui honoraient l'emblème du coq, du lièvre et du taureau en se les tatouant sur le corps. Au début de l'ère chrétienne, des témoignages de César, Platon ou des livres sacrés comme la Bible, attestent de la pratique du tatouage.

Le terme tatouage est d'origine polynésienne et apparaît pour la première fois dans la littérature par les récits de voyage de James Cook (*Journal d'un voyage autour du monde*, 1769) : « Les Indiens de Tahiti impriment sur leur corps des tâches qu'ils appellent *tattoo* ». **Tatau** signifie en polynésien : « **dessin inscrit sur la peau** ». Les termes de stigmates, hiéroglyphes, graphismes ou empreintes ont aussi été employés pour désigner un tatouage. Il existait alors plusieurs termes pour définir le tatouage : gravure sur la peau d'un symbole imagé, caractère quasi indélébile lui conférant la consistance d'une archive, d'une mémoire cicatricielle, ou marque initiatique constituant une tentative de symbolisation par la chair.

Le tatouage maori grave un dessin dans la chair mais aussi dans l'esprit. Il permet au sujet **d'incorporer l'esprit et les valeurs de son milieu**. Dans une vision animiste, le dessin inscrit dans la peau donne le pouvoir de s'attirer les faveurs d'un esprit (ou d'un ancêtre) ou de se protéger de ses foudres.

Hervé Tenenhaus [96] rapporte une légende des îles marquises selon laquelle, le tatouage permettrait magiquement de reconquérir l'amour de ceux qui ont été perdus, en dessinant sur fond de peau l'image de leur esprit.

b) Les piercings

Le percement de la peau existe depuis des siècles. L'objet, introduit dans l'espace ainsi créé, a pu être en os, en bois, en corne, avant de devenir métallique.

Dans les sociétés primitives, ces percements sont déjà localisés au niveau des organes des sens (nez, oreille, bouche, œil).

Selon les origines ethniques, le trou du percement peut être agrandi, en y introduisant des objets de plus en plus volumineux. Cette pratique, actuellement réalisée dans notre société occidentale, est appelée *stretching*.

Les boucles d'oreille étaient un mode de parure très courant en Mésopotamie depuis le III^{ème} millénaire. L'échange de femmes et de cadeaux entre les souverains de Mésopotamie et les Egyptiens, aurait introduit cette pratique dans l'Egypte au temps des Ramsès (1335-1069 av. J.C.). Puis de l'ancienne Egypte, la boucle d'oreille est parvenue jusqu'en Europe.

Portée par les femmes de la Grèce antique et d'Etrurie, la boucle d'oreille devient un élément de parure commun pour la patricienne romaine et byzantine autant que pour la princesse barbare. Cependant **ce bijou tend à disparaître à partir du IX^{ème} siècle**, dans le Nord de l'Europe. En France ou dans le monde germanique, la boucle d'oreille devient alors marginale.

Seules les contrées méridionales, en contact immédiat avec le monde oriental, comme l'Italie du Sud ou l'Espagne, ont **conservé cet usage ornemental**.

Il faudra attendre le XVI^{ème} siècle pour qu'elle retrouve ses lettres de noblesse et **pare les oreilles princières du Royaume de France**.

c) Marques corporelles et religions

La Bible dit clairement son refus de toute intervention visible et durable sur le corps humain. Le respect de son intégrité signe la soumission aux décrets de Dieu, de fidélité à une création où rien n'est à ajouter ou à retrancher. **Seul Dieu dispose du privilège de modifier le corps des Hommes**. Il est éventuellement licite de se tatouer pour Dieu, mais sans connotation païenne. Les Croisés se marquent d'un signe de croix, pour bénéficier d'une sépulture chrétienne, s'ils venaient à mourir sur le sol musulman.

L'homme se tatoue pour se rendre invulnérable envers le danger et la mort : le tatouage religieux assurerait donc la protection divine.

De longue date, le pèlerinage à Jérusalem est associé au tatouage d'un emblème religieux accompagnant la date du séjour.

La tradition catholique, sans empêcher le tatouage, en a limité le développement, contrairement aux pays de tradition protestante comme ceux d'Europe du Nord (Pays scandinaves, Allemagne, Angleterre, etc.) ou les Etats-Unis. Dans ces pays, marquer son corps soulève moins de réprobations qu'en France, en Italie, en Espagne ou au Portugal, par exemple.

Le Lévitique, ouvrage essentiel du judaïsme, proclame dans le dix-neuvième chapitre, parmi d'autres prescriptions morales ou culturelles : « *Vous ne ferez point d'incisions dans votre chair [...], et vous ne ferez aucune figure, ni aucune marque sur votre corps* ».

Pour leur part, les cultures islamiques ont une position ambiguë. Les sociétés antérieures à l'Islam recourent traditionnellement au tatouage, ce qui est actuellement retrouvé chez les Berbères ou les Bédouins. **Dans le Coran, l'altération de la création de Dieu est une faute impardonnable**, le respect de l'intégrité du corps est une exigence sacrée.

Pour autant, **les décorations corporelles au henné sont courantes** et peuvent être définitives ou provisoires. Elles sont géométriques, jamais figuratives. Leurs actions, thérapeutiques ou prophylactiques, ont pour but de protéger les zones du corps les plus fragiles, celles qui sont à l'interface de l'homme et du monde, les orifices [57].

d) Dans les sociétés primitives : les rites initiatiques

Dans les sociétés primitives, la pratique de marques corporelles a une **valeur de rite de passage**. Survenant à des moments clés de la vie, elle est réalisée lors de grandes cérémonies où, le plus souvent, tous les membres de la tribu sont conviés. Elle est menée par un ancien ou par le chef, parfois par le chef spirituel, qui tient une position de « tiers », extérieur aux deux générations en présence. Codifiées, hiérarchisées, ces cérémonies signent la fin d'un statut et l'entrée dans un autre, pour le sujet concerné. **Le passage de l'enfance à l'âge adulte est le plus souvent spécifié par ces pratiques**. Mais, d'une façon plus générale, elles

correspondent aux étapes du développement physique de l'initié, à son intégration sociale, religieuse et à sa maturité. Le corps sert alors de support au langage des signes tégmentaires.

Les rites initiatiques ont en commun ce passage d'un statut inférieur à un statut supérieur et sont orchestrés par des personnes qui ont autorité sur l'initié. Ce passage, cette épreuve, cette étape, lie un *avant* à un *après*, le passé au futur. L'Être est transcendé et devient plus fort, plus grand, plus sage. Il acquiert des responsabilités, une fonction, un statut social dans le groupe d'appartenance. Plus exactement, **il existe car il est reconnu par ses pères.**

Mais les signes cutanés sont indissociables des croyances magico-religieuses. Et lorsqu'une divinité, un esprit protecteur ou un ancêtre du clan faisant l'objet d'un culte, avait un signe ou plusieurs signes particuliers, l'individu les reproduisait sur le corps pour se placer sous leur protection.

2. Des SOCIÉTÉS TRADITIONNELLES aux SOCIÉTÉS CONTEMPORAINES

Les marques corporelles ont connu des significations bien différentes en fonction des époques et des milieux sociaux où elles ont fait leur apparition. Néanmoins leur stigmatisation en est leur point commun. Dans de rares cas et sur un temps circonscrit, les classes sociales dites « supérieures » ont fait du tatouage et du piercing, un *effet de mode*.

a) Le tatouage

L'absence d'écrits relatifs à la pratique du tatouage européen porte à croire qu'elle s'est éteinte au cours du Moyen Âge.

Le marquage esclavagiste est témoin des règles de la loi sociale, que subissent les corps de ces hommes, dans un rapport dominant / dominé. Que ce soit à l'époque des romains, de la traite des noirs, ou plus tard, des nazis, la marque imposée, contrainte par un autre, est vécue comme un viol de la peau, et grave à jamais des souvenirs d'humiliation et d'horreur.

Les marques corporelles ont souvent été utilisées historiquement comme une manière de **marquer des hommes et des femmes déchus de leurs droits**, mis au ban de la société.

L'inscription judiciaire, en apposant un signe d'infamie visible aux yeux de tous sur le corps, dépouille l'individu de toute souveraineté, et elle en fait la *chose* de quelqu'un d'autre, que ce soit d'un maître ou d'un Etat.

En France, au XIV^{ème} siècle, la lettre M est imprimée sur le front des mendiants condamnés à la prison. A cette époque, la **flétrissure**, réalisée au fer rouge sur l'épaule, représente une fleur de lys. Elle est appliquée aux voleurs, aux prostituées, ou encore, aux esclaves fugitifs. Les écrivains nous ont laissé la trace de ces pratiques : Alexandre Dumas, dans *les trois mousquetaires*, lorsque d'Artagnan découvre une fleur de lys sur le bras de Milady ou Victor Hugo, dans *les Misérables*, quand Jean Valjean décrit les marques que portent ses anciens complices.

Ce n'est qu'en 1852, qu'un décret **abolit à jamais la flétrissure en France**. Mais l'histoire continuera d'utiliser des marques pour discriminer l'autre, en le désignant en permanence au regard de la foule.

Cependant certains, comme les **Barbares**, choisiront eux-mêmes de signifier leur infamie par ce dessin tégumentaire, pour traduire leur mépris des valeurs posées comme étant celles de la civilisation.

Le sociologue D. Le Breton s'est beaucoup intéressé aux marques corporelles et à leur histoire, et il retrouve qu'au XIX^{ème} siècle, « *l'ordre du monde obéit à un ordre biologique dont il suffit de chercher les preuves dans les apparences du corps. On mesure, on pèse, on découpe, on autopsie, on classe mille signes transformés en indices afin de dissoudre l'individu sous les auspices de la race ou de la catégorie morale* » [58]. Le corps anatomique se fait le témoin à charge des qualités morales de l'homme.

La période des grandes explorations autour du monde est terminée. Les marins, de retour des Mers du Sud, nostalgiques, remettent au goût du jour les tatouages. Ils symbolisent la douceur de vivre des îles paradisiaques et la fin d'une époque (J. Pierrat, E. Guillon) [77].

A la fin du XIX^{ème} siècle, les criminologues **Lombroso** et **Lacassagne** considèrent les individus tatoués comme des « sauvages », des « sous-hommes », enclins à toutes formes de délinquance. Lombroso écrira dans *l'Homme criminel* [62] : « *Le goût particulier des*

criminels pour une opération si douloureuse, souvent même si longue et si pleine de danger que le tatouage, le grand nombre de blessures que présente leur corps m'ont conduit à soupçonner en eux une insensibilité physique plus grande que chez le commun des hommes, insensibilité semblable à celle que l'on rencontre chez quelques aliénés et en particulier chez les fous furieux », et considérait que le tatouage constituait « un caractère anatomico-légal spécifique du criminel ».

Cet avis n'était pas partagé par tous, Baer écrivait, entre autre, en 1895 : « On ne peut compter le tatouage comme caractère criminel aussi longtemps qu'existeront d'innombrables individus braves et honnêtes qui sont tatoués » [C].

A cette époque, les populations concernées plus spécifiquement par le tatouage sont les marins, les soldats, les détenus, les prostituées, c'est-à-dire des **individus en marge**, à la recherche d'un enracinement identitaire, sans crainte des conséquences. Pour les hommes de ces milieux, le **tatouage est un signe identitaire fort** où sont valorisés la force, le courage, la virilité, la distance envers les lois et les conventions.

Pour les soldats, le tatouage est alors un **signe puissant d'affiliation**, l'imminence des combats rapprochant les hommes dans le sentiment d'un même destin et d'une même solidarité.

Dans le cas des détenus, toute forme de liberté leur a été soustraite, **ils ne sont propriétaires que d'une chose : leur corps**. Et c'est donc sur ce corps, qu'ils inscrivent plus ou moins symboliquement, leurs revendications, la soif de liberté ou le souvenir de l'être cher. La mémoire de la prison est marquée dans leur chair.

Courant du XIXème siècle, un engouement pour le **tatouage est apparu dans l'aristocratie**, comme un signe privilégié dans cette classe sociale qui jusqu'alors critiquait cette pratique. En effet, à **visée contestataire**, le tatouage est devenu durant quelques années, le témoin d'une volonté de mise à distance de la rigueur des codes.

L'exemple de Bernadotte, qui, avant d'être fait roi de Suède par Napoléon, portait l'inscription *Mort aux rois* tatouée sur la poitrine. En 1882, les enfants de la reine Victoria se font tatouer lors d'un voyage au Japon, entraînant une vogue des marques corporelles dans les rangs de la noblesse anglaise. Mais le tatouage étant irréversible et stigmatisé (prostituée, criminels, malades mentaux, etc.), son attrait dans les classes sociales supérieures ne fut qu'un écart momentané.

Le Japon présente les mêmes ambivalences : une vive attraction pour le tatouage de la part des milieux privilégiés souhaitant affirmer leur singularité, et un mépris symétrique de celui des milieux populaires.

Après la première guerre mondiale, le tatouage commence à être perçu avec méfiance par les truands, car il offre une **source d'identification aux policiers**. Des **détatouages** sont alors entrepris par de rares spécialistes. Dès lors la vogue du tatouage ira en déclinant. Néanmoins son caractère asservissant sera retrouvé dans l'Allemagne nazie, où les tatouages d'infamie étaient faits dans les camps de concentration. Puis, au décours de la guerre, certains collaborateurs des nazis ont eu une croix gammée inscrite sur le visage. Ce sont probablement les derniers tatouages imposés par un homme à un autre, au même titre qu'avaient pu l'être auparavant : les esclaves, les voleurs, les mendiants, les vagabonds, les prisonniers, etc. A la conférence de Yalta, les trois représentants des plus grandes puissances mondiales, Roosevelt, Staline et Churchill, étaient tatoués : Churchill d'une ancre de marine sur le bras, Roosevelt d'un blason de famille sur le biceps et Staline d'une tête de mort sur la poitrine.

Dans les années 60, le tatouage reste le privilège de cultures marginales. Les **bikers**, dont les tatouages ne sont qu'un élément de la panoplie (têtes de mort, Harley, vêtements de cuir, etc.), affirment une **volonté de se détacher des autres groupes**, sans notion de recherche esthétique. Ils font sans doute partie des rares exemples, où la notion de « tribu » peut être employée.

Il semble intéressant de souligner que **la pratique du tatouage**, renvoyant à la **barbarie** et à la **criminalité**, a longtemps pesé lourd dans l'image sociale péjorative qu'elle reflète dans les pays de la vieille Europe catholique. A l'inverse, aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne ou dans les pays nordiques, même si le tatouage demeurerait marginal, son recours ne prêtait guère à conséquence. De ce fait, nous ne serons pas étonnés de constater, que les marques corporelles de ces trente dernières années, se sont développées initialement dans ces pays de culture religieuse protestante, avant de prendre l'ampleur que nous connaissons en France aujourd'hui.

Dans les années 70, les **tags font leur apparition aux Etats-Unis**. Sous l'emblème de la révolte, ils sont une manière de prendre ses marques avec le monde, de symboliser un espace propre et d'exister aux yeux des passants, dont le regard se porte sur les graffitis laissés

derrière soi. La signature est utilisée comme reconnaissance sociale, métaphorisant la présence, et restitue une épaisseur au sentiment de soi.

C. Grogard, dermatologue française, parlera de « *tags à l'âme* » [37], et soulignera des similitudes de pratiques entre le tag et le tatouage.

Peinture corporelle ou tatouages de hippie, ils proclament la jubilation de tourner le dos aux valeurs puritaines de l'Amérique et revendiquent le droit d'être jouisseur de son existence.

La réappropriation du tatouage dans les années 70, notamment dans la culture punk ou chez les skinheads, est fondée sur la mauvaise réputation. Ils s'emparent du signe négatif pour traduire la différence et la volonté farouche de se démarquer de l'ensemble de la société.

Par opposition aux normes sociales d'apparences physiques et vestimentaires, les punks se transpercent le corps d'épingles, se brûlent, se mutilent, se sacrifient ou se tatouent. **La haine de l'ordre social se retourne en haine du corps**, qui symbolise justement le rapport obligé à autrui. L'altération du corps, comme surface de projection, témoigne du refus radical de le préserver intègre, comme un lieu de sacralité. Leur musique met en mots cette volonté de rompre avec l'ordre social.

Dans les années 80, le « mouvement punk » se dissout dans la vie quotidienne ou la clochardisation. Né en Grande-Bretagne, il se diffuse dans les autres capitales européennes et perd de sa corrosion. Le look punk demeure pourtant une référence pour les jeunes en rupture, en errance, mal dans leur peau. Comble du paradoxe, il sera même repris par la mode, et des vêtements punks deviendront instruments de luxe.

Feront suite des styles plus organisés : New Wave, gothic, gloom, grunge, etc.

Jusque dans les années 90, la réputation des tatoués, ainsi que des percés, était plutôt sulfureuse. Les **marques corporelles participent au passage de l'état de nature à celui de culture**. Dans une société où les repères et les limites tendent à devenir flous, voire à disparaître, la mode des marques corporelles ne fait que suivre ce mouvement. Nous évoluons dans une « société du sujet », la reconnaissance affirmée de l'individu laisse chacun bien seul pour trouver sa place, se définir, et ce, dès le plus jeune âge. La marque corporelle est une manière de se distinguer, de se détacher d'une existence perçue comme trop ordinaire, un signe cutané *dé-marque* et motive la curiosité des autres.

b) Le détatouage

Le souci de retrouver une peau vierge semble aussi ancien que la pratique du tatouage.

Les méthodes de détatouage les plus anciennes sont chimiques (nitrate ou permanganate de potassium) et parfois associées à des scarifications. Platon lui-même, aurait décrit une recette. Les méthodes physiques sont d'apparition plus récente : azote liquide, électrocoagulation, puis le laser qui donne les meilleurs résultats.

L'exérèse chirurgicale et les méthodes mécaniques (pierre ponce, papier de verre) sont aussi utilisées.

A visée palliative, le surtatouage permet le recouvrement d'un tatouage dont la signification ou le souvenir doivent disparaître.

Considéré comme la négation de l'acte, il atteste du lien étroit entre la marque portée et sa valeur symbolique. C. Grogard en parle sous ces termes : « *plus que la trace sur la peau, c'est l'empreinte sur l'âme, le vécu qui s'effacerait* » [39].

Si un individu cherche à effacer son tatouage, c'est la preuve que son tatouage représente pour lui une trace avilissante.

Il est fréquent de constater que les demandes d'élimination de tatouages proviennent souvent de personnes qui ont progressé dans l'échelle sociale. Encore de nos jours, la valeur sociale positive du tatouage devient négative à mesure de la progression sociale.

c) Les piercings

Si les marins, les gens du voyage, les punks, la communauté hippie et les milieux sadomasochistes ont en effet percé leur corps à divers endroits pour y fixer un objet métallique, ils ne se situent pourtant pas à l'origine de cette pratique qualifiée de marginale.

Comme nous l'avons vu précédemment, les Hommes se percent la peau depuis des millénaires. Mais nous nous intéresserons dans cette partie, à la démocratisation de la boucle

d'oreille et sa signification à l'époque médiévale, puis à l'engouement pour la pratique des piercings.

Venue en Europe par l'orient, la boucle d'oreille a eu ses heures de gloires aux lobes des oreilles princières. Puis à partir du IXème siècle, cet ornement est devenu marginal en France. Curieusement, en même temps que la boucle d'oreille quitte le monde réel de la parure médiévale, elle reste représentée dans l'iconographie. Ce ne sont d'ailleurs pas que des boucles d'oreilles, mais aussi des piercings qui sont représentés sur plusieurs panneaux peints à cette époque.

Comme nous le rappelle D. Bruna [9], « *quelques images peintes empruntées à l'art flamand, germanique ou italien des XIVème, XVème et XVIème siècles laissent parfois percevoir sur le visage d'acteurs de diverses scènes religieuses, et plus rarement sur d'autres parties de leur corps, des anneaux, des pendeloques, des chaînes et des broches fixés à travers la chair* ».

Dans l'image, ce sont des bourreaux, des juges ayant ordonné la crucifixion du Christ ou le martyre d'un saint, une sage-femme incrédule, un vieillard lubrique, des infidèles ou encore des Noirs, qui sont les supports d'anneaux ou de chaînes fixés à travers la chair. En d'autres termes, **tous ces personnages sont des ennemis de la foi chrétienne**, par leurs actes, leur métier, leur croyance ou leur incroyance, ou encore leur origine.

Si l'anneau est symbole du négatif, c'est parce qu'il est originaire de l'Orient, où il sert de parure à des peuples redoutés par la chrétienté du Moyen Age occidental. Plus encore, dans une société soumise aux commandements de l'Eglise, l'ornement métallique est une atteinte corporelle, une mutilation dans le corps-œuvre de Dieu.

Il n'est pas rare que l'anneau soit imposé comme signe distinctif et discriminatoire à des personnes dont l'exclusion souhaite être spécifiée à même le corps, comme les femmes juives au XVème siècle en Italie.

Cette idée de sacralisation du corps n'est cependant pas circonscrite au Moyen Age. Les missionnaires ont provoqué un essoufflement des pratiques de modifications et d'ornementations corporelles chez les peuples qu'ils étaient venus évangéliser.

L'anneau épinglé dans la peau reste cantonné au statut de code social, de symbole d'exclusion dans l'imaginaire médiéval. Cependant, **tout code social connaît une évolution et finit tôt ou tard par s'inverser**. La boucle d'oreille ne déroge pas à la règle : lentement, la mode méridionale de la boucle gagne du terrain. Et au début du XVIème siècle, elle perd son caractère infamant et apparaît chez les princesses italiennes. Au fil du siècle, **elle deviendra une parure indispensable du costume de la femme aristocrate**. Désormais acceptée, la boucle d'oreille allait maintenant être refusée à la femme juive qui ne devait plus en porter... Le code social est inversé.

En France, l'arrivée d'Eléonore de Habsbourg, en 1530, venant épouser François Ier fut remarquée par la présence de volumineuses pierres qu'elle portait aux oreilles. Dans la seconde moitié du XVIème siècle, c'étaient les hommes qui portaient de tels ornements.

Même si le piercing est moins présent que le tatouage dans les siècles qui ont suivi la Renaissance, sa stigmatisation n'en fut pas moins forte. **La boucle d'oreille se réfugie alors dans les groupes marginaux** pour devenir tour à tour l'attribut du pirate, du gitan et du reclus contemporain. Le code social s'est à nouveau inversé.

Et il faudra attendre 1975, à Los Angeles, pour voir ouvrir la première boutique de piercing. Les termes « body piercing » sont alors utilisés pour désigner ce transpercement du corps permettant d'y introduire des anneaux ou autres broches.

Les premiers adeptes se recrutent plutôt dans les milieux sadomasochistes ou dans les communautés homosexuelles encore marginalisées. Face à l'engouement grandissant, des boutiques apparaissent dans tous les Etats-Unis, puis en Angleterre, et enfin dans le reste de l'Europe.

Dès les années 80, la pratique du **piercing** – comme du **tatouage** – **se banalise progressivement**. Les jeunes générations trouvent alors, dans les modifications corporelles, l'accessibilité à une expérimentation de soi, une recherche simultanée de singularité et d'affiliation. **La société transporte en elle, la notion que le corps est inachevé et imparfait**, et que l'individu doit lui-même en compléter la forme, avec son style propre.

Le piercing s'est ensuite répandu dans certains milieux musicaux (punk, hard rock ou techno), parmi les motards, les skins, les squatters, les Modern primitives, les grunges ou les

homosexuels. Le piercing est alors défini comme un « stigmaté », et en tant que tel, il concerne des cultures particulières, ou des groupes multiples qui se singularisent par des pratiques sociales différenciées.

Rappelons que le terme « stigmaté » vient du grec *stigma* pour « piqûre », « plaie ouverte », puis il signifiera « une trace qui révèle un état considéré comme honteux ». Au XVIème siècle il désignera les marques imprimées au fer rouge sur le corps des condamnés. Et à la fin du XVIIème siècle, le mot entre dans le vocabulaire des sciences naturelles avec le sens grec d' « orifice » [105].

Aujourd'hui, le piercing symbolise la liberté que l'individu prend sur sa propre existence, c'est un moyen de rentrer en connivence, d'abord avec soi-même. **Il renforce le sentiment d'exister en échappant à l'indistinction.**

Qu'ils soient affichés aux yeux de tous, suggérés ou dévoilés dans l'intimité, les piercings ont tous en commun une localisation péri-orificielle, lieu stratégique de passage entre le *dedans* et le *dehors* corporel. Quel que soit l'orifice, il définit un organe sensoriel ou sexuel.

Même s'il est commun d'associer les implants trans-dermiques aux piercings, nous les distinguerons néanmoins : la peau n'a pas été transpercée, mais percée, et leurs localisations peuvent être distantes des orifices corporels.

Sans cesse croissantes, l'offre et la demande soulèvent des inquiétudes chez les politiques, comme en attestent les nouveaux décrets. Le spectre du « scandale du sang contaminé » plane encore dans les travées de l'Assemblée Nationale. Affirmant qu'il ne s'agit pas « d'imposer des interdits », le parlementaire laisse cependant déceler dans sa prose quelque scepticisme donnant à penser que la pratique du piercing provoque malaise, crainte ou pudeur.

Le piercing est souvent associé au terme de « bijou ». Mais la difficulté, que nous avons à nommer « bijou » un objet qui à nos yeux n'en est pas un, relève peut-être d'un blocage plus profond.

Bien que le piercing réapparaisse dans une société où le corps a su s'affranchir de quelques lourds tabous, il reste néanmoins une pratique de modification corporelle incommandante, à la différence de la chirurgie plastique.

Le piercing est synonyme de retour au primitif ou au tribal, ce que revendiquent d'ailleurs, les adeptes les plus farouches des marques corporelles.

Il n'est plus imposé, comme il l'était au Moyen Age, il est dorénavant délibérément choisi par son propriétaire. Malgré cette évolution, le piercing ne perd en aucun cas son rôle de signe identitaire. La différence n'est plus infligée, elle est revendiquée.

d) Evolution de la perception sociale du corps

Les conceptions du corps sont tributaires des conceptions de la personne. En effet, chaque société, à l'intérieur de sa vision du monde, dessine un savoir singulier sur le corps. Elle lui donne sens et valeur.

Dans les sociétés communautaires traditionnelles, le corps n'individualise pas, puisque le projet de l'individu lui-même ne se singularise guère de celui du groupe. L'existence de chacun se coule dans l'allégeance au groupe, au cosmos, à la nature. **Le corps n'existe pas comme élément d'individuation.** Comme personne ne se distingue du groupe, chacun n'est qu'une singularité dans l'unité différentielle du groupe. Dans ce rapport à l'autre, le corps est rarement l'objet d'une scission.

En revanche, dans nos sociétés modernes, **le corps est devenu un facteur d'individuation** et un **instrument de séparation entre le sujet et les autres**, et entre le sujet et lui-même (puisque'il s'agit plus d'avoir un corps, que d'être son corps).

Par le biais de la modernité, le corps s'est fait l'enceinte du sujet, le lieu de sa limite et de sa liberté, l'objet privilégié d'un façonnement et d'une volonté de maîtrise, mais aussi le lieu d'une solitude.

Le corps incarne l'Homme, il est la marque de l'individu, sa frontière, la butée en quelque sorte qui le distingue des autres, c'est-à-dire là où commence et s'achève la présence d'un individu. Pour autant, l'enjeu n'est plus d'en faire le lieu de l'exclusion, mais celui de l'inclusion. Le corps n'est plus l'interrupteur qui distingue l'individu, le sépare des autres, mais plutôt le relieur qui l'unit aux autres.

L'isolement du corps au sein des sociétés occidentales témoigne d'une trame sociale où l'homme est pensé coupé des autres et coupé de lui-même.

Le corps de la modernité résulte du recul des traditions populaires et de l'avènement de l'individualisme occidental, il traduit la clôture du sujet sur lui-même.

Depuis la fin des années 60, un nouvel imaginaire du corps pénètre la société. **La littérature prône la « libération du corps »**. Dans ce discours, la vision dualiste de **l'homme le sépare en un esprit et en un corps**, et propose d'agir sur le corps pour modifier l'esprit. Le corps devient alors comme une possession, un attribut de l'homme. Il n'est plus une machine inerte, mais un *alter ego*. Il est le lieu privilégié du bien-être (la forme), du bien paraître (les formes, body-building, cosmétique, diététique, etc.), passion de l'effort (marathon, jogging, planche à voile) ou du risque (sport à haut risque). S'il existe un « corps libéré », ce ne peut être paradoxalement qu'un corps jeune, beau et physiquement irréprochable.

En se penchant sur les quarante dernières années, il apparaît des modifications successives de la représentation du corps, de l'idéal de beauté et de l'investissement pouvant y être consacré. Aux environs de 1968, apparaît une nouvelle norme esthétique, où la **femme-enfant s'impose** : Jane Birkin en est le symbole. L'idéal de « juvénilisation » donne à la **minceur** ses lettres de noblesse. Elle devient un jugement moral. Tandis qu'être gros ou « enveloppé » signe la négligence et le laisser-aller, la minceur est synonyme de jeunesse, de finesse et de maîtrise de soi.

Les années 80 privilégient une conception de la beauté où la **musculature devient cruciale**. C'est l'avènement des salles de remise en forme, où l'effort est récompensé.

Puis au début des années 90, les liens entre la forme, la santé et la beauté s'estompent. **La beauté vaut pour elle-même**. Les « salles de gym » sont remplacées par une surveillance des apports en sucre et en graisse, mais sans perdre ni goût, ni plaisir : c'est l'éloge du *light* et de l'*allégé*. La chirurgie esthétique se démocratise. L'hédonisme est à la mode, la croyance dans les innovations scientifiques remplace la croyance dans le sport. Les sacrifices du temps et de l'effort nécessaires sont bannis, seul un sacrifice financier est accepté.

Le corps de la modernité est en effet un « facteur d'individuation », et s'affiche comme un faire-valoir. Il se mue en accessoire de la personne, en objet privilégié d'un rapport au regard des autres. L'image donnée à la surface se veut le reflet de l'intériorité souhaitée.

La médecine n'est pas étrangère à cette vision dualiste de l'homme. Depuis des siècles, elle pèse, mesure, découpe. Le corps comme appareil, doit être fonctionnel, toute défaillance doit

être réparée. **Il est demandé à la médecine de supprimer les symptômes douloureux**, dans un sens **de faire taire un corps qui parle**.

Le morcellement du corps a ses propres limites, et les débats actuels tel que l'euthanasie ou l'accompagnement des malades mourants témoignent du retour de ce qui a été jusqu'à maintenant refoulé, c'est-à-dire l'Homme.

Il peut sembler paradoxal de demander au corps de se faire oublier, de se faire silencieux, et dans le même temps de s'en préoccuper autant. Mais le premier, est le corps comme appareil, comme organisme, c'est la machine vitale de l'Homme, tandis que le second, est le corps comme surface, comme forme, c'est l'apparence de l'Homme.

Ce que ces deux corps ont, entre autre de commun, c'est qu'ils subissent tous deux les affres du temps, et que l'individu s'efforce de les maîtriser.

e) Corps *niveleur* et marques corporelles

Par la recherche de maîtrise du corps, l'homme cherche à se prouver qu'il n'est pas dépendant de lui. Mais le corps a sa propre autonomie et quel que soit notre classe sociale, le temps fait son œuvre. Le corps étant mortel, les hommes sont tous égaux. L'enjeu des classes sociales supérieures est de montrer une supériorité vis-à-vis des classes sociales inférieures, la suprématie résidant dans cette illusion de contrôle du corps, de son vieillissement. Le corps devient alors un *niveleur* social, selon les termes de L. Vandekerckhove. *Niveleur* est entendu comme « mettre à niveau », « rendre égaux ». Cependant chaque milieu social a sa définition de la beauté.

Chaque classe développe sa propre image de ce qu'est le corps « exemplaire » et de ce qu'est la conduite « exemplaire » face au corps.

Au-delà des intérêts économiques, la lutte des classes gravite également autour de la domination symbolique. **Il s'agit pour les classes élevées, d'imposer sa propre définition du corps « exemplaire » comme norme générale.**

La littérature associa longtemps le tatouage au langage corporel des classes sociales « inférieures ». Ce qui peut expliquer la réticence des classes sociales supérieures à pratiquer le tatouage ou le piercing, est le caractère *niveleur* du corps. L'organisme impose à chacun ses lois de manière égale et nous rend finalement tous égaux, il fonctionne de façon autonome. C'est cette autonomie corporelle qui gêne la société, en contrariant l'organisation de la vie sociale, à savoir l'aspect hiérarchique. Elle rappelle, qu'au-delà de toutes les différences sociales possibles, tous les membres sont, finalement, égaux.

Comme le dit Lieven Vandekerckhove : « *Le souci social de garder sous contrôle le potentiel niveleur du corps, en neutralisant socialement ce potentiel niveleur, est au coeur de notre culture somatique. Le corps inquiète la société dans la mesure où sa capacité égalisante contient une menace pour son édifice hiérarchique* » [100].

La mort et la sexualité témoignent de la soumission de l'être humain à l'autonomie du corps. L'agir corporel lutte contre cette soumission en contrôlant le corps. L'esthétique corporelle s'inscrit parfaitement dans cette logique. L'appréciation collective de l'apparence dénigre les caractéristiques corporelles qui manifestent de façon évidente l'autonomie de l'organisme. En revanche, plus une caractéristique corporelle est répandue, moins elle contient de potentiel niveleur, et ne devient plus, de ce fait, un critère inesthétique. « Sont *inesthétiques*, ces caractéristiques corporelles particulières qui révèlent, de façon ostentatoire, l'autonomie du corps... Le corps *esthétique* est, avant tout, un corps *intact* » [100].

Le paradoxe de l'esthétique réside dans l'objectif même qui la guide : utiliser les artifices (appareillages, chirurgie plastique, cosmétiques, etc.) dans le but d'obtenir un corps « naturel », modèle du corps idéal. Lutter contre les manifestations de Mère Nature pour donner l'illusion au regard de l'autre, de n'y être point soumis. Ce n'est pas sans rappeler l'attitude de nos sociétés occidentales vis-à-vis de la mort, positionnement du corps du défunt de la manière la plus naturelle, la plus vivante, négation de la mort.

Dans ce cadre, le tatoué, bien qu'étant à l'initiative du tatouage, n'en dispose plus librement, du fait de son caractère définitif. Le tatouage est permanent et devient un nouveau témoignage de l'assujettissement aux lois physiques. Le signe tatoué acquiert la même symbolique niveleuse que la manifestation végétative de l'autonomie du corps. Les classes sociales supérieures ou bourgeoises manifestent traditionnellement une aversion vis-à-vis du tatouage, sa pratique rappellerait à quel point les êtres humains sont égaux.

Du côté de la catégorie sociale la plus basse, le tatouage est exhibé, valorisé. Selon H. Tenenhaus [96], la crise identitaire incite au tatouage, par imitation, l'on *devient quelqu'un*, à savoir *quelqu'un-avec-un-tatouage*. Comme le souligne L. Vandekerckhove : « *Si le tatouage attire l'attention sur un symbole relativement niveleur et, pour cette raison, aussi dérangeant, ce dernier élément est – certainement dans le cas du tatouage ornemental – avant tout d'ordre esthétique ; et ceci implique, à son tour, que la confrontation face à ce phénomène ne peut pas être l'objet d'un reproche : il n'est nullement inadmissible de se pavaner avec des tatouages, tout au plus est-ce faire preuve de mauvais goût* » [100]. Le tatouage devient alors, une arme subtile de contestation, consciente ou non, sans que l'arme en question, ni son emploi, ne puissent être contestés de façon légitime.

Ce qui préoccupe les personnes désireuses d'une marque corporelle, c'est de conserver leur statut social intact. Tous leurs efforts visent donc à faire accorder une nouvelle signification aux signes cutanés qu'elles veulent réaliser, à savoir une signification non-déviante. Il s'agit de les déstigmatiser au sein de son milieu d'origine pour conserver une place respectable dans ce milieu, même si le corps est paré d'un tatouage ou d'un piercing. **La lente incorporation du marquage du corps à l'esthétique corporelle des classes moyennes a commencé.**

Le style des tatouages a aussi évolué, « l'ancien » tatouage (du type biker) fut collectivement rejeté, le tatouage ornemental est devenu quelque chose de raffiné, se distinguant du tatouage traditionnel. En allant de pair avec cette esthétisation, le tatouage a percé le sol des classes supérieures. Son caractère indélébile perd de plus en plus de son caractère obsolète, de ce fait, le potentiel socio-niveleur aussi. Il semble aujourd'hui imaginable que l'avènement du détatouage sans séquelle, sans cicatrice, permettra une plus large diffusion de la pratique du tatouage dans les classes sociales supérieures. Le monde occidental moderne a tendance à préférer, dans la parure du corps, les signes délébiles aux traces permanentes.

Pour certains, son irréversibilité renvoie à un sentiment d'éternité, il survit à la mort. Mais au-delà d'exister pour toujours, le tatouage peut évoluer avec le corps, modifier sa forme, ses proportions, sa pigmentation, indépendamment de l'individu tatoué. Et ce qui était **initialement un acte arbitraire, témoin de l'autonomie**, voire de l'autonomisation, **rappelle que le corps a sa propre autonomie**, qu'il est mortel et que la prise de possession de son corps n'a de durée que la durée de l'inscription du tatouage.

Le terme « art corporel » s'est glissé insidieusement dans le discours. Le tatouage du corps s'est transformé en art, et les tatoueurs revendiquent le titre d'artiste. Lors de conventions, les corps sont exhibés telles des oeuvres d'art. En ce sens, les tatouages sont signés, la reconnaissance sociale de l'oeuvre d'art dépend presque autant du nom de l'artiste que des mérites de l'oeuvre d'art elle-même. Probablement en avance sur son temps, le film *le tatoué* joué par Jean Gabin l'illustre bien.

La suppression de l'irréversibilité du tatouage constitue la condition la plus fondamentale, rendant possible le remodelage culturel de l'appréciation du tatouage, et le premier pas vers son intégration dans les classes sociales supérieures.

La possibilité d'ôter un piercing, donc la réversibilité symbolique de l'acte du percement du corps, peut expliquer la moindre réticence des individus de ces mêmes classes sociales supérieures, à se faire poser ce bijou. Néanmoins, un orifice ou une cicatrice peut témoigner d'un piercing antérieur.

f) Les marques corporelles contemporaines

Dans notre société occidentale du XXIème siècle, le piercing et le tatouage se sont banalisés et touchent en profondeur les jeunes générations, toutes conditions sociales et sexes confondus. Ces inscriptions corporelles sont devenues un phénomène culturel. Un des signes de cette banalisation que constate Catherine Grogard, est la sollicitation des dermatologues pour la réalisation des piercings, dont les conditions strictes d'hygiène pratiquées chez ces spécialistes, rassurent les adolescents et leurs parents.

Nous voici bien éloignés des pratiques *underground* de la première moitié du XXème siècle. Progressivement, les anciennes valeurs négatives des marques corporelles disparaissent, pour devenir aux yeux des jeunes générations, un élément essentiel de leur culture, comme en témoigne le nombre grandissant de boutiques et de conventions.

Dans ce type de démarche, la transgression et la revendication d'une liberté d'agir sur son corps, ne sont plus les critères qui motivent ces adolescents d'aujourd'hui pour réaliser leur

marque corporelle. Sa diffusion sociale rend le recours facile à ces pratiques et explique qu'elles ne constituent plus un motif de transgression.

Dans la majorité des cas, la décision de se soumettre à un tatouage est longuement réfléchi, contrairement au piercing, relevant plus de l'impulsion du moment. Tandis que l'un peut s'ôter, l'autre est définitif, indélébile.

Cependant, même si le regard porté sur ces pratiques a tendance à être plus clément, plus tolérant, il n'est pas consensuel. Pour la plupart des adultes, même si ces inscriptions corporelles ne sont plus considérées comme de véritables déviations, elles dérangent. Elles apparaissent en effet comme extraordinaires et sortent du cadre normatif d'une société policée. Sans s'exclure à proprement parler, le jeune tatoué ou percé se met en retrait, il se définit comme l'autre de la communauté dont il fait partie. En tous les cas, est-il perçu comme tel.

Cependant, à l'heure actuelle, certains tatouages et piercings sont largement acceptés, voire valorisés dans certains milieux comme la mode ou le sport. Un tatouage à la cheville ou à l'omoplate, un piercing au nombril ou à l'arcade, se situent désormais à la frontière entre normalité et marginalité, zone limitée où la mode vient chercher son originalité.

La perte de la valeur des contraintes, des règles et des lois, pousse chaque individu à en trouver d'autres, qui sont maintenant plus celles de leurs pairs que celles de leurs aînés.

Le monde du tatouage et du piercing est un univers de confrontation de jugement de goût. Le piercing est devenu un accessoire au même titre qu'un bijou. C'est la conviction de la beauté du rendu, qui motive sa réalisation.

Nous sommes dorénavant aux antipodes des attitudes rebelles des années 80, voire 90. Aujourd'hui, par les différences qu'il revendique, l'autre – le tatoué, le percé – attire, surprend et émerveille. Hier, il effrayait.

Les adolescents sont les représentants d'une société de consommation. Choyés par le marketing, ils manquent de la distance de leurs aînés pour investir leurs marques corporelles d'une signification plus personnelle. Devenues plus un effet de mode qu'une revendication chargée de signification, les marques cutanées se démocratisent, comme avant elles, les vêtements, la parure, le look.

Société de l'apparence, c'est le style qui est vu et prôné, et non le message qu'il peut véhiculer, ou plutôt qu'il aurait véhiculé dans le regard des autres, à une autre époque.

Pour les adolescents, il s'agit d'être comme ses pairs tout en marquant par son originalité – toute relative – sa singularité.

→ Les associations faites à la fin du XIX^{ème} siècle entre tatouage et délinquance, puis dans la première moitié du XX^{ème} siècle entre tatouage et difficultés psychologiques ou sexuelles, celles plus récentes entre piercings et déviance sociale (caractéristique de groupes comme les punks), ne sont pas des interprétations pertinentes pour décrire ce phénomène actuel, qui va bien au-delà d'une mode passagère. Cependant, ces liens subsistent dans l'imaginaire collectif et influencent parfois le regard porté sur ces marques, sur ce corps, enfin, sur l'individu qui les arbore. **Pour les jeunes, les modifications corporelles sont une manière de s'intégrer à leur classe d'âge, d'embellir leur corps, bien plus que de le stigmatiser.**

→ Le piercing et le tatouage peuvent illustrer l'évolution de la société vers la tolérance et l'ouverture d'esprit. Mais tolérer n'est pas accepter.

→ Dans notre société contemporaine, **le corps est utilisé comme support esthétique**. Mais il rappelle aussi sans cesse son **autonomie d'évolution**, que l'individu cherchera à maîtriser.

→ L'évolution de la boucle d'oreille dans les mentalités médiévales est un exemple d'affranchissement de la notion de mutilation. Les marques corporelles de nos sociétés occidentales atteindront-elles le même degré de banalisation et d'acceptation ?

B. Adolescence, période de transition

Actuellement, la première réalisation des marques corporelles survient essentiellement au moment de l'adolescence.

C'est une période du développement difficile à définir avec précision, et qu'il serait plus simple de définir par ce qu'elle n'est pas : ce n'est plus l'enfance, ce n'est pas encore la maturité. Son début est plus repérable que sa fin, et sa durée tend à s'accroître de plus en plus. Elle se caractérise par un ensemble de phénomènes psychologiques liés aux transformations physiques et physiologiques de la puberté, ainsi qu'au changement de statut social. Même si la puberté est une condition nécessaire, elle n'est pas suffisante pour définir l'adolescence.

L'adolescent doit en effet s'adapter psychologiquement aux transformations corporelles, mais aussi aux mutations profondes sur le plan de ses désirs, de ses possibilités affectives, intellectuelles et à l'élargissement de ses horizons.

Comprendre les enjeux de cette période peut être un premier pas vers la compréhension de ce qui la relie aux inscriptions sur le corps.

1. EVOLUTION de la PLACE de l'ADOLESCENT

Tandis que l'adolescence était considérée par nos anciens **comme le troisième âge de la vie**, son statut social actuel oscille entre autonomie et dépendance.

L'enfant, dans les familles contemporaines, n'incarne plus ses parents spirituels. Le lien social horizontal fait d'autant plus autorité sur le jeune, qu'il n'est plus limité par un lien vertical. Dans les années de collège, l'allégeance aux pairs est plus contraignante qu'elle ne l'a jamais été.

L'indépendance intergénérationnelle est en effet perceptible dans le mode de relation qui lie l'enfant à ses parents. Le choix de chacun est sollicité, encouragé, quel que soit l'âge de l'individu. La personne doit être elle-même dès le premier jour. Le maintien d'une bonne relation affective est fonction des échanges immédiats. Vis-à-vis des enfants, donner sans recevoir est mieux perçu par les parents, que recevoir sans donner. Les parents ne souhaitent

pas être dépendants de leurs enfants. Néanmoins, la société évoluant, les enfants sont de plus en plus positionnés en tant que décideurs.

De nos jours, l'enfance est idéalisée et les parents ont le souci d'être de « bons parents ». Leurs décisions sont guidées par ces besoins et ces croyances où transparaissent la peur d'être abandonnés et l'angoisse de ne plus être aimés par leur enfant. Ils recherchent dans le regard de leur enfant, dans leurs paroles, la confirmation qu'ils sont sur la « bonne voie ».

S'opposer, dire « non », maintenir son choix, et par-là même, imposer des limites à son enfant, semblent entrer, aujourd'hui, en compétition avec les relations affectives. « Il fera ses expériences, et il verra ce qui est bon pour lui » peut-on entendre, concernant des enfants encore en bas âge.

Désormais, c'est en faisant par lui-même, en montrant la panoplie de ses compétences qu'un enfant recueille l'assentiment des parents, là où jadis, c'était plus volontiers en se soumettant à leurs interdits, en respectant leurs exigences et leurs règles.

Avec l'évolution des droits de la femme et ceux de l'enfant, la place du père a été réduite. En ce sens, l'Etat n'est pas étranger à l'affaiblissement des idéaux de type paternel, qui se font au profit d'une société de plus en plus maternante. Pour M. Schneider : « *La substitution d'un mode doux de contrôle social à l'ancien mode autoritaire, le traitement de déviant en malade, le remplacement de la punition par la réhabilitation médicale, l'emprise des professions d'assistance sur la famille et la société, tous ces traits s'inscrivent dans la croyance que tous les conflits peuvent se résoudre par une assistance maternelle publique qui absout l'individu de toute responsabilité morale et le traite comme une victime des conditions sociales* » [89].

Dans un souci de protection des enfants, les institutions se substituent de plus en plus aux familles.

Dans ce contexte où la place du père tend à s'amoindrir, et les relations transgénérationnelles à se modifier, les adolescents vont changer des modèles d'identifications. « *La référence fondatrice est désormais celle des pairs, non plus celle des pères, dans un contexte social de disqualification de la transmission et de l'autorité* » (D. Le Breton)[59].

Les conflits psychiques des adolescents trouvent leur origine, plus dans les modifications des valeurs, des figures de l'autorité et des rapports intrafamiliaux, que dans les inégalités sociales et scolaires ou les rapports de domination.

L'adolescence serait une sorte de miroir des changements et des difficultés assignés à notre époque. Dans une société en proie au doute, les individus sont de plus en plus isolés, déracinés de leurs origines traditionnelles. R. Rechtman considère que la souffrance de la jeunesse est régulièrement interprétée comme la conséquence directe d'un affaiblissement des valeurs symboliques de la famille, de l'individu ou d'une perte des repères antérieurs [84].

En même temps, on peut s'interroger sur la place de l'intimité contrainte d'être dévoilée, transposant la diversité des anciens conflits sociaux, dans le registre du symbolique. L'adolescent se trouve dans l'obligation de parler de lui, d'étaler son intimité, de ne pas avoir de secret. Par le biais de « l'aveu généralisé », l'énonciation de soi permet l'émergence de ce langage de soi, nécessaire à l'accession au monde adulte. Le « *Je souffre donc je suis* » caractérise peut-être l'affirmation de l'individu social dont la connotation psychologique serait désormais garante de son individuation.

Entre son besoin d'autonomie et son incapacité à s'assumer, l'émergence de sa sexualité et la nécessité de trouver au moins un autre qui voudra bien lui permettre d'y accéder, l'adolescent se trouve confronté aux limites de son propre corps, de sa propre identité. Les limites impliquent un *dedans* et un *dehors*, et dans son cas, ce sont plus les limites que lui imposent l'extérieur, que l'expérience de ce qui le limite en lui, qui lui permettra de les découvrir, réveillant par-là même, ses peurs de soumissions.

Ces soumissions sont d'abord sociales, où les promesses de liberté sont si souvent repoussées aux lendemains.

R. Rechtman nous résume la position adolescente ainsi : « *quand on ne sait pas contre quoi il faut se battre alors pourquoi ne pas se battre contre tout ce qui se présente sous la forme de la contrainte* » [84].

L'adolescence est un phénomène individuel, dans un cadre social, lui-même inscrit dans un contexte culturel.

Le phénomène individuel s'explique par l'entrée dans la période de la puberté et l'orientation imposée par le corps en fonction du sexe. Le cadre social constitue les rituels de passage plus ou moins perceptibles et codifiés, plus spécifiques de cette période. Et le contexte culturel résulte du poids symbolique d'être homme ou femme, avec tout ce qui en découle pour chacun.

Influencés par les valeurs traditionnelles, les filles intériorisent la souffrance, prennent sur elles, là où les garçons utilisent plutôt l'agression à l'encontre du monde extérieur. Dans le premier cas, ce comportement traduit une fragilité allant de pair avec les critères de séduction qui s'imposent à elles. Dans le second cas, il traduit les valeurs associées à la virilité : agressivité, violence, alcoolisme, vitesse sur la route, sont parfois explicitement valorisés dans les conduites dites « viriles ». L'homme doit démontrer qu'il est à la hauteur, qu'il sait relever les défis et protéger son honneur.

Au moment où l'adolescent affirme son désir d'indépendance, il multiplie les comportements de dépendance. Il réclame sans cesse des objets nouveaux, indispensables pour qu'on le reconnaisse dans sa personnalité (habits, chaussures, portable, télévision personnelle, jeux vidéo, etc.), en même temps qu'il se met à consommer divers produits (tabac et alcool en particulier).

Les transformations corporelles, les nouvelles dimensions du désir et le dégage-ment vis-à-vis de la famille réclament à l'adolescent un travail d'élaboration. De nos jours, cette élaboration est de moins en moins solitaire (rôle du journal intime), mais de plus en plus liée à la participation à un groupe. Comme le rappelle B. Brusset, une des fonctions de ces groupes est l'élaboration d'une conscience d'identité des adolescents, qui est d'abord à définir en négatif : une différence doit se creuser par rapport aux adultes pour qu'une conscience de soi puisse s'édifier [10].

La transformation pubertaire donne lieu à une transformation du statut social, instaurée par les « rites de passage ». Ces procédures symboliques aboutissent à une sorte de naissance sociale au groupe, faisant référence à des règles, parfois à des croyances, garants de soi et de l'identité : reconnaissance d'un statut, marques sur le corps. Mais loin des rites initiatiques du monde primitif, certaines expériences comme les examens, les concours, les rites religieux ou le service militaire pour certains, ont pu prendre, dans notre société, valeur de *rituel initiatique* par leur portée symbolique. Cependant ils tendent à disparaître, en tous les cas dans leur pratique impliquant des membres d'âge et de statut social différent, au profit des groupes de pairs, devenant alors des pseudo-rites entre pairs.

Les adolescents d'aujourd'hui mettent en place d'autres épreuves, entre eux – « entre soi », pourrions-nous dire – , tels que l'expérimentation de consommations de substances plus ou moins licites, ou les défis dont les limites sont toujours repoussées un peu plus. **Les marques corporelles peuvent parfois être réalisées dans ce contexte.**

Aujourd'hui, il ne suffit plus d'accepter les rites d'initiation pour que la reconnaissance d'être adulte soit assurée. La société n'impose plus ni de rites, ni de tabous, venus des ancêtres, laissant les deux générations (les adolescents et leurs parents) en position duelle, sans recours possible à un tiers (C. Poncelet) [81].

→ **L'insertion dans la société**, qui définit la maturité sociale comme finalité de l'adolescence, est de plus en plus **retardée**, prolongeant ainsi cette période qu'est l'adolescence.

→ Les évolutions sociale et culturelle de notre société contemporaine ont influencé considérablement le **statut de l'adolescent, lui donnant une place à part entière**.

→ De nouveaux rites s'instaurent entre pairs, faits d'expérimentations, de transgressions, de défis. C'est à cette période qu'apparaissent classiquement les premières consommations de produits (alcool, tabac, cannabis) et que sont réalisées les premières marques corporelles (tatouage, mais surtout piercing).

Mais si l'adolescent est celui que nous connaissons aujourd'hui, il est aussi l'enfant qui a grandi, se construisant au fil des ans, empreint des relations avec son entourage, de son milieu social, de sa capacité à s'autonomiser pour devenir plus indépendant.

2. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE de la CONSTRUCTION de l'ADOLESCENT

L'approche psychanalytique de l'adolescent a connu ces dernières décennies, essentiellement à partir de la France, un développement considérable, et la définition de l'adolescence s'en est trouvée modifiée.

L'enfance est la période du premier attachement et des premières séparations. L'image que l'enfant a de lui, comme la peau qui constitue sa limite au monde, l'aide à construire son identité, sa continuité tant physique que psychique.

Puis survient l'adolescence, ce temps de **transformations physiques**, que la puberté induit, jusqu'à conduire à la fonction procréatrice. Pour De Mijolla, c'est un « *travail simultané de remaniement des représentations pour une appropriation du corps sexué, d'assomption du Moi et d'accession à la jouissance génitale* » [19].

C'est aussi le temps d'un va-et-vient entre ce passé révolu de l'enfance avec sa sécurité, mais aussi sa dépendance à l'autre, et ce présent où **la nécessité est d'accorder la psyché au corps en mutation.** Alors sont sollicités un travail de deuil des objets infantiles, le remaniement des pulsions, l'installation plus ou moins transitoire de moyens de défense, en vue d'une **appropriation du corps et d'une stabilité du sentiment de soi.**

Dans ce chapitre, notre attention se portera particulière sur la perception que l'enfant puis l'adolescent a de son corps, en tant que représentation de la réalité externe et matérielle, en tant que représentation mentale, mais aussi en tant que corps libidinal.

a) L'ENFANCE, le support de l'ADOLESCENCE

La compréhension de l'adolescence ne peut être dissociée des différentes étapes du développement survenant durant l'enfance.

(1) De l'attachement à l'autonomisation

(a) L'Attachement

En 1969, dans son ouvrage *L'attachement* [5], **Bowlby** a avancé le concept d'un système motivationnel d'attachement qui favorise la proximité du petit enfant auprès de **son donneur de soin, qui régule à la fois la sécurité réelle et le sens de sécurité de l'enfant dans un environnement.** Pour lui, le besoin d'attachement est aussi important que celui de boire ou de manger.

L'attachement de l'enfant à sa mère (au donneur de soin) prend sa source dès les premiers contacts qui s'instaurent. Ces derniers vont permettre d'accéder à une relation sécurisante d'attachement.

La peau commune du groupe mère-bébé, véritable « Moi-peau psychique », contient et rassemble le groupe mère-bébé en un seul être unique, comme le font les bras d'une mère. La peau est un lieu d'exercice des échanges affectifs et émotionnels de la famille, et ces expériences participent à la constitution de l'enveloppe psychique individuelle. **La peau** est, en même temps que la bouche et au moins autant qu'elle, **le premier lien d'échange avec autrui**. Cette contenance imprègne l'enfant.

Lors de la *phase d'illusion*, la toute-puissance omnipotente lui procure une sécurisation. Il découvre qu'il n'est plus seulement un avec la mère nourricière, mais qu'il est un être séparé et unifié dans une corporéité et un psychisme propres. L'enfant qui commence à se différencier de sa mère, se représente que c'est la même peau qui appartient à elle et à lui. Mais progressivement, cette différenciation lui permettra d'acquérir une identité propre, et de créer en son nom, accédant ainsi à la *phase de désillusion*.

F. Duyckaerts distingue attachement et investissement objectal. L'attachement serait un fait **biologique**, le résultat de fonctionnement d'un système de réactions innées et spécifiques, tandis que l'investissement objectal serait un fait **psychique**, une demande d'attachement s'adressant plus à des « personnages » qu'à des personnes et résultant de l'insistance libidinale, exploitée à des fins hédoniques. Pour F. Duyckaerts, « *les liens d'attachement ont une certaine autonomie, de même que dans la libido, la dimension objectale est distincte de la valeur érogène des zones corporelles et des fonctions qui y sont associées* » [25].

La théorie de l'attachement comprend deux notions qui paraissent liées de manière paradoxale : attachement à une base de sécurité et développement d'une activité exploratoire s'ouvrant sur le monde. **Etre près et pouvoir partir au loin**. D'où l'importance pour un enfant tout petit, d'être attaché à quelqu'un, sa « base de sécurité », qui constituerait un socle sur lequel il pourrait croître et s'autonomiser.

Aussi, autonomie ne veut-elle pas dire séparation.

Mais peut-on parler d'attachement sans parler d'intersubjectivité ?

(b) L'intersubjectivité

Attachement et intersubjectivité constituent les premiers liens de l'enfant entre lui et l'autre, lui et le monde.

L'intersubjectivité est le partage de l'expérience vécue entre deux personnes.

Elle est le processus de base de mise en commun de l'expérience, de construction et de négociation des réalités sociales.

C'est ce que Karlen Lyons-Ruth souligne en disant que « *dans la perspective de l'attachement, la communication coopérative avec le donneur de soin offre à l'enfant la meilleure possibilité d'internaliser une structure dialogique qui continue à promouvoir l'exploration flexible des mondes mental et émotionnel de soi et de l'autre* » [64].

L'interaction se manifeste initialement par l'imitation directe des comportements pendant la première année de vie, c'est l'*intersubjectivité primaire*. Puis apparaissent des comportements comme **l'accordage affectif**, cognitif, qui révèlent que le **partage de l'expérience se fait maintenant au niveau des états internes**.

Pourraient alors naître ces pensées : « Je sais que tu sais que je sais » ou bien « Je sens que tu sens que je sens » et ainsi se trouver en symétrie et qui est appelée *intersubjectivité secondaire*. **Ce qui nous amène à penser que l'esprit humain se construit et se maintient grâce au trafic intersubjectif entre soi et l'autre**. Il n'y a pas d'esprit sans interaction continue. De même, le Soi se fragmente, s'il n'y a pas cette intersubjectivité qui le maintient.

La quête constante du regard de l'autre, présente dès la naissance, traduit le besoin impérieux d'intersubjectivité (de transsubjectivité, comme la nomme D. Marcelli [65], pour signifier le transfert d'une pensée de l'un à l'autre, plutôt que la confrontation) qui structure le lien social. Lorsque la mère regarde son nouveau-né, elle *l'en-visage*, elle regarde le regard de son bébé et pense à lui. Ce regard est pour le bébé, **une invitation à pénétrer dans la profondeur de cette rêverie maternelle**. C'est par cet échange de regards, que la mère humanise ce bébé, l'inscrivant dans une histoire, un paysage qui le précède, l'entoure, le soutient.

Le besoin du regard de l'autre est structurel à la relation mère-bébé. Au-delà de l'acte de communication *stricto sensu*, l'intersubjectivité sous-entend la possibilité d'une création commune, d'un échange propre entre deux esprits ouverts.

Avec l'apparition du langage, l'enfant acquiert très vite la possibilité de construire des narrations autobiographiques, lui permettant de partager son expérience vécue avec quelqu'un qui n'était pas là au moment de l'événement, mais aussi de construire en commun l'histoire de l'événement avec son interlocuteur. C'est l'avènement de l'*intersubjectivité tertiaire* : « *Nous donnons ensemble un sens à la réalité* » (N. Favez) [27].

(c) Le corps comme langage pour l'enfant

C'est par le corps que l'enfant joue sa part relationnelle de communication, le corps étant le lieu éminent de ce langage non-verbal.

L'image du corps, c'est ce corps de désir, elle représente le corps avec le désir.

La **dyade mère-enfant** constitue une sorte de placenta symbolique, **de pré-image de Soi**, un noyau de Soi sans quoi l'enfant ne peut pas vivre. « *Il ne pourra pas vivre comme corps, dans son corps même, s'il ne peut pas vivre, par l'image du corps, comme sujet* » (G. Guillerault) [41].

Le langage trouve sa source dans le corps et s'enracine dans des expériences corporelles. Il y a une **sorte de mémoire corporelle de la langue**. Cette dernière vient donner une valeur symbolique aux expériences du corps dès lors qu'elles sont en lien émotionnel, mais aussi, elle tire elle-même sa *symbolicité*, son pouvoir métaphorique, du fait qu'elle s'extrait du corps et qu'**elle vaut comme métaphore corporelle**.

Encourager l'enfant à exprimer, par les mots, les affects qu'il éprouve, lui permet de les partager. Sinon, ils risqueraient de devenir des sensations indéchiffrables, non symbolisables. Ce que ressent l'enfant perdrait tout sens de communication, ne serait qu'un éprouvé insolite, qu'il n'a pas les moyens de traiter.

« *Pour qu'il y ait « émoi », il faut qu'un autre être soit en résonance avec nous* » explique Françoise Dolto [23].

Cette acquisition durant l'enfance joue un rôle primordial dans la capacité ultérieure qu'aura l'individu pour exprimer par des mots son ressenti, et éviter ainsi la mise en acte d'éprouvés inexprimables.
--

(d) L'Autonomisation

Lorsque la contenance familiale est favorable au développement de l'enfant, celui-ci reçoit une sécurité qui lui permet de s'autonomiser sans crainte.

La prise d'autonomie et la découverte du monde extérieur peuvent être considérées comme l'aboutissement de l'attachement.

S. Tisseron dans *La psychanalyse des images* souligne : « *Le dessin trace le chemin de l'autonomisation corporelle et témoigne du développement de l'enfant avec ses aléas, ses retards ou ses angoisses* » [97].

Les inscriptions sur le corps des enfants peuvent être perçues comme un progrès sur le chemin de l'indifférenciation vers la différenciation, de la psyché groupale vers l'individu.

Mais inversement, si ces traces laissées sur le corps sont associées à d'autres symptômes (angoisses de séparation, retard de langage, etc.) alors elles témoignent d'un trouble de l'autonomisation. La trace et le corps, comme le moi et l'objet, paraissent encore confondus.

Ainsi, les développements physiques de l'enfant (station debout, marche, etc.) coïncident avec une tolérance croissante d'une séparation corporelle et émotionnelle avec la mère, qui ne sont possibles que si la mère est elle-même capable de supporter les séparations et procurer des limites psychologiques adéquates à son enfant. Et c'est donc la relation émotionnelle de l'enfant avec sa mère qui va jouer un rôle essentiel dans le développement de sa capacité à assumer la propriété psychologique de son propre corps.

L'objectif est d'établir un **sentiment d'intériorité et d'extériorité propre au fonctionnement d'un objet contenant.**

Il apparaîtrait aujourd'hui que le père aide aussi l'enfant dans cette prise d'indépendance, en étant pour lui, non seulement un tiers, mais aussi une figure d'attachement. Il pousse l'enfant à expérimenter des choses nouvelles qui, à première vue, paraissent inquiétantes pour l'enfant. Le père aide ainsi l'enfant à développer une confiance en sa capacité à affronter le monde, et donc à prendre son autonomie.

A l'évidence, le père et la mère n'apportent pas les mêmes ressources à l'enfant. Pour R. Miljkovitch et B. Pierrehumbert qui ont étudié les relations d'attachement de cette triade : « *La mère permet à son bébé d'acquérir un sentiment de quiétude en veillant sur lui avec*

beaucoup de contenance, le père montre à son enfant comment discerner et apprivoiser les difficultés venant de l'extérieur » [72].

(2) Le stade du miroir

Pour **Lacan**, l'unité imaginaire du moi, se constitue par l'image du corps [52]. Et c'est son caractère illusoire, imaginaire, qui est souligné dans le stade du miroir.

A ce stade, la représentation de soi est investie par la libido narcissique. Le reflet que l'enfant a de lui dans le miroir, **définit son unité corporelle, à laquelle il s'identifie.**

Tandis que l'image du corps a la fonction de représenter le noyau de l'être, le cœur secret, intime, de l'identité du sujet, avec le stade du miroir, l'image du corps va devenir **inconsciente**, par **refoulement**, et céder la place à l'image scopique, **consciente**.

Ce que les yeux voient, c'est une image que les autres peuvent voir, mais ce n'est pas du tout ce qui est ressenti. Ce peut être un piège, avec le risque pour l'enfant de vivre ensuite sur l'apparence, sur ce que les autres vont voir de lui, et non plus sur ce qu'il est en vérité.

Le miroir permet de passer de l'image du corps, qui n'a pas de moyen de globalisation, à l'image scopique, qui permet de se (re)présenter humainement à autrui. **Ce processus dynamique**, mettant en acte la **fonction symbolique**, est celui de **la représentation**. Pour l'humain, entre lui et lui-même (entre lui-même et le Moi), il y a l'écart de la représentativité, comme entre la chose et son désignatif, il y a l'écart du symbole.

Le miroir assure la séparation, avec d'un côté le corporel qui est dissous par refoulement, et de l'autre, le corps qui accède à la représentation moïque. Le corps devient alors support moïque.

Le stade du miroir ouvre au règne de l'apparence, qui ne va cesser de fausser le jeu de la communication avec autrui comme avec soi-même.

Toute sa vie, le sujet reste empreint de **cette première identification spéculaire**, il y revient, il s'en sépare.

(3) Le « *Moi-peau* » selon Didier Anzieu

Didier Anzieu définit le *Moi-peau* comme : « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif* » [2].

Il constitue donc une représentation primaire et métaphorique du Moi, étayé par la sensorialité tactile.

D. Anzieu a entrepris d'établir un parallèle entre les fonctions de la peau et les fonctions du Moi :

- la fonction de *maintenance* du psychisme (intérieurisation du *holding* maternel)
- la fonction de *contenance* du *Moi-peau* (exercée principalement par le *handling* maternel : l'enveloppe sonore redouble l'enveloppe tactile)
- la fonction de *pare-excitation* possible grâce au double feuillet du Moi.
- la fonction d'*individuation du Soi* (sentiment d'être un être unique)
- la fonction d'*intersensorialité* du *Moi-peau* (en reliant entre elles les diverses sensations pour constituer une surface psychique)
- la fonction de *surface de soutien de l'excitation sexuelle* (le *Moi-peau* capte sur toute sa surface l'investissement libidinal et devient une enveloppe d'excitation sexuelle globale)
- la fonction de *recharge libidinale* du fonctionnement psychique, de maintien de la tension énergétique interne et de sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques.
- la fonction d'*inscription des traces sensorielles tactiles*.

De cette dernière fonction, D. Anzieu précise : « *le Moi-peau est le parchemin originaire, qui conserve, à la manière d'un palimpseste, les brouillons raturés, grattés, surchargés, d'une écriture « originaire » préverbale faite de traces cutanées* » [2].

L'enveloppe cutanée qui fonde le *Moi-peau* est structurellement la plus importante, mais il existe aussi l'enveloppe sensorielle (sonore, visuelle, olfactive) et l'enveloppe du rêve, l'enveloppe de la mémoire, etc.

Le concept d'enveloppe permet d'étudier les contenants, opposés aux contenus. Car pour qu'il ait un contenu, il faut qu'il existe un contenant.

Ces contenants servent précisément à contenir des représentations, des affects, en un mot, des représentants pulsionnels.

Le double interdit du toucher délimite l'espace imaginaire où va pouvoir se déployer la pulsion. Et, le Moi-peau et les enveloppes permettent de localiser dans un espace imaginaire, l'excitation pulsionnelle.

Pour Didier Anzieu, les enveloppes psychiques sont investies par deux types de pulsions : celle d'attachement et celle d'auto-destruction.

L'enfant acquiert la perception de la peau comme surface, à l'occasion des expériences de contact de son corps avec le corps de la mère et dans le cadre d'une relation sécurisante d'attachement avec elle. Ainsi apparaît la notion de limite entre extérieur et intérieur, mais aussi la confiance nécessaire à la maîtrise progressive des orifices.

La mère entoure son bébé de manière sécurisante, tout en lui laissant un espace lui permettant d'émettre des messages. Ainsi, cette enveloppe sur mesure achève d'individualiser le bébé. Il peut être Moi car il se sent la capacité d'émettre des signaux entendus par d'autres, il peut se sentir unique.

Avoir un Moi, c'est pouvoir se replier sur soi-même, grâce à la juste distance qui existe entre le feuillet externe (en interaction avec l'entourage) et le feuillet interne de la peau.

Ce concept de « deux couches » avait été évoqué par **Freud**, en 1920 dans *Au-delà du principe de plaisir* [32], qui fit évoluer la notion de psychisme, non plus comme une double arborescence dissymétrique, mais comme contenant. Bien que S. Freud ne parle pas d'enveloppe psychique, celle-ci est pressentie. Il l'appelle système pare-excitations, il filtrerait passivement les excitations venues de l'extérieur qui, par leur intensité, risqueraient de détruire l'organisme.

En 1923, S. Freud insistera sur l'importance de la surface du corps, des sensations, des expériences et des échanges tactiles pour la constitution du Moi.

Les excitations endogènes ne peuvent être reconnues qu'en étant au préalable, projetées dans le monde extérieur, en association avec des représentations visuelles, auditives, tactiles, et enfin enregistrées par le réseau des barrières de contact.

Le Moi acquiert le sentiment de sa continuité temporelle dans la mesure où le Moi-peau se constitue comme une enveloppe suffisamment souple aux interactions de l'entourage et suffisamment contenante de ce qui devient alors des contenus psychiques.

La peau est indispensable à la vie, contrairement aux autres organes des sens. De plus, elle est la seule à combiner les dimensions spatiales et temporelles.

La peau est à la fois : perméable et imperméable, superficielle et profonde, source de douleur et de plaisir, solide et fragile, etc. **Elle a un statut d'intermédiaire, d'entre-deux, de transitionnalité.**

Michel Soulé apporte une réflexion personnelle [92] aux développements théoriques de Didier Anzieu à propos du Moi-peau. Il prend pour illustration la mère qui tricote. Tout en rêvant à son bébé imaginaire, puis à son enfant réel, elle lui fabrique une peau supplémentaire, qu'elle pourra lui mettre ou lui enlever par la suite. Elle permet ainsi une certaine maîtrise du Moi-peau, de la séparation inéluctable, de l'autonomie. La peau de laine tricotée par la mère, et mélangée de rêveries et de paroles, constitue une partie du Moi-peau de l'enfant, fabriquée par la mère elle-même. Mais à l'adolescence, le « pull tricoté par maman » est rejeté, il s'agit d'arracher cette peau d'origine maternelle, trop chargée d'affects, pour prendre de la distance avec sa mère.

→ De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique.

En prenant la peau comme support d'expression, la personne qui se tatoue ou se pierce cherche-t-elle à délimiter une enveloppe symbolisant son unité psychique ?

Nous venons d'évoquer différentes étapes du développement infantile, pour mieux comprendre les enjeux de l'adolescence. Cette période adolescente va être abordée sur son axe psychodynamique, pour nous aider à percevoir ultérieurement, en quoi cette période est plus propice à la réalisation des tatouages et des piercings.

b) L'ADOLESCENCE et ses principaux aspects dynamiques

En proie à ses pulsions, l'adolescent doit rejeter ses parents dont la présence réactive les conflits oedipiens et la menace de l'inceste. Dans ce mouvement il va jusqu'à rejeter les bases identificatoires de son enfance, c'est-à-dire les imagos parentales, et va avoir recours à des moyens de défense. Soit il utilisera les processus défensifs de la période oedipienne, soit il découvrira de nouveaux moyens de défense, plus spécifiques de l'adolescence. Leurs buts seront de rendre supportable la dépression résultant du deuil des objets de l'enfance, et l'incertitude identificatoire sous-jacente. L'adolescent pourra alors prendre possession de son nouveau corps, ce corps sexué.

(1) Processus de séparation-individuation

Margaret Mahler a développé à partir de recherches sur les jeunes enfants et de l'observation des relations mères-enfants, ce qu'elle a appelé le processus de séparation du petit enfant, et qui a été repris pour l'adolescence sous le nom de second processus de séparation-individuation.

L'adolescent se trouve pris entre passé et futur, entre enfance et âge adulte, tout comme le petit enfant l'était entre relation symbiotique et autonomie.

Si le jeune enfant s'est dégagé de sa mère par internalisation des objets primaires, l'adolescent se dégage des objets internalisés pour aimer les objets extérieurs et extrafamiliaux.

Durant l'étape particulière de l'adolescence se joue la lutte entre l'autonomie (la dés-appartenance) et l'appartenance. L'attachement se manifeste de manière plus « détachée » s'il s'agissait, durant l'enfance, d'un attachement sécurisé et donc, si les parents ont également été suffisamment sécurisés pour ne pas dépendre excessivement de leur enfant.

L'autonomisation de l'adolescent ne se développe pas dans l'isolement, mais bien dans le contexte de relations proches qui persistent avec les parents. Les besoins d'attachements ne disparaissent pas, mais ils sont progressivement transférés sur les pairs, tout en se transformant : les relations d'attachements asymétriques qui existaient entre l'enfant et la

figure parentale protectrice, deviennent des relations de réciprocité dans lesquelles chacun offre et reçoit soutien et attention.

Dans les *trois essais sur la théorie sexuelle*, S. Freud évoque l'enjeu de séparation à l'adolescence, en ces termes : « *En même temps que ces fantasmes incestueux sont surmontés et repoussés s'accomplit un travail psychologique propre au temps de la puberté, qui compte parmi les plus importants, mais aussi les plus douloureux à savoir l'effort que fait l'enfant pour se soustraire à l'autorité des parents, effort qui seul produit l'opposition si importante pour le progrès, entre la nouvelle génération et l'ancienne* » [33].

La séparation, souhaitée et redoutée par l'adolescent, **réactive les séparations antérieures**.

La place du bouleversement pubertaire dans l'installation d'une organisation pathologique vient, pour Freud, du réinvestissement régressif des matériaux infantiles dans les effets « d'après-coup ».

L'avènement de la puberté marque la fin de l'auto-érotisme de l'enfance, qui suppose un **deuil du corps infantile** et un **travail psychique d'appropriation du nouveau corps sexué**, en lien avec la découverte de l'objet sexuel.

L'adolescence s'inscrit à la fois dans une continuité et dans une séparation : *continuité*, puisque les représentations du corps libidinal ou érogène s'édifient à partir des traces des expériences précoces de plaisir et de déplaisir, ainsi que l'auto-érotisme du sujet, et *séparation*, du fait de l'émergence du corps sexualisé.

(2) Travail de deuil

Cette séparation nécessite de faire le deuil de tous les objets ou relations qui le relie au monde de l'enfance.

Les liens d'amour qui lient l'adolescent à ses parents sont amenés à se modifier pour qu'il puisse choisir librement un objet d'amour dans sa génération. Ces changements peuvent être vécus par l'adolescent comme une perte réelle.

De même, dans les déceptions sentimentales et les deuils, le sujet doit renoncer à un type de relation, sans espoir de retour.

Mais **cette perte réelle ravive les expériences antérieures de séparation** : séparation du jeune enfant de sa mère, séparation résultant de la scolarisation, etc. Outre la problématique de séparation, d'autres similitudes sont retrouvées entre la première enfance et l'adolescence : **modifications corporelles ou acquisition d'une certaine autonomie personnelle.**

Comme nous l'avons vu précédemment, la perte des « objets infantiles » en tant que perte de l'« objet primitif » fait parfois comparer l'adolescence à la petite enfance, parlant alors de seconde phase du processus de *séparation-individuation*, la première phase se situant entre un an et demi et 3 ans environ, lors du passage du stade symbiotique à l'autonomie. Mais la perte des « objets infantiles » est aussi une perte de l'« objet oedipien », chargé à la fois de haine et d'amour. Il s'agit pour l'adolescent de conquérir son indépendance, en se libérant de l'emprise parentale et de la situation oedipienne. Le désir d'autonomie, que permet la rencontre d'autres idéaux et la meilleure perception de la réalité, remet en cause l'imgo parentale idéalisée et le sentiment de tout pouvoir réaliser qui étaient projetés durant l'enfance sur les parents.

L'adolescent se trouve dans une situation ambivalente où d'un côté, du fait de l'évolution génitale, il est face à ses fantasmes oedipiens, ses désirs incestueux sexuels et son angoisse de castration et de l'autre, il souhaite acquérir son indépendance, se libérer de l'emprise parentale et mettre fin à la situation oedipienne.

Après l'échec de la mise en place de divers aménagements, l'adolescent doit renoncer à ses objets oedipiens et pré-oedipiens, mais il doit aussi renoncer à la sécurité du milieu familial et à l'imgo parentale idéalisée.

A ce titre, le travail de l'adolescence est comparable à un travail de deuil comme l'a évoqué S. Freud et après lui, A. Haim : « *Comme l'endeuillé, l'adolescent reste à certains moments abîmé dans le souvenir de ses objets perdus et comme lui, l'idée de la mort lui traverse l'esprit. Mais comme la dynamique de deuil normal permet d'entreprendre le travail, celle de l'adolescence fait que rien ne se fixe* » [44].

L'adolescent se défend contre l'apparition d'angoisses liées à la perte d'objet. Il peut transférer la libido sur des substituts parentaux, avec d'autant plus d'aisance que l'image de ces substituts sera différente de celle de ses parents : un membre de sa famille, un enseignant, un leader politique, un chanteur, un acteur, ou un groupe, une bande.

Il peut aussi transformer les sentiments qu'il ressent vis-à-vis des imagos parentales, en leur contraire. Alors apparaissent des conduites de revendication, de révolte, à la recherche d'un sentiment de liberté, s'opposant au ressenti de dépendance. De même, il peut retourner vers lui son agressivité, initialement destinée aux objets infantiles.

Le retrait narcissique est un autre mode de défense contre la perte d'objet. Il consiste à détacher la libido du monde extérieur pour l'amener dans le domaine narcissique. Ce retrait se manifeste sous la forme d'idées de grandeur, d'attitudes de prestance, ou à l'inverse sous la forme de dévalorisation ou de plaintes hypochondriaques. L'adolescent peut aussi adopter une attitude de régression, d'intensité variable, pour tenter de revivre les premières relations avec l'objet maternel.

→ Comme l'évoquent D. Marcelli et A. Braconnier : « *Une des tâches psychiques centrales de l'adolescence est donc de parvenir au détachement de l'autorité parentale et des objets infantiles* » [66].

(3) *Le narcissisme à l'adolescence*

La dimension narcissique est fondamentale dans le processus de l'adolescence.

Selon Freud, l'état narcissique premier « anobjectal » constitue le *narcissisme primaire*, sans relations aux objets de l'environnement, sans distinction entre Moi et Ça, tandis que le *narcissisme secondaire* résulterait de l'identification à l'objet et correspondrait au narcissisme de l'adolescence.

Selon Laplanche et Pontalis, le *narcissisme secondaire* désigne donc : « *un retournement sur le Moi de la libido, retirée de ses investissements objectaux* » [53].

Comme il l'a été évoqué précédemment, le retrait narcissique résulte de la rupture des anciennes relations objectales à l'origine d'une libido dans le Soi. Les préoccupations narcissiques, physiques ou intellectuelles, de l'adolescent sont présentes même lorsqu'il semble nouer de nouvelles relations objectales. Il agit alors comme s'il vivait à travers les autres sa propre vie, comme s'il exprimait à travers les autres ses propres sentiments ou ses propres opinions (P. Mazet, D. Houzel) [70].

Pour l'adolescent, l'investissement narcissique est aussi un moyen d'exister. Entre les modifications de l'image de son corps et les questionnements identitaires, l'adolescent recherche par l'investissement narcissique **à obtenir une image satisfaisante de lui-même**, et une réponse rassurante à l'interrogation « qui je suis ? », synonyme de « qui je deviens ? ».

Quand la libido narcissique supplante la libido objectale, l'adolescent peut à la fois ressentir plaisir et souffrance : plaisir de se sentir exister, fort et puissant, et souffrance dans la confrontation à la réalité et aux autres qui limitent cette inflation narcissique.

Contrairement à l'enfance, il existe à l'adolescence une prédominance des conduites issues de la lignée narcissique sur celles de la lignée objectale.

L'adolescent doit choisir de nouveaux objets, mais il doit aussi se choisir lui-même en tant qu'objet d'intérêt, de respect et d'estime. Le narcissisme normal à l'adolescence se manifeste sous la forme de préoccupation de soi, d'amour de soi et même de fantasmes grandioses. Il est marqué par l'augmentation de l'investissement libidinal de soi et sa coexistence avec un investissement libidinal persistant des objets. La façon dont certains adolescents maltraitent leur corps est un signe parmi d'autres de leurs difficultés narcissiques.

Le narcissisme « pathologique » peut se définir comme le regroupement de deux conduites : d'une part le désintérêt à l'égard du monde extérieur (l'égoïsme) et d'autre part l'image de soi grandiose (la mégalomanie).

Mais le narcissisme à l'adolescence est aussi en lien avec le narcissisme parental projeté sur l'enfant. Dans ce cas, l'enfant devient celui qui peut réaliser les fantasmes grandioses des parents, mais il peut aussi se sentir très dévalorisé de ne pas les réaliser et être alors un mode d'entrée dans la dépression.

A tous les âges de la vie et en particulier à l'adolescence, réparer l'image de soi, et dans le même mouvement restaurer **l'estime de soi**, ne devraient pas s'inscrire seulement dans les apparences – dans ce qui est exposé au regard d'autrui, son visage, sa peau, son corps, l'image spéculaire du sujet – mais s'inscrire aussi dans le fait de se remplir et de garder en soi de bons objets internes : pensées, démarches intellectuelles, qualités morales, liens affectifs, pour pouvoir élaborer psychiquement l'événement à l'origine de la blessure narcissique. Sans la permanence de ses objets internes, l'individu recherchera toujours la réassurance narcissique.

(4) Remaniement des pulsions

Les profondes modifications physiologiques de la puberté qu'elles soient d'ordre génital, avec le développement des organes génitaux et des caractères sexuels secondaires, ou qu'elles soient d'ordre général avec la taille et le développement musculaire, sont sources d'importantes répercussions psychologiques.

Chez l'adolescent, le refus des transformations dans son corps pour conserver une identité infantiles, entraîne une rupture entre corps et psyché.

Le corps humain n'est pas un simple corps biologique, totalement adapté au comblement de ses besoins, mais il est aussi travaillé par la pulsion.

L'accession à la sexualité a été soulignée par S. Freud dans les *Trois Essais sur la théorie sexuelle* : « avec le commencement de la puberté apparaissent des transformations qui amèneront la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale » [33].

L'adolescence est un temps de réactivation massive de toutes les pulsions : la pulsion orale (tabac, alcool, anorexie, boulimie), la pulsion anale et ses mécanismes de tentative de maîtrise musculaire et la pulsion génitale, avec l'envahissement de pensées érotiques, plus ou moins réprimées (N. Van Den Broeck) [99].

Les premières éjaculations chez l'adolescent vont réactiver l'angoisse de castration et être source de culpabilité intense, de même que les premières règles de l'adolescente seront aussi source de conflit par le renforcement de la croyance infantile des filles en leur castration.

L'apparition du corps érogène génital est souvent perçue par l'adolescent comme extérieur à lui-même. Son corps échappe à son contrôle et le sujet assiste passivement aux transformations qui s'imposent en dehors de lui.

Selon S. Freud, la pulsion a sa source dans une excitation corporelle et son but est de supprimer l'état de tension qui règne à la source pulsionnelle. C'est dans l'objet, que la pulsion peut atteindre son but.

Faisant suite à la phase de latence, l'adolescence va être marquée par un **remaniement de l'équilibre pulsion-défense**. Les pulsions de toutes les phases pré-génitales refont surface et la

pulsion sexuelle se modifie qualitativement et quantitativement en devenant génitale. Anna Freud a particulièrement éclairé ce remaniement de l'équilibre pulsion-défense à l'adolescence: « *Ce combat entre le Moi et le Ca comporte une première trêve au début de la période de latence, et, plus tard, un nouveau conflit dès l'approche de la puberté, période où la distribution des forces à l'intérieur de l'individu est bouleversée par des changements quantitatifs et qualitatifs des pulsions. Exposé à l'anxiété par le développement des pulsions, le Moi, tel qu'il a été formé pendant l'enfance, part en bataille pour sa survie, met en jeu toutes les méthodes de défense disponibles et les exploite au maximum* » [30].

Anna Freud décrit des mécanismes spécifiques de l'adolescence :

- L'ascétisme : Il est destiné à combattre les véritables désirs pulsionnels. Il agit comme un mécanisme défensif du Moi qui contrôle les pulsions au niveau du corps. Ce corps est contraint par des tâches ou des restrictions physiques : sportives, alimentaires, etc.

- L'intellectualisation : Elle sert au Moi à lutter contre les pulsions en reliant les processus pulsionnels aux contenus des représentations pour les rendre accessibles et donc gouvernables. Il s'agit de contrôler les pulsions au niveau de la pensée.

L'adhérence massive à des théories philosophiques ou politiques est un exemple à la fois de l'intellectualisation et de l'idéalisation projective.

- L'intransigeance : Elle empêche la moindre interférence entre le Moi et le Ca, ce qui permet à l'adolescent de ne pas se sentir dans le registre du compromis et de l'interférence entre des forces opposées.

De plus, les mécanismes de défense antérieurs sont aussi utilisés, ainsi que des défenses plus primitives comme le déni, l'introjection et la projection.

La réduction progressive du clivage entre le corps de l'histoire infantile et le corps pubère, caractérisera le processus d'intégration du corps sexué.

(5) Le clivage à l'adolescence

L'utilisation du clivage a pour but de protéger l'adolescent de son conflit d'ambivalence centré sur le lien aux imagos parentales. De plus, il disperse les désirs génitaux et évite à l'adolescent d'affronter la menace incestueuse.

La puberté instaure une situation de clivage entre un corps infantile, porteur de toutes les espérances et accrochés aux imagos oedipiennes non-sexualisées, et un corps nouveau qui porte en lui la potentialité de procréation à l'origine d'excitation et d'angoisse.

Si toutes les pathologies d'adolescence sont des expressions du clivage (anorexie, boulimie, épisodes psychotiques, dépendance, conduites à risque, etc.), c'est parce qu'il existe à la puberté un clivage normal. Et de la qualité du processus d'adolescence dépendront ou non la réduction de ce clivage et l'avènement d'un nouvel espace psychique. Le clivage s'oppose à la fonction de synthèse du Moi et bouleverse l'économie défensive sur laquelle repose jusque-là l'homéostasie du sujet. De la sorte, le narcissisme et le sentiment d'unité sont mis à mal.

Pour A. de Mijolla, le clivage *« peut être un obstacle au processus pubertaire si tout est mis en œuvre pour que cette élaboration soit impossible, en particulier si la qualité très particulière de l'attachement aux parents de la petite enfance n'autorise pas l'appropriation du corps sexué »* [19].

Le clivage passe entre les deux corps de l'histoire du sujet : l'un est nié parce que son appropriation induirait un état d'excitation libidinale insupportable, et l'autre est admis parce qu'il recèle des sources de gratification non dangereuses et familières. Le Moi ainsi clivé a recours à la projection et à l'identification projective pour protéger l'adolescent de ses désirs incestueux et croire à leur interdit : « Ce n'est pas moi qui désire, c'est mon parent qui fait de moi son objet incestueux ». Au clivage du Moi fait écho un clivage d'objets, et **c'est grâce à l'union progressive des objets extérieurs et intérieurs, réels et imaginaires, haïs et aimés que le Moi retrouvera cohérence et unité.**

Dénier la réalité pubertaire en tentant d'effacer les modifications du corps (automutilation, suicide, anorexie) est un mode défensif utilisé pour faire en sorte que le Moi n'ait qu'un corps à jamais infantile, dans un contexte où la mise à l'épreuve des constructions objectales de l'enfance est une opération imaginativement impossible.

D'autre part, au moment où tout menace de s'effondrer, la fonction des objets narcissiques, objets d'étayage internes ou externes, assure le sujet d'une conviction d'existence.

Cliniquement le clivage s'illustre par les brusques passages d'un extrême à l'autre, d'une opinion à une autre, d'un idéal à un autre. L'adolescent ne perçoit pas ces comportements contradictoires ou ne s'en inquiète pas, il a même tendance à les rationaliser, les intellectualiser. Ainsi il peut réclamer bruyamment son indépendance (pour sortir le soir, partir en vacances, etc.), tout en demandant à être accompagné par ses parents pour d'autres conduites en apparence banales.

(6) La place de l'Idéal du Moi à l'adolescence

Pour E. Kestemberg [48], les adolescents sont à la recherche d'un Idéal du Moi, d'une image satisfaisante d'eux-mêmes, image susceptible de leur apporter un soutien narcissique.

Pour M. Laufer, l'Idéal du Moi apparaît au déclin du conflit oedipien en même temps que le Surmoi. Ceci signifie que les systèmes d'identifications et d'intériorisations doivent avoir acquis une stabilité suffisante, ce qui permet au conflit oedipien de se déployer, au Surmoi et à l'Idéal du Moi de se constituer. M. Laufer cite Ritvo et Solnit : « On peut considérer que l'Idéal du Moi provient de trois sources principales : l'idéalisation des parents, l'idéalisation de l'enfant par les parents et l'idéalisation de soi par l'enfant » [54].

La fonction essentielle de l'Idéal du Moi est celle de la préservation de l'équilibre narcissique. Mais l'adolescent remet en cause les gratifications et les ressources narcissiques issues de l'enfance. Pour retrouver l'équilibre narcissique, l'Idéal du Moi devra entre autres, favoriser l'adaptation sociale. La caractéristique de l'Idéal du Moi à l'adolescence est de se servir de l'extérieur, du groupe des pairs comme relais d'identifications et de gratifications narcissiques.

(7) *L'identité et l'identification*

Les concepts d'identité et l'identification détiennent une place importante dans le processus de l'adolescence et ne peuvent être séparés.

L'identification – dans le sens de « s'identifier » – est définie par Laplanche et Pontalis comme « *un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications* »[53].

L'identité se rapporte aussi à des notions psychosociologiques qui seront développées ultérieurement. Durant cette période, les identités corporelle et psychique sont questionnées car l'adolescent ne reconnaît plus son corps, plus son Moi.

La recherche par l'adolescent de son identité peut être appréhendée selon deux axes différents : la continuité de la quête d'identité depuis le plus jeune âge ou la recherche identificatoire qui part de l'adolescence vers l'âge adulte. Le premier axe, soutenu par E. Erickson [26], considère que l'adolescent réagit en fonction de son enfance et des différents éléments de l'identité qu'il s'est alors construite. Le second axe, soutenu par E. Kestemberg [48], met en relief la dimension de conflit et de rupture, où l'adolescent est marqué par un certain rejet des identifications antérieures et par une recherche-conquête d'objets nouveaux d'identification.

De nos jours, la tension entre l'identité et les identifications tend à être comprise comme le reflet de **l'antagonisme narcissico-objectal** évoqué par **Ph. Jeammet**, qui constitue le cœur du travail psychique de l'adolescence.

L'identité renvoie au narcissisme de l'individu et à la qualité des premières relations. Ainsi, plus ces relations précoces ont été satisfaisantes, permettant un investissement du soi en continuité et équilibré, plus le sentiment d'identité sera stable et assuré, et donc moins l'antagonisme entre le besoin objectal et l'intégrité narcissique se fera sentir. En d'autres termes, le « besoin d'objet » survenant à l'adolescence ne menacera pas le sujet dans la mesure où la relation d'objet précoce a toujours étayé l'investissement narcissique.

A l'inverse, les **défaillances de l'objet précoce** créent des brèches narcissiques, car le sentiment d'identité est plus fragile et l'avidité objectale de l'adolescence devient une menace

potentielle pour l'assise narcissique. Comme l'adolescence est marquée par le besoin objectal et la poussée pulsionnelle, le jeune se trouve contraint d'adopter une attitude d'opposition, de rejet ou de négativisme pour contrer l'aspect antinarcissique que prend l'investissement d'objet.

Pour l'adolescent, les nouvelles relations d'objet lui servent de support aux intériorisations puis aux identifications à venir. Le besoin de multiplier les expériences témoigne de la nécessité de se dégager des objets primaires – du fait du pubertaire et de la proximité incestueuse – mais risque aussi de le déborder et de devenir une menace narcissique.

L'un des enjeux de l'adolescence serait donc de trouver un équilibre entre l'appétence objectale pour obtenir de nouvelles identifications, et la préservation narcissique pour conserver l'assise narcissique.

Les marques corporelles peuvent parfois témoigner de difficultés d'identification et de questionnements identitaires de l'adolescent, en lien avec une modification de son corps qu'il tente de s'approprier.

(8) La problématique du corps à l'adolescence

*« Le Moi est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface mais il est lui-même la projection d'une surface » S. Freud dans *le Moi et le Ça* [31].*

Tandis que dans la majorité des cas, le corps de l'enfant est silencieux, brutalement à l'adolescence, le corps fait du « bruit » et joue alors un rôle central. La poussée pulsionnelle de la puberté, ses transformations physiques et l'émergence de la sexualité nécessitent un travail psychique, pour que l'adolescent puisse s'approprier son nouveau corps sexué.

(a) Le pubertaire

Le processus psychique résultant des transformations physiques de la puberté est désigné sous le terme de « pubertaire ».

Selon **P. Gutton** : « la puberté est au corps ce que le pubertaire est à la psyché » [43].

C'est le miroir psychique des transformations corporelles.

La caractéristique du pubertaire est donc de délier « phallus » et « pénis », révélant ainsi la complémentarité des sexes. Le pubertaire pousse l'adolescent à chercher cet objet complémentaire. En premier lieu, il se tournera vers ses investissements infantiles, avant d'y renoncer et d'accéder à un travail d'élaboration secondaire objectale.

Ce phénomène psychique de la puberté rend compte du doute qui habite tout adolescent, celui du lien entre le « je » et son corps.

(b) L'incorporation et l'introjection

J. Laplanche et J.-B. Pontalis définissent **l'incorporation** comme un « *processus par lequel le sujet, sur un mode plus ou moins fantasmatique, fait pénétrer et garde l'objet à l'intérieur de son corps. L'incorporation constitue un but pulsionnel et un mode de relation d'objet caractéristique du stade oral* » [53].

L'objet n'est donc pas physiquement, mais psychiquement incorporé. Et en voulant garder l'objet à l'intérieur de son corps, le sujet vise à nier la perte d'objet.

La première expérience du fantasme d'incorporation concerne le fantasme de peau-commune engendré par la dyade bouche-sein. Ce n'est que plus tard que l'enfant pourra incorporer symboliquement l'ensemble de la mère. Il peut exister une réactivation de ce fantasme, notamment lorsque se rejoue la relation à la mère.

Si l'incorporation tente de nier la perte de l'objet, **l'introjection**, qui suppose la séparation avec l'objet externe, chercherait à l'élaborer.

L'incorporation fait référence explicitement aux limites corporelles (dedans/dehors), tandis que l'introjection peut se faire en référence, non pas de celles-ci, mais aux instances intrapsychiques (introjection dans le Moi, dans l'Idéal du Moi...).

L'introjection est un processus qui permet de faire cesser la dépendance avec l'objet, **créant un objet interne**. C'est mettre en soi des qualités, des éléments de l'objet. Elle est dans un rapport étroit avec l'identification, et la personnalité se constitue et se différencie par toute une série d'identifications.

M. Klein a décrit la nécessité d'un clivage entre « bon » et « mauvais » objets, permettant à l'enfant de garder en soi les « bons » objets d'amour et de projeter à l'extérieur les « mauvais » objets persécuteurs [49]. Ces « bons » et « mauvais » objets sont donc soumis au processus d'introjection et projection.

Pour B. Brusset, « *la notion d'introjection, antérieure à la théorie freudienne de l'identification, (...) est définie comme un processus comportant à la fois l'investissement objectal, c'est-à-dire l'investissement d'un objet dans la réalité extérieure, au moins comme référent, et une identification qui en est l'aspect narcissique en rapport avec la fonction du Moi* » [11].

(c) L'image du corps

Dans le registre symbolique, les transformations corporelles vont être source de fierté ou de sentiments d'imperfection et d'insuffisance. Elles vont réveiller les angoisses liées à l'organisation phallique et au conflit oedipien, puisqu'elles vont faire de l'adolescent un rival au parent de même sexe. En ce sens, les réactions de l'entourage et particulièrement des parents, vis-à-vis de l'aspect morphologique de l'adolescent peuvent jouer un rôle déterminant dans sa perception de lui-même.

Le corps peut être le support de représentations pour l'adolescent, d'un mode d'expression symbolique de ses conflits et des modes relationnels.

De plus, les remaniements de l'image du corps induisent ce que Kestemberg décrit comme: « *un bouleversement profond des investissements objectaux et des investissements narcissiques* » [48]. Et **l'investissement de soi** va se manifester préférentiellement **au niveau du corps**, soit par un intérêt exagéré à l'égard de celui-ci, de son esthétisation, de sa propreté, par des préoccupations plus spécifiques sur telle ou telle partie du corps, ce qui illustre la

présence de la dimension narcissique dans le fonctionnement mental à cet âge, soit à l'inverse, par un désintérêt apparent total à son égard.

Mais de manière plus archaïque, l'adolescent peut éprouver l'impression passagère que son corps lui est devenu étranger, en dehors de tout élément psychotique. La problématique des limites est source de fréquentes incertitudes concernant l' « image du corps » dont témoignent à divers degrés, les dysmorphophobies, les bouffées hypochondriaques aiguës ou les fréquents sentiments d'étrangeté. Le sentiment d'identité à l'adolescence se trouve lié à l'image du corps.

J. L. Venisse souligne ce lien en ces termes : « *l'image du corps en tant que produit de l'investissement de soi-même et d'autrui, a valeur de témoin de la permanence de soi, de référence du sentiment d'identité* » [107].

(d) Le corps

Les conduites centrées sur le corps mettent en question la définition d'un corps sexué : l'adolescent utilise son corps physique, ses besoins physiologiques (alimentation, sommeil), pour maintenir à distance la sexualité et les bouleversements qu'elle induit dans le corps. La rupture de l'équilibre entre les investissements objectaux et les investissements narcissiques, l'absence transitoire d'objets aux pulsions libidinales et agressives, **conduisent l'adolescent à prendre son propre corps comme objet, afin d'y diriger ses pulsions.**

Ainsi le corps, à l'adolescence, peut être considéré comme une sorte d'objet relais aux diverses pulsions libidinales et agressives, à mi-chemin entre l'objet externe et les objets fantasmatiques internes : lieu de projection de ces fantasmes.

Le paradoxe du corps à l'adolescence est d'être considéré encore comme un objet transitionnel, c'est-à-dire faisant à la fois partie du soi et du non-soi.

Si le corps adolescent est à la fois soi et non-soi, objet interne et objet externe, alors quelle place ont les marques corporelles qui sont dans la peau ?

P. Jeammet résume la place du corps dans la problématique de l'adolescence : « *le recours au corps est à l'adolescence un moyen privilégié d'expression. Le corps est en effet un repère*

fixe pour une personnalité qui se cherche et qui n'a qu'une image de soi encore flottante. Il est un point de rencontre entre le dedans et le dehors, marquant les limites (...) Le corps est une présence tout à la fois familière et étrangère : il est simultanément quelque chose qui vous appartient et quelque chose qui représente autrui et notamment les parents (...) Enfin le corps est un message adressé aux autres. Il signe généralement les rituels d'appartenance, notamment sous la forme de la mode ». [45]

(9) La fonction du groupe

Le groupe de pairs pour les adolescents joue un rôle d'intermédiaire dans les systèmes d'identification et d'identité, comme nous l'avons évoqué précédemment. Il constitue un relais de l'Idéal du Moi.

Le groupe est le lieu privilégié où se travaille **la question de l'identification** (aux pairs), mais aussi celle de la **différenciation**.

Selon F. Marty : « *Le moi-peau – ou les enveloppes que constituent les groupes – se développe sur le versant narcissique : le fantasme d'une peau originare se transforme en fantasme secondaire d'une peau invulnérable. L'issue de cette relation originare, fusionnelle, réside dans le passage par le fantasme d'auto-engendrement, générant initialement une régression narcissique groupale pour opérer, secondairement, une différenciation : de l'indifférenciation narcissique et groupale à la constitution d'un espace psychique, distingué de celui des autres* » [68].

Le groupe peut être aussi utilisé comme lieu d'externalisation, comme si le groupe n'était constitué que d'un seul individu où la distribution des parties du self se ferait sur chacun des membres. De la sorte le clivage, les angoisses de persécution, enfin tout ce qui pourrait résulter des conflits intrapsychiques seraient d'intensité moindre car répartis sur chacun.

Mais le groupe peut aussi avoir une fonction dans le champ psychopathologique en permettant aux adolescents de rendre réelle leur symptomatologie. C'est ce qu'explique Winnicott : « *dans un groupe d'adolescents les diverses tendances seront représentées par les membres du groupe les plus malades* » [104]. Sans la cohésion du groupe autour d'un symptôme d'un

de ses membres, le risque serait que chacun des membres commencent à sentir leur propre individualité, source d'insécurité.

La bande suscite chez l'adolescent une régression et favorise l'usage des mécanismes archaïques comme le clivage ou la projection.

A l'inverse, la relation avec l'ami(e), aussi retrouvée à cette période de la vie, suscite une relation spéculaire narcissique moins dispersée, avec surtout l'expérience de la réciprocité des affects. Le « premier amour » en serait l'exemple extrême par ce qu'il offre à la quête narcissique et à la conquête objectale.

Ainsi, ce qui est vécu à travers le « premier amour » regroupe et unifie les affects, alors que ce qui est vécu à travers la « bande » disperse et fragmente ces mêmes affects.

3. APPROCHE PSYCHOSOCIALE de l'ADOLESCENCE

Après avoir étudié l'évolution de la place de l'adolescent et sa construction psychodynamique, nous allons essayer de comprendre quels sont les enjeux psychosociaux de la période adolescente.

Le socle commun de ces enjeux et des marques corporelles semblent être dans la relation à soi et dans la relation aux autres. Partant de cette hypothèse, nous allons développer les notions d'identité, d'interaction par le regard et la dimension corporelle.

a) La problématique identitaire

Les mots « **identité** », « **identique** » et « **identification** » dérivent tous du latin *idem* : « le même ». Plus que les maîtres mots de l'adolescence, ils en sont les enjeux : faire un avec soi-même, devenir unique et être reconnu comme tel, ne pas être confondu avec ceux dont on est issu, ni se confondre avec ses pairs.

P. Tap nous rappelle [95] que **l'identité personnelle** est « ce qui me rend semblable à moi-même et différent des autres, ce par quoi je me sens exister en tant que personne et en tant »

que personnage social (rôle et fonction), ce par quoi je me définis et me connais, me sens accepté et reconnu comme tel par autrui, mes groupes et ma culture d'appartenance ».

L'identité est le sentiment par lequel l'individu se perçoit lui-même et reste identique dans le temps. La dimension temporelle de la connaissance de soi s'organise à partir du sentiment de continuité par l'appréhension et la maîtrise d'un horizon temporel.

La notion d'identité renvoie donc au fait d'être semblable à d'autres, mais aussi à ce qui est unique.

Dans le terme *individu* s'entremêlent deux entités : d'un côté **l'identité et le processus d'identification**, et de l'autre **l'individualité** avec le concept **d'individualisation** ou **d'individuation**, souvent rapprochées du travail de séparation.

L'individu doit être reconnu par un autre ou des autres comme singulier et comme différent d'eux-mêmes, mais il doit aussi être une construction personnelle conduisant à un sentiment d'être séparé et d'éprouver en soi ce sentiment de continuité d'existence.

C'est l'association de deux dimensions : différenciation sur le moment et similitude sur la durée, qui définit l'individu.

Ainsi, le concept de « sujet » est plutôt dans l'*instant*, celui de « personne » dans l'*éternité* et celui d' « individu » serait, et *dans le moment* et *dans la durée*.

Le besoin de lien social serait ce paradoxe où il existerait d'une part, le besoin d'individualisme et d'autre part, le besoin de liens à l'autre. Le sociologue François de Singly utilise l'expression redondante : « *individu individualisé* » [20]. L'individu serait individualisé dans la mesure où il n'hésite pas à rompre les liens qui lui sont imposés pour choisir des liens électifs. Il a le regard braqué sur une seule chose : sa liberté. Seul obstacle à cette liberté des liens : le lien avec l'enfant, qui devient le seul être humain capable d'avoir autorité sur cette liberté dans les liens.

Hormis ce lien, tous les autres sont assujettis à cette exigence de liberté, laquelle pour s'affirmer n'a d'autre solution que de produire du lien multiple.

Si, pour se reconnaître, l'individu s'appuie sur l'identification et la différenciation, il semble que l'individualisme, ou encore l' « *individu individualisé* », traduise une croyance sociale qui pousse à la rupture et à la consommation pour satisfaire ce besoin de différenciation exacerbé. L'adolescence est la cible désignée de ces enjeux.

Là où l'enfance se marquait par l'émergence d'une **individuation psychique**, l'adolescence correspond à une **individuation sociale**.

L'idéologie éducative prône l'autonomie comme une vertu cardinale.

« Soyez spontanés » : paradoxe d'une société contemporaine qui prône la spontanéité, en en gardant la maîtrise.

Culte de la performance avec l'illusion de la liberté : « Je t'ordonne d'être libre ! »

L'idéologie sociale désigne systématiquement tout comportement de dépendance comme négatif, si ce n'est franchement pathologique...

La société, par le biais des publicités, nous renvoie une image de l'identité où objet, corps et individu se confondent : être soi par l'objet de consommation ou par l'image du corps lui-même traité comme un objet.

Aujourd'hui, exister c'est être reconnu, ou plutôt recevoir l'onction du regard des autres. Être remarqué, c'est-à-dire marqué, démarqué, permet de faire tourner sur soi le regard. Se rendre populaires et désirables, exister au moins par l'apparence qui ne rend pas indifférent, deviennent des raisons majeures de vivre.

L'individu refuse de dépendre du regard d'un autre, mais dans le même temps, il semble animé par une nouvelle forme de reconnaissance : être vu pour échapper à l'indifférence, à l'anonymat.

Pour l'individu performant, l'objectif est d'attirer sur lui le regard des autres. Il faut se dépasser et surprendre. Mais au-delà du dépassement de soi, c'est fondamentalement le besoin de dépasser l'autre. L'individu, sans Dieu, ni Maître, ne peut se mesurer qu'à lui-même.

Mais la recherche du regard de l'autre sur soi peut se faire aussi par l'expression d'une revendication. Ce n'est plus l'admiration de la performance qui est regardée, mais l'effroi que suscite la revendication, par la fascination et la répulsion.

La revendication va jusqu'à la liberté de s'auto-façonner, de se faire un visage tel que l'individu l'a choisi et non pas tel qu'il l'a reçu à la naissance : **revendiquer jusqu'à son propre corps**.

Les adolescents les plus démunis n'ont souvent que leur corps comme objet de revendication.

L'adolescence, plus que les autres âges de la vie, se caractérise par le **flottement du sentiment de soi**. Il s'agit de dépasser les anciennes identifications de l'enfance. L'adolescent est en quête de soi.

L'identité suppose séparation, autonomie et affirmation. C'est en s'opposant à autrui que l'individu pourra accéder à la différence et acquérir la reconnaissance de soi et des autres, par soi et les autres.

La crainte de l'adolescent est celle de l'indifférenciation.

C'est justement ce qui interroge Daniel Marcelli : « *D'où nous vient ce fantasme qui en fait souffrir plus d'un, au premier rang desquels les adolescents qui manifestent bruyamment la souffrance liée à ce paradoxe où pour devenir soi il faudrait se couper des autres ?* » [65].

Comment être différent, tout en étant comme ses pairs ?

Que peut-on avoir de plus ou de moins qui nous distingue, sans nous exclure ?

Les marques corporelles peuvent-elles être une aide dans la quête identitaire adolescente ?

b) Le regard de l'autre sur soi

L'être humain est ainsi fait, que dès sa naissance, il cherche dans le regard de l'autre ce qu'il doit en penser.

Poser le regard sur quelqu'un, tout comme le détourner, a toujours une signification. La direction, la qualité, l'intensité du regard, seront perçus et ressentis par celui qui en est l'objet ou le non-objet. Le regard n'est jamais neutre.

Certaines personnes portent une plus grande importance au regard de l'autre, elles ont le sentiment que ce regard qui se pose sur elles, les fait exister.

Le regard partagé est certes une ouverture à autrui sur laquelle va se fonder la sociabilité humaine, mais c'est aussi une brèche en soi.

On préfère se définir à travers ce qu'on donne à voir de soi, car on le contrôle, un temps soit peu, plutôt que d'exposer ce qu'on pense et ressent.

Les adolescents sont particulièrement sensibles aux regards : ils se sentent abandonnés, oubliés, délaissés si on ne les regarde pas ou pas assez, selon eux. Mais ils se sentent tout aussi vite envahis, incommodés, pénétrés et dévoilés si on les regarde trop ou avec trop d'insistance. Leur sensibilité est exacerbée au regard d'autrui. Par son look, que Xavier Pommereau appelle « sa seconde peau », l'adolescent trouve un compromis entre sa crainte d'être « dévoilé » (le regard s'arrête en général sur la tenue ou sur un détail) et son besoin d'être regardé.

Les marques corporelles impliquent une volonté d'attirer le regard, dépendant du lieu d'inscription, qu'elles soient en permanence sous le regard des autres ou seulement de ceux dont on recherche la complicité. L'inscription cutanée peut permettre une maîtrise du regard de l'autre.

c) La dimension corporelle

A l'adolescence le corps change dans ses proportions, dans ses limites. Corps intime et corps public, il est également un support. La peau en constitue sa frontière entre l'intérieur et l'extérieur.

(1) Le corps adolescent

Le corps est investi par l'adolescent, mais dans l'ambivalence.

Aimé et détesté, il incarne un **moyen d'expression symbolique** par le look, les marques corporelles ou le style différencié du rapport au monde.

A la fois inéluctable racine identitaire, il effraie par ses changements.

Pendant un temps, l'adolescent va se replier sur son propre corps, qu'il va prendre comme objet à la fois d'amour et de haine. Ainsi, il peut rester des heures enfermé dans la salle de bain familiale pour « bichonner sa peau et son corps » ou, au contraire, pour l'attaquer en excoriant une acné par exemple.

Les changements corporels et psychiques de cette période sont accompagnés d'affects nombreux et variés à l'origine d'une insécurité narcissique alimentée par la moindre imperfection du visage ou du corps.

Et lorsque l'adolescent s'attaque à sa chair, c'est une façon d'attaquer l'étranger en lui, étranger dans lequel peut tenter de prendre forme une imago parentale sexuée (S. Consoli, *d'une peau à l'autre*) [16].

L'enjeu pour l'adolescent est de pouvoir **faire sien ce corps potentiellement étranger**, se le représenter dans sa sexualité et dans ses limites. Le corps fournit les contours de l'identité et donne le sentiment d'être soi.

L'adolescent doit se réapproprier ce corps dont la forme et les fonctions lui sont aussi étrangères que le corps l'était pour le nouveau-né. S'approprier son corps pourrait correspondre à le mettre en action.

Prendre le contrôle sur ce corps qui se transforme, indépendamment de sa propre évolution psychique, être bien dans ce corps qui nous est imposé, sont dorénavant des exigences transmises par les aînés.

Mais il peut exister une certaine dysharmonie dans le développement à cette période, augmentant le décalage entre corps et psyché. L'évolution n'étant pas synchrone dans les différents domaines, le développement physique pubertaire peut être associé à un retard affectif, de même que ce dernier peut être associé à une précocité intellectuelle.

Le corps adolescent est aussi un corps social. Dans le domaine physiologique (taille, âge d'apparition des signes sexuels secondaires...) il existe de grandes disparités à l'adolescence, alors même que la pression sociale normative est particulièrement forte pour l'individu. L'adolescent ne cesse de s'interroger pour savoir « si c'est normal », « ce qu'en pensent les autres ». Cette pression de l'environnement, en particulier du groupe des pairs, conduit l'adolescent à **utiliser son corps comme support d'un discours social**, dont le but est à la fois de se différencier d'autrui (surtout de ses aînés, de ses parents) et de chercher une ressemblance rassurante avec les autres (principalement ses pairs).

Les changements de cette période sont une véritable **métamorphose**. Et ce n'est pas un hasard si les adolescents sont particulièrement attirés par les fictions de transformations, c'est

une manière de s'amuser ensemble de ces expériences pour conjurer leurs angoisses. L'adolescent va devoir habiter ce nouveau corps presque inconnu, étrange et étranger à la fois, pour s'accorder avec cette nouvelle personne qu'il devient. La question identitaire reste sans réponse et il entrevoit que c'est lui qui devra trouver *sa* réponse.

Ce phénomène de métamorphose ne se limite pas au corps, mais atteint aussi son sentiment d'identité.

De même que tous les individus de nos sociétés dites occidentales, les adolescents considèrent que leur corps et leurs pensées leur appartiennent, qu'ils en ont l'exclusive propriété.

Il s'agit de trouver dans le corps une vérité sur soi.

→ Une des caractéristiques de l'adolescent est de **se servir** du corps comme mode d'expression de ses difficultés, mais aussi comme mode de relation aux autres.

(2) Une frontière, un support d'expression

Ce qui sert de limite à l'adolescent n'est pas uniquement constitué de la peau, mais aussi de son territoire, de son espace personnel dans lequel il évolue. La sexualisation des liens rend insupportable la « proximité » avec les parents. Sa chambre se transforme en camp retranché, l'adolescent s'y barricade, quitte à se faire un rempart de bruit avec sa musique, pour affirmer son identité propre et ne pas se confondre avec sa famille.

Sa chambre devient le cocon où s'opère la métamorphose, et il la transforme à son image : un havre de paix plein de fureur et de désordre. Les murs en constituent la peau, une peau dont il a le contrôle, et où il y placarde des posters et des affiches qui frappent par leur caractère plus ou moins morbide ou provocant. Mais ces murs ne sont que l'écran sur lequel il projette ses angoisses alliant l'amour et la haine. Les réactions parentales témoignent des différences que l'adolescent affirme. Cet espace, à la fois **personnel et extérieur à lui**, constitue un *sujet* d'affrontement, une *zone* d'affrontement, avec ses parents. Le désordre qui est règne est le reflet du tumulte intérieur qui l'habite.

Pour l'adolescent en quête d'identité, toute surface d'affrontement est bonne à prendre : sa propre peau, celle des murs à taguer, celles des espaces à vandaliser, celles des règles et des lois à transgresser pour laisser son empreinte, son sillage, sa marque.

Le corps est utilisé comme un support d'expression.

L'uniforme, des écoliers d'une autre époque, a quitté les établissements scolaires. Mais que penser de ces vêtements dont la marque est exposée pour être vue de tous, dont les adolescents sont si friands ? Du même modèle de sac que tous les collégiens et lycéens portent sur leur dos, qu'ils vont différencier par la couleur, ou la décoration qu'ils y auront rajoutée ? N'est-ce pas de l'uniforme ?

Une différence fondamentale distingue néanmoins ces deux uniformes : l'un était imposé par le règlement, la loi, les adultes, tandis que l'autre est imposé, revendiqué, par les adolescents eux-mêmes. Les principaux juges de « l'uniforme conforme moderne » sont les pairs. D'une façon plus globale, c'est le look (vêtements, accessoires, coiffures, etc.) qui constitue l'uniforme, cette seconde peau collective, semblable à chacun du groupe d'appartenance.

Leur look permet de les distinguer du monde des adultes et du monde des enfants. Ils existent en tant qu'adolescents dans le regard des autres générations, ils leur restent à se distinguer entre eux, à se singulariser pour exister en tant qu'individu dans le groupe adolescent, la « planète ado » comme le nomme Xavier Pommereau [79].

Mais à l'heure où les adultes veulent se montrer jeunes et « branchés », une compétition de look oblige les adolescents à en faire davantage pour produire de l'écart, de la différence. Ils s'emploient à aller toujours plus loin dans la provocation et les dépenses, une manière de tester les limites.

On est habitué à distinguer le paraître de l'être, comme on distingue la surface de la profondeur, le superficiel du profond.

L'apparence est donc cet au-delà de quoi il faut aller pour accéder au réellement réel, à l'être. Mais il semble que rien, de ce qu'abrite l'intériorité, ne finisse à plus ou moins long terme, par se manifester extérieurement.

La surface n'est pas toujours ce qui cache la profondeur, mais souvent le lieu où elle s'exprime.

Les tatouages et les piercings sont à la surface de ce corps, témoignent-ils d'éléments intérieurs enfouis dans la profondeur de l'être ?

(3) *La peau*

L'adolescent est ambivalent à l'égard du contact de l'autre sur sa peau, à l'égard du toucher. Il se met à l'écart de ses parents voire fuit leur contact, comme s'il voulait se protéger de toute intrusion possible de l'autre, comme s'il était perméable par les pores de sa peau, à l'intrusion psychique de l'autre.

La peau est une instance de maintenance du psychisme.

Elle représente l'enveloppe narcissique par excellence, et signe la distinction entre soi et l'autre, entre le corps propre du sujet et son espace environnant.

Elle exerce aussi une fonction de contenance, d'amortissement des tensions venant du *dehors* comme du *dedans*. Comme instance frontière, elle protège des agressions extérieures et des tensions internes. C'est une frontière ténue, élastique, souple et modulable à la fois, qui sépare deux mondes : un monde extérieur visible, exposé, bruyant, et un monde intérieur, invisible, caché, silencieux, reflétant l'identité propre du sujet.

Mise à l'épreuve, c'est la solidité de sa fonction contenante qui est éprouvée.

« Je suis mal dans ma peau » disent les adolescents. Cette peau qui enveloppe, qui contient, mais aussi qui enserre. Le corps, en pleine métamorphose, s'y trouve parfois à l'étroit. Le remaniement de sa surface est une manière de faire « peau neuve », pour mieux s'y retrouver.

→ Il s'agit pour l'adolescent d'exister, toute à la fois identique et différent des autres. Cette quête identitaire passe par l'interaction avec les autres (l'apparence physique et corporelle) mais aussi par l'interaction entre son corps propre et son psychisme propre (recherche de limites contenant). Entre soi et l'autre, il y a la peau, qui constitue la surface d'interaction.

La peau de l'adolescent est dotée de multiple fonctions, qu'est-ce qui le motive pour y ajouter des tatouages ou des piercings ?

C. Place du tatouage-piercing chez les adolescents

Maintenant que les enjeux de la période adolescente ont été mises en évidence, nous allons voir quelle peut être la place des tatouages et des piercings dans ce processus et ce qu'ils impliquent d'une manière générale.

1. La peau, une interface

La peau de l'adolescent remplit de plus en plus mal sa mission qui devrait être de le protéger du monde extérieur et de contenir le monde intérieur. Elle a à la fois une **fonction de contenance et de frontière**.

Comme le look, l'inscription corporelle apposée au corps est un mode de stigmatisation du conflit parent-enfant. « Je ne te dis pas, je te fais savoir par ce que je te montre » serait le message transmis par l'intermédiaire de la marque.

La peau constitue une enveloppe et cette enveloppe fermée comporte des orifices permettant la communication entre le *dedans* et le *dehors*, essentiels à la vie organique et relationnelle. **Les piercings** concernent essentiellement le pourtour des orifices naturels, comme s'il s'agissait de boucher ses orifices. Portes ouvertes entre le dehors et soi, le piercing serait une sorte de serrure vis-à-vis de l'extérieur, pour se protéger de ce qui pourrait être vécu comme persécuteur ou intrusif (dans un registre imaginaire).

Tout atteinte volontaire de la peau est une tentative de maintenir les limites du corps et du Moi, de rétablir le sentiment d'être intact et cohésif.

Pour D. Le Breton , « *les marques corporelles sont des butées identitaires, des manières d'inscrire des limites à même la peau, et non plus seulement dans la métaphore* » [57] , une butée qui fait office de contenant.

L'enveloppe corporelle est à l'interface de l'intérieur et de l'extérieur. C'est un écran de projection translucide captant de chaque côté de sa surface, le double faisceau de l'intériorité (représentation du corps) et de l'extériorité (la pression sociale, la norme, le rite, la mode).

« *Le **tatouage** peut correspondre à un besoin, une nécessité de venir matérialiser cette barrière symbolique que joue la peau* » (Y. Fuseau) [34].

Le tatoué peut chercher ainsi à réparer une enveloppe insuffisante ou inadéquate, ou une frontière incertaine.

Lieu transitionnel entre la mère, le sujet et la réalité, la peau participe à la réalité intérieure et à celle du monde extérieur. La peau tatouée est plus proche d'un objet. En effet, le tatouage provient de l'extérieur, mais il est en même temps possédé par le sujet qui l'intègre à son vécu corporel, sans pour autant en faire un vrai objet interne.

L'inscription cutanée peut valoir comme symbolisation d'objets internes non-introjectés, projetés sur la peau pour les rendre réels et visibles, tout en restant en soi.

La peau est un écran de projection. Une identité rêvée peut y être projetée, comme dans le tatouage ou le piercing, ou bien une identité insupportable dont on voudrait se défaire, comme dans la pratique de blessures auto-infligées par exemple.

On peut se demander si certains tatouages ou piercings n'ont pas la même signification, la même fonction symbolique, que les blessures auto-infligées. Ne jouent-ils pas le rôle, par les tentatives de reconstitution du lien intérieur-extérieur, d'une restauration provisoire de l'enveloppe narcissique ? Ces questions se posent d'autant plus, que les tatouages ou les piercings sont nombreux sur la peau : formes répétées d'un besoin de réassurance, de contenance, que seul le corps peut procurer ?

2. Le corps

« Le corps incarne donc l'entre-deux, un soi déjà ailleurs dans le monde et un monde déjà en soi » (D. Le Breton) [60].

Le piercing à la langue tient parfois le rôle de gardien d'une intimité de plus en plus menacée par l'envahissement de l'autre, l'intrusion fantasmatique de l'autre.

Le tatouage et le piercing se réfèrent à une histoire individuelle, voire à celle d'un petit groupe de pairs. Sa pratique met une distance avec des parents ressentis comme trop proches. Au-delà de la question de la sexualisation des liens, c'est la lutte contre la dépendance parentale qui est recherchée. Cependant, l'investissement dans le groupe révèle le besoin d'attaches de l'adolescent, qu'il déplace vers ses pairs.

Faudrait-il se parer pour « sé-parer » ?

Les jeunes disent souvent, après un tatouage ou un piercing, qu'ils se sont « réappropriés » leur corps, ce qui atteste bien de la nécessité chez eux d'un détour symbolique, pour accéder au sentiment d'être soi. Certaines personnes iront jusqu'à dire qu'elles éprouvent pour la première fois de leur existence, le sentiment que leur corps est enfin « complet ».

L'inscription donne aussi une valeur au corps, en le transformant en « une belle chose ».

Le tatouage est une manière de prendre le corps au lieu de la parole pour dire au monde son refus ou affirmer sa différence.

Tatouages et piercings ont une fonction de décoration, de mise en scène ludique de soi, d'érotisation du corps, de séduction, à l'âge où l'adolescent découvre sa sexualité. Ce qui ne veut pas dire qu'une minorité ne soit pas dans une logique de reconstruction de soi, de réappropriation d'un corps qui lui échappe.

Les marques corporelles sont à l'interface de l'objet et du soi, du sexuel et du narcissique.

Il n'est plus question de se contenter du corps que l'on a, mais d'en modifier les assises pour le compléter ou le rendre conforme à l'idée que l'on s'en fait. Il faut y ajouter sa marque propre pour en prendre possession.

« *Là où il perd son corps, il le perce, il le mutile, il le coupe* » nous dit Didier Luru [56], « il l'encre » pourrait-on rajouter.

Ces inscriptions ne sont pas vues de la même manière en fonction du regard qui se pose sur elles : marques inscrites *sur* le corps au regard de l'autre, mais vécues *dans* le corps, au regard du pratiquant. L'individu tatoué évoquera le dessin qu'il a *dans* la peau, l'observateur ne voyant que le motif gravé *sur* la peau. De même, le sujet percé parlera de l'incorporation, de l'intégration de son bijou dans sa chair.

Le tatouage se donne à voir, il s'expose au regard. En se détachant comme figure sur la surface du corps, le sujet tatoué met en évidence sa nudité tout en la masquant.

Peut-on être totalement nu, quand un tatouage recouvre une partie de notre corps ?

Tandis que la société donne à la présentation physique une valeur essentiellement sociale, basée sur le/la mode du *paraître*, l'individu porteur de marques corporelles, se pense essentiellement sur le mode de l'*être*.

Lors des conventions, les corps s'exhibent, s'affichent comme des lieux d'exposition et s'effacent devant l'œuvre.

3. L'agir corporel

Ce qui est mis en acte, n'est pas dit, n'est pas parlé. « *Les capacités d'élaboration à l'adolescence dépendent des capacités qui existaient à l'enfance* » [17], nous rappelle Maurice Corcos. Mais si l'adolescent s'exprime par son corps, c'est faute de pouvoir trouver les mots adéquats pour exprimer ses émotions ou ses éprouvés dont beaucoup sont inédits.

D'autre part, il existe une tendance à l'externalisation des conflits, c'est-à-dire à transposer dans le milieu extérieur des difficultés internes, comme pour les éviter.

L'adolescent ne supporte pas la passivité, l'inertie, la soumission, et il nous le fait savoir lorsqu'il utilise l'une de ses expressions favorites : « Je maîtrise ! ».

Le surinvestissement de l'agir corporel peut révéler l'existence de conflits et de traumatismes anciens, qui n'ont trouvé que la voie du corps pour s'exprimer. La sphère psychique est inaccessible, « *alors les solutions par l'agir (...) renvoient à une faille dans la capacité de symbolisation, donc dans l'aptitude à élaborer mentalement l'impact de certains vécus conflictuels* », comme l'explique J. Mac Dougall [71].

Que ce soit une pratique sportive intensive ou des actes de violence, dans les deux cas ils permettent de décharger la tension psychique, en palliant la défaillance des fonctions du Moi. Le Moi alors régresse, pour investir les systèmes sensori-moteurs et perceptifs. Ces systèmes joueraient le rôle de pare-excitations, afin de lutter contre l'angoisse. Là encore, le corps est mis à l'épreuve, et son enveloppe (musculaire pour le sportif) est mise à contribution comme contenant.

Il s'agit pour K. Duclos, « *de la réduction des excitations par le recours à la motricité, à la perception, en faisant appel à une « réalité brute » proche de la réalité opératoire dans son aspect factuel et dans son dépouillement symbolique* » [24].

Le déplacement des résolutions conflictuelles de la sphère psychique à la sphère somatique témoigne peut-être d'un défaut de construction, lors des relations précoces mère/enfant, d'un système de pare-excitations insuffisamment solide et contenant. Le recours à la mise à l'épreuve des enveloppes corporelles a une visée de réassurance identitaire et narcissique.

Comme le *bodybuilder* ou l'adolescent qui inscrit sur sa peau des marques corporelles, le sportif de haut niveau éprouve le besoin de se sentir habiter son corps, pour se sentir exister, comme si l'insuffisance de constitution d'enveloppes psychiques protectrices du Moi le conduisait à la quête d'enveloppes corporelles sur un mode plus archaïque. Cette enveloppe corporelle l'empêche d'éclater, de perdre la cohésion de soi, de ne plus avoir d'identité.

Si la marque est adressée à soi, alors le sujet se trouve plus dans une problématique de réappropriation du corps, des limites, d'un contenant. Un besoin de se sentir exister, car il en doute. Un besoin de marquer le temps, de marquer une étape de sa vie, à même la peau.

Si la marque est adressée à l'autre, elle peut l'être à ses pairs ou à l'autorité (parents, société). Dans le premier cas, le questionnement identitaire est au cœur de la revendication. Dans le second cas, le sujet interroge la différenciation générationnelle, il revendique son indépendance – à défaut de penser, au moins d'agir – à l'égard de ses parents, de la société.

De même, il existe les marques en lien avec la parure, l'ornement, l'esthétique, et qui font suite à une réflexion. La réalisation se fait quasiment exclusivement par un professionnel, et dans la salle d'attente patiente un(e) ami(e), dépêché(e) pour l'occasion.

Mais les marques peuvent être motivées essentiellement par sa réalisation et sa symbolique, que par l'effet rendu. La décision est plus rapide, et même si le tatouage ou le piercing n'est pas fait immédiatement, l'ambivalence n'est pas de mise. C'est comme une évidence, un besoin vital.

Qui agit sur le corps ?

Contrairement aux blessures auto-infligées, où le sujet lui-même est acteur de la trace, le tatouage et le piercing nécessitent le plus souvent un tiers, ami ou professionnel, qui agit sur

le corps pour laisser la marque. Association de soumission et de confiance à l'égard de cet autre, auquel le sujet confie son corps, pour un geste qui créera un *avant* et un *après*.

4. Recherche de sensation

D. Marcelli [65] décrit la sensation comme : « *une trace inscrite dans le corps, elle dépend de l'activité de l'individu, commence quand il le décide, s'achève avec l'action* ».

L'adolescent manque souvent de structures psychiques pour contenir les nouvelles expériences de ses émotions et de ses sensations. Soit il clive « ressentis et pensées », ce qui empêche la mise en mots de ses ressentis, soit il développe une mentalisation excessive qui sera alors déconnectée du vécu physique.

Dans un corps en pleine transformation, peuvent surgir des affects puissants, des angoisses.

A. Ferrari explique que pour pouvoir mettre du sens sur ces sensations physiques qui lui échappent, l'adolescent peut se retrouver confronté à : ne pas *pouvoir* penser ses ressentis et/ou ne pas *vouloir* penser ses ressentis [28].

Le risque de relier le ressenti à la pensée serait la douleur psychique. Si, néanmoins cette douleur psychique menaçait d'apparaître, l'individu essaierait de la contrôler en lui donnant une forme physique, corporelle.

Pour ne pas trop investir les émotions et les sentiments, qu'impliquent les choix relationnels, l'adolescent recourt volontiers à la recherche de sensation.

La recherche de sensation peut se faire par des sports à hauts risques, les consommations de produits (alcool, cannabis, ecstasy, etc.), les prises de risque lors de la conduite de véhicules motorisés (vitesse, mise en danger de soi et des autres).

Ces sensations ne dépendent de personne car l'individu décide de ses actes. Il a la conviction de garder le contrôle, de pouvoir arrêter quand il le voudra.

La réalisation de tatouages ou de piercings procure aussi des sensations nouvelles.

Tandis que l'**émotion** fait prendre conscience de sa dépendance à l'autre, la **sensation** donne au contraire, une conviction de singularité, de maîtrise, d'autonomie et de différenciation. La

recherche de sensations fortes est aussi une manière de faire taire la peur de l'inconnu, la nostalgie du port d'attache et les émotions qui s'y rapportent.

Contrôler et maîtriser les émotions comme on le fait des sensations devient un objectif majeur.

Le contact brut avec le monde, par la mise en action du corps, se substitue au contact feutré que procurait le champ symbolique. Éprouver les limites de ce corps en mutation est une manière de mieux le connaître, de mieux s'en rendre maître, mais aussi de se sentir exister comme nous le rappelle D. Le Breton : « *exister ne suffit plus, il faut se sentir exister* » [61].

Toute recherche de sensation évite la confrontation aux émotions et donne l'impression de maîtrise. Les marques cutanées ont cette fonction, au même titre que les consommations de produits, les conduites à risque...

Quelques équipes ont recherché spécifiquement des liens entre les marques corporelles et la recherche de sensations.

En 2003, une étude a été menée par J. Roberti [86], au sud des Etats-Unis, dans une population scolarisée d'une moyenne d'âge de 20 ans. Il a été comparé dans cet échantillon de 281 personnes, les pratiques de tatouage et de piercing et les comportements en liens avec une recherche de sensations (Sensation Seeking Scale de Zuckerman), d'impulsivité (sous-échelle du Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire) ou d'un stress psychologique.

Il a été mis en évidence que les hommes tatoués et percés ont un score à l'échelle de recherche de sensation plus élevé que les femmes, tandis que les femmes tatouées et percées ont un score sur l'échelle d'impulsivité plus élevé que les hommes.

Le sexe masculin et la recherche de sensations sont prédictifs du nombre de tatouages, mais pas du nombre de piercings.

Les hommes ont un score significativement supérieur à l'échelle de la *recherche de sensations*, surtout sur les critères de *désinhibition* et de *recherche de danger et d'aventures*.

Les femmes, qui avaient plusieurs piercings ou dont l'âge de réalisation du piercing était précoce, étaient en quête d'expérimentation et d'excitation.

Ces marques corporelles sont motivées essentiellement par la recherche de stimulations externes ou d'excitations.

En 2005, l'étude allemande dirigée par A. Stirn *et al.* [94], a mis en évidence que la recherche de sensations était significativement plus importante pour les personnes présentant des marques corporelles et dont l'âge était compris entre 14 et 24 ans. L'hypothèse évoquée était que nos civilisations occidentales manquent de « défis physiques », et donc que les modifications corporelles combleraient ce manque.

La recherche de sensation n'est pas étrangère à la réalisation des marques corporelles, surtout dans la population des adolescents et des jeunes adultes.

5. La douleur

La douleur incarne un « déjà-là » de la mort. Cette mort, que nos sociétés dénie, devient une puissance d'attraction, un lieu de fascination et de transgression, pour s'emparer des parcelles de sacré qu'elle recèle.

Il peut paraître surprenant, que dans nos sociétés soucieuses de supprimer toute douleur, il existe un tel engouement pour les marques corporelles, dont la pratique ne peut être dissociée de la douleur, du sang, de la pénétration de la peau, jusqu'à la soumission entière à un autre, effectuant sur soi le tatouage ou le piercing.

Mais la douleur est également une limite, une butée pour retrouver chair dans son existence, éprouver encore le fait de vivre. Et la marque cutanée, même si elle répond à une souffrance, est aussi une affirmation de vie.

La fonction symbolique de la douleur est de purifier le sujet de ses « humeurs » néfastes.

Dans les pratiques contemporaines, la douleur est considérée comme un instrument de **métamorphose de soi**.

David Le Breton rapporte le témoignage d'une étudiante : « *Je suis marquée et j'ai dû souffrir pour l'avoir. Si on m'avait posé un tatouage sans la douleur je ne suis pas sûre que je l'apprécierais autant que maintenant. S'il devait tomber du ciel, comme ça, il n'aurait aucun intérêt* » [57]. La douleur, qu'engendre la marque corporelle, est alors sublimée.

Certains regrettent de ne pas avoir assez souffert au regard de l'importance du moment. La douleur est une épreuve, la surmonter permet de trouver sa récompense dans l'inscription cutanée et d'attester de sa valeur personnelle. *No pain, no gain*, disent les adeptes des modifications corporelles.

Pour une part mineure de la clientèle des modifications corporelles, la douleur est un inconvénient à subir. L'acte en soi ne signifie rien, seul compte le résultat.

La douleur est investie comme une mémoire vive du moment où se réalise enfin l'action tant désirée. Aux yeux du professionnel, l'initié veut se montrer digne, courageux, résistant, et qu'il mérite la distinction qui ornera bientôt son corps.

La douleur alimente le sentiment d'être vivant, réel, et elle rétablit les frontières de soi.

La cénesthésie est identique à un principe vital, sentiment du corps, sur lequel s'élaborent le psychisme et plus précisément la personnalité.

C'est parfois en contrôlant la douleur, que le sujet lutte contre une souffrance infiniment plus lourde.

La souffrance physique n'est pas liée à l'importance d'une lésion, mais à la façon dont elle est vécue par l'individu. Il est constaté qu'elle peut être supprimée par le contrôle personnel.

Tous les sentiments de faim, de soif, de douleur, ne sont que des façons confuses de penser, qui proviennent du mélange de l'esprit avec le corps.

Avoir un corps douloureux, c'est avoir un corps qui rappelle ses limites.

La douleur des marques corporelles fait partie de sa réalisation. Elle est valorisée, parfois sublimée et elle renforce le sentiment d'exister.

Peut-être faut-il pour certains naître et renaître dans la douleur, pour être accueilli par ses pairs ?

6. Un « pseudo-rite » ou acte de passage

Le tatouage et le piercing font aujourd'hui figure de pseudo-rite de passage, au même titre que certaines pratiques de consommation (tabac, alcool, cannabis) présentes dès le collège. Ces rites rappellent d'ailleurs les rites initiatiques propres aux sociétés traditionnelles. Pour X. Pommereau, ils en partagent certains traits : rupture avec le passé, inscription d'un nouvel état signifiant un affranchissement, aptitude à faire face à une épreuve violente ; mais ils s'en distinguent par la nature même de l'intégration qu'ils symbolisent [80].

Les pratiques rituelles des sociétés tribales sont déterminées et codifiées par les ancêtres, pour transmettre les croyances et les valeurs du groupe, pour inscrire leur appartenance et les intégrer comme membres actifs de la communauté. En d'autres termes, les rites de passages sont institutionnalisés, reconnus socialement, mais aussi, nécessaires. Ne pas être marqué, c'est être sans identité. La nudité renvoie trop à l'état de nature, et dans ces sociétés, la marque fait symboliquement accéder l'homme à la culture.

Ils répètent des formes ancestrales inscrites dans une filiation. Les marques corporelles traditionnelles sont alors une manière d'emblée efficace d'inscrire une mémoire du changement dans la chair.

Pour D. Le Breton [57], « *le membre d'une société traditionnelle proclame son affiliation au sein d'une totalité symbolique à laquelle il ne saurait se soustraire sans perdre son identité [...] les marques ne sont jamais une fin en soi » ». La place de l'identité et son moyen d'accéder à ce statut sont bien différents pour les individus des sociétés traditionnelles et les individus des sociétés contemporaines.*

Dans nos sociétés, ce n'est pas la valeur symbolique qui prime, mais la dimension esthétique. Et si valeur symbolique il y a, elle est propre à chacun, parce que l'individu l'a inventée ou empruntée à une autre culture. De la sorte, il doit sans cesse en expliquer aux autres la signification, même à ceux qui lui sont le plus proche.

Certains utilisent les marques corporelles comme un lien indéfectible dans un groupe, qui renforcent le sentiment d'appartenance et de solidarité. Chacun a le sentiment de ne plus faire qu'un avec le groupe. La souffrance est le prix à payer pour se montrer à la hauteur des

exigences groupales et pour authentifier la valeur de la décision commune. C'est une forme mineure de rite d'intronisation à l'usage d'un groupe particulier.

Pour les adolescents d'aujourd'hui, leurs pratiques sont des conduites privées, qui possèdent une valeur transgressive (même si le phénomène culturel, les rend moins violentes), et visent une intégration transgénérationnelle. Ce besoin d'autodétermination conteste indirectement la transmission parentale.

Ce qui est mis en avant est d'abord sa visée d'individualisation et d'esthétisation. De nos jours, « marquer son corps » est un acte individuel, volontaire, et qui plus est, marchand.

Le tatouage et le piercing ne créent en aucun cas l'appartenance à une tribu, à un groupe fermé, mais donnent plutôt le sentiment de ne pas être trop éloignés les uns des autres, de se rattacher à une communauté informelle. Ils procurent un segment commun d'existence, permettant l'échange autour d'une démarche valorisée.

Que ce soit dans la société traditionnelle ou dans la société occidentale, une affectivité commune est retrouvée ensuite entre pairs ayant passé la même épreuve, à travers le rappel des anecdotes et des émotions qu'ils peuvent partager.

Pour certains, le tatoueur ou le pierceur est considéré comme le *porteur* vers un univers désiré, il est idéalisé. Même si la relation est brève et sans lendemain, le professionnel est vécu comme un *initiateur*. Il est celui qui a ouvert la porte sur une autre dimension du réel.

Mais la réalisation d'une marque corporelle affichée au regard de l'autre, est une affirmation de son courage, de sa détermination. Et là encore, **l'acte renforce l'estime de soi, à travers le regard d'autrui.**

En ce sens, étant aux antipodes du statut culturel des marques dans les sociétés traditionnelles, les inscriptions cutanées de nos sociétés ne sont ni un passage à l'acte, ni un rite de passage, mais plutôt : un « **pseudo-rite** » **de passage**, un **acte de passage** ou un **passage par l'acte**.

Et un point essentiel que le **rituel** puisse avoir avec **l'inscription corporelle** est que, tous deux **marquent à l'extérieur**, dans le social, la reconnaissance des **transformations à l'intérieur**.

7. Temporalité et Mémoire

« *Le signe est mémoire, il est une manière d'écrire dans la chair les moments-clés de l'existence* » Catherine Grogard [38].

Dans les sociétés dites traditionnelles, l'individu n'est rien s'il ne s'inscrit pas dans le groupe en se soumettant à ses codes et à ses pratiques. La marge de liberté de chacun est réduite.

Comme le souligne N. Saunier : « *Le tatouage est, par nature même, le premier procédé et le plus efficace pour garder sur soi, en soi, le temps qui passe. L'histoire est fixée profondément dans la peau* » [88].

Notre société de « l'abondance » met l'accent sur le présent et sur l'individu. Il faut réagir en temps réel, à l'instant, dans l'immédiateté. Pour l'adolescent en particulier, l'urgence est son avenir et l'instantanéité son mode d'être.

Il est demandé tout à la fois : d'anticiper, d'improviser, d'innover, de réagir, de planifier tout en étant spontané, se laisser surprendre sans se laisser « dérouter ».

Le tatouage permet de garder en mémoire – mémoire visuelle – un moment de la vie, du franchissement personnel d'un passage, à jamais gravé dans la peau, pour obtenir une certaine continuité de soi. C'est aussi une manière de créer, dans nos sociétés, « *la permanence pour s'opposer à l'influence grandissante du transitoire* » (C. Grogard) [40].

La marque corporelle est une marque du temps. Elle crée ou modifie le rapport au temps. Elle possède sa temporalité propre, qui se décline en trois phases : la prise de décision et le choix, le passage à l'acte, et la période de soins (durée nécessaire à l'incorporation). Mais elle s'inscrit aussi dans la temporalité sur une autre échelle : elle symbolise souvent un entre-deux, un avant et un après. Elle donne un début et assure une continuité de la personne. Elle peut être le témoin d'une rupture, d'une évolution, voire d'un changement radical dans la vie.

La trace est à la fois un lien entre soi et une situation, ou une personne, ou un acte, mais elle signe aussi le refus d'oublier. Paradoxalement, le tatouage aurait pour fonction de permettre l'oubli. Ce serait une situation assez proche de celle qu'évoque Platon dans *Phèdre* [78], en ce qui concerne l'écriture. Ainsi, à Theuth qui lui apporte les lettres qu'il vient juste d'inventer

comme « médecine pour la mémoire », le roi Thamus répond : « *Tu as dit exactement le contraire de ce qu'elles font en réalité. Elles provoquent l'oubli chez ceux qui les auront apprises, car ils ne prendront plus soin de leur mémoire et, faisant confiance à l'écriture, ils se souviendront des choses par des signes extérieurs et étrangers, et non de l'intérieur* ».

Lorsque le sujet rappelle les circonstances de son inscription, la mémoire est précise et chargée d'affectivité.

L'acte de se tatouer est souvent associé à une renaissance, à un **fantasme d'auto-engendrement**. Ce fantasme est particulièrement actif au moment de l'adolescence. L'individu serait son propre géniteur psychique – à défaut d'être son propre géniteur somatique.

C'est ce qui est retrouvé dans les : « De toute façon, je n'ai pas demandé de naître.. » adressés aux parents et auxquels peuvent faire suite : « A défaut d'avoir choisi de vivre, je décide de mourir, puisque ma vie m'appartient », retrouvés chez de nombreux adolescents suicidaires. Une autre manière d'affirmer ce fantasme d'auto-engendrement prend le corps comme objet. La marque des géniteurs réside dans le corps de tout un chacun. Il s'agit donc de s'accommoder de ce corps. Or le discours social prône l'inverse : le corps est une propriété singulière qui appartient exclusivement à l'individu. En ce sens, les marquages corporels (tatouages, piercings, etc.) sont, à un degré plus ou moins important, l'expression d'un désir d'auto-engendrement, largement cautionné par la société.

La première réalisation de marques corporelles, se fait le plus fréquemment au moment de l'adolescence, ou juste après, dans des périodes de doutes. Elles sont une aide, une béquille sur laquelle s'appuie le sujet pour avancer, reprendre confiance en lui. Le sujet décide, à un moment donné, de soumettre son corps à un sceau, qui marque son identité, le lien entre l'esprit et le corps. C'est rappeler qu'à jamais, ce corps lui appartient. Il est *lui*, avec ce *plus* que personne d'autre que lui, a choisi d'y ajouter.

La peau est utilisée comme un parchemin de la mémoire. Le regard que le sujet porte sur son tatouage, ou le piercing qu'il ressent dans sa chair, est comme un ancrage de l'épreuve surmontée. Cet ancrage (encrage pour certains) peut devenir inconscient au fil du temps. Malgré l'apparition du détatouage au laser, peu nombreux sont ceux qui choisissent d'ôter leur tatouage, qu'ils trouvent parfois disgracieux. Il n'est pas rare d'entendre les explications

suyvantes : « Une erreur de jeunesse ! Mais je le garde, parce que sans lui, je ne serai plus moi ». Alors, pour le garder, tout en étant fier de l'image rendue, le surtatouage le restaure, lui donne une nouvelle vie, une nouvelle signification, plus adaptée au temps présent. Mais ce n'est qu'un tatouage sur un autre, le premier reste fixé et son souvenir aussi.

Le tatouage est la trace permanente de l'intérêt qu'on a pu avoir pour soi : pendant une à deux semaines, le tatoué a dû protéger, nettoyer, pommader sa peau. Le tatouage est le témoignage de ce que le sujet était, à un moment donné, à l'intérieur de lui-même. Il valide ce qu'il a fait dans un désir de changement. Et cette validation est pérenne car le tatouage est permanent.

Immortaliser ce changement, comme une photographie immortalise un évènement. Pour autant, il ne survivra pas à la mort du sujet.

Il fait le lien entre un passé révolu et un présent bien différent, qui va, par sa permanence, relier ce présent au futur. La figure du tatouage a une capacité dynamique de relier des éléments hétérogènes. Et dans cette notion de continuité dans le temps, transparaît la notion de stabilité de l'individu, et de son identité.

Au-delà du geste qui inscrit l'appartenance à un groupe constitué, les tatouages peuvent se présenter comme archive de soi, lorsqu'ils inscrivent un élément personnel sur la peau du sujet. Le tatouage s'inscrit alors dans le tissu biographique du sujet tatoué.

Le tatouage peut occuper une fonction de mémoire, au sens d'une écriture sur soi de façon paradoxale du fait que le corps se tait, même s'il supporte, s'il incorpore un discours.

Le tatouage reste identique à lui-même, sur un corps qui subit les modifications du temps.

La date de la première modification corporelle est retenue comme un moment mémorable de l'existence, parfois même, comme le passage à une autre dimension de l'existence.

« *La marque corporelle inscrit la mémoire du passage dans la peau, elle l'enregistre physiquement, faisant du corps un mémorial, c'est-à-dire un rappel d'exigence et de souvenir* » (D. Le Breton) [57].

Michel Serres dans *Les cinq sens. Philosophie des corps mêlés* nous décrit ainsi la peau et les tatouages : « *Voici sur la peau en surface l'âme changeante, ondoyante et fugace, l'âme striée, nuée, tigrée, zébrée, bariolée, tourbillonnaire, incendiée ; voilà le tatouage [...], il faudrait pour chaque épiderme un tatouage différent ; il faudrait qu'il évolue avec le temps.*

[...] *La peau historisée porte et montre l'histoire propre ou visible, usure, cicatrices des blessures, plaques durcies par le travail, rides et sillons des anciennes espérances, taches, boutons, eczéma, psoriasis, envie ; là s'exprime la mémoire* » [90].

Pour le piercing, certaines personnes vont revendiquer de le porter aussi longtemps qu'elles le souhaiteront, parce qu'il fait partie d'eux, comme un tatouage ; tandis que d'autres personnes vont décider d'ôter le bijou, mais il persistera le perçage, et l'expérience qui y est associée.

8. La valeur symbolique

Le piercing du nombril est un piercing essentiellement féminin, et le lien nombril-grossesse n'est pas étranger à cette spécificité. Cette localisation peut être comprise comme une seconde rupture du cordon ombilical, donc de la relation avec la mère. Situé au milieu du corps, le nombril symbolise une frontière entre le haut que l'on peut montrer, et le bas que l'on se doit de cacher. Cette limite est également soulignée par le tatouage du bas du dos, lui aussi féminin.

Pour le piercing comme le tatouage, il pourrait sembler réduction de trouver à chaque marque une valeur symbolique validée par tous les individus. Plus que la localisation ou ce qui est dessiné, c'est la valeur symbolique que l'individu y attache qui nous semble primordiale.

Les adolescentes veulent un piercing de plus en plus tôt. L'avance temporelle prise sur les autres filles, comme la perte de la virginité ou la venue des premières règles, leur permet de tirer des bénéfices en termes de statut et de reconnaissance. Le piercing est un moyen ostensible d'affirmation de l'autonomie sexuelle et de l'indépendance.

S'il s'agit symboliquement de s'affranchir de la jeunesse et d'accéder à l'autonomie, les signes corporels sont investis comme symbole d'une maturation personnelle et d'une position critique envers le reste de la société. Il s'agit de se poser, en s'opposant, tout en s'affiliant et de signer ainsi sa présence au monde.

Pour certains, il est prédictif d'une issue favorable à une mauvaise période de la vie : « *Si j'arrive à faire ça (le piercing), j'arriverai à traverser la passade. C'était une sorte de défi. Si*

cette douleur, j'arrive à la surmonter alors je serai capable aussi d'affronter le reste », témoigne une étudiante de 22 ans [57].

Le piercing ou le tatouage peut être envisagé comme une touche personnelle supplémentaire, dans une volonté de différenciation de l'autre, mais a aussi une fonction d'identification. Les marques corporelles sont choisies en fonction de ceux qui les portent, à l'écran, dans les revues ou dans l'entourage immédiat.

Sur le réel du corps, le tatouage met en jeu du symbole et de l'image. Il se situe au croisement de l'imaginaire et du symbolique.

9. Les marques corporelles comme support de l'incorporation et du narcissisme

Le tatouage peut être comparé à une forme d'écriture. A. Brun [8] s'est intéressée à la place de l'écriture à l'adolescence et elle considère que l'écriture assure une fonction régulatrice dans l'économie libidinale, car elle permet de réguler la menace de débordement pulsionnel de la puberté et se présente comme un mode d'élaboration du registre fantasmatique. L'écriture peut être perçue comme une tentative d'externalisation et de contenance de ce pulsionnel pubertaire. La projection à l'extérieur de soi favorise ensuite la réintrojection et la réappropriation de ce qui a été projeté.

L'écriture est donc séparation (au sens d'une projection de l'inacceptable hors de soi ou d'un dédoublement dans l'écriture) mais aussi réunification, au sens d'une tentative de réintégration de ce qui tendait à se décoller.

Face au risque d'éclatement pulsionnel encouru par l'adolescent, l'écriture représente ainsi un moyen de réunification de soi. Elle renforce de cette manière le sentiment de continuité de soi, en revêtant une fonction analogue à celle du stade du miroir, qui renvoie une image unifiée de soi.

Pour certains, le tatouage va permettre d'attacher à soi la représentation symbolique d'un objet perdu, d'une personne disparue. Plus qu'un objet que l'on porterait sur soi et qui aurait la même valeur symbolique, le tatouage est cette inscription, qui jamais ne s'effacera, qui

jamais ne disparaîtra. Il pallie la perte, l'absence, la disparition. Le passage par le réel du corps, par l'entaille charnelle du tatouage va pouvoir inscrire cette perte. L'objet pourra manquer lorsque cette absence aura donné lieu à une figuration.

Le tatouage peut être alors perçu comme un mécanisme de défense contre l'angoisse de perte d'objet. Ce deuil dont le Moi se dispense par une sorte de satellisation de l'objet, permet l'illusion de sa présence et l'économie de la culpabilité qu'il doit engendrer.

Plus l'étendue des tatouages est importante sur le corps, plus elle interroge sur la fonction de comblement d'un vide, et de figuration d'une limite qui devient ainsi certaine et opaque et qui enveloppe le corps. Le tatouage peut-il devenir un substitut physique d'une enveloppe psychique défaillante ?

Le tatouage devient alors une forme d'externalisation du manque, qui met en acte à défaut de mettre en mots ce vide. Ce support corporel pourrait être une étape avant l'élaboration psychique ou l'introjection.

Les individus qui souffrent d'un défaut d'étayage de leur attachement et de leur capacité à établir des liens d'attachement stables, sont probablement plus enclins à recourir à la pratique de marques corporelles. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que la fonction paternelle ne leur permettrait pas de franchir correctement les étapes de séparation-individuation, ni l'angoisse de perte et d'abandon.

Regarder un tatouage ou un piercing revient à voir le corps comme « *espace de signification quand il se contente de se donner à lire à autrui* » (J.M. Berthelot) [4]. Cela revient aussi à considérer comment ces signes sont incorporés au/en soi. Les tatouages et les piercings peuvent avoir une fonction d'incorporation, pour pallier un défaut d'existence et à l'insécurité des liens.

La marque corporelle narcissise le corps, elle restitue le goût de vivre au sujet.

Pour autant, s'agit-il d'un retour au corps, comme saine défense, appel à la symbolisation, dans un monde qui le dénie de plus en plus ?

Le tatouage fait d'un bout de corps le lieu possible d'un fantasme. Le tatouage, comme le piercing d'ailleurs, en tant que parure, a une fonction érotique.

Lors de la réalisation d'un signe corporel, il s'agit de « se faire faire » une marque, une entaille par un tiers. C'est ce terme « se faire » qui spécifie le troisième temps de la pulsion, de son bouclage : tatouer, être tatouer, se faire tatouer. Et dans la démarche de se faire tatouer, il y a « se faire objet », c'est-à-dire une position activement passive, renvoyant au sadomasochisme.

Dès lors, le corps se constitue comme objet. « *En tant que geste d'affranchissement vis-à-vis des ascendants, l'acte de « se faire tatouer » manifeste le désir de porter atteinte au corps de la dette, au corps inentamé donné par la mère* » explique Simone Wiener [102]. Il peut constituer un substitut d'acte sexuel : se faire pénétrer par l'aiguille du tatoueur.

L'absence de structuration interne suffisamment contenante, comme le schéma corporel et l'image du corps, précipite le sujet hors de lui. La délimitation intérieur/extérieur ne retient plus le sujet au-dedans d'une représentation mentale de son corps. L'identité est trouée. Ces troubles de l'image du corps, du narcissisme touchent aussi le schéma corporel. Le sujet éprouve la nécessité de s'externaliser, de transformer sa matière, son corps.

En plus d'attirer sur soi le regard de l'autre, se faire tatouer peut aussi constituer une tentative d'incorporer un signifiant, une différence. Le tatouage peut donc avoir la valeur d'un trait d'identification, unifiant le sujet. Se faire tatouer serait une forme d'appropriation imaginaire du corps, de son propre corps. Simone Wiener s'interroge sur la place du tatouage et le rôle qu'a joué le stade du miroir comme première identification spéculaire : « *Je ferais l'hypothèse que marquer, graver son corps, le tatouer est un geste de reconquête spéculaire, de fabrication de soi. Le rajout d'une image, d'un ornement du corps, pourrait en venir à faire identification symbolique, au même titre que la voix de la mère, nommant l'enfant, devant le miroir* » [103].

Le tatouage réalisé seul est le plus souvent masculin, il obéit parfois à une volonté de « marquer » une relation affective perçue comme essentielle. Manière de s'incorporer l'autre, de le fusionner avec soi par la médiation de son prénom, de ses initiales ou d'une dédicace amoureuse. Mais ces premiers tatouages effectués seul ou avec la complicité d'un ami, renvoient le plus souvent à un moment de crise, de souffrance, de difficulté à entrer dans la vie, à un passage à l'acte salvateur dans sa fonction de fixation autant que dans sa fonction économique.

Dans le cas de la boulimie, le sujet boulimique tente de combler un vide en remplissant continuellement son corps d'objets externes (les aliments). Le vide qu'il cherche à combler, est celui que représente l'absence de l'objet interne. Cependant, ces objets externes ne lui suffisent que durant un temps très court, laissant de nouveau la place au manque. Ici, apparaît le caractère illusoire de l'incorporation qui ne permet pas de fournir la permanence recherchée de l'introjection.

Comme la boulimie, les conduites addictives en général sont des pathologies de l'incorporation. Le sujet tente d'incorporer sans fin (faim), un objet qui demeure externe, ce qui témoigne du besoin de combler un vide béant.

L'incorporation semble être le but recherché dans la réalisation de tatouages ou de piercings. Mais a-t-elle vraiment lieu ? La représentation mentale associée à la marque est projetée sur la peau et ancrée en elle. Nous pensons que la réalisation des marques cutanées est soit une tentative d'incorporation par l'utilisation d'un support intermédiaire, ni intérieur, ni extérieur, soit une mise à distance de représentations mentales avec une volonté d'oubli, donc où l'incorporation ne serait pas recherchée.

Tandis que le sujet boulimique ne garde pas les aliments dans la durée, le sujet tatoué ou percé conserve en lui la trace de son acte. Pour autant, le marquage et la symbolique qui s'y rattache, sont-ils introjectés ? La nécessité d'un encrage dans un cas, et d'un ancrage dans l'autre cas, témoigne-t-elle de difficultés d'introjection ?

10. Conclusion sur les pratiques de tatouages et piercings

Influencé par la poussée hormonale sexuelle et la reprise libidinale jusqu'alors en latence, l'adolescent est au cœur d'une réorganisation interne. Les fantasmes incestueux et agressifs sont d'autant plus perçus comme dangereux qu'ils sont devenus réalisables. Le corps en mutation est au centre de cette problématique.

Les relations aux autres – les relations d'objets – et surtout les relations avec soi-même – le narcissisme – se trouvent malmenées au cours de ces transformations.

Le regard extérieur est réclamé pour valider les ressentis internes. Le tatouage et le piercing se voient, se montrent. Ils transportent à l'extérieur des difficultés internes non pensables à ce moment-là, passant de la scène psychique à la scène physique et justement à la limite corporelle, dans la peau qui fait frontière entre un dedans et un dehors.

L'adolescent est passif face à ce corps qui impose, il est blessé narcissiquement. Décider de se faire une marque corporelle, d'imposer quelque chose à ce corps là où le regard de l'autre renvoie admiration, intérêt, peur, ou tout autre sentiment réparateur du narcissisme blessé, peut être une façon de redevenir actif, de reprendre la maîtrise, comme le précise J.J. Pailler [75]. Agir à défaut de pouvoir penser est un moyen de panser les plaies d'un narcissisme à fleur de peau.

La peau est la structure qui contient et délimite le corps. L'environnement, et particulièrement la mère, lui apporte des soins, et organise les enveloppes psychiques contenant, permettant unité et intégrité de l'individu. La peau est le support des sensations corporelles, et des excitations qui vont devenir des sensations puis des émotions.

Si le filtre psychique est défaillant, débordé, la peau peut jouer ce rôle de filtre. Ainsi, ce qui ne peut être traité par l'appareil psychique peut l'être en désespoir de cause par la peau, renvoyant à la notion de Moi-peau développé par D. Anzieu.

Au décours d'une marque corporelle, la peau est lésée, fragilisée, une attention et des soins particuliers sont nécessaires. Telle une mère qui prend soin de son enfant, il va falloir pommer la peau, la tenir propre, la surveiller.

La marque valide l'intérêt que l'on a eu pour soi à un moment donné, elle signe ce désir de changement.

Ces marques tentent par une inscription dans le corps, de réduire l'écart entre le sujet et ses coordonnées symboliques, mais elles risquent alors d'être à l'origine d'un échec de métaphorisation par le langage, dont elles font l'économie. Face aux failles symboliques qu'il ressent, le sujet tente de ressentir et de se refaire une peau, de s'inscrire dans la chair les signifiants qui lui manquent, au risque de les refouler. Ces pratiques témoignent de l'importance du visuel en lieu et place des mots, dans notre société contemporaine.

Mais il n'existe pas un seul type de tatouage ou de piercing. Il y a celui qui témoigne seulement du fait d'être capable de se faire une marque cutanée, celui dont la fonction est d'esthétiser son corps, celui qui a la vocation de marquer d'un sceau la peau à un moment donné et fixe la mémoire corporelle de ce changement, ou celui qui marque l'appartenance à un groupe avec une valeur initiatique.

Dans ce contexte, nous ne pouvons que faire le constat qu'une généralisation des fonctions de la marque n'est pas possible. Néanmoins, si les motivations propres à chacun diffèrent, elles font intervenir à divers degrés les notions d'identité, de narcissisme, d'incorporation de l'objet, de substitut transitionnel, de relation à l'autre, d'appropriation de son corps par soi, ou à travers le regard que l'autre a de soi, de mémoire témoin d'un *avant* et d'un *après*, et d'un lien unifiant le corps et la psyché.

TROISIEME PARTIE

Des TROUBLES ADDICTIFS au TATOUAGE-PIERCING

A. Etude réalisée en milieu hospitalier des patients présentant une conduite de dépendance

Ayant dans un premier temps recherché des comportements à risque de dépendance dans une population tatouée/piercée par des professionnels, nous avons souhaité observer la pratique des tatouages et des piercings dans la population prise en charge pour des addictions en milieu hospitalier.

Cette étude a pour buts d'évaluer la fréquence de la population tatouée-piercée au sein de l'échantillon, de rechercher quelles sont les conduites de dépendance les plus représentées dans cette population, et de voir, au-delà du seul fait d'être tatoué ou piercé, s'il existe un lien avec le nombre de ces marques.

1. Revue de la littérature

Nous n'avons pas retrouvé d'étude concernant la prévalence de la population tatouée-piercée dans la population générale française. Cependant, le nombre de piercings est estimé actuellement à 100 000 par an en France [106].

Les études internationales les plus récentes retrouvées à ce sujet, et concernant une population adolescente et adulte, montrent des résultats variables (*cf Tableau ci-dessous*).

En 2000, A. Stirn fait le constat que sur les 10 030 australiens âgés de plus de 14 ans interrogés, 10% étaient tatoués et 8% piercés [93].

En 2006, l'étude de Laumann *et al.* dans l'Illinois, comptabilisent 24% de personnes tatouées et 35% piercées (dont la moitié au lobe de l'oreille) sur 500 personnes âgées de 18 à 50 ans, [55].

Encore en 2006, sur les 2043 allemands âgés de 14 à 93 ans, 8,5% étaient tatoués et 6,5% piercés [94].

Tableau 6 : fréquence des tatouages et piercings dans la population générale.

	Tatoués	Piercés
2000, Australie Population âgée de plus de 14 ans (N=10 030)	10%	8%
2006, Illinois Population entre 18 et 50 ans (N=500)	24%	35% (dont la moitié au lobe de l'oreille)
2006, Allemagne Population âgée de 14 à 93 ans (N=2043)	8,5%	6,5%

En ce qui concerne les conduites addictives, les études menées dans les pays développés et évoquées précédemment, retrouvaient plus souvent des marques corporelles chez les sujets consommateurs de produits, que chez ceux qui n'en consommaient pas. En revanche, un lien entre les troubles des conduites alimentaires et les marques corporelles n'avait pas systématiquement été retrouvé.

2. Matériel et méthodes

a) Population de l'échantillon

Cette étude descriptive a été réalisée durant deux mois, d'Avril à Mai 2008, dans le service d'addictologie du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes.

Un hétéro-questionnaire a été soumis aux patients venant en hospitalisation temps plein, en hospitalisation de jour ou en consultation durant cette période (*cf annexe 2*).

b) Instruments d'évaluation

Ce questionnaire était complété par un professionnel qui suivait le patient.

La première partie du questionnaire comprenait des données d'ordre sociologique : âge, sexe, activité professionnelle.

La seconde partie concernait les conduites de dépendance passées ou présentes. Le professionnel pouvait remplir seul cette partie, ayant connaissance des conduites addictives du patient puisqu'il le suivait.

La dernière partie s'intéressait aux tatouages et aux piercings : Le patient était-il tatoué et/ou piercé ? Combien avait-il de tatouages ou de piercings ? Quel âge avait-il lors de la réalisation du premier tatouage/piercing ? Avait-il été fait par un ami, un professionnel ou le patient lui-même ?

Comme précédemment, le perçage du lobe de chaque oreille – pour y appliquer une paire de boucles d'oreille – n'était pas comptabilisée dans les piercings.

Une question subsidiaire cherchait à savoir si le patient tatoué et/ou piercé pensait qu'il puisse exister, dans son cas, une dépendance aux tatouages et/ou aux piercings.

Une variable supplémentaire a été ajoutée concernant une polyaddiction, définie arbitrairement par l'existence d'au moins deux dépendances passées ou présentes.

c) Analyse statistique

Le nombre de sujets inclus dans cette étude correspond au nombre de questionnaires remplis par les professionnels durant la période d'évaluation de 2 mois ; le nombre de sujets n'a donc par été calculé au préalable.

Les tests statistiques sont des descriptions par des moyennes pour les variables quantitatives et des pourcentages pour les variables qualitatives.

3. Résultats

Cette étude se base sur un échantillon de 116 patients ayant répondu au questionnaire qui leur a été proposé par le professionnel qui les suivait.

a) Description de l'échantillon

- Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon :

Dans cet échantillon de 116 personnes, l'âge varie entre 16 et 66 ans, avec autant d'hommes que de femmes. La moyenne d'âge est de 39 ans pour les hommes et 27 ans pour les femmes. Plus de 60% ont un emploi ou en recherchent un.

- Conduites de dépendance, passées ou présentes, des patients de l'échantillon :

La prévalence des différentes addictions est la suivante : alcool 55%, tabac 64%, cannabis 36%, opiacés 23% (tous héroïnomanes), non opiacés 16% (cocaïne en grande majorité), médicaments 15%, anorexie 20%, comportement de vomissements ou prise inadaptée de laxatifs 17%, sport ou hyperactivité 18%, jeux 2,5% et les polyaddictions étaient évaluées à 80%.

- Réalisation de tatouages et/ou de piercings dans cet échantillon :

Pour plus de commodité, nous ferons référence à des abréviations pour définir les différents sous-groupes de la population en fonction de leur statut cutané :

Non-Tatoués et Non-Piercés : NTNP

Tatoués (piercés ou non) : T *versus* Non Tatoués : NT qui correspondent aux NTNP+PU

Piercés (tatoués ou non) : P *versus* Non Piercés : NP qui correspondent aux NTNP+TU

Tatoués Uniquement : TU, Piercés Uniquement : PU, Tatoués et Piercés : TP

Parmi les 116 patients, 24% sont tatoués (N=28) et 30% sont piercés (N=35).

Les sujets tatoués et/ou piercés (T ou P) représentent 42% de notre échantillon, soit 49 personnes. Les sujets n'ayant ni tatouage, ni piercing (NTNP), représentent donc 58%, soit 67 personnes.

Concernant les 28 sujets tatoués (T), ils sont un quart à avoir réalisé eux-mêmes leur premier tatouage, 29% l'ont fait faire par un ami et 46% par un professionnel.

Concernant les 35 sujets piercés (P), ils sont 11% à avoir réalisé eux-mêmes leur premier piercing, 6% l'ont fait faire par un ami et 83% par un professionnel.

Les sujets tatoués (N=28) ont en moyenne 2 tatouages.

Les sujets piercés (N=35) ont en moyenne 3 piercings.

L'âge de réalisation du premier tatouage est en moyenne de 19,2 ans.

L'âge de réalisation du premier piercing est en moyenne de 18,2 ans.

Concernant les 49 sujets tatoués et/ou piercés, 5 personnes considèrent être dépendantes aux tatouages et/ou aux piercings, soit 10%.

b) Comparaison des sujets percés uniquement, tatoués uniquement, et tatoués et percés

Dans cette population présentant (ou ayant présenté) une dépendance, la répartition entre les différents sous-groupes selon la présence de marques corporelles, est la suivante :

	Non-Tatoués et Non-Percés (NTNP)	Percés non tatoués (PU)	Percés et Tatoués (TP)	Tatoués non percés (TU)
Hommes (N=57)	54% (N=31)	10% (N=6)	14% (N=8)	21% (N=12)
Femmes (N=59)	61% (N=36)	25% (N=15)	10% (N=6)	3% (N=2)
Moyenne d'âge	34 ans	25 ans	36 ans	41 ans
Total (N=116)	58% (N=67)	18% (N=21)	12% (N=14)	12% (N=14)

Tableau 7 : répartition selon la présence de marques corporelles.

Nous avons analysé les résultats comparant la prévalence de chaque type de conduites de dépendance pour les sujets porteurs de tatouages et/ou de piercings et ceux qui n'en ont pas. Pour plus de lisibilité, voici un récapitulatif des résultats du *tableau* ci-dessous.

Les 21 sujets percés non tatoués (PU) comparés à la population non-tatouée et non-piercée :

- Sont majoritairement des femmes,
- Sont (ou ont été) de manière significative, plus souvent dépendants au tabac et au cannabis que la population n'ayant pas de marques corporelles. Il en est de même pour les opiacés, la cocaïne (non opiacés), ou la prise d'un traitement de substitution aux opiacés, mais de manière non significative. En revanche, la prévalence de l'alcoolodépendance est significativement inférieure dans cette population, comparée à la population non-tatouée et non-piercée.
- Ont (ou ont eu) plus d'addictions sans produit (troubles du comportement alimentaire essentiellement) que la population n'ayant pas de marques corporelles, mais sans que puisse être mise en évidence de différence significative.
- Ont une prévalence des polyaddictions légèrement supérieure et non-significative.

Les 14 sujets tatoués et percés (TP) comparés à la population non-tatouée et non-piercée :

- Sont presque autant des hommes que des femmes dans ce sous-groupe.
- Ont (ou ont eu) de manière significative, une fréquence des conduites de dépendance, passées ou présentes, à l'encontre de l'alcool, du tabac et du cannabis nettement supérieure à la population n'ayant pas de marques corporelles. Il en est de même pour les opiacés, la cocaïne (non opiacés), les médicaments ou la prise d'un traitement de substitution aux opiacés, mais de manière non significative.
- En ce qui concerne les addictions sans produit, la prévalence est moindre mais non-significative.
- La proportion de polyaddictions est la plus importante dans ce sous-groupe, mais non-significative.

Les 14 sujets tatoués non percés (TU) comparés à la population non-tatouée et non-piercée :

- Sont en très grande majorité des hommes (86%).
- Ont (ou ont eu), de manière significative, comme les sujets tatoués et percés, une fréquence des conduites de dépendance à l'encontre de l'alcool, du tabac et du cannabis nettement supérieure à la population n'ayant pas de marques corporelles. Les consommations d'opiacés, de médicaments et la prise d'un traitement de substitution aux opiacés sont plus fréquentes chez ces sujets, mais non-significatives. Il n'existait pas dans l'échantillon de consommateur de cocaïne.
- De même, dans notre échantillon, aucune des personnes seulement tatouées (TU) ne présentait de troubles du comportement alimentaire, une seule avait (ou avait eu) une dépendance au sport.
- Les polyaddictions étaient, là-encore plus fréquentes que dans la population ne possédant pas de tatouage et de piercing.

c) Comparaison des sujets tatoués *versus* non-tatoués et piercés *versus* non-piercés

Nous avons également comparé les sujets tatoués (T) *versus* les sujets non-tatoués (NT), et les sujets piercés (P) *versus* les sujets non-piercés (NP), pour savoir si le tatouage (indépendamment du piercing), ou le piercing (indépendamment du tatouage) constituent une pratique en lien avec un certain type de conduites addictives.

Les sujets tatoués (T) comparés à la population non-tatouée (NT) :

- Représentent 24% de l'échantillon total, soit 28 personnes.
- Sont surtout des hommes.
- Présentent (ou ont présenté) des addictions à l'alcool, au tabac, au cannabis et aux opiacés significativement plus fréquentes que dans la population non-tatouée. Il en est de même pour la prise d'un traitement de substitution aux opiacés ou la dépendance aux médicaments, mais de manière non significative.
- Présentent (ou ont présenté) MOINS d'addictions sans produit que la population non-tatouée, et significativement pour l'anorexie et la boulimie.
- Ont plus fréquemment une polyaddiction que la population non-tatouée, mais sans être significatif.

Les sujets piercés (P) comparés à la population non-piercée (NP) :

- Représentent 30% de l'échantillon total, soit 35 personnes.
- Sont surtout des femmes.
- Présentent (ou ont présenté) plutôt moins d'alcoolodépendance, mais une dépendance significativement plus fréquente pour le cannabis, les opiacés, la cocaïne, et la prise d'un traitement de substitution aux opiacés, que la population non-piercée. Les dépendances au tabac et aux médicaments sont plus fréquentes, mais de manière non-significative.
- Ont (ou ont eu) une prévalence des conduites addictives sans produit plus importante que la population non-piercée et significativement pour les comportements de vomissements ou la prise de laxatifs.
- Ont plus fréquemment une polyaddiction que la population non-piercée, mais sans mettre en évidence de différence significative.

Tableau 8 : Conduites addictives et « statut » cutané.

	Hommes	Femmes	Alcool	Tabac	Cannabis	Opiacés	Non Opiacés	Traitement de substitution	Médicament	Anorexie	Boulimie	Vomissements-laxatif	Sport	Jeux	Polyaddictions	Dépendance subjective *
Non piercés non tatoués	46% (N=31)	54% (N=36)	57% (N=38)	54% (N=36)	24% (N=16)	13% (N=9)	12% (N=8)	6% (N=4)	7% (N=5)	34% (N=23)	21% (N=14)	15% (N=10)	19% (N=13)	1,5% (N=1)	76% (N=51)	-----
Piercés non tatoués	29% (N=6)	71% (N=15)	24% (N=5)	67% (N=14)	52% (N=11)	33% (N=7)	24% (N=5)	24% (N=5)	9% (N=2)	48% (N=10)	43% (N=9)	43% (N=9)	24% (N=5)	-----	81% (N=17)	5% (N=1)
Tatoués et Piercés	57% (N=8)	43% (N=6)	79% (N=11)	86% (N=12)	64% (N=9)	43% (N=6)	29% (N=4)	29% (N=4)	43% (N=6)	14% (N=2)	-----	7% (N=1)	14% (N=2)	14% (N=2)	93% (N=13)	21% (N=3)
Tatoués non piercés	86% (N=12)	14% (N=2)	71% (N=10)	86% (N=12)	43% (N=6)	36% (N=5)	-----	36% (N=5)	29% (N=4)	-----	-----	-----	7% (N=1)	-----	86% (N=12)	7% (N=1)
Non tatoués	42% (N=37)	58% (N=51)	49% (N=43)	57% (N=50)	31% (N=27)	18% (N=16)	15% (N=13)	10% (N=9)	8% (N=7)	37% (N=33)	26% (N=23)	22% (N=19)	21% (N=18)	1% (N=1)	77% (N=68)	4% (N=1)
Tatoués	71% (N=20)	29% (N=8)	75% (N=21)	86% (N=24)	54% (N=15)	39% (N=11)	14% (N=4)	32% (N=9)	36% (N=10)	7% (N=2)	-----	4% (N=1)	11% (N=3)	7% (N=2)	89% (N=25)	14% (N=4)
Non piercés	53% (N=43)	47% (N=38)	59% (N=48)	59% (N=48)	27% (N=22)	17% (N=14)	10% (N=8)	11% (N=9)	11% (N=9)	28% (N=23)	17% (N=14)	12% (N=10)	17% (N=14)	1% (N=1)	78% (N=63)	5% (N=1)
Piercés	40% (N=14)	60% (N=21)	46% (N=16)	74% (N=26)	57% (N=20)	37% (N=13)	26% (N=9)	26% (N=9)	23% (N=8)	34% (N=12)	26% (N=9)	29% (N=10)	20% (N=7)	6% (N=2)	86% (N=30)	11% (N=4)
TOTAL	49% (N=57)	51% (N=59)	55% (N=64)	64% (N=74)	36% (N=42)	23% (N=17)	15% (N=17)	16% (N=35)	15% (N=17)	30% (N=35)	20% (N=23)	17% (N=20)	18% (N=21)	2,5% (N=3)	80% (N=93)	10% (N=5)

■ Résultats significatifs : $p \leq 0,05$.

* La dépendance subjective aux tatouages ou aux piercings est calculée par rapport à la population totale tatouée et/ou piercée.

d) Comparaison du nombre de tatouages et de piercings chez les sujets dépendants

Ayant retrouvé dans l'étude réalisée dans les salons de tatouage-piercing, la place importante que joue le nombre de ces marques corporelles dans les conduites à risque de dépendance, nous avons comparé le **nombre moyen de tatouages et/ou de piercings** que possédaient les 49 sujets tatoués/piercés (T et P) en fonction des différentes conduites addictives (cf *tableau ci-dessous*).

(1) Nombre de tatouages

Les personnes tatouées (N=28) ont en moyenne 2 tatouages.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative concernant le nombre de tatouages et les conduites addictives. Nous avons seulement remarqué un nombre plus important de tatouages chez les hommes (2,5) que chez les femmes (1,1), mais non significatif.

Pour les addictions avec produits, les sujets tatoués ont en moyenne, entre 1,7 et 2,8 tatouages.

Les sujets présentant un trouble du comportement alimentaire ont en moyenne, tout au plus, un tatouage.

Et les personnes ayant plus de conduites addictives ne présentent pas plus de tatouages que la moyenne.

En revanche, les personnes s'étant faites elles-mêmes leur premier tatouage, en avaient finalement plus que les autres (3,3 tatouages).

(2) Nombre de piercings

Les personnes percées (N=35) ont en moyenne 3 piercings.

Il s'avère que dans l'échantillon, les hommes ont significativement plus de piercings (4,6) que les femmes (2,1).

S'agissant des addictions avec produits, les seuls résultats significatifs concernent les opiacés (5 piercings) et la prise d'un traitement de substitution aux opiacés (5,3 piercings en moyenne).

Pour les troubles du comportement alimentaire, les sujets percés ont un nombre de piercings en deçà de la moyenne globale, sans pour autant que cette sous-représentation des troubles alimentaires dans la population percée soit significative, comparée à la population non-percée.

Les personnes s'étant faites elles-mêmes leur premier piercing, avaient finalement plus de 8 piercings en moyenne dans notre échantillon, ce qui est significativement plus élevé que le nombre de piercings chez les sujets ayant fait réaliser leur premier piercing par un ami ou un professionnel.

De même, à la question subsidiaire concernant une dépendance possible à la pratique des tatouages-piercings, ceux qui ont répondu positivement avaient plus de 6 piercings en moyenne.

Même s'il n'a pas pu être mis en évidence de différence significative, il semble intéressant de noter que les personnes qui ont réalisé elles-mêmes leur premier piercing, ont plus de tatouages (en moyenne 4), que celles qui ont fait faire leur premier piercing par un professionnel.

	Nombre moyen de tatouages	Nombre moyen de piercings
Hommes	2,5 (N=20)	4,6 (N=14)
Femmes	1,1 (N=8)	2,1 (N=21)
Alcool	2,2 (N=21)	3,3 (N=16)
Tabac	2,1 (N=24)	3,2 (N=26)
Cannabis	2,2 (N=15)	3,5 (N=20)
Opiacés	2,3 (N=11)	5,0 (N=13)
Non-opiacés	2,8 (N=4)	3,7 (N=9)
Traitement de substitution	1,7 (N=9)	5,3 (N=9)
Médicaments	2,4 (N=10)	4,0 (N=8)
Anorexie	1,0 (N=2)	2,0 (N=12)
Boulimie	-----	1,7 (N=9)
Vomissements-Laxatifs	1,0 (N=1)	1,9 (N=10)
Sport	2,0 (N=3)	3,6 (N=7)
Jeux	3,0 (N=2)	1,0 (N=2)
Polyaddictions	2,2 (N=25)	3,2 (N=30)
<u>Première réalisation :</u>		
Par soi-même	3,3 (N=7)	8,3 (N=4)
Par un ami	1,9 (N=8)	1,0 (N=2)
Par un professionnel	1,5 (N=13)	2,5 (N=29)
Dépendance subjective	2,5 (N=4)	6,8 (N=4)
TOTAL	2,1 (N=28)	3,1 (N=35)

■ Résultats significatifs : $p \leq 0,05$.

Tableau 9 : nombre moyen des marques corporelles dans la population dépendante.

e) Contexte de réalisation des premières marques corporelles

L'âge de réalisation du premier tatouage est significativement plus jeune (18 ans) chez les sujets tatoués présentant plusieurs addictions que ceux qui n'ont qu'une seule dépendance (29 ans).

Les sujets percés de notre échantillon ayant (ou ayant eu) plusieurs addictions ont réalisé leur premier piercing plus tardivement (19 ans) que ceux qui n'ont (ou n'ont eu) qu'une seule addiction (16 ans), sans pour autant que cette différence soit significative.

L'âge de réalisation du premier tatouage est plus jeune quand le sujet l'a fait par lui-même (14 ans), que par un ami (16 ans) ou un professionnel (23 ans), mais sans que l'on puisse mettre en évidence de différence significative.

Que ce soit l'âge de réalisation du premier tatouage ou du premier piercing, il n'existe pas de différence significative lorsqu'ils sont comparés aux conduites addictives ; autrement dit, l'âge de réalisation du premier tatouage ou du premier piercing est sensiblement le même entre les différentes conduites addictives.

Que la personne soit tatouée et percée (TP) ou uniquement tatouée (TU), l'âge qu'elle avait lors de la réalisation de son premier tatouage est le même (19 ans).

Les sujets tatoués et percés (TP) ont tendance à réaliser leur premier piercing plus tardivement (20 ans) que ceux qui sont seulement percés (PU) (17 ans), sans que cette différence soit significative.

f) La dépendance subjective

Parmi les 49 personnes tatouées et/ou percées, 5 pensent qu'il peut exister dans leur cas, une dépendance au tatouage et/ou au piercing. Ces 5 personnes ont un nombre moyen de piercings très supérieur à la moyenne (6,8 tatouages), et ont (ou ont eu) plusieurs addictions avec produits, mais pas de troubles du comportement alimentaire.

4. Discussion

a) Discussion des résultats

Par ce travail, nous avons pu mettre en évidence une sur-représentation de la population tatouée et/ou piercée (42%) au sein de la population présentant des conduites addictives. Et même si nous n'avons pas retrouvé dans la littérature récente la prévalence de ces marquages corporels en France, les données de la littérature internationale évoquées précédemment ([93], [55], [94]) peuvent nous faire penser que la prévalence de la population tatouée-piercée de notre échantillon est supérieure à celle de la population générale.

De plus, l'étude des sous-groupes tatoués et/ou piercés permet d'observer que :

- dans la **population tatouée** (T) de l'échantillon, il y a une plus grande proportion de personnes dépendantes aux substances, que dans la population non-tatouée (NT).
- dans la **population piercée** (P), à l'exception de l'alcool, il y a aussi une plus grande proportion de personnes dépendantes aux substances ou ayant tendance à présenter un trouble des conduites alimentaires, que dans la population non-piercée (NP).
- Dans le sous-groupe associant **tatouage et piercing (TP)**, la fréquence des conduites addictives avec produits est augmentée, comparée aux sous-groupes : piercé uniquement (PU), tatoués uniquement (TU), ou non-piercés et non-tatoués (NPNT).

La population tatouée et piercée (TP) constitue-t-elle un terrain plus à risque de dépendance aux substances que les populations présentant un seul type de marque corporelle? Ou à l'inverse, les addictions aux produits constituent-elles un facteur favorisant à la pratique de tatouages et de piercings ?

En revanche, l'analyse du nombre de tatouages et de piercings n'a pas révélé d'écart majeur entre les différentes conduites addictives. Nous pouvons toutefois souligner que, dans notre population tatouée et/ou piercée, le nombre moyen de tatouages et de piercings est globalement supérieur à la moyenne pour les addictions avec produits, et inférieur à la moyenne pour les troubles des conduites alimentaires.

Est-ce que la possible sous-représentation du **nombre** de marques corporelles chez les sujets présentant un trouble du comportement alimentaire par rapport aux conduites addictives avec produits, peut être mise en lien avec un rapport au corps modifié dans cette population ?

Néanmoins, rappelons que les sujets piercés (P) ont tendance à présenter plus de troubles des conduites alimentaires que la population non piercée (NP).

La population ayant (ou ayant eu) plusieurs conduites de dépendance, n'a pas plus de tatouages ou de piercings, dans la population étudiée. Les résultats auraient-ils été identiques si la « polyaddiction » avait été définie par 4 conduites de dépendance par exemple ?

Les résultats du tableau concernant le nombre des marques corporelles nous semblent intéressants, d'une part car nous aurions imaginé trouver un plus grand nombre de tatouages chez les sujets dépendants aux drogues « dures », et d'autre part, parce qu'à l'inverse, le nombre de piercings est lui, significativement augmenté dans la population héroïnomane.

La représentation des « toxicomanes », véhiculée par notre société, serait-elle erronée ?

L'association communément admise par la population générale, de *l'héroïnomane qui s'injecte le produit*, semble dans la pratique, moins fréquente qu'auparavant. En effet, aux dires de nos patients héroïnomanes, la prise par voie nasale est de plus en plus privilégiée.

Alors que penser de l'importance du nombre de piercings dans cette population ? Existe-t-il un lien entre le piercing et la voie d'administration du produit (piercing et voie intra-veineuse étant tous deux un perçage de la peau) ?

Les sujets piercés sont-ils ceux qui consomment l'héroïne par voie intra-veineuse ou justement, utilisent-ils le piercing comme « substitut » de pénétration de la peau ?

Il faudrait pour cela, faire préciser le mode d'administration des opiacés et le comparer à la pratique du piercing dans cette population, ainsi que la chronologie d'apparition de l'une et l'autre pratiques. Si l'héroïne était administrée en intra-veineuse, était-ce avant, après, pendant la période de réalisation des piercings ?

Les personnes ayant réalisé elles-mêmes leur premier piercing, en ont finalement plus que les autres. Sachant que dans notre échantillon, le nombre de piercings est plus important chez les sujets dépendants aux opiacés, réaliser soi-même son premier piercing constitue-t-il un facteur de risque de conduites de dépendance à des produits tel que l'héroïne ? Qu'est-ce qui fait qu'un sujet réalisera lui-même ses piercings ou les fera faire par un ami ou un professionnel ? Est-ce en lien avec un acte impulsif, la recherche de sensations, une expérimentation réalisée à l'écart d'autrui comme peuvent l'être les blessures auto-infligées ?

Les résultats mettent en évidence que les personnes qui pensent pouvoir devenir dépendantes aux marques corporelles, sont celles qui ont en moyenne plus de piercings, mais pas plus de tatouages. La pratique des marques corporelles, et plus spécifiquement du piercing, peut-elle être considérée dans certains cas, comme une conduite addictive ? Se substitue-t-elle à une autre conduite addictive ou y est-elle associée ?

b) Limites méthodologiques

Ces résultats doivent être analysés avec prudence, car cette étude comporte certaines limites méthodologiques.

L'échantillon de cette étude a la particularité d'être constitué de personnes ayant sollicité d'une part, une aide médicale, et d'autre part, des soins en milieu spécialisé d'une grande agglomération.

Pour le recueil des données, des professionnels ont pu oublier de soumettre ce questionnaire de façon systématique à leurs patients. Dans quelle mesure n'y ont-ils pas plus souvent pensé quand le patient présentait des marques corporelles ou pouvait le laisser penser ?

Concernant la répartition hommes-femmes : les troubles du comportement alimentaire de notre échantillon étaient quasiment exclusivement représentés par des femmes, tandis que les hommes étaient majoritaires dans les sous-groupes des addictions avec produits.

L'analyse de la variable « polyaddictions » définie par deux addictions comporte comme limite les fréquentes associations telles que : l'anorexie, la boulimie et les comportements purgatoires ; l'alcool et le tabac ; le tabac et le cannabis ; les opiacés et la prise d'un traitement de substitution, etc.

5. Conclusion

→ Il est retrouvé une **sur-représentation de la population tatouée et/ou piercée** (42%) au sein de la population hospitalière **présentant des conduites addictives**, comparée à la population générale.

Les conduites addictives les plus représentées sont :

- dans la population tatouée (T) : alcool, tabac , cannabis et opiacés.
- dans la population piercée (P) : tabac, cannabis, opiacés et **troubles du comportement alimentaire.**

→ Ces résultats nous montrent, de manière plus ou moins significative, que les **personnes piercées et/ou tatouées** (surtout piercées et tatouées) de l'échantillon, ont (ou ont eu) **plus d'addictions avec produits** que les personnes non-tatouées et non-piercées.

Quels peuvent être les liens qui unissent les marques corporelles aux addictions avec produits ?

→ **Les addictions comportementales sont plus fréquentes dans la population piercée** que la population non-piercée, tandis que les **sujets tatoués ont moins de troubles du comportement alimentaire que la population non-tatouée.**

Le tatouage est-il une pratique que les personnes présentant un trouble du comportement alimentaire sont moins sujettes à réaliser ?

Dans ce cas, comment expliquer que la pratique du piercing soit, pour sa part, plus fréquente dans cette population ?

→ Le **nombre moyen de tatouages et de piercings est supérieur ou égal** à la moyenne pour les **addictions avec produits**, et **inférieur** à la moyenne pour les **troubles du comportement alimentaire.**

→ Le **nombre de piercing** des sujets dépendants à l'**héroïne** est **très supérieur** à la moyenne de la population percée de l'échantillon. L'étude menée par Carroll *et al.* [12] avait également montré que le nombre de piercing était d'autant plus important que le score « Hard Drug » était élevé.

Existe-t-il un rapport entre le perçage du piercing et celui de l'injection intra-veineuse d'une substance ? Ou justement, le piercing pourrait-il être un « substitut » de perçage, pour des toxicomanes privilégiant la prise de l'héroïne par voie nasale, ou ayant eu recours à la voie intra-veineuse par le passé ?

Finalement, au-delà du fait de marquer sa peau, quelles valeurs sont associées aux marques corporelles qui pourraient expliquer une différence de leur nombre et de leur type entre les conduites addictives avec et sans produit ? C'est ce que nous allons essayer de comprendre, nous commencerons pour cela par quelques rappels sur le concept d'*addiction*.

B. Généralités sur les addictions

Ayant constaté dans notre étude, la prévalence importante des sujets tatoués et/ou piercés dans la population du service d'addictologie, nous avons souhaité faire quelques rappels concernant les addictions. Une attention particulière sera portée à certaines dimensions pouvant être susceptibles d'être en lien avec la pratique du tatouage ou du piercing.

1. Définition de l'addiction

Historiquement, le terme d'addiction est dérivé de *addictus* qui signifie esclave pour dette et à *addicere* qui renvoie au droit romain de donner par jugement une personne à une autre. Ainsi, l'addiction fait référence aux notions d'esclavage, de dette ou encore de **contrainte par corps**.

C'est le sens métaphorique, de la dette d'un individu insolvable et d'une contrainte par le corps, qui explique beaucoup de ses acceptions actuelles.

Dans une perspective transnosographique, Goodman en donne, en 1990, la définition suivante :

L'addiction est « un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (perte de contrôle) » [36].

Il existe des phénomènes invariants qui permettent de comprendre la survenue des conduites addictives :

1. l'initiation ou révélation, qui est à l'origine du comportement
2. la répétition de ce comportement, le comportement ou l'objet addictif est utilisé comme solution à tous les problèmes
3. le recours prévalent à l'agir au détriment de l'élaboration (recherche de sensations avec évitement des émotions)

4. puis s'installe la dépendance, cette contrainte interne ne remet pas pour autant en cause le comportement.

Pour W. Lowenstein, les pathologies addictives se caractérisent par la « *rencontre d'un usager et d'un produit, dans un contexte donné* ».

2. Psychopathologie des conduites de dépendance

L'adolescence est une période plus propice à l'apparition des conduites addictives. Elle ne signe souvent que les prémisses de leurs apparitions, qui ne deviennent pathologiques qu'ultérieurement.

C'est à ce moment-là que le sujet doit s'autonomiser et ne peut plus bénéficier des mêmes protections de la part de ses parents. Il s'agit pour l'adolescent de trouver un espace psychique lui permettant de penser et de se penser.

Comme nous l'avons vu précédemment, la puberté est un facteur de sexualisation des liens, vis-à-vis des objets internes et de ceux de la réalité externe.

Cette sexualisation des liens objectaux rend plus difficile la quête narcissique. Et lors de carences narcissiques précoces, le besoin objectal et l'importance des objets se trouvent renforcés, accroissant leur rôle excitant et leur sexualisation, et leur conférant alors un pouvoir anti-narcissique.

a) De l'auto-érotisme aux assises narcissiques

L'auto-érotisme se nourrit des échanges de l'enfant avec sa mère, toutes ces expériences où dans l'interaction avec sa mère, l'enfant retire un plaisir propre qui peut faire l'objet d'une intériorisation. Car avant d'être relié à l'image de l'objet qui apporte la satisfaction, cette satisfaction du besoin nécessite l'aide d'une personne extérieure.

Par exemple, l'enfant qui compense l'attente de la nourriture par un plaisir de suçoter, réveille ainsi les traces mnésiques de satisfaction antérieure.

Ce qui va compter pour apaiser la tension et donner à l'enfant une sécurité interne, c'est de retrouver les traces mnésiques de cette expérience de satisfaction.

L'enfant va intérioriser la relation avec la mère (ou la personne qui tient ce rôle), et c'est cette intériorisation qui va progressivement lui permettre d'attendre. Ainsi, l'enfant va-t-il devenir indépendant de la présence de l'objet extérieur – comme stimulant nécessaire – et pouvoir constituer les traces, les prémises d'une représentation mentale interne de l'objet en tant que tel.

En s'appuyant sur la qualité de cette présence de l'objet, l'émergence des capacités auto-érotiques de l'enfant va permettre l'intrication pulsionnelle, la libidinalisation du fonctionnement, une liaison de l'agressivité et un effet pare-excitations.

Cet auto-érotisme de base va permettre à l'enfant de s'assurer un sentiment de continuité. Par ce cadre interne, les figures des représentations mentales des différentes personnes investies vont pouvoir apparaître et se détacher progressivement.

C'est sur cette base sécurisée et ces acquis intériorisés que se développeront par la suite les identifications secondaires.

A l'inverse, le défaut ou l'excès de présence seront susceptibles de jeter les bases d'un antagonisme entre le sujet et ses objets d'investissements. Les assises narcissiques, imprégnées de la qualité de la relation, se constitueront alors, non plus avec et par l'objet, mais contre l'objet.

Les expériences de séparation pendant l'enfance révèlent la qualité et la solidité de ces acquis, différenciant les enfants pour qui le recours à l'auto-érotisme supplée efficacement l'absence des figures d'attachement, de ceux qui le remplacent par l'investissement perceptivo-moteur de l'environnement ou par des conduites d'auto-stimulation répétitives.

L'étude du développement de l'enfant permet de comprendre la relation qui existe **entre la capacité d'autonomie de l'individu, la qualité de ses ressources internes et celle de ses premières relations objectales.**

De ces interactions et de l'investissement dont l'enfant a été l'objet, résulte la qualité de l'investissement qu'il aura de son propre corps. Le lien de continuité avec autrui est alors assuré.

Mais s'il existe une rupture trop brutale ou trop précoce de cette continuité du lien et de cette adéquation réciproque des interactions, l'enfant prendra conscience de son impuissance et de

sa dépendance à l'égard du monde extérieur, créant ainsi les conditions d'un antagonisme entre autonomie et dépendance. A la place du lien plus ou moins interrompu, l'enfant investira un élément neutre du cadre environnant ou une partie de son propre corps ou du corps de la mère. Plus la dimension relationnelle se perd, plus l'investissement supplétif du cadre sur le corps se fait sur un mode mécanique et désaffectivé.

La constitution de ces auto-érotismes constitue le fondement des assises narcissiques.

Pour **Philippe Jeammet** il existe une relation entre les troubles de la séparation (à savoir la relation objectale) et la recherche paradoxale d'une dépendance à un objet externe, entre l'impossibilité d'une relation à l'objet libidinal et la tentative de maîtrise d'un objet externe. C'est donc autour de l'articulation conflictuelle entre le narcissisme et les relations d'objet que se jouerait la question de l'addiction, articulation conflictuelle qu'il nommera : « **antagonisme narcissico-objectal** ».

Le sentiment de sécurité interne, comme la capacité à investir l'objet libidinal, dépend de l'élaboration de la séparation.

Les assises narcissiques représentent ce qui assure la continuité du sujet et la permanence de son investissement de lui-même. Elles n'ont pu se constituer qu'à partir de la relation d'objet, et l'appétence objectale sera d'autant moins ressentie comme « anti-narcissique », que les assises narcissiques seront solidement établies.

<p>Du fait du trouble des assises narcissiques, le processus d'intériorisation est perçu comme particulièrement dangereux, et pour éviter toute introjection et sauvegarder son identité, le sujet dépendant a recours à un objet externe qu'il pense maîtriser et qui constitue un véritable substitut objectal.</p>

b) De la construction psychique à la dépendance

Les conduites de dépendance tiennent leurs origines de la construction psychique durant l'enfance, qui se rejoue au moment de l'adolescence, ravivant les problématiques identitaires et de séparation-individuation, comme nous l'avons évoqué dans la seconde partie de ce travail.

Dans les conduites addictives, la fonction pare-excitante de l'objet, le travail de pensée et de représentation permettant d'accepter l'absence de l'objet, vécu comme objet perdu, comme objet du manque, jouent mal leurs rôles.

La discontinuité précoce et répétitive de la présence de l'objet est à l'origine d'excitations. Pour réduire ces excitations, le sujet va auto-générer des sensations qu'il utilisera comme pare-excitation, auto-stimulation et *self-holding*. La fonction du comportement (de l'objet) addictif est de permettre au sujet de générer ces sensations.

Par la perception interne de sa propre excitation et dans certaines situations d'absence, le sujet tend à investir et à contenir des traces corporelles anciennes par le biais de l'objet d'addiction et de ses effets corporels.

La carence, l'absence ou la discontinuité des échanges affectifs primaires installent très tôt une sorte de mémoire proprioceptive de l'expérience d'absence, qui se ravive lors d'évènements entrant en résonance avec la problématique identitaire.

C'est alors le corps non lié à la psyché qui se déprime et qui sollicite l'objet addictif pour produire une excitation salvatrice.

Ce que le sujet addictif fait éprouvé à son corps renseigne sur son combat intérieur, un combat non psychisé.

Cet agir sur le corps manifeste la difficulté de retrouver dans ce corps quelques traces proprioceptives de l'éprouvé de soi, dans sa relation à l'objet maternel.

C'est par le biais de l'éprouvé physique que l'enfant, puis l'adolescent tentent d'identifier l'origine de son malaise, palliant ainsi le défaut d'inscription mnésique psychique. Par la recherche d'un éprouvé de manque ou d'absence, signifié par un malaise corporel, l'objet

addictif inscrira le sujet dans une continuité, au prix d'un « brouillage » pare-excitant qui résulte du produit ou de la conduite impliquant le corps.

Le manque psychique se traduit par un manque physique, car la pensée est pensée du corps.

La problématique de séparation n'est dès lors pas élaborée psychologiquement, mais elle est éprouvée physiquement.

Pour M. Corcos et P. Jeammet, « *la mémoire du corps est bien l'antichambre des expériences psychiques. La création du soi dans sa dimension corporelle est consubstantielle au lien maternel (...). Un plein d'excitations qui remplit un vide* » [18].

La massivité comme l'ambivalence de la relation archaïque à la mère se retrouvent ultérieurement déplacées sur la relation au père. La relation avec le père sera souvent faite d'attente déçue et/ou d'une succession de séduction et d'évitement.

De relativement objectalisée, la relation devient de plus en plus narcissique et de moins en moins spécifique. Et en même temps, cette évolution entraîne une dépendance accrue à l'objet investi et représente une menace pour l'identité.

c) De l'émotion à la sensation

Dès l'adolescence, le recours aux sensations peut être privilégié, au détriment des émotions. Selon J. Mitrani, « *lorsque la capacité de développement mental et émotionnel est entravée, la sensation et l'action réapparaissent comme moyen pour l'adolescent d'atténuer les angoisses inconsciemment vécues comme entrant en résonance avec des événements non mentalisés de la première enfance* » [73]. Leur propre corps et les sensations corporelles sont utilisés comme des contenants pour ces expériences non-encore mentalisées. Elles ont avant tout pour but la survie psychique.

L'échec de l'élaboration mentale favorise la réponse par l'agir.

Le recours aux sensations a pour fonction de fermer le psychisme à la dimension imaginaire, à l'expression du fantasme et des conflits internes. En recherchant à éprouver des sensations, le sujet évite la confrontation à ses affects et à ses émotions, car ils menacent son narcissisme.

Les sensations servent donc à contrôler la réalité interne et à contre-investir le monde interne des émotions, car ces émotions sont en lien avec les objets internes.

Le sujet addictif a trop besoin des autres pour pouvoir tolérer la dépendance, et il s'efforcera de substituer aux objets humains, des objets de plus en plus dévitalisés.

Avec la drogue, l'adolescent pense ne plus être tributaire du désir de l'autre et de la déception qu'il peut occasionner. Mais là où il croyait se délivrer du pouvoir de l'objet, il retrouve la dépendance par rapport à un objet matériel. Dans ce mouvement, l'adolescent tente de substituer les sensations aux émotions.

Les sensations permettent de se sentir exister, en coupant les liens libidinaux qu'entretient la dépendance avec l'objet. Elles sont un moyen de lutter contre la dépression, mais elles vulnérabilisent le sujet par leur effet anti-introjectif.

Alors, pour continuer à se sentir exister, le sujet addictif doit accroître les sensations, et ce d'autant plus, qu'il s'appauvrit en relations gratifiantes et qu'augmente son sentiment de vide interne.

La difficulté de séparation n'est pas élaborée, mais contournée, remplacée par cette relation de dépendance au produit, une consommation sans fin qui évite toute confrontation au manque.

« Alors que la relation à l'objet transitionnel permet dans une méconnaissance une appropriation des qualités de l'objet maternel et une identification, la relation à l'objet-drogue se transforme, elle, en besoin compulsif car *l'objet addictif est transitoire, toujours à recréer, car toujours en dehors* » nous rappellent M. Corcos et P. Jeammet [18], qui s'appuient sur les réflexions de J. Mc Dougall sur l'objet addictif comme objet transitoire et non, objet transitionnel. Cette notion d'objet transitoire *versus* objet transitionnel sera développée ultérieurement.

Le passage à l'acte permet à l'adolescent de se redonner un rôle actif, il transforme ce qu'il subit en liberté, il restaure des limites dedans et dehors, entre l'objet et lui-même. La réponse en est souvent symétrique, en miroir, entraînant un jeu relationnel sadomasochiste avec l'entourage.

Pour M. Reynaud, « *l'addiction privilégie les sensations au détriment des émotions liées à la relation qui menacent le narcissisme du sujet* » [85].

Nous développerons ultérieurement le concept de « recherche de sensations » dont la place à l'adolescence, et particulièrement chez les sujets dépendants, est centrale.

d) L'ordalie

L'ordalie est une pratique du Moyen Age, où une assemblée s'en remet au jugement de Dieu, par le biais d'une épreuve extrême. La survie à cette épreuve innocentera le sujet.

Les conduites ordaliques font intervenir la transgression, la recherche de limites et la confrontation à la loi. Elles présentent une dimension d'interrogation du sujet sur sa relation à l'ordre légal, à la fonction paternelle.

M. Valleur et A. Charles-Nicolas considèrent la conduite ordalique comme « *le fantasme de s'en remettre corps et âme à une puissance extérieure – à l'Autre – pour la laisser décider de sa mort ou de son droit absolu à la vie, de la maîtriser ou en être l'élu* », ce qui équivaut à une demande d'autorisation, de confirmation pour vivre, en légitimant l'existence du sujet [14].

La réussite à cette épreuve entraîne une régénération proche d'un fantasme d'auto-engendrement et d'omnipotence.

Comme le souligne Marc Valleur [98], dans un processus addictif, le recours à des épreuves ordaliques pourrait être considéré comme une tentative pour le sujet de « se refaire », de « repartir à zéro », de redonner un sens à son existence, à travers un vécu de mort et de renaissance. Elles permettent au sujet de prouver son droit à la vie, en vérifiant son existence dans cette proximité à la mort (J.L. Venisse [101]).

La conduite ordalique est commune aux conduites à risque et aux conduites addictives.

Les addictions pourraient être classées selon leur « gradient ordalique », de la dépendance physique prédominante (le tabagisme), aux addictions les plus risquées et transgressives (la toxicomanie aux drogues « dures » et illicites).

Dans la problématique addictive, la répétition de conduites ordaliques témoigne de sa fonction substitutive à l'incorporation imaginaire.

Particulièrement à l'œuvre à la période de l'adolescence, qui réveille la problématique infantile de séparation-individuation, la conduite ordalique est utilisée comme une défense contre les pulsions destructrices et auto-destructrices. Le doute sur le droit à la vie pousse le sujet à interroger le destin, la chance, le hasard, chargés de le lui accorder et de confirmer sa valeur. La fragilité des assises narcissiques prédispose à ce type de conduites.

e) Incorporation et objet d'addiction

L'objet d'addiction, substitut de l'objet du besoin, ne permettra pas de retrouver dans le réel, l'objet sexuel primaire, l'objet du désir qui n'a pu être constitué comme objet perdu, et ne peut donc pas être représenté, ni retrouvé. C'est par un défaut d'internalisation que l'objet primaire et plus tard ses substituts, seront toujours à chercher à l'extérieur.

Les conduites addictives peuvent être considérées comme l'externalisation de contenus internes, qui trouvent ainsi un mode de figuration et une voie d'expression maîtrisables, ce que ne permettraient pas aussi aisément les représentations internes (P. Jeammet [46]).

Par ce mouvement d'externalisation, la source interne d'excitation liée au désir devient une source externe d'excitation liée au besoin, contrôlable comme un élément de la réalité extérieure, évitant ainsi le recours à l'introjection.

Ce défaut d'internalisation aura pour conséquence un sentiment de vide, une discontinuité du sentiment d'être du sujet, qui tentera d'y faire face par la quête répétitive de l'objet extérieur de satisfaction, qui n'a d'effet que provisoirement.

Tandis que l'objet transitionnel est une création de l'enfant, doté imaginativement des qualités de la présence maternelle, et qui sera par la suite introjecté, l'objet addictif, que J. Mc Dougall qualifiera de « transitoire », devra toujours être recréé car jamais introjecté.

La mauvaise construction de l'espace et de l'objet transitionnels (théorisés par Winnicott) serait à l'origine de l'incapacité d'introjection de l'enfant, et obligera le recours répété à l'objet externe pour se sentir exister.

P. Gutton a proposé un modèle pour rendre compte des « pratiques d'incorporation » [42], pratiques retrouvées dans les conduites addictives. Il se réfère aux théories de l'introjection développées par Abraham et Torok, distinguant l'introjection, processus organisateur de l'objet interne, de l'incorporation, comme mécanisme imaginaire visant à nier la perte.

L'incorporation survient lorsque le travail d'introjection, et avec lui l'identification, n'ont pas pu avoir lieu. Néanmoins, même si l'incorporation apparaît comme un échec de l'identification, le comportement répétitif qui en résulte, comporte une dimension identifiante. Ces gestes addictifs ont ainsi une fonction de reconstruction du Moi.

Les actes du comportement addictif, qui consistent à inhaler, ingérer, injecter, représentent finalement une incorporation réelle de l'objet d'addiction, et pas seulement un fantasme d'incorporation qui résulterait d'un échec du processus d'introjection.

Dans la conduite addictive, l'agir se substitue à la représentation et au fantasme.

L'acte addictif consiste en une incorporation réelle d'un objet externe, sans incorporation imaginaire, résultant de la défaillance des capacités de représentation du sujet.

f) Relation de maîtrise, relation de dépendance

Pour lutter contre une dépendance affective perçue comme une menace pour l'identité du sujet et une aliénation à ses objets d'attachement, le sujet dépendant va substituer à ses liens affectifs relationnels, des liens de maîtrise et d'emprise. Il s'agit d'introduire entre le sujet et ses possibles attachements, des objets substitutifs qu'il pense maîtriser.

Ce comportement permet de contrôler la distance relationnelle, mais au prix d'un clivage du Moi.

Dans d'autres cas, *l'appétence relationnelle et objectale* demeure vive, mais aussi insupportable du fait de l'excitation qui en résulte et que le sujet cherche à neutraliser par une surenchère comportementale addictive. Tout ce qui rappelle un lien affectif est rejeté. Le comportement devient mécanique, délibidinalisé, et le besoin de sensations fortes permet de se sentir exister, à défaut d'éprouver du plaisir par l'auto-érotisme.

L'objet addictif est un objet primitif, asexué, toujours à la disposition du sujet dans une relation d'emprise réciproque, et il a en même temps une fonction de pare-excitation et d'enveloppe protectrice qui met le sujet à l'abri des excitations tant internes qu'externes. Sa fonction stabilisatrice représente une issue à l'instabilité de l'organisation mentale du sujet.

Le lien créé avec l'objet d'addiction n'est pas sans rapport avec celui que le sujet entretenait auparavant avec ses objets d'attachement privilégiés, c'est-à-dire un lien de dépendance qui révèle en miroir (passant du dedans au-dehors) celui qui le reliait à ses objets internes et à leurs représentations externes.

Entre la fonction objectale apportée par le comportement et l'assurance que le *néo-objet* restera à la périphérie, au contact, mais sans pénétration, le sujet parvient à un compromis.

Par les fonctions perceptives et sensorielles, le sujet s'assure de la présence concrète des objets qui lui font défaut à l'intérieur, tout en pouvant vérifier que l'objet en question est à la fois à disposition, sous la main et toujours extérieur, donc sans risque de confusion avec le sujet.

Le comportement addictif permet de créer une *néo-relation*, un substitut relationnel, à visée économique pour le sujet tant au niveau psychique que relationnel. En ce sens, le sujet confère au comportement une dimension perverse, qui sauvegarde le lien objectal, mais en le réduisant à un lien de contact, en surface, qui évite les dangers de l'intériorisation comme ceux de la perte. La contrepartie, c'est que la source d'excitation demeure elle-aussi externe, elle doit donc sans cesse être renouvelée, et ne perdurant pas, elle est par définition transitoire. L'ancrage de cette excitation sur une activité physiologique ou l'apport d'une substance exogène autorise sa maîtrise et son apparente indépendance par rapport aux objets investis, de même que les sensations servent à contre-investir le monde interne des émotions.

L'objet n'est pas investi à des fins d'échange, mais uniquement pour protéger d'une perte possible et maintenir une source minimale d'excitation pulsionnelle, et ainsi maintenir la cohésion du Moi.

La place accordée à l'objet, comme la nécessité de le maintenir dans un statut d'extériorité, contribue à l'instabilité de la solution addictive.

La conduite addictive peut se comprendre comme une lutte anti-dépressive, l'incorporation répétée de l'objet visant à combler un sentiment de vide insupportable. La problématique dépressive est d'ordre narcissique, en lien avec l'échec d'introjection des images identificatoires stables et l'incapacité d'élaborer la perte, dans le cadre d'un travail de deuil. Par l'auto-entretien du comportement addictif, l'élaboration psychique s'amenuise, et en substituant une dépendance à une autre, le sujet évite tant bien que mal, toute élaboration dépressive.

3. L'alexithymie

L'alexithymie signifie étymologiquement l'incapacité à exprimer ses émotions par des mots (*a* : privatif ; *lexi* : mots ; *thymie* : émotion, humeur).

Elle repose sur l'idée d'une défaillance du symbolique et/ou de la représentation des émotions chez certains sujets, qui favorisent ainsi leur expression au niveau somatique. Le langage corporel viendrait se substituer à une carence fonctionnelle de l'activité de représentation. Les sujets alexithymiques auraient des émotions, mais seraient incapables d'exprimer et d'identifier leurs sentiments. Leur vie fantasmatique et imaginaire serait pauvre. Ils auraient recours à l'action, pour éviter les conflits ou exprimer leurs émotions.

L'identification des émotions constitue le premier temps de la chaîne de réaction émotionnelle, du temps le moins élaboré psychiquement et le plus ancré dans le corps.

L'alexithymie renvoie à un mécanisme de défense archaïque, permettant au sujet de se protéger dès la prime enfance, contre des angoisses de perte objectale. Ces angoisses de perte objectale n'auraient pas pu être représentées du fait de l'absence d'intégration d'un suffisamment bon objet maternel.

L'alexithymie serait donc une forme de défense pathologique contre des angoisses archaïques, secondaires aux troubles des interactions précoces.

L'alexithymie n'est pas spécifique de conduites addictives, même si elle est fréquemment retrouvée. Sa place est prépondérante dans les troubles des conduites alimentaires.

L'alexithymie serait donc caractérisée par une incapacité à identifier et exprimer les émotions et les sentiments, une limitation dans la vie imaginaire et une pensée caractérisée par un contenu pragmatique.

La conduite addictive constituerait chez les sujets alexithymiques, un aménagement défensif compensatoire, du fait de la faiblesse des mécanismes de défense et de l'incapacité du Moi à réguler et moduler les émotions.

Les comparaisons dans les différentes conduites addictives montrent une plus grande prévalence de l'alexithymie chez les sujets présentant des troubles alimentaires.

4. Recherche de sensations dans les conduites de dépendance

A partir des années 1960, Zuckerman développe une série de recherches sur l'activation et la recherche de sensations.

Même si ce besoin de sensations semble varier selon les individus, suivant différents facteurs de vulnérabilité (physiologiques et comportementaux notamment), il est souvent retrouvé chez les sujets dépendants : grands fumeurs, joueurs pathologiques, toxicomanes, consommateurs abusifs d'alcool ou personnes alcool-dépendantes, auteurs de conduites à risque [76].

Une *échelle de recherche de sensations* (traduction française de la *Sensation Seeking Scale : SSS*), a été mise en place pour distinguer quatre dimensions de ce concept : la désinhibition (attitudes hédoniques et extraverties), la recherche de danger et d'aventures (sport et activités à risque), la recherche d'expériences (nouvelles expériences) et la susceptibilité à l'ennui (aversion pour toutes les activités répétitives et routinières).

Il semblerait que la phase d'initiation à l'objet, qui deviendra objet d'addiction, soit marquée par un haut niveau de sensations et d'activation cérébrale. La recherche de sensations jouerait alors un rôle essentiel dans la rencontre du produit.

Il a été montré que les stimulations à tonalité émotionnelle négative apportent les niveaux d'activation interne les plus forts (S. Carton [13]). Les amateurs de sensations présenteraient des seuils élevés de réactivité à la douleur et une plus grande tolérance à des quantités intenses de stimulation. En revanche, ils se lasseraient plus vite lorsque l'expérience devient répétitive, d'où la préférence pour des stimulations présentant des critères de nouveauté et de variété.

Cette notion nous semble intéressante dans le contexte de la pratique de modifications corporelles, car la multiplicité de ces pratiques peut se comprendre comme un besoin de varier les expériences, tant au niveau des localisations, qu'au niveau des types de modifications. Est-ce que les sujets tatoués et piercés, sont plus en recherche de sensations que les sujets seulement tatoués ou seulement piercés ? La recherche de sensations pourrait-elle être un facteur commun des populations dépendantes et des sujets porteurs de marques corporelles ?

Une étude récente menée par M. Flament *et al.* [29] montre que les sujets toxicomanes auraient un score total à l'échelle de recherche de sensations (SSS) plus élevé que les autres conduites addictives, et concernant toutes les dimensions. Les populations alcooliques et anorexiques auraient un score total SSS normal et les sujets boulimiques un score augmenté, mais dans une moindre mesure.

La recherche de sensations ne serait pas identique, ou en tous les cas, ne concernerait pas les mêmes dimensions en fonction des conduites addictives.

Tableau 10 : Recherche de sensations et conduites addictives.

	Score total SSS	Désinhibition	Recherche de danger d'aventures	de et Recherche d'expériences	Susceptibilité à l'ennui
Toxicomanes Hommes et Femmes	↑↑	↑↑	↑	↑	↑
Hommes Alcooliques	↔	↑	↔	↔	↔
Femmes Alcooliques	↔	↑↑	↓	↔	↑
Boulimiques	↑	↑	↔	↔	↑
Anorexiques	↔	↔	↔	↔	↔

Une dimension de cette échelle serait-elle plus en cause dans la pratique des marques corporelles ? Si c'est le cas, l'augmentation d'une ou de plusieurs dimensions de l'échelle de recherche de sensations est-elle prédictive d'un risque particulier d'une conduite addictive et de réalisation de tatouages ou de piercings ?

5. Attachement et conduites de dépendance

a) Dimension relationnelle

C'est en 1969 que Bowlby élaborera la *théorie de l'attachement*, qui porte sur les aspects de la relation touchant aux besoins de sécurité de l'enfant.

L'attachement n'est pas un besoin existant seulement chez l'enfant, il persiste sous une forme élaborée tout au long de la vie.

Selon les modèles de représentation de soi et des autres, résultant de l'intériorisation des relations précoces, se construiront les relations que l'adulte aura avec son entourage.

b) Dimension comportementale

Par la mise au point d'un dispositif expérimental, Ainsworth va définir en 1978, quatre catégories d'attachement chez l'enfant : « sécuritaire », « insécure évitant »,

« insécure ambivalent » et « désorganisé ». Ce concept prend en compte le comportement que l'enfant adoptera dans ses relations à autrui.

c) Dimension représentationnelle

En 1998, M. Main et R. Goldwyn ont mis en place un nouvel outil permettant l'évaluation des représentations d'attachement chez l'adulte : l'*Adult Attachment Interview* (AAI).

Les sujets sont classés en quatre catégories selon les caractéristiques de leur discours : sécuritaire « autonome », insécure « détaché », insécure « préoccupé » et « non résolu/désorganisé ».

Chez les sujets séculaires « autonomes », le discours se caractérise par sa cohérence, sa logique, sa concision à propos du passé.

Le discours des sujets inséculaires « détachés » est peu élaboré, peu nuancé, pauvre en affects. Ils présentent une image idéalisée et abstraite de leurs parents, qui ne peut s'appuyer sur des souvenirs appropriés.

Les individus « préoccupés », au contraire, paraissent encore pris dans leur passé, racontant des histoires confuses, chargées d'affects, qui semblent toujours vifs.

La catégorie « non résolu/désorganisé » se réfère à un discours où la narration est interrompue et désorganisée, lorsque sont évoquées des expériences traumatiques. Cette catégorie peut coexister avec les autres types d'attachement.

La recherche d'un lien entre ces différents types d'attachement et la réaction émotionnelle associée, a permis de mettre en évidence, dans une population présentant une dépendance aux drogues ou des troubles des conduites alimentaires, les résultats suivants [18] :

Il apparaîtrait que l'attachement « détaché » sera plus fréquent chez les sujets dépendants aux drogues et chez les anorexiques restrictives. D'un point de vue émotionnel, ce type d'attachement se caractérise par une *désactivation du comportement d'attachement*, avec évitement des affects et minimisation des signes de détresse, ce qui correspond bien à la clinique de ces patients.

L'attachement « préoccupé » est, pour sa part, plus fréquent lorsqu'il existe un comportement boulimique (qu'il s'associe ou non à une anorexie). Il est alors retrouvé une *hyperactivation du comportement d'attachement*, avec débordement émotionnel et exagération des signes de détresse, ce qui correspond au profil clinique des sujets boulimiques.

Il existe donc un attachement insécure, qu'il soit de type « préoccupé » ou « détaché », chez ces sujets présentant des conduites addictives. La plus grande rigidité des stratégies de régulation émotionnelle chez les sujets addictifs, serait en rapport avec l'insécurité.

Des liens de causalité entre attachement insécure et conduites addictives n'ont pas été démontrés, il paraît donc plus approprié de considérer l'attachement insécure comme un facteur de risque.

La notion d'attachement pourrait être intéressante à étudier dans les populations présentant des marques corporelles. Elle permettrait d'évaluer si un type d'attachement particulier est retrouvé dans cette population et quelles représentations et émotions y sont rattachées.

L'attachement insécure de type « préoccupé » ou « détaché » pourrait-il être un facteur commun aux conduites addictives et à la pratique de marques cutanées ?

6. Le corps dans la dépendance

Dans les conduites de dépendance, le rapport au corps est particulier.

Dans ces affections de l'oralité, le corps et l'usage qui en est fait, sont repérables d'emblée.

Il ne s'agit pas toujours uniquement de la zone orale du corps, mais peut-être plus des orifices naturels ou artificiellement créés, comme des équivalences : la bouche bien évidemment (pour l'ingestion ou l'inhalation), mais aussi le nez (pour la prise par voie nasale de certains produits), ou les veines lors des injections (le plus classiquement de l'héroïne).

Tandis que l'anorexique veut aplatir son corps le plus possible, le boulimique le remplit jusqu'aux limites de la compliance digestive, l'alcoolique a un corps qui vacille, le « toxicomane » peut le transpercer, le trouer, en tous les cas en faire un corps surexcité ou amorphe. Quand le sport devient une dépendance, sa pratique pousse l'individu vers ses propres limites physiques, vers l'épuisement ou vers la sculpture musculaire qui en elle-même, constitue une limite physique entre l'intérieur et l'extérieur corporel.

Dans le miroir, la personne dépendante voit une autre image que la réalité, l'image d'un corps aux limites floues, qu'elle cherche à ressentir par l'intermédiaire des sensations. Elle tente de recréer un circuit sensitif pour se sentir exister, pour retrouver son corps par ces sensations fortes, mais aussi pour retrouver un apaisement.

Pourtant une fois ne suffit pas, il faut répéter le comportement source de ces sensations, sans cesse le remettre en acte. Par cette répétition, la distance entre ce corps et son image, ne se démarque pas, les deux restent confondus, confus. Les mots manquent pour élaborer, pour définir et délimiter ce corps.

Si la satisfaction immédiate est donnée en réponse au besoin impérieux, pour apaiser l'individu, le risque qu'un circuit fermé s'installe, est inéluctable. Entre le besoin et la réponse par l'acte, la parole n'a pas été introduite pour rompre ce circuit, pour créer un espace au manque, à la symbolisation, à l'imaginaire. L'acte dépendant détourne la pensée réflexive et prend sa place.

Dans ce mouvement de répétition, la réponse n'est que réponse au corps à corps. D. Marinelli parle « *d'un accrochage corporel qui s'installe à défaut d'un accrochage imaginaire, la symbolisation étant en panne : pas de mots pour signifier le manque, pas de mots pour dire l'angoisse, pas de mots pour que se ferme la plaie sur le corps* » [67].

La dépendance s'inscrit corporellement dans les sensations, faute de se traduire dans la mentalisation.

La réponse par l'incorporation de produits va tenter de combler le vide, source d'angoisse. Mais le besoin se fait sentir de plus en plus, et le corps réclame plus de substances, plus de maîtrise, plus de jeûne, plus de traces aussi, pour se sentir être là.

Ce corps n'est pas investi comme le sien propre, il devient alors un élément extérieur, regardé en dehors de soi. Il ne peut fonctionner seul, il ne vit pas en relation avec les autres corps parce qu'il ne pourrait s'en différencier.

C'est un corps de besoin, un corps à maîtriser, ce n'est pas un corps imagé.

Le besoin de rechercher éperdument des sensations fortes, de plus en plus fortes, fait disparaître la distance entre les sensations et les besoins de satisfaction.

La lutte contre le manque correspond à la lutte contre la perte. La première dépendance est celle du nourrisson à la mère nourricière, le sevrage permet une séparation. La mère accompagne l'enfant dans ce deuil partagé. En nommant la perte, l'enfant peut créer autre

chose, un autre espace, tandis que la personne dépendante est restée fixée au besoin, en quête d'une sensation sans cesse à retrouver, dans une monotonie sans fin. La confrontation au vide est inimaginable, par la réponse du produit (ou du comportement), le remplacement imaginaire est évité.

Pour P. Dessez, « *le manque est ce temps de la douleur physiologique qui demande à être soulagé, mais aussi une tentative d'ouverture à un renoncement mentalisé qui demande à être soutenue* » [22].

7. En résumé

La conduite addictive est avant tout une tentative de solution à **un** problème, qui deviendra une tentative de solution à **tous** les problèmes, survenant dans la vie du sujet.

L'enfant n'ayant pu intégrer une base suffisamment sécurisée, ne peut intérioriser l'objet maternel par un auto-érotisme satisfaisant.

La fragilité des assises narcissiques rend dangereuse la relation objectale, car sous-tendue par des fantasmes de fusion à l'objet. L'enfant a recours à l'excitation exogène moins angoissante et dont il se sent moins dépendant.

La phase transitionnelle, comme pré-phase de l'introjection, n'a pas pu se développer, du fait-même de la défaillance des capacités d'internalisation. Il existe comme une vacuité interne, vacuité psychique du défaut d'introjection, que le sujet va tenter de combler par un apport extérieur. Les **sensations corporelles** sont privilégiées car maîtrisables, extérieures, **se substituant aux émotions**.

L'incorporation a pour fonction de combler cette vacuité interne, mais elle ne se limite pas à une incorporation fantasmatique, c'est une **incorporation réelle d'un objet externe**. Cependant, cette tentative de solution ne dure que le temps durant lequel l'objet externe est efficace sur le corps du sujet. C'est le caractère « **transitoire** » **de l'objet externe** qui motive la répétition de cet agir incorporatif, vers toujours plus de sensations pour ne ressentir aucune émotion.

Par cette répétition, la recherche de l'objet d'addiction devient la principale préoccupation du sujet addictif, créant une dépendance comportementale pour satisfaire son besoin de sécurité intérieure et son sentiment d'unité.

Les sujets additifs ont-ils certaines dimensions comportementales ou développementales communes avec les sujets tatoués et/ou percés ?

Le tatouage ou le piercing peut-il avoir les mêmes propriétés que l'objet addictif ?
Finalement, la pratique (au sens de possession) de tatouages ou de piercings peut-elle devenir une conduite addictive ?

C. Tatouage-piercing et pathologies addictives

Dans ce travail, nous sommes partis de la constatation d'un engouement actuel pour la pratique de marques corporelles dans la population d'adolescents et jeunes adultes, et depuis plusieurs décennies d'une augmentation des pathologies addictives.

Si, comme nous l'ont montré les résultats de notre étude en service d'addictologie, il existe une sur-représentation des sujets tatoués et/ou piercés dans la population dépendante, quels peuvent être les facteurs communs à ces deux populations ? Et quelles en sont les différences ?

1. Parenté et différences (cliniques et psychopathologiques)

a) Etre et Avoir

Que ce soit l'objet d'addiction ou l'objet tatouage-piercing, il résulte toujours d'une démarche personnelle, active du sujet, pour le posséder. Il ne s'agit pas du verbe « posséder » au sens de « posséder un bien », qui sous-entendrait qu'il est extérieur, mais posséder dans un sens plus corporel, que le corps possède l'objet, « avoir en soi » l'objet, au risque « d'être possédé » par l'objet. Eternel questionnement entre « être » et « avoir » : « être tatoué » ou « avoir un tatouage », « avoir consommé de l'alcool » ou « être alcoolique », « avoir une anorexie » ou « être anorexique » etc.

Qui identifie le sujet à l'objet ? L'individu lui-même ? La société ? Le groupe d'appartenance ?

Que permet cette identification ? Une reconnaissance ? Le sentiment d'exister pour l'individu, « d'être quelqu'un » par ce « quelque chose » en plus, exister par et à travers l'objet ?

Quel est le risque de cette identification ? La stigmatisation ? Le rejet ? L'oubli du sujet derrière son comportement ?

b) La fonction d'identification de la marque cutanée et de l'objet d'addiction

Le besoin de s'affirmer et de refuser les imagos parentales peut motiver l'adolescent à rejeter les identifications antérieures et à chercher dans le tatouage ou le piercing des objets nouveaux d'identification.

« Sans lui, je ne serai plus moi » disent souvent les personnes tatouées ou percées, en parlant de leur tatouage ou de leur piercing. La marque ferait donc partie du Moi, elle aurait cette fonction d'identification, socle du sentiment d'identité. Ce n'est peut-être pas tant la marque, que ce qu'elle représente, qui a cette fonction d'identification. Un grain de beauté peut généralement être ôté, sans que la personne ait le sentiment d'avoir perdu une partie d'elle-même.

L'image spéculaire du sujet a intégré la présence de la marque, comme faisant partie intégrante de sa personne.

L'objet d'addiction permet au sujet de conserver un sentiment de continuité du Moi, par la répétition de son incorporation. Il a donc aussi une fonction de maintien de l'identité. Parfois, le sujet dépendant pourra avoir le sentiment d'exister par une identification à son comportement addictif. Dire qu'une personne est anorexique, c'est fusionner un comportement à une identité. Dire qu'une personne souffre d'anorexie, c'est reconnaître son existence en tant qu'individu, individu présentant, qui plus est, une anorexie.

La distinction de la pathologie et de l'individu permet au thérapeute d'aider l'individu à cesser son comportement addictif, tout en conservant son identité. Si la personne s'identifie à son comportement, elle ne peut exister sans lui, et ne peut donc se résoudre à l'arrêter.

De même, le sujet tatoué s'identifie d'autant plus à son tatouage que celui-ci lui permet de trouver une identité. Il sera peut-être plus enclin à mettre en évidence son tatouage, qu'à le cacher, pour que les autres voient en lui une personne tatouée. L'identification à la « communauté » des personnes tatouées peut lui donner une identité groupale, à défaut d'avoir trouvé une identité par le seul fait d'exister.

L'appartenance à un groupe, plus ou moins formel, donne un contenant. Dans ce contenant peut naître un sentiment d'unité et d'identité, par le biais de l'identification.

c) Narcissisme et relation objectale

Nous avons vu qu'au moment de l'adolescence se joue le second processus de séparation-individuation. Les sujets dépendants se trouvent dans une situation conflictuelle entre relation objectale et narcissisme, à l'origine de ce que Ph. Jeammet appelle l'antagonisme narcissico-objectal. Face à la fragilité de ses assises narcissiques, la personne dépendante va favoriser le recours à un objet externe, niant la perte objectale non-introjectée.

Pour les sujets tatoués et/ou percés, la problématique de séparation est palliée par une représentation de l'objet perdu de manière symbolique dans la peau. Il ne s'agit pas nier l'objet perdu, mais de le faire exister par un autre moyen. De plus, la marque corporelle renarcissise le sujet.

Le tatouage ou le piercing peut être un moyen de gérer la séparation au moment de l'adolescence.

Les personnes tatouées et/ou percées présentant des troubles de l'attachement, ont-elles plus de risque d'utiliser les marques corporelles comme objet d'addiction, ou au contraire, utilisent-elles les marques corporelles comme objet de substitution aux objets primaires?

d) Objet transitoire/ objet transitionnel

Dans les conduites addictives, il existe un défaut d'internalisation, ce qui ne permet pas de créer une aire transitionnelle. Le sujet cherche à l'extérieur des substituts de l'objet primaire, qu'il va « mettre à l'intérieur » du corps, incorporer de manière active. L'efficacité de l'objet est transitoire, ce qui motive la répétition de l'action d'incorporation pour obtenir, le plus possible, une continuité de son effet dans le temps.

Le tatouage et le piercing sont des traces qui perdurent dans le temps, ils ne sont pas transitoires comme l'est l'objet d'addiction, en revanche, le moment de la réalisation de ces marques est transitoire. Si la réalisation est le moment le plus important pour le sujet qui se fait tatouer ou piercer, alors il peut avoir besoin de renouveler l'expérience.

La multiplication des marques corporelles sur le corps pourrait être le témoin de l'importance accordée à la réalisation, par rapport au résultat obtenu qui s'inscrit dans la durée.

Les marques corporelles peuvent-elles équivaloir à l'objet transitionnel, tel que Winnicott le décrit ? Nous ne le pensons pas, car l'objet transitionnel permet l'accession au processus d'introjection. Si l'objet interne était introjecté, il serait alors représentable et n'aurait pas besoin d'un support corporel pour sa représentation mentale. Néanmoins la marque peut être un substitut transitionnel de certaines représentations mentales non introjectables, tandis que d'autres représentations ont pu être introjectées. La marque résulterait alors d'un défaut partiel du processus d'introjection, limité à certains objets internes.

Il se peut que certains processus de l'adolescence (identification, narcissisme) nécessitent le recours à un objet transitionnel pour y faire face dans un premier temps, avant de pouvoir ou non, être introjecté dans un second temps. Le signe cutané serait alors une **étape intermédiaire** mise en acte par le sujet pour soutenir un processus psychique déficient.

L'objet addictif est un objet transitoire. Son caractère transitoire motive la répétition de la séquence comportementale.

Le tatouage et le piercing ne semblent pas transitoires, mais peut-être ont-ils une fonction d'objet transitionnel, en tous les cas **d'objet de transition.**

La réalisation de la marque corporelle représente l'acte, et si ce qui compte est l'acte, alors la pratique des inscriptions cutanées pourrait constituer un agir à l'efficacité transitoire et se rapprocher d'un comportement addictif.

e) Introjection et incorporation

Nous avons vu que l'objet interne et ses substituts ne sont pas introjectés dans les pathologies addictives, mais c'est l'objet externe qui est incorporé. Cette incorporation a la particularité de

ne pas être fantasmatique mais agie. La recherche extérieure de l'objet qui va être incorporé, donne l'illusion d'une maîtrise, d'une indépendance vis-à-vis de l'objet.

Dans la pratique des marques corporelles, la trace laissée sur la peau peut témoigner d'un besoin d'externalisation des objets internes. Pouvons-nous pour autant parler d'externalisation ? La marque est extérieure car visible, mais elle est aussi sur le corps, dans la peau. La peau, en tant que surface, devient un support de projection des représentations internes.

L'agir, dont témoigne la pratique des tatouages et des piercings, n'entraîne pas une incorporation à proprement parlée. Pour autant le processus d'introjection ne semble pas avoir eu lieu. Les marques corporelles ne seraient pas introjectées, ni incorporées, mais situées à même la peau, dans un *entre-deux* permettant parfois la représentation des objets internes.

Il s'agirait là d'une différence sensible entre les marques corporelles et les conduites addictives. Dans la pratique de certains tatouages ou piercings, l'accession à un mode fantasmatique serait possible, malgré l'hypothèse d'un défaut d'internalisation de la relation maternelle. La décision de la localisation et de la figuration de la marque a permis l'ébauche d'une représentation mentale, sur laquelle peuvent être posés des mots. L'inscription ou le perçage marquent la peau à un moment donné, et là où le sujet dépendant devra répéter son geste addictif pour maintenir l'excitation, le sujet tatoué-piercé pourra regarder, toucher, se souvenir de la réalisation de sa marque, car cette marque sera chargée des représentations qu'il y a associées.

La réalisation de la marque et le temps de cicatrisation ont permis de la ressentir physiquement dans son corps. Pour le piercing, la sensation n'est pas éphémère, l'individu piercé peut toucher le bijou mobile dans le perçage cutané, à distance de sa réalisation. L'objet n'est pas détruit comme il l'est dans l'incorporation, l'objet est ancré. Sa destruction pourrait être représentée par sa disparition, lorsque l'individu décide d'ôter son piercing (le bijou) ou de recourir au détatouage. Alors, peut-être qu'à ce moment-là, l'incorporation aura eu lieu et que l'individu pourra se passer de la représentation cutanée de l'objet, car son introjection aura été possible.

f) Sensations par l'agir

La recherche de sensations, prédominante au moment de l'adolescence, est présente dans la réalisation des marques corporelles, mais aussi dans les conduites addictives : mettre à l'épreuve ce corps qui se transforme, pour le maîtriser, le confronter aux limites du monde extérieur, le ressentir corporellement face à l'incertitude de son appropriation. Exister psychiquement, c'est avant tout exister physiquement, en tant qu'être unique et individualisé.

Les adolescents peuvent se sentir dépossédés d'eux-mêmes, puisque leur corps se sexualise et avec lui, leur rapport aux autres se modifie, les pulsions qui les animent sont nouvelles, incontrôlables, et parfois angoissantes. Reprendre le contrôle de son être passe par la reprise du contrôle de ce corps. Par les sensations, les émotions sont évitées. C'est l'agir qui prend la parole et permet de se sentir exister et de maîtriser son existence. Maîtriser son corps à défaut de maîtriser ses pulsions, ses émotions ou ses pensées, pour garder de soi un sentiment d'unité : unité corporelle et unité psychique.

Le besoin de recourir à l'agir est en lien avec la fragilité des assises narcissiques, de plus en plus présente dans notre société actuelle, fragilité ravivée à l'adolescence par la confrontation au *second processus de séparation-individuation*.

Dans les conduites addictives, la représentation de la perte de l'objet primaire est évitée par l'action d'incorporation. Il ne s'agit pas tant d'une défaillance des capacités de représentation que du danger de devoir se représenter l'absence de l'objet. Le sujet dépendant fait l'économie de cette représentation par la mise en action de son comportement addictif.

Le recours aux sensations a pour fonction de fermer le psychisme à la dimension imaginaire, à l'expression du fantasme et des conflits internes. Dans **la pratique** des tatouages et des piercings, il existe aussi une **recherche de sensations**, mais la marque témoigne du geste. L'objet (tatouage ou piercing) constitue le témoin objectivable, pour l'individu et son entourage, de ses pensées internes.

Les marques corporelles peuvent être la localisation d'une charge émotionnelle, comme si toute l'émotion liée à un événement, à une situation, avait été circonscrite dans la marque. Un souvenir ancré avec tout le ressenti émotionnel qui s'y rattache car non-introjecté. De même,

le recours aux sensations dans les pathologies addictives évite à l'individu de penser, substitue un ressenti physique aux émotions. Il ne circonscrit pas la charge émotionnelle dans une représentation symbolique comme peut le faire une marque corporelle, mais il l'évince en la niant.

Lorsqu'une personne dépendante réalise un tatouage ou un piercing, ce peut être un mode d'accession à ses émotions et à une représentation mentale, une forme plus élaborée que la dénégaration jusqu'alors utilisée dans les conduites addictives.

Les sujets dépendants ayant une marque corporelle ont-ils recours aux signes cutanés pour créer un espace intermédiaire entre *intérieur* et *extérieur* qui leur permettraient d'accéder aux représentations mentales et aux émotions ?

g) La peau, un espace de transition

Le tatouage et le piercing se donnent à voir, à soi et à l'autre, à un niveau corporel qui n'est ni extérieur, ni intérieur, à travers cette interface que constitue l'enveloppe cutanée. En les rendant visibles au regard de l'autre, c'est une part de soi qui est montrée, une partie qui a été investie spécifiquement. « Voilà ce que j'ai, ou ce que je suis, à l'intérieur » pourrait vouloir dire la marque.

Il peut être fait de nombreuses interprétations des tatouages et des piercings, en fonction de leurs localisations, de ce qui est représenté, à qui il est montré en fonction des habitudes vestimentaires. Mais la personne qui sait ce que signifie la marque, reste celle qui la porte, qui l'a dans la peau. Il peut sembler un peu réducteur d'affirmer savoir ce qu'elle représente, car comme dans les pathologies addictives, la marque corporelle est le résultat d'un geste décidé à un moment donné, par un individu. Son histoire personnelle fait partie intégrante de la marque.

Que ce soit l'objet addictif ou l'objet « tatouage-piercing », tous deux sont une tentative de solution à un problème. Ce problème pourrait être la perte de l'objet, renvoyant à son sentiment de dépendance dans le cas des conduites addictives, et à l'incapacité de faire le deuil de l'objet dans le cas de la pratique des marques corporelles.

L'objet « tatouage-piercing » tente de représenter cette perte et d'y pallier, en créant un espace cutané de symbolisation. Il résulte d'un minimum de conscience de cette perte objectale, qui est alors projetée telle une image sur un écran, pour faire exister l'objet perdu.

Là où la **marque corporelle crée un espace psychique propre**, qui est avant tout un espace cutané délimité pour penser le problème, **la conduite addictive** évite toute confrontation au problème, en **monopolisant la pensée par le comportement addictif**.

La marque limite et délimite le corps, à sa périphérie. Elle est à travers la peau, comme un Moi corporel, un Moi-peau et permet à l'individu d'être lui, tel un Moi de substitution. L'enveloppe cutanée devient enveloppe psychique, vestibule de la psyché. Tandis que la marque donne à la peau sa fonction d'enveloppe, de contenant, elle est aussi la vitrine de l'« intérieur » exposé, exposé mais contenu.

Que penser de l'objet addictif qui est contenu dans ce corps, et qui cherche un contenant corporel, un corps malmené par les drogues, l'alcool, la restriction, le sport intensif ? Il comble le vide, repousse les limites physiologiques du corps (et non les limites physiques), les limites de la vie, au risque de la perdre.

La dimension ordalique n'est pas retrouvée dans le tatouage ou le piercing, aucun droit à la vie n'est prouvé par ces pratiques. Il s'agit plus d'un « droit sur son corps ». On investit son corps, comme on investit l'intérieur de sa maison, on le pare, on l'embellit, pour se sentir dans ce corps comme on se sentirait chez soi. Il devient alors support identificatoire.

h) Le rapport au temps

Dans les marques corporelles, nous avons vu que le rapport au temps est modifié.

Avant de se tatouer ou de se piercer, le sujet peut avoir un rapport déstructuré au temps. Sans disparaître, cette atemporalité va être rythmée par les réalisations de marques cutanées, créant un minimum de continuité temporelle.

Par la réalisation de la marque, le temps se scinde en un *avant* et un *après*.

Même si le piercing a la particularité d'avoir un bijou amovible, la temporalité est dans la continuité. L'orifice du perçage reste dans la peau et témoigne de sa réalisation.

La réalisation d'un tatouage va mettre fin à une période, au profit d'une autre, où le corps sera différent ; cette différence durera toute la vie. Un second tatouage créera une autre période, différente de la première. Si la réalisation du second tatouage n'est pas imaginée dès la réalisation du premier, alors les périodes seront distinctes et linéaires. En revanche, si les tatouages ultérieurs sont anticipés dès la réalisation du précédent, nous pouvons penser que le temps devient circulaire, cyclique, comme il l'est dans les conduites de dépendance. Dans ce cas, la priorité n'est pas donnée à la trace, mais à la réalisation de l'inscription cutanée, donc à l'agir.

Dans la définition des conduites addictives, il existe cette notion de répétition, qui naît du caractère transitoire de l'objet. Le comportement addictif délimite à la fois un *avant* et un *après*, mais surtout un *entre-deux*. Là où l'*après* suggère la continuité, voire l'infini, l'*entre-deux* suggère la survenue d'un événement qui signera la fin de cette période. Dans le cas des conduites addictives, c'est un retour à un état antérieur de « manque », de recherche de l'objet addictif, dans une séquence comportementale qui créera l'illusion d'une boucle temporelle.

Les conduites addictives ont une temporalité circulaire du fait de la répétition de la séquence comportementale.

Les marques corporelles scandent le temps en un passé et un futur, qui procure une dimension de continuité temporelle.

Si la réalisation de la marque est la référence temporelle pour le sujet, alors elle est limitée et ne crée pas forcément de continuité dans le temps.

i) Qu'est-ce qui peut expliquer la prépondérance du tatouage *versus* du piercing dans certaines conduites addictives ?

L'étude menée dans le service d'addictologie met en évidence des différences entre les marques corporelles retrouvées dans les différentes addictions.

Ainsi, la pratique du piercing est prédominante dans les troubles des conduites alimentaires, tandis qu'un tatouage est souvent retrouvé chez les sujets alcoolo-dépendants. Les personnes dépendantes au tabac, au cannabis ou aux drogues « dures » présentent tout autant des tatouages que des piercings.

Aucune conduite addictive ne présente un nombre moyen de tatouages plus important que la moyenne de l'échantillon, mais les héroïnomanes auraient un plus grand nombre de piercings.

→ **Dans les troubles des conduites alimentaires**, la place de l'oralité et donc des orifices corporels est importante, et peut être une piste explicative du piercing dans cette population. Néanmoins, l'oralité est aussi importante dans les dépendances à l'alcool sans que pour autant un rapprochement identique puisse être fait dans notre étude.

D'autre part, par sa localisation péri-orificielle, le piercing a une fonction de gardien à des endroits stratégiques du corps, ceux qui font communiquer l'*intérieur* et l'*extérieur* corporel.

Le piercing pourrait être ce gardien contre l'angoisse suscitée par la sexualisation des liens souvent problématique dans les troubles du comportement alimentaire.

→ Nos études retrouvent qu'une grande proportion des sujets tatoués présente une conduite addictive en lien avec des produits contrairement au sujets uniquement percés. De même, les sujets marqués ayant un trouble des conduites alimentaires sont exceptionnellement tatoués.

La faible capacité de représentation symbolique chez les personnes présentant une anorexie restrictive pure, pourrait être en cause dans le choix de la marque corporelle. L'importance de l'alexithymie dans cette population témoigne d'une vie fantasmatique pauvre et de l'incapacité d'exprimer ses émotions. Par le biais de la trace cutanée, le tatouage nécessite

probablement de plus grandes facultés de représentation que le piercing, qui se limite au transpercement de la peau.

Ces éléments nous suggèrent qu'un sujet pratiquant un tatouage a des capacités de représentation plus développées que le sujet uniquement percé.

La pratique du tatouage impliquerait plus de représentations que celle du piercing.

→ **Pour les consommateurs d'héroïne**, la question se pose de la place de la piqûre, et donc de l'action de transpercer sa peau, pour y injecter un produit ou pour y mettre un bijou.

Est-ce que le piercing ou l'injection intraveineuse de produit peuvent être assimilés dans certains cas, à une volonté d'agresser son corps, se rapprochant alors des blessures auto-infligées ?

En étudiant des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire, L. Claes *et al.* [15] avaient émis l'hypothèse que les tatouages et les piercings pourraient être des comportements alternatifs et de protection contre les automutilations.

Une marque corporelle peut-elle être un objet de substitution à un comportement addictif ?
--

→ **Dans les conduites addictives**, l'étude des différentes dimensions de la recherche de sensations selon l'échelle de Zuckerman [29], a mis en évidence une place plus importante de la *susceptibilité à l'ennui* et de la quête de *désinhibition* pour les sujets dépendants aux « drogues dures », à l'alcool, et au comportement boulimique, contrairement à l'anorexie. Les personnes anorexiques ne seraient pas en quête de sensations.

Vu la proportion importante de l'anorexie chez les sujets uniquement percés de notre seconde étude, il ne semble pas que le piercing soit utilisé dans le cadre d'une recherche de sensations. En revanche, la faible proportion des tatouages dans cette population anorexique par rapport aux autres conduites addictives, nous suggère que le tatouage puisse être une source de stimulation sensorielle et utilisé en tant que telle.

Pour confirmer cette hypothèse, il faudrait quantifier la quête de sensations en s'appuyant sur l'échelle de Zuckerman, dans les populations tatouées et/ou percées en fonction de leurs conduites de dépendance.

De même, le score élevé de cette échelle chez les **sujets toxicomanes**, nous fait penser que l'association du tatouage et du piercing, et leur nombre (données augmentées dans cette population par rapport aux autres), peuvent avoir un rôle dans la recherche de sensations, et particulièrement de la *recherche d'expériences* ou d'*aventures*.

Le tatouage serait plus en lien avec une recherche de sensations que ne peut l'être la réalisation de piercings.

→ L'étude dans les salons de tatouage et de piercing montre que la réalisation de tatouages associée à celle du piercing, ainsi que le nombre de ces marques corporelles, constituent un terrain à risque pour les sujets d'abuser de produits psychoactifs. Pour autant, tous les jeunes tatoués et piercés ne deviendront pas dépendants.

Il est probable que la fonction du tatouage et du piercing n'est pas la même chez tous les sujets : certains se servent des marques corporelles dans le cadre de l'adolescence comme support d'une quête identitaire, et d'autres suppléent à la perte objectale par une symbolisation, faisant de la peau le support de leurs représentations mentales. Dans ce dernier cas, la marque cutanée est le recours par l'agir d'une capacité d'élaboration psychique amoindrie par des assises narcissiques fragilisées, que la période de l'adolescence met en exergue.

La répétition des inscriptions corporelles permet de ressentir son corps, voire de faire de l'enveloppe cutanée, une enveloppe contenante, unifiant le Moi psychique. C'est alors plus la réalisation qui compte pour le sujet, que la marque elle-même.

j) En résumé

→ Les marques corporelles sont une tentative de symbolisation de pensées mentales, en lien avec la perte objectale, qui utilisent le corps comme support d'expression et de symbolisation. Elles permettent par le geste de créer un **objet de transition**, au sujet duquel des mots pourront être échangés et retrouver la voie de la parole et de l'interaction, là où l'agir était la seule réponse possible à un moment donné.

→ Les personnes dépendantes ne présentent pas les mêmes facultés de symbolisation. Dans les troubles du comportement alimentaire, et en particulier l'anorexie mentale, l'élaboration psychique et l'expression émotionnelle sont plus restreintes que dans les addictions avec produits. La pratique du piercing est privilégiée dans les troubles alimentaires, tandis que la pratique du tatouage, qui nécessite plus de symbolisation, est prépondérante dans les addictions avec produits, plus ou moins associée au piercing.

→ Le nombre de ces marques peut témoigner d'un besoin de recouvrir le corps pour le délimiter, en créant une enveloppe contenante qui réunifie le Moi et renforce le sentiment de continuité et d'unité psychique.

→ L'inscription cutanée peut être un **temps intermédiaire** à l'introjection : alternative aux conduites addictives ou tentative de substitution plus élaborée de l'incorporation agie de ces dernières ?

2. Une conduite addictive ?

Pour autant, la pratique des marques corporelles peut-elle est considérée, pour certaines personnes, comme une conduite addictive ?

Nous nous appuyerons sur la définition transnosographique de Goodman pour répondre à cette question.

La pratique des marques corporelles serait une conduite addictive si d'une part, l'individu répétait la réalisation du tatouage et/ou du piercing, « pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur » :

Il semble que le tatouage comme le piercing puissent produire du plaisir, et dans certains cas, soulager un malaise intérieur.

Ce soulagement résulterait de la charge émotionnelle et symbolique qui lui est associé. Une personne peut avoir le sentiment de reprendre le contrôle d'un corps qui lui échappe, de mettre dans la marque la valeur d'un « pseudo-rite » de passage, d'une renaissance, et de ressentir par l'intermédiaire de la douleur une purification du corps, pouvant aller jusqu'à la sublimation. Il peut s'agir de contrôler la douleur pour lutter contre une souffrance infiniment plus lourde. La projection sur la peau des représentations mentales permet de soulager la psyché de ses conflits internes.

La pratique des marques corporelles serait une conduite addictive si d'autre part, elle était utilisée « sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement » :

Cette condition sous-entend que le sujet doit répéter son comportement, sans pouvoir obtenir durablement les effets recherchés. Elle s'adresse donc aux sujets ayant plusieurs tatouages ou piercings, qui perçoivent leurs marques comme un objet transitoire, ayant besoin d'être renouvelé. Nous avons vu que les marques corporelles étaient probablement plus des objets de transition que des objets transitoires, du fait de leur localisation et de leur rapport au temps qui serait plus linéaire que cyclique. Néanmoins, lorsque l'étape essentielle de la marque est celle de sa réalisation, alors cet agir, que représente la réalisation, correspond bien à un événement transitoire. Dans ce cas, c'est la sensation, l'épreuve associée à cette réalisation qui est primordiale pour le sujet, et non le résultat.

Pour autant, le résultat compte, sinon qu'est-ce qui empêcherait le sujet d'ôter ses piercings ou d'avoir recours au détatouage pour que sa superficie cutanée ne soit pas une limite à sa pratique ?

Peut-être que les représentations mentales n'ont pas pu être introjectées en utilisant le support cutané, mais qu'elles ont seulement été projetées sur et dans la peau, donc mises à distance de la psyché sans élaboration ultérieure. Les marques ne pourraient pas être ôtées car non-introjectées. La répétition de tatouages aurait alors une autre fonction, celle de créer une seconde peau protectrice, enveloppe cutanée parsemée des représentations mentales projetées. Pourtant le recouvrement total du corps par des tatouages ne semble pas arrêter sa pratique, il ne serait donc pas une fin en soi.

Un nombre important de piercings protégerait le sujet contre l'intrusion du monde extérieur, symbolisant les gardiens du corps, et donc de la psyché.

→ Ainsi, malgré la multiplication des marques corporelles, le sujet ne parviendrait pas à soulager durablement sa souffrance intérieure, ce qui motiverait une répétition de l'agir, témoin de cette impuissance.

Enfin, la pratique des marques corporelles serait une conduite addictive, si le sujet persiste à utiliser « ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives » :

Ce dernier point témoignerait de la dépendance et de la perte de contrôle de l'individu.

Quelles pourraient être les conséquences négatives significatives causées par la répétition de la pratique de marques corporelles ?

Il nous semble que les conséquences soient de plusieurs ordres : esthétiques, sociales ou financières.

Il ne semble pas que les sujets se plaignent de ce comportement, il est même valorisé au cours des conventions, le corps est ainsi le support d'une renarcissisation durable du sujet. Le caractère « durable » de cette renarcissisation le distingue des conduites addictives.

La répétition de la pratique des marques corporelles témoigne de l'échec de l'intériorisation au profit de l'aliénation à ce comportement. Les marques corporelles sont utilisées comme des objets externes, visant à nier la perte de l'objet.

La notion d'« avidité » développée par Gutton dans le but de définir un concept transversal des addictions est aussi retrouvée dans la pratique des marques corporelles.

Il n'est pas rare d'entendre les personnes tout juste tatouées ou percées dire, en quittant le salon de tatouage-piercing, qu'elles souhaitent se faire faire une nouvelle marque corporelle. Néanmoins, il semble que la temporalité ne soit pas la même que celle des conduites addictives, car le sujet est en capacité de patienter quelques jours, voire quelques semaines, avant de faire renouveler le geste. Pendant ce temps, il fait exister imaginativement la marque, il y pense.

Pour ceux qui réalisent leurs marques corporelles de manière impulsive, c'est le recours à une solution antérieure efficace qui est recherchée, mais n'ôte pas pour autant son caractère aliénant.

Le tatouage et le piercing sont utilisés parfois comme substitut à d'autres conduites addictives. Ils seraient alors plus des conduites de substitution, moins coûteuses au niveau des conséquences négatives, que peuvent l'être les conduites addictives.

Il serait intéressant de savoir si la pratique se solde d'une tolérance, qui motiverait une augmentation de son intensité ou de sa fréquence pour obtenir l'effet désiré. Pour cela, il faudrait interroger les personnes qui pensent pouvoir être dépendantes aux marques corporelles. Elles représentaient 10% de la population tatouée-percée de notre étude menée dans le service d'addictologie.

Certains témoignages rapportés par le sociologue D. Le Breton [57] évoquent la possibilité que les marques corporelles puissent devenir une forme d'addiction. Il rapporte les expressions suivantes : « c'est un engrenage »... « accros »... « dépendant », ou les propos d'Alain, 29 ans : « *Quand tu commences à le faire, tu es du mal à arrêter. A chaque fois que tu passes devant une boutique, tu as envie de rentrer. C'est un peu comme une drogue. Tu te sens en manque* ».

Peut-être est-ce le recours à d'autres formes de modifications corporelles (*branding, implants sous-cutanés, voire suspension*) qui témoignerait de l'augmentation de l'intensité recherchée.

De même, la chronologie d'apparition des marques corporelles et des conduites addictives, et les conséquences de ces marques sur leur comportement de dépendance pourraient éclaircir les points qui concernent leur fonction substitutive hypothétique.

Si des personnes peuvent être dépendantes aux marques corporelles, ont-elles toujours une autre conduite addictive associée ?

Une recherche spécifique auprès de la population générale, et plus particulièrement auprès des personnes fréquentant les rassemblements sur les modifications corporelles, pourrait nous aider à répondre à cette question.

→ La pratique répétée de **tatouages ou de piercings** peut être considérée dans certaines situations comme une **conduite addictive** – et parfois comme une conduite de substitution – mais avec une temporalité différente, des conséquences moins préjudiciables, voire même valorisées et narcissisantes, et témoignerait d'une **capacité de représentation symbolique pouvant être un support utile à la prise en charge** des comportements addictifs associés.

QUATRIEME PARTIE

PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES

Il nous semble que les sujets tatoués et/ou piercés puissent se répartir selon 3 populations :

1) Les personnes en quête **d'identité et d'identification** :

- Dans le cadre du processus de séparation-individuation de l'adolescence le plus souvent.
- Utilisation du tatouage ou du piercing comme « pseudo-rite » de passage, nouvelles expériences ou recherche de sensations.
- Fonction narcissisante et transgressive.

C'est la **fonction esthétique** de la marque qui est recherchée.

2) Les personnes présentant une **conduite addictive associée** :

- Tentative de symbolisation par la marque de représentations mentales, pour les intériorisées puis les introjectées dans un second temps.
- Fonction substitutive à la conduite addictive existante.
- Utilisation de la peau comme support intermédiaire, support de transition et de projection.

C'est la **fonction symbolique de la marque** qui est recherchée, pour être introjectée.

3) Les personnes devenant dépendantes à la pratique des marques corporelles :

- Priorité à l'agir, à la réalisation de la marque, plus qu'à la marque elle-même.
- La réalisation de la marque aurait une fonction d'objet externe incorporé.
- Fonction transitoire de cet agir, nécessité de le renouveler : séquence comportementale.
- Pas de représentation symbolique associée à la marque.
- Recherche de sensations et d'excitations.
- Pas de réintrojection.
- La peau marquée tente de constituer une enveloppe contenant et unifiante du Moi.

C'est « l'agir » **de la marque** qui est recherché, **sa réalisation comme objet externe**, pour être incorporé.

Dans ce travail, ce sont surtout les deux dernières populations qui attirent notre attention. Malgré leurs différences, elles concernent toutes deux des sujets présentant une addiction et des marques corporelles. La peau, et donc le corps, sont utilisés comme support.

Comme nous l'avons constaté dans nos études, ces deux populations sont plus sujettes à associer la pratique du tatouage à celle du piercing, et le nombre de ces marques est parfois important.

Des similitudes ont été retrouvées précédemment entre les comportements addictifs et la pratique des tatouages et des piercings. En clinique, nous sommes souvent amenés à prendre en charge des sujets dépendants, sans prendre en compte leur corps, et qui plus est, l'existence de marques corporelles. Néanmoins, il semble possible que la connaissance de ces marques puisse être une aide précieuse pour les professionnels à plusieurs niveaux : s'appuyer sur le rapport que les sujets marqués ont à l'égard de leur corps, créer un espace psychique où la marque ferait tiers entre le patient et le soignant, et faire de la marque une entrave pour l'agir .

L'idée n'est pas tant de se focaliser sur les marques corporelles au détriment des conduites addictives associées, mais d'utiliser cette capacité de projection sur la peau et l'intérêt porté au corps, pour entrer en relation avec le patient et lui faire exprimer des ressentis émotionnels difficilement accessibles lorsque la parole est donnée au sujet dépendant.

A. Un corps qui existe

Nous avons vu que la personne venant de se faire tatouer ou piercer est contrainte durant quelques semaines, de prendre soin de l'orifice du perçage ou de la peau récemment tatouée. Puis elle continuera par la suite à enduire la peau tatouée de crème solaire durant l'été, à choisir un bijou pour son piercing, ou encore à veiller que ses vêtements ne s'accrochent pas au bijou.

Elle prend soin de son corps, comme une mère prend soin de son enfant en prenant soin du corps de celui-ci.

Les sujets dépendants ont tendance à ignorer leur corps, à le malmener, voire à le maltraiter.

Utiliser cette capacité à prendre soin de soi, peut être un levier thérapeutique pour les patients dépendants présentant des marques corporelles.

Le corps vit par l'intérêt que son propriétaire lui porte, le sujet vit à travers l'intérêt qu'il porte à son corps car c'est une façon de se porter de l'intérêt, d'exister psychiquement et corporellement.

Des médiations corporelles (sportives, diététiques ou esthétiques) pourraient être un vecteur à privilégier dans cette population.

La marque corporelle, qui implique de prendre soin de son corps, semble être un atout pour le sujet dépendant comme support thérapeutique.
--

B. La marque comme support à l'échange

Pour parler des marques corporelles d'un patient, il faut dans un premier temps savoir qu'elles existent. Elles ne sont pas toujours montrées au regard de l'autre, et parfois insoupçonnées. Questionner le patient au sujet d'éventuels tatouages ou piercings peut lui paraître incongru, voire intrusif, de la part d'un professionnel de la santé mentale. Avant de s'enquérir de telles informations, l'alliance thérapeutique est indispensable.

1. Un espace d'échange

Quand une relation de confiance s'est installée, le soignant peut parler avec le patient de ses marques corporelles, et par ce biais, de son corps. En pratique, le patient se montre souvent réticent à donner plus de renseignements que ceux très factuels : la date de réalisation, leur localisation, leur nombre, ou la personne qui les a réalisés.

D'autre part, les personnes dépendantes peuvent avoir des difficultés à expliquer ce que la marque représente pour elles. Le fonctionnement par l'agir laisse peu de place à l'introspection et au ressenti des émotions.

Cependant, en s'appuyant sur les données contextuelles, les informations recueillies peuvent fournir de nombreux renseignements sur le fonctionnement du patient : décision réfléchie ou impulsive, réalisation par soi-même ou par un professionnel, groupe d'amis étant ou non tatoué ou percé, contexte personnel et familial de la réalisation, choix du motif (du bijou) et de la localisation, répercussions sur sa vie et sur le regard des autres, importance accordée au résultat ou à la réalisation, consommation et comportement addictifs existant à ce moment-là, etc.

Ces questions sont comme la marque : superficielles. Elles permettent d'effleurer par les mots le corps du patient, et de comprendre quels rapports il entretient avec lui.

Avec le support de ses inscriptions cutanées, le patient raconte son histoire, il recrée une linéarité temporelle qui vient contrecarrer un rapport au temps devenu cyclique par sa (ses) conduite(s) addictive(s). **Il « se raconte »** et les mots échangés vont créer une enveloppe verbale dans laquelle se retrouvent le patient, ses marques et le soignant.

Les marques font tiers dans la relation, le patient ne parle pas de lui, il parle de ses marques, qu'il externalise au fil du discours. Cette externalisation permet de mettre de la distance entre le patient et ses inscriptions cutanées, et ainsi de pouvoir créer un espace entre soi et les marques, entre soi et ses représentations. Cet espace sécurise le patient, il peut parler de lui à travers la marque, sans vivre cet échange comme trop intrusif. A la différence des automutilations, qui permettent aussi de parler du corps et de créer cet espace psychique, les tatouages et les piercings ne sont pas chargés de culpabilité ou de honte, ils sont valorisants et peuvent être source de renarcissisation du sujet.

Par cette distance, l'identification à la marque est moins prégnante et peut permettre au patient de rechercher d'autres supports d'identification. S'il se considérait comme un sujet tatoué, il peut envisager devenir un sujet avec des tatouages, qui existe indépendamment de ses tatouages.

Faire en sorte que les marques cutanées soient vécues comme des objets externes, permet au patient de lui donner le sentiment de maîtriser l'échange, de **se sentir en sécurité tout en « se racontant »**, de faire **un va-et-vient psychique entre lui et ses marques**.

La parole remplace l'agir, et donc les inscriptions cutanées, comme enveloppe psychique sécurisante. La marque constitue le support externe de ces paroles.

Le patient projette des éléments de représentation mentale, dans la surface circonscrite de la marque, et le professionnel l'aide à projeter à l'extérieur ces représentations pour en parler plus librement.

Il s'agit de permettre au patient de construire un espace psychique externalisé, qui se substitue aux pensées non-verbalisables dans le cadre des pathologies addictives.

L'espace psychique ainsi créé peut devenir un espace de transition, dans lequel le patient peut *se penser*. L'objet de transition à-même la peau devient alors objet transitionnel. Cet espace de substitution peut être une étape nécessaire avant l'intériorisation, puis l'introjection.

Pour cela, le professionnel s'attachera à mettre en lumière la valeur symbolique de ces représentations et à permettre au patient d'exprimer les émotions qui y sont associées.

2. Le tissage des représentations mentales

Maintenant qu'une relation de confiance s'est installée et qu'un espace psychique transitionnel et sécurisant a été créé, un tissage entre représentations, symbolisations et émotions peut être confectionné.

Pour accéder aux représentations mentales, le professionnel s'appuiera sur la valeur symbolique des marques corporelles, donc sur les éléments qui ont conduit le patient à les réaliser. Les mots qui ont pu être échangés dans l'espace psychique nouvellement créé vont donner au professionnel les informations nécessaires à la compréhension de la symbolique.

A travers cet échange verbal, le soignant pourra renvoyer au patient ces informations, soit interprétées, soit reformulées.

Au cours de la réalisation du questionnaire dans le service d'addictologie, nous suivions un patient ayant eu des conduites addictives (alcool et cannabis) et abstinent depuis plusieurs mois, qui présentait 3 tatouages de 5 cm de diamètre environ, l'un sur l'épaule droite, l'autre sur le bras droit et le troisième sur l'avant-bras droit. Il expliqua qu'il les avait fait pour les voir. Ce patient avait une atteinte congénitale du membre supérieur gauche invalidante et visible. Lorsque nous lui avons souligné que ses tatouages attiraient le regard et le détournaient donc de son bras gauche déficient, il parut surpris. Puis il ajouta qu'il comptait faire le prochain tatouage sur l'épaule gauche.

Sans avoir été plus avant dans la réflexion avec ce patient, nous pouvons émettre l'hypothèse que le tatouage était utilisé jusqu'alors pour détourner son regard, comme celui d'autrui, de son membre supérieur gauche handicapé, et que son projet de réalisation sur l'épaule gauche pouvait témoigner d'un début d'acceptation de son handicap. De plus, il serait valorisé, embelli par ce nouveau tatouage.

Dans les pathologies addictives, l'agir se substitue aux émotions. Le recours aux sensations ferme le psychisme à la dimension imaginaire et à l'expression des conflits internes. Pouvoir mettre en évidence ces émotions serait un moyen d'externaliser le ressenti intérieur, de reprendre contact avec son corps et de court-circuiter le fonctionnement *sensationnel*.

Le patient se trouve souvent en difficulté pour exprimer son ressenti corporel, coupant court par des « je ne me sentais pas bien », sans pouvoir en dire plus. Le professionnel s'efforcera à faire associer les mots du patient aux réactions corporelles correspondantes.

Par exemple, le patient pourrait dire : « Ce jour-là, je savais qu'il fallait que j'aille faire le tatouage auquel je pensais depuis plusieurs semaines ». Le soignant pourrait alors lui demander : « Qu'est-ce qui au fond de vous, dans votre corps, vous faisait penser que ce moment était venu ? » **Du cognitif, le patient passe au registre corporel.** Il s'agit pour lui d'**écouter son corps** et de le prendre en compte.

Des exercices peuvent être demandés au patient : « Tous les matins ou au moment où vous vous sentez moins bien, vous vous posez quelques minutes pour écouter ce que votre corps veut vous dire ». Le patient peut aussi l'écrire, ce qui lui permettra d'utiliser un support externe d'expression de son ressenti.

Ce ressenti, jusqu'alors intériorisé, pourra s'externaliser et être traduit par des émotions.

Mais l'on peut aussi rester sur le registre corporel. Les patients dépendants utilisent facilement la métaphore pour exprimer leur ressenti : « j'avais la tête dans un étau ». « Qu'est-ce que vous auriez aimé ressentir à la place ? » pourra dire le soignant. Ce type de question oblige le patient à imaginer ce qu'il aurait aimé ressentir, et en y pensant, il s'y projette et le ressent. Ce mode de prise en charge est plus en lien avec les thérapies brèves, mais peut être une étape utile pour ces patients.

En s'appuyant sur la valeur symbolique de la marque cutanée, sur les émotions qui y sont liées et sur le ressenti corporel, le professionnel va amener le patient à exprimer ses conflits intérieurs pour l'aider à les résoudre.

3. D'autres supports extérieurs

Comme nous venons de le spécifier, les patients dépendants utilisent assez spontanément les métaphores pour exprimer leurs ressentis. Au même titre que l'espace psychique extériorisé créé autour de la marque corporelle, il existe d'autres supports externes qui peuvent être utilisés pour ces patients tatoués ou percés. Nous évoquerons différents types de supports externes : la métaphore, l'écriture, le dessin et la peinture, le génogramme et la « flèche de vie ».

La multiplicité des supports suggère une notion souvent oubliée par les patients dépendants : le choix, mais aussi la pluralité des solutions.

a) La métaphore

Par la métaphore, le patient peut **imager son ressenti** ou **la situation dans laquelle il se trouve**.

Il a souvent plus de facilité à exprimer son ressenti dans une situation imaginaire que dans la réalité. De même, il trouvera des solutions pour sortir de la situation où il se trouve dans cet imaginaire. Il s'agira alors de traduire ces solutions envisagées dans sa situation réelle.

Par exemple, si le patient se compare à une « *cocotte-minute prête à exploser* », la conversation pourrait être la suivante :

Thérapeute : Comment la cocotte-minute préfèrerait-elle être ?

Patient : Pas prête à exploser.

Thérapeute : Qu'est-ce qui lui permettrait de ne pas exploser ?

Patient : D'avoir moins de pression.

Thérapeute : Comment aura-t-elle moins de pression ?

Patient : En baissant le gaz ou en soulevant la soupape.

Thérapeute : De quoi avez-vous besoin pour ne pas exploser ?

Patient : De prendre l'air, de faire une promenade avec mon chien ...

Voici une illustration du passage de la réalité à la métaphore, puis de la métaphore à la réalité. Une fois que le patient a trouvé une solution dans la métaphore, il peut la transposer dans sa situation réelle.

La métaphore externalise la situation du patient. Le thérapeute ne parle pas du patient, mais de la cocotte-minute. Le patient a moins de mal à trouver des solutions pour *cette cocotte-minute*. Transposées dans sa situation, les solutions possibles semblent évidentes pour lui. De plus, ce sont ses solutions, il sera donc volontaire pour les mettre en application.

En s'adressant indirectement au patient, celui-ci peut réfléchir avec plus de détachement à la situation.

A cette métaphore aurait pu être associés le ressenti et les émotions de cette cocotte-minute. Elle aurait pu se sentir abandonnée sur le gaz, en colère contre la personne qui l'a oubliée, isolé derrière cette carapace de métal, etc.

Un dessin ou un schéma de la métaphore peut constituer un support visuel externe utile.

→ La métaphore ressemble assez à l'échange proposé autour de la marque corporelle. Elle crée aussi un espace psychique externe, où le patient parle de lui au travers de la métaphore. La métaphore est en soit un objet externe, une représentation mentale de la situation du sujet qui a été externalisée, puis une transposition sera proposée quand une solution aura pu être trouvée. Ainsi, la solution aura été trouvée à l'extérieur (ou le ressenti sera exprimé à l'extérieur) avant d'être intériorisée.

La métaphore constitue aussi un espace psychique de substitution à la pensée et au ressenti.

b) L'écriture

Certains patients sont plus à l'aise pour parler d'eux ou pour exprimer ce qu'ils ressentent par l'intermédiaire de l'écriture. La feuille devient le support de leurs pensées et de leurs émotions. L'agir est à l'œuvre par la main qui écrit, mais n'en reste pas moins une élaboration et une verbalisation des éléments internes.

Il peut être pertinent de demander au patient de lire ou de résumer ces écrits, pour que l'échange verbal reste le moyen privilégié de la relation.

Ce moyen nécessite un minimum de capacités d'élaboration, ce qui limite parfois son accessibilité à certains patients.

L'écriture peut aussi être utilisée de manière individuelle. L'adolescente qui écrit tous les jours dans son journal intime utilise l'écriture pour externaliser et contenir le pulsionnel pubertaire.

Il n'existe pas de débordement, ni d'envahissement de l'écriture, elle est circonscrite à la surface de la feuille, ce qui lui donne cette fonction contenante.

Différents temps interviennent dans l'écriture : le temps où le sujet écrit (qui peut être scandé), le temps où il n'écrit pas (mise à distance de ce qui a été projeté sur la feuille) et les temps de relecture.

L'écriture permet de garder une maîtrise sur ses pensées et ses émotions. Le patient les maîtrise parce qu'il choisit de les mettre à l'extérieur (elles l'envahissent moins) et il choisit

de les relire au moment où il s'en sent capable. Il limite leurs réapparition brutale à des moments inopportuns pour lui.

→ Ainsi, l'écriture est un support externe qui permet de garder la maîtrise sur ses pensées et ses émotions, de les projeter à l'extérieur en attendant le moment où la réintrojection et la réappropriation de ce qui aura été projeté sera possible. Elle peut être aussi le support d'un échange avec un soignant, mais où la parole devra être réintroduite.

c) Le dessin ou la peinture

Au même titre que le tatouage, le dessin et la peinture constituent des projections sur un support externe, des représentations que le sujet a symbolisé.

Néanmoins quelques différences subsistent : la peau est un support de transition, donc pas vraiment externe, la surface est limitée par la taille du support pour la toile ou la feuille, et le tatouage est réalisé par un tiers tandis que le dessin et la peinture sont réalisés par le sujet lui-même.

Comme dans l'écriture, la maîtrise du temps et de l'espace est possible, et indépendante d'autrui. Même si le sujet dessine au préalable le tatouage qui sera réalisé, il choisit que ce soit un autre qui le réalise. La personne qui réalisera elle-même le tatouage se trouvera plus proche du dessinateur ou du peintre.

Le patient dépendant peut se sentir plus à l'aise avec une représentation symbolisée de ses pensées et émotions internes. Le recours à ce type de support impliquera un travail secondaire de verbalisation et d'élaboration de ces représentations, comme pour le tatouage.

→ Le dessin et la peinture se rapprochent du tatouage par sa fonction de projection et de symbolisation. En revanche, ils s'en distinguent par son caractère externe au corps, un support aux limites préétablies, un rapport au temps maîtrisé par *l'artiste* et son indépendance vis-à-vis d'une tierce personne.

d) Le génogramme et la « flèche de vie »

Il arrive que le patient éprouve des difficultés à parler des relations familiales ou qu'il en parle d'une manière assez confuse pour perdre le soignant dans les liens unissant les différents membres de la famille. La confusion dans laquelle nous entraîne le patient témoigne souvent de la confusion dans laquelle il se trouve.

Par le **génogramme**, le professionnel peut s'appuyer sur le schéma pour réunifier la famille et les rapports entre ses membres, notamment la distinction entre les générations, ou la répétition d'un fonctionnement transgénérationnel.

Le professionnel peut prendre la place d'un traducteur s'il décide de réaliser lui-même le schéma ou peut confier la tâche au patient pour qu'il s'approprie plus facilement la représentation de sa famille.

→ Le génogramme peut être un support externe visuel utile pour le patient, surtout lorsqu'il existe une confusion dans son histoire familiale.

La « flèche de vie » est la transcription sur une feuille de l'axe de vie du patient, où sont notés les événements ponctuels marquants ou des périodes particulières.

Elle fait interagir la vie sociale, professionnelle et familiale du sujet, dans une même temporalité linéaire. Des liens peuvent être faits entre ces différents domaines et une continuité de son histoire aide au sentiment de continuité de soi.

Ce n'est pas un travail de symbolisation de son histoire, mais de sa représentation dans la continuité.

La feuille fait là-aussi tiers dans la relation entre le soignant et le patient. Le regard de l'un et de l'autre peut être rivé sur la feuille évitant un face-à-face parfois intrusif pour le patient.

C. La marque : un frein symbolique aux conduites addictives

Dans certaines situations, nous nous demandons si la marque corporelle n'a pas pour fonction symbolique de « freiner » une conduite addictive associée.

Par la marque, le sujet tatoué ou piercé peut créer une « digue » à l'expansion de l'agir incorporation dont la peau serait le support.

Point d'ancrage agi dans le corps, la marque fixe en un lieu intermédiaire – ni clairement intérieur, ni clairement extérieur – le symbole de l'agir addictif. Le sujet concentre les représentations associées de la conduite de dépendance et de la sorte il limite leur envahissement.

Comme le comportement addictif, la marque passe par l'agir, par l'acte. Mais à la différence, comme nous l'avons évoqué précédemment, que la marque est circonscrite dans le temps (sa réalisation) et dans l'espace (sa localisation). Et elle peut être investie dans un registre symbolique, entravant un fonctionnement exclusivement agi, tout comme elle peut avoir une valeur d'épreuve, de renaissance.

Cette hypothèse nous envoie à notre interrogation concernant les héroïnomanes piercés :

La sur-représentation des sujets piercés dans la population héroïnomane de notre étude peut-elle s'expliquer par une utilisation du piercing comme substitut aux injections intraveineuses ?

La situation clinique de Caroline renforce nos interrogations :

A 14 ans, Caroline a été suivie en pédopsychiatrie initialement pour des conduites d'automutilations répétées. Puis est apparu un comportement d'anorexie-boulimie sévère.

Son père présente une dépendance à l'alcool et au cannabis, et pose peu de limites à Caroline. Sa mère est peu présente. Dans l'histoire personnelle de Caroline, il est retrouvé un vécu abandonnique avec des carences affectives.

A 17 ans, Caroline a commencé à multiplier les conduites à risque, témoignant d'une appétence objectale et se surajoutant à ses troubles alimentaires et à ses conduites d'automutilations : vols dans les magasins, abus d'alcool et consommation de cannabis.

Puis elle a décidé un jour, de mettre « un point à ses automutilations » et s'est fait faire un piercing de 5 cm à la face antérieure d'un poignet.

Cette barre métallique sous-cutanée avait pour valeur symbolique de stopper son comportement autoagressif, avec une localisation voisine de celle des automutilations. Elle « jouait » souvent avec son piercing, déplaçant la prothèse, ce qui était vécu de manière agressive par les soignants. La mobilisation du « bijou » peut se rapprocher d'un comportement masochiste, autoérotique.

A maintenant 20 ans, Caroline présente toujours des conduites boulimiques mais les automutilations sont moins fréquentes.

Ces conduites d'automutilation où se répète la séquence comportementale font évoquer un comportement addictif.

La fonction du piercing était clairement exprimée par la patiente. La réduction de la fréquence des blessures auto-infligées interroge sur le piercing comme « traitement de substitution », au tout au moins, comme objet substitutif à un comportement à tendance addictive.

Devant certaines situations cliniques, il nous semble que le recours aux marques corporelles pourrait permettre de substituer l'agir addictif par un agir plus symbolique, limitant l'envahissement psychique et l'envahissement physique qu'induisent les conduites addictives. La marque cutanée aurait une **fonction auto-thérapeutique**.

D. En résumé

L'intérêt que le sujet tatoué ou piercé porte à sa marque est une façon de porter de l'intérêt à soi en faisant exister son corps. Le recours aux médiations corporelles peut être à privilégier comme outil thérapeutique chez les patients dépendants marqués.

Le discours tenu autour des tatouages ou des piercings d'un sujet dépendant peut permettre d'externaliser les représentations mentales qui y sont associées, créer un espace psychique commun au soignant et au patient qui sera rassurant et renarcissant. Les émotions et les ressentis peuvent émerger de cet échange à travers la symbolisation de la marque corporelle. Cet espace de verbalisation peut être une étape intermédiaire nécessaire pour qu'une intériorisation et une réintrojection soient possibles.

D'autres supports externes ont des fonctions similaires. Leur recours dépendra des capacités et des difficultés de chaque patient.

Chez certains sujets dépendants, les marques corporelles peuvent être envisagées comme objet de substitution, et donc comme « traitement » de substitution, à une conduite addictive. Trouver d'autres objets d'investissement ayant une fonction similaire semblerait intéressant.

CONCLUSION

Les tatouages et les piercings sont des pratiques de plus en plus répandues dans notre société occidentale, particulièrement dans la population adolescente. Il en est de même pour les conduites addictives.

L'évolution sociétale favorise l'individualisme et la performance, au détriment d'une vision plus communautaire.

Pour se sentir exister, l'individu a besoin de se distinguer de son entourage. Pour autant, il ne peut exister seul, et cherchera dans le regard de l'autre un assentiment et une reconnaissance.

L'adolescence est une période sensible de la vie. Elle ravive le processus de séparation-individuation infantile et sexualise les liens. L'avènement du pubertaire oblige au remaniement des pulsions.

Les assises narcissiques, issues du développement infantile, sont primordiales dans une construction sécurisante de l'adolescent. Elles dépendent de ses capacités à introjecter les objets primaires. Un défaut de permanence des objets internes obligera toujours l'adolescent à rechercher la réassurance narcissique, au risque de créer un antagonisme narcissico-objectal.

Dans cette quête identitaire, un équilibre doit être trouvé entre la préservation narcissique et l'appétence objectale qui permettra d'obtenir de nouvelles identifications.

Le corps devient le théâtre de ces enjeux, l'adolescent tente par tous les moyens de le maîtriser pour mieux se l'approprier.

Par la marque cutanée, c'est le sujet qui décide du changement de son enveloppe corporelle. Elle vise à embellir son corps tout en le faisant sien. Mais elle est aussi le témoin du passage de l'enfance à l'âge adulte, et donc d'un *avant* et d'un *après* qui marquent le temps, l'histoire de l'adolescent. La peau est un lieu de mémoire et d'échange avec l'autre. Elle devient pour certains un support de projection de représentations mentales non verbalisées. Par les marques corporelles, l'individu risque de faire l'économie de la parole au profit du visuel. Dans notre société contemporaine, l'apparence tend à supplanter les mots et la pensée.

Par les études réalisées dans les salons de tatouage-piercing et dans le service d'addictologie de Nantes, il a pu être mis en évidence que les sujets dépendants (ou ayant des conduites à risque de dépendances futures) avaient tendance à présenter un nombre important de

tatouages et de piercings dans les addictions avec produits, mais peu de tatouages dans les troubles des conduites alimentaires.

En comparant l'objet d'addiction et l'objet cutané (tatouage ou piercing), nous avons émis l'hypothèse que chez les sujets dépendants tatoués et/ou percés, les marques corporelles seraient une tentative d'externalisation de représentations mentales, en vue d'une réintrojection. Le comportement addictif ne permet pas cette introjection, seulement une incorporation transitoire de l'objet externe.

L'objet cutané projette sur la peau les objets primaires. Ils deviennent donc permanents, visibles, rassurants, dans un *entre-deux* corporel qui pourrait correspondre à un espace de transition et de symbolisation. Grâce à ce support cutané, l'intériorisation puis la réintrojection pourraient être possibles pour certains. Pour d'autres, le défaut d'introjection malgré le support corporel les motiverait à renouveler la réalisation de la marque, dans un comportement proche de celui des conduites addictives.

Les marques corporelles s'en distinguent néanmoins des conduites addictives par : des conséquences moins préjudiciables, une capacité de symbolisation nécessaire et utile, leur temporalité, et l'étendue cutanée marquée qui peut créer une enveloppe contenante permanente à l'individu, ou tout au moins, un sentiment de continuité corporelle de soi.

Au fil de notre travail, il nous a semblé possible de distinguer 3 contextes différents d'utilisation des marques cutanées. Les tatouages et les piercings seraient réalisés : soit à visée esthétique ou d'expérimentation (majoritairement chez les adolescents), soit associés à une conduite addictive comme symbolisation de représentations mentales non introjectées utilisant la marque comme objet de transition, soit comme objet externe incorporé faisant suspecter une conduite addictive dont l'objet d'addiction serait l'inscription cutanée.

La psychopathologie de la conduite addictive ne semble pas différente entre un sujet dépendant ayant une marque corporelle et un sujet dépendant n'en ayant pas. En revanche, les perspectives thérapeutiques peuvent être envisagées différemment.

Plus qu'un stigmat, le tatouage et le piercing pourraient constituer un axe de réflexions thérapeutiques, pour les patients tatoués ou percés présentant une conduite addictive.

L'utilisation d'un support externe peut être une aide au processus de réintrojection. Ces supports auraient pour fonction de créer un espace psychique commun et sécurisant entre le patient et le professionnel.

Les représentations mentales du patient y seraient projetées, ce qui permettrait l'émergence de symbolisations, d'émotions et de ressentis, introjectables dans un second temps. Cet espace ne serait pas menaçant car extérieur au sujet. Il privilégierait l'échange verbal et l'élaboration.

D'autres supports que les marques corporelles existantes peuvent être proposés : la médiation par le corps, la métaphore, l'écriture, le dessin, la peinture, le génogramme ou la « flèche de vie ».

Notre travail se limite aux tatouages et aux piercings, mais une analyse prenant en compte les autres types de modifications corporelles nous permettrait d'avoir une vision plus globale des implications psychiques de telles pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. ARMSTRONG M.L., ROBERTS A.E, OWEN D.C., KOCH J.R. : Contemporary college students and body piercing. *J. Adolesc. Health* 2004, 35: 58-61
- [2]. ANZIEU D.: *Le Moi-peau*. Dunod, Paris, 2004.
- [C]. BAER A. : *Tatouage des criminels*. Lyon, 1895.
- [4]. BERTHELOT J.M. : *Le corps contemporain : figures et structures de la corporéité. Recherches sociologiques*, vol. 1, 7-18.
- [5]. BOWLBY J. : (1969) *Attachement et perte*. Vol 1. L'attachement. PUF, Paris, Trad. Fr. 1978.
- [6]. BRAITHWAITE R., ROBILLARD A., WOODRING T., STEPHENS T. et al: Tattooing and body piercing among adolescent detainees: relationship to alcohol and other drug use. *J. Subst Abuse*, 2001, 13: 5-16.
- [7]. BROOKS T.L., WOODS E.R., KNIGHT J.R., SHRIER L.A. : Body modification and substance use in adolescents: is there a link? *J. Adolesc. Health*, 2003, 32: 44-49.
- [8]. BRUN A. : *Corps et écriture à l'adolescence*, in : *Cliniques du corps*, N. Dumet, G . Broyer. Presses Universitaires de Lyon, 2002, p 195-205.
- [9]. BRUNA D. : *Piercing sur les traces d'une infamie médiévale*. Edition Textuel, Paris, 2001.
- [10]. BRUSSET B. : *Psychologie de l'adolescence*. In : *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, LBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., Tome 3, PUF, Paris, 1995, p 2181-2199.
- [11]. BRUSSET B. : *Psychanalyse du lien. Les relations d'objet*. PUF, coll. Le fil rouge, Paris, 2005.
- [12]. CARROLL S.T., RIFFENBURGH R.H., ROBERTS T.A., MYHRE E.B.: Tattoos and body piercings as indicators of adolescent risk-taking behaviors. *Pediatrics* 2002, 109: 1021-1027.
- [13]. CARTON S. : *Recherche de sensations et concomitants psychophysiologiques* . *Annales de psychiatrie*, 1995, 10 : 220-224.
- [14]. CHARLES-NICOLAS A., VALLEUR M. : *Du sens dans la prise de risque : les conduites ordaliques*. In *Neuro-psy*, 1996, 11: 324-330.
- [15]. CLAES L., VANDEREYCKEN W., VERTOMMEN H.: Self-care versus self-harm: piercing, tattooing, and self-injuring in eating disorders. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2005, 13: 11-18.

- [16]. CONSOLI S., CONSOLI S. : *Psychanalyse, dermatologie, prothèse, d'une peau à l'autre*. PUF. Vendôme. 2006.
- [17]. CORCOS M. : *Racine corporelle des affects, langage et acte à l'adolescence ; notes personnelles* Colloque « Le corps dans le langage des adolescents », Lyon, 2007.
- [18]. CORCOS M., FLAMENT M., JEAMMET Ph. : *Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques communes*. Masson. Paris. 2003.
- [19]. DE MIJOLLA A. : *Psychanalyse*, PUF Fondamental, Paris, 1996.
- [20]. DE SINGLY F. : *Les uns avec les autres, Quand l'individualisme crée du lien*. Armand Colin, 2003.
- [21]. DESCHESNES M., FINES P., DEMERS S.: *Are tattooing and body piercing indicators of risk-taking behaviours among high school students?* *J. Adolesc* 2006, 29: 379-393.
- [22]. DESSEZ P. : *Le corps indicible. Image du corps et dépendances*. In : DUMET N., BROYER G. : *Cliniques du corps*. Presses Universitaires de Lyon, 2002, 185-193.
- [23]. DOLTO F. : *La difficulté de vivre*. Gallimard, 1995.
- [24]. DUCLOS K. : *Le corps du sportif de haut niveau*. In : *Cliniques du corps*, Editions Presses Universitaires de Lyon, 2002, 155-162.
- [25]. DUYCKAERTS F.: *Métapsychologie et psychologie*. In : *L'attachement ; sous la direction de ZAZZO R.* ; Editions Delachaux et Niestlé, Paris, 1991.
- [26]. ERICKSON E. : *Adolescence et crise*. Flammarion, Paris, 1972.
- [27]. FAVEZ N., FRASCAROLO F. : *La construction de l'identité de soi dans la famille*, in : *Les premiers liens de l'enfant : Attachement et Intersubjectivité*, Ed. De Boeck, Belgique, 2005, p 51-60.
- [28]. FERRARI A. : *From the eclipse of the body to the dawn of thought*, Free Association Books, London, 2004.
- [29]. FLAMENT M. et al : *La recherche de sensations dans les conduites de dépendance*. In : CORCOS M., FLAMENT M., JEAMMET Ph. : *Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques communes*. Masson. Paris. 2003, 255-270.
- [30]. FREUD A.: *Le Moi et les mécanismes de défense ; Ed. Presses Universitaires de France*, 2001.
- [31]. FREUD S. : *Le Moi et le Ca (1923) ; Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1981, p. 264.
- [32]. FREUD S. : *Au-delà du principe de plaisir (1920) ; Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1981.

- [33]. FREUD S. : Trois essais sur la théorie sexuelle ; Gallimard, Collection Folio Essais, 2001.
- [34]. FUSEAU Y. : Tatouage : approche ethnologique et psychopathologique du tatouage, Thèse de psychiatrie, Nantes, 1986.
- [35]. GOLD M.A., SCHORZMAN C.M. et al. : Body piercing practices and attitudes among urban adolescents. *J. Adolesc. Health*, 2006, 36, 352: 17-24.
- [36]. GOODMAN A. : Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 1990, 85, 1403-1408.
- [37]. GROGNARD C. : Tatouages. Tags à l'âme. Paris, Syros, 1992.
- [38]. GROGNARD C. : Marques corporelles et adolescence: une écriture symbolique ; dans Les marques du corps ; Enfance et Psy, Erès, 2006, vol. 32 : 87-93.
- [39]. GROGNARD C., FROGE E.: Le tatouage: illustration, réparation. Manuels pratiques de Médecine Esthétique, Paris, Arnette, 1991.
- [40]. GROGNARD C. : De la marque à la démarque ; notes personnelles Conférence « Les marques du corps », Paris, 2006.
- [41]. GUILLERAULT G. : Le corps psychique, essai sur l'image du corps selon Françoise Dolto, Editions De Boeck Universitaires, Belgique, 1989.
- [42]. GUTTON P. : Pratiques d'incorporation. *Adolescence*, 1984, 2 : 315-338.
- [43]. GUTTON P. : Le pubertaire, ses sources, son devenir. In : PERRET-CATIPOVIC M., LADAME F. : Adolescence et psychanalyse : une histoire. Ed. Delachaux et Niestlé, Paris, 1997, 193-212.
- [44]. HAIM A. : Les suicides d'adolescents. Payot, Paris, 1969.
- [45]. JEAMMET P. : L'adolescence comme conflit. In : Le bien-être de l'enfant dans sa famille. ESF Ed., Paris, 1980, vol.1, p 69-80.
- [46]. JEAMMET P. : Addiction, dépendance, adolescence. In : VENISSE J.L. : Les nouvelles addictions. Masson, Paris, 1991, 11-29.
- [47]. KARILA L., LEGLEYE S., DONNADIEU S. et al. : Consommations nocives de produits psychoactifs à l'adolescence. Résultats préliminaires de l'étude ADOTECNO. *Alcoologie et Addictologie*, 2004 ; vol. 26 (2) : p 99-109.
- [48]. KESTEMBERG E.: L'identité et l'identification chez les adolescents. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1963, p 441-522.
- [49]. KLEIN M. : Essais de psychanalyse. Ed. Payot, Paris, 1989.

- [50]. J.R., SHERRITT L., SHRIER L.A. et al. : Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch. Pediatric Adolesc. Med.* , 2002 ; vol. 156 : p 607-614.
- [51]. KNIGHT J.R., SHERRITT L., HARRIS S.K. et al. Validity of brief alcohol screening test among adolescents : a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE and CRAFFT. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 2003 ; vol. 27 (1) : p 67-73.
- [52]. LACAN J. : Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. In : *Ecrits*, Paris, Editions du Seuil, 1966, p 93.
- [53]. LAPLANCHE J., PONTALIS J.B.: *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, Paris, 2004.
- [54]. LAUFER M. : L'idéal du Moi et le pseudo-idéal du Moi à l'adolescence. *Revue française de psychanalyse*, 1980, 44, 3-4, p 591-616.
- [55]. LAUMANN A.E., DERICK A.J. et al.: Tattoos and body piercing in the United States: a national data set. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2006, 55 : 413-421.
- [56]. LAURU D. : Perçons corps. *Champ Psychosomatique*, 2004, n°36, p119-129.
- [57]. LE BRETON D. : Signes d'identité, tatouages, piercings et autres marques corporelles. Métailié. Paris. 2002.
- [58]. LE BRETON D. : la sociologie du corps, PUF, Que sais-je ?, Paris, 2004.
- [59]. LE BRETON D. : Marques du corps, invention de soi : les jeunes générations. *L'information psychiatrique*, 2005 ; 81 : 529-534.
- [60]. LE BRETON D. : Scarifications adolescentes. In : *Les marques du corps ; Enfance et Psy*, Erès, 2006, vol. 32 : 45-57.
- [61]. LE BRETON D. : La peau et la trace, sur les blessures de soi. Métailié. Paris. 2003.
- [62]. LOMBROSO C. : *l'Homme criminel* (tome 1), Paris, 1895, p 310.
- [63]. LUCK A.J., MORGAN J.F., REID F. et al: The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *British Medical Journal*, 2002 ; vol. 325 : p 755-756.
- [64]. LYONS-RUTH K. : L'interface entre attachement et intersubjectivité: perspectives issues de l'étude longitudinale de l'attachement désorganisé, dans *Les premiers liens de l'enfant : Attachement et Intersubjectivité*. Ed. De Boeck, Belgique, 2005, p 61-81.
- [65]. MARCELLI D. : *Les yeux dans les yeux : l'énigme du regard*. Albin Michel, Paris, 2006.
- [66]. MARCELLI D., BRACONNIER A. : *Adolescence et psychopathologie*. Masson, 6^{ème} édition, Paris, 2007.

- [67]. MARINELLI D. : Addictions : à corps perdu. Le portique, les paradis artificiels, n° 10, 2002.
- [68]. MARTY F. : Transactions narcissiques à l'adolescence. Dunod, Paris, 2002, p 1-7.
- [69]. MAYERS L.B., JUDELSON D.A. et al. : Prevalence of body art (body piercing and tattooing) in university undergraduates and incidence of medical complications. *Mayo.Clin. Proc.*, 2002, 77: 29-34.
- [70]. MAZET P., HOUZEL D.: Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Maloine, Paris, 1993, p 149-169.
- [71]. MC DOUGALL J. : Corps et langage du soma aux paroles de l'esprit. *Revue Française de Psychosomatique*, 1992, 2 : 69-96.
- [72]. MILJKOVITCH R., PIERREHUMBERT B.: Le père est-il l'égal de la mère ? Considérations sur l'attachement père-enfant. In: Les premiers liens de l'enfant : Attachement et Intersubjectivité, Ed. De Boeck, Belgique, 2005, p 115-129.
- [73]. MITRANI J. : Protections centrées sur le corps à l'adolescence. *The Journal of Psychoanalysis*, Editions in Press, Paris, 2008, p 133-150.
- [74]. OLIVEIRA M.D., MATOS M.A. et al. : Tattooing and body piercing as lifestyle indicator of risk behaviors in Brazilian adolescents. *Eur. J. Epidemiol.*, 2006, 21(7) : 559-560.
- [75]. PAILLER J.J., PAILLER B. : Tattoo ? Non, il manque quelque-chose. *Champ Psychosomatique*, 2004, n°36, p 131-143.
- [76]. PEDINIELLI J.L. : Psychopathologie des addictions. Nodules, PUF, 2000.
- [77]. PIERRAT J., GUILLON E. : le tatouage à Biribi, les vrais, les durs, les tatoués. Editions Larivière, 2004, p 5.
- [78]. PLATON : Phèdre. Flammarion, 1981.
- [79]. POMMEREAU X. : Ado à fleur de peau, ce que révèle son apparence. Albin Michel. Paris. 2006.
- [80]. POMMEREAU X. : Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. In : Les marques du corps ; *Enfance et Psy*, Erès, 2006, vol. 32 : 58-71.
- [81]. PONCELET C. : VAN MEERBEECK P., CASSIERS L. : Peau d'âme, quelles médiations pour l'adolescence. Editions De Boeck Universitaires. Belgique. 1991.
- [82]. PRETI A., PINNA C., NOCCO S., MULLIRI E. et al: Body of evidence: tattoos, body piercing, and eating disorder symptoms among adolescents. *J. Psychosom. Res.*, 2006, 61: 561-566.
- [83]. PRITTS S.D., SUSMAN J.: Diagnosis of eating disorders in primary care. *American Family Physician*, 2003 ; vol. 67 (2) : p 297-304.

- [84]. RECHTMAN R. : Le miroir social des souffrances adolescentes : entre maladie du symbolique et aveu généralisé. *Evol. Psychiatr.*, 2004, 69 : 129-139.
- [85]. REYNAUD M., PARQUET P.J., LAGRUE G. : Les pratiques addictives, usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Odile Jacob, Paris, 2000.
- [86]. ROBERTI J.W., STORCH E.A., BRAVATA E.A.: Sensation seeking, exposure to psychosocial stressors, and body modifications in college population. *Personality and Individual Differences* 2004, 37: 1167-1177.
- [87]. ROBERTS T.A., AUINGER P., RYAN S.A.: Body piercing and high-risk behavior in adolescents. *J. Adolesc Health* 2004, 34: 224-229.
- [88]. SAUNIER N. : Le monde contemporain du tatouage en France : une primitive modernité. Thèse de sociologie, Nantes, 1998.
- [89]. SCHNEIDER M. : Big Mother, psychopathologie de la vie politique. Odile Jacob, Paris, 2002.
- [90]. SERRES M. : Les cinq sens. Philosophie des corps mêlés. Grasset, Paris, 1985.
- [91]. SKEGG K., NADA-RAJA S. et al.: Body piercing, personality, and sexual behavior. *Arch. Sex. Behav.*, 2007, 36: 47-54.
- [92]. SOULE M. : La mère qui tricote suffisamment. *Revue française de psychanalyse*, 1999, 63, n° 4, 1079-1087.
- [93]. STIRN A. : Body piercing: medical consequences and psychological motivations. *Lancet*, 2003, 361: 1205-1213.
- [94]. STIRN A., HINZ A., BRAHLER E.: Prevalence of tattooing and body piercing in Germany and perception of health, mental disorders, and sensation seeking among tattooed and body-pierced individuals. *J. Psychosom. Res.* 2006, 60: 531-534.
- [95]. TAP P. : L'identité et personnalisation. Privat Toulouse, 1986.
- [96]. TENENHAUS H. : Le Tatouage à l'adolescence : de la représentation graphique à la représentation psychique, le corps médiateur, Bayard, Paris, 1993.
- [97]. TISSERON S. : La psychanalyse des images. Dunod, Paris, 1997.
- [98]. VALLEUR M., MATYSIAK J.C. : Les addictions : dépendances, toxicomanies : repenser la souffrance psychique. Armand Colin, Paris, 2002.
- [99]. VAN DEN BROECK N. : Adolescents et piercing: la chrysalide barbelée. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2004-4, n°58, 67-72.
- [100]. VANDEKERCKHOVE L., POULIN J. : Le tatouage: sociogenèse des normes esthétiques, Ed. Bruylant-academia, Belgique, 2006.

[101]. VENISSE J.L. : Les concepts de dépendance et d'addiction. In : MALEK K. : Les passions dangereuses : addictions et conduites de dépendance. Flammarion médecine sciences, Paris, 1998.

[102]. WIENER S. : Le tatouage, de la griffe ordinaire à la marque subjective. *Revue de psychanalyse*, Essaim, 2001-2, n°8, 35-49.

[103]. WIENER S. : Le tatouage, de la parure à l'oeuvre de soi. *Champ Psychosomatique*, 2004, n°36, p 159-170.

[104]. WINNICOTT D. W. : Jeu et réalité. L'espace potentiel. Gallimard, Paris, 1975.

Autres :

[105]. Dictionnaire historique de la langue française. Dictionnaire LE ROBERT, Tome 3, Paris, 2000.

[106]. Site de l'Académie Nationale de Médecine : Piercings et tatouages : la fréquence des complications justifie une réglementation. *Bulletin Académie Nationale de Médecine*, 2007, 191, n°9.

[107]. VENISSE J.L. : Image du corps et santé psychique à l'adolescence. Journée d'éthique : Corps parfait, corps défectueux : entre rêve et réalité. Le corps et son image : questions éthiques. Nantes, 2008.

ANNEXE 1: QUESTIONNAIRE dans les SALONS de TATOUAGE-PIERCING :

Age : _____ ans

Sexe : Féminin Masculin

Activité : Collégien Lycéen Etudiant Travailleur ou en Recherche d'emploi

Concernant les tatouages et piercings :

Venez-vous pour : un Tatouage un Piercing

Avez-vous déjà des Tatouages : Non Oui

Si Oui, combien : _____

Avez-vous déjà des Piercings : Non Oui

Si Oui, leur(s) localisation(s) :

	OUI	NON
Oreille (autre que le lobe)		
Nez		
Bouche		
Langue		
Arcade sourcilière		
Nombril		
Mamelon		
Génital		
Autre(s): Pouvez-vous préciser?		

Concernant la consommation de Tabac :

Fumez-vous ? Tous les jours Parfois Jamais

Concernant votre comportement en cas de consommation d'alcool et/ou de produits :

Définition de « produits » : cannabis, héroïne, cocaïne, amphétamine, ecstasy, LSD, médicaments...

Etes-vous déjà monté dans un véhicule (voiture ou 2 roues), conduit par quelqu'un (ou par vous-même), qui avait bu ou qui est sous l'emprise de produits ?.....Non Oui

Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres produits pour vous détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?.....Non Oui

Consommez-vous de l'alcool ou d'autres produits quand vous êtes seul(e) ?.....Non Oui

Vous est-il déjà arrivé d'oublier ce que vous avez fait sous l'emprise d'alcool ou d'autres produits ?.....Non Oui

Avez-vous déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres produits ?.....Non Oui

Vos amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres produits ?.....Non Oui

Concernant votre rapport à la nourriture :

Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?.....Non Oui

Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?.....Non Oui

Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ?.....Non Oui

Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?.....Non Oui

Vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien, « estomac trop plein » ?.....Non Oui

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE SERVICE d'ADDICTOLOGIE :

Age : _____ ans

Sexe : Féminin Masculin

Activité : Collégien Lycéen Etudiant Travailleur ou en Recherche d'emploi
Au foyer Retraité En invalidité

Quelles sont les dépendances passées ou présentes:

Alcool

Tabac

Cannabis

Opiacé

Non opiacé Précisez : _____

Traitement de substitution Précisez : _____

Médicament Précisez : _____

Anorexie

Boulimie

Vomissement / Laxatif

Sport

Jeu

Autre Précisez : _____

Avez-vous des Tatouages : Non Oui

Si Oui, combien : _____

Concernant votre 1^{er} tatouage :

Quel âge aviez-vous lors de sa réalisation? _____ ans

Qui vous l'a fait : Vous-même Un ami Un tatoueur professionnel

Avez-vous des Piercings : Non Oui

Si Oui, combien : _____

Concernant votre 1^{er} piercing :

Quel âge aviez-vous lors de sa réalisation? _____ ans

Qui vous l'a fait : Vous-même Un ami Un perceur professionnel

Pensez-vous qu'il existerait, dans votre cas, une dépendance aux tatouages et/ou piercings ?

Oui Non

Nom : DUPIN

Prénom : Juliette

Titre : TATOUAGES, PIERCINGS ET PATHOLOGIES ADDICTIVES : QUELS LIENS ?

Résumé :

En s'appuyant sur les études menées dans les salons de tatouage-piercing et dans le service d'addictologie de Nantes, sur l'évolution du tatouage et du piercing dans l'Histoire, sur les enjeux de l'adolescence comme période propice à la réalisation des marques corporelles et sur le concept d'addiction, l'auteur met en évidence les similitudes et les différences entre la pratique du tatouage et du piercing, et les pathologies addictives.

La problématique narcissique semble au centre de ces comportements et encourage le recours à l'agir.

Les marques corporelles font de la peau un espace intermédiaire qui peut être un support de symbolisation pour la prise en charge des pathologies addictives.

Favoriser l'externalisation, pour permettre l'introjection en s'appuyant sur d'autres supports externes, peut être une aide thérapeutique pour les patients dépendants tatoués et/ou piercés.

Mots clés : Tatouage – Piercing – Marque corporelle – Adolescence – Addiction – Narcissisme – Séparation-individuation – Identité – Identification – Incorporation – Introjection – Agir – Objet transitoire/transitionnel – Peau – Surface de transition.