



Scarifications. L'adolescent, les parents et les soignants face à l'insupportable

Adrien Cascarino

Toulouse, érès, 2024

Isée Bernateau nous le rappelle dans sa préface, « c'est en décentrant son regard de l'adolescent scarificateur vers *l'observateur*, celui qui regarde les scarifications, qu'Adrien Cascarino renouvelle en profondeur l'approche et la compréhension de cette symptomatologie adolescente » (p. 7). Toute la force de sa démonstration réside effectivement dans le fait de l'aborder non pas seulement au prisme de ce qu'elle traduit sur la scène intrapsychique, mais aussi à partir des impasses auxquelles elle conduit dans la relation intersubjective, que celle-ci implique un parent ou un professionnel du soin.

Cette proposition théorico-clinique est le fruit d'un travail de recherche doctorale dont la question de recherche liminaire reposait justement sur un point d'étonnement personnel et un point aveugle constaté dans la littérature. Le point d'étonnement remonte aux réactions d'adolescent de l'auteur face à des amis qui se livraient à des scarifications, mêlées de peur et de fascination. Le point aveugle émane d'une revue de la littérature fouillée qu'il a réalisée, qu'il analyse et commente avec précision (première partie, chapitres 1 à 3). Il en ressort que l'approche psychanalytique et psychiatrique donne une vision homogène mais surtout parfois incomplète des scarifications, qui ne traduit pas, selon lui, leurs enjeux plus complexes et diversifiés. Ces représentations qui pourtant persistent ont, de plus, appelé des critiques de la part des sociologues qui, si elles sont souvent fondées, portent néanmoins davantage sur *les discours* psychologiques ou psychanalytiques sur les scarifications qu'elles n'en proposent une compréhension qui permettrait d'améliorer leur prise en charge. Quelles que soient l'approche et les hypothèses théoriques et étiologiques retenues, toutes ces études convergent sur ce point : les scarifications traduisent certes une souffrance psychique de l'adolescent, mais elles mettent aussi en difficulté les professionnels qui les prennent en charge.

C'est donc fort de ces premiers constats qu'Adrien Cascarino entame sa recherche en croisant des cas cliniques issus de son expérience en libéral et en institution, et une enquête de terrain menée dans une unité d'hospitalisation à l'Institut Mutualiste Montsouris. Il opte pour une méthodologie empruntée

aux sciences sociales – la théorisation ancrée – dont la dimension inductive est particulièrement intéressante pour le double positionnement du clinicien et du chercheur qu’il souhaite tenir, à l’écoute des processus intrapsychiques *et* des dimensions intersubjectives en jeu dans le soin aux adolescents qui se scarifient. Car aux entretiens individuels menés en sa qualité de chercheur auprès des patients, des soignants et des parents, il ajoute une dimension participative en organisant des restitutions de ses résultats afin que ceux-ci puissent être discutés et approfondis avec les acteurs du soin, ce qui en accroît non seulement la validité scientifique mais également leur transférabilité concrète en termes d’amélioration des pratiques de soin¹.

La thèse et l’analyse clinico-théorique bénéficient pleinement de cette démarche puisqu’Adrien Cascarino parvient, d’une part, à pondérer les représentations et les théories étiologiques des scarifications qui dominent l’approche psychanalytique, essentiellement appréhendées dans leur valence déficitaire et anti-symbolisante, et qui signerait sur le plan intrapsychique un défaut d’enveloppe corporelle et une défaillance des processus de pensée. En se situant du côté de l’observateur, il redonne, d’autre part, tout son sens à la dimension d’adresse à l’autre que comporte le geste scarificateur. Ce qui se révèle dans l’intersubjectif enrichit les hypothèses concernant les mouvements et le fonctionnement intrapsychiques.

Or, cette thèse n’est pas seulement plus juste sur le plan métapsychologie, elle oblige surtout à repenser le soin de ces adolescents. Passant de celui dont la préoccupation première était de restaurer la fonction contenante et de favoriser les processus de pensée symboligènes – dans une vision assez iréniste du *care*, le clinicien ou le soignant devient surtout celui en charge d’accueillir la charge agressive des scarifications, qui n’est autre qu’une manifestation du sexuel pubertaire en mal d’être traité psychiquement par l’adolescent (chapitre 9). La différence n’est pas mince du point de vue de la technique, comme le montre l’analyse du cas de Lucie que l’auteur livre avec une honnêteté clinique rare, puisqu’il s’agit d’avouer une impasse du travail thérapeutique venant d’une lecture rigide et trop systématisée de l’étiologie et du sens des scarifications (p. 52 à 62). Cette différence ne l’est pas non plus du point de vue théorique puisqu’alors, il s’agirait de penser la scène de la scarification comme moyen pour l’adolescent d’adresser à l’adulte qui en est témoin dans l’ici et maintenant, l’impuissance (déjà vécue) d’un *Nebenmensch* (qui a été) défaillant dans l’histoire du patient, plutôt que d’en triompher par des mesures coercitives ou punitives. Ainsi, la capacité du soignant ou du parent à renoncer à la toute-puissance, à endurer la culpabilité et l’impuissance participerait d’un phénomène de désidéalisations réciproque (chapitre 10) particulièrement précieux pour le

1. É. Ricadat, « Recherche qualitative en psychanalyse : l’étude du cas de la théorisation ancrée », *In Analysis*, 2020, vol. 4 (1), p. 54-60.

processus de séparation-individuation central pour le devenir de l'adolescent. Et, du côté de l'adulte, il s'agit de renoncer à l'enfant idéal, en le reconnaissant animé de pulsions sexuelles qui trouvent leur forme dans des mouvements agressifs (chapitre 9), reconnaissance dont le Moi de l'adolescent a tant besoin pour affronter les exigences de la vie d'adulte, pour construire une pensée autonome et affirmer sa subjectivité.

En attestant la centralité de l'adresse du geste scarificateur, Adrien Cascarino souligne le fondement de *ce qui fait soin*, à savoir son substrat relationnel fondamentalement. Et par là, l'auteur ouvre un chapitre fort peu étudié des spécificités du *travail de soin* auxquelles font face les adultes qui s'occupent de ces adolescents, ce qui constitue, à mon sens, l'aspect le plus heuristique de ses résultats. Comment continuer à soigner lorsqu'on se sent mis en échec dans son travail ? Qu'est-ce qui fait que le soin « fonctionne » ?

Adrien Cascarino propose des chapitres passionnants sur la réflexion collective qui se déploie dans le service où il a conduit son étude, visant à mieux répondre aux gestes scarificateurs et à proposer un « bon » ou « meilleur » soin. Celui-ci profiterait évidemment à l'adolescent mais également aux soignants, dont les *verbatim* nous montrent les difficultés auxquelles ils sont confrontés – impuissance, culpabilité et agressivité – en miroir de celles de l'adolescent (chapitres 6 et 7) et qui attaquent leur propre subjectivité, dont la clinique du travail vivant² a bien montré les effets délétères.

L'auteur aurait pu pousser plus loin encore cette piste fort intéressante, s'il n'avait pas centré ce travail sur l'analyse des mouvements transféro-contre transférentiels qui me semble réductrice pour deux raisons. La première étant qu'elle ne peut constituer la prescription du travail des soignants non formés à la psychanalyse. Si l'on peut admettre qu'il y a effectivement du transfert dans toute relation, seule la psychanalyse en considère la centralité comme opérateur du soin psychique. De plus, l'auteur montre très clairement que les impasses ou les succès du travail de soin s'expliquent bien plutôt par le fait que les soignants s'appuient sur des moments de délibération collective, ce que les théoriciens du travail appellent l'activité déontique³. Ces moments constituent des ressorts collectifs puissants pour dépasser les impasses que cette clinique leur fait rencontrer (chapitres 8 et 10).

C'est donc en réalité du côté d'une théorie du travail nourrie de psychanalyse qu'Adrien Cascarino aurait pu étayer sa magnifique hypothèse qui court en filigrane, sans jamais être totalement énoncée et qui pourrait être résumée en deux points :

2. C. Dejours, *Travail vivant* (2009), t. 1 et 2, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2013.
3. *Ibid.*, mais plus particulièrement le tome 2, « travail et émancipation », chapitre 3.

1/ Les remaniements psychiques d'un patient dépendent fortement de la qualité du travail de soin, et des remaniements que ce travail de soin impose au soignant lui-même, en particulier dans ses écarts au « prescrit ». Le prescrit est ce qui est demandé à tout travailleur et serait ici le « *Care* » comme le montre l'auteur. Il s'oppose au réel du travail qui est l'épreuve qu'en fait celui-ci. Dans cette situation, faire face à l'échec ou à l'impuissance ne relève donc pas du prescrit, et dépasser les impasses requiert de *reconnaître* ce réel du travail, puis de co-construire des « façons de faire » collectivement, pour les labelliser du côté du « bon soin ».

2/ La qualité du travail de soin dépend des organisations du travail qui permettent l'existence de collectifs au sein desquels peuvent être mis en débat ces écarts. C'est là, à mon sens, que réside l'articulation des dimensions intrapsychiques et intersubjectives que comporte le travail de soin, bien plus que dans un dialogue un peu « abstrait » entre psychanalyse et sociologie. Et ce qui permettrait d'en défendre sa portée *aussi* politique : sans espaces délibératifs, la qualité du travail de soin est compromise, entraînant des effets délétères sur les patients mais aussi sur les soignants en tant qu'individus qui engagent leur subjectivité dans leur travail, ce à quoi l'on ne cesse d'assister depuis des décennies⁴.

La dernière phrase de la conclusion en livre une belle illustration : « Face au vacillement intrapsychique et intersubjectif provoqué par les scarifications, tant chez l'adolescent que chez le supposé soignant, c'est l'existence d'espace de réflexion et de discussion, bien plus que la croyance en une étiologie universelle et déficitaire, qui permet à la rencontre clinique de se transformer en zone de construction (inter)subjective plutôt qu'en terrain de lutte, d'emprise et d'assujettissement normatif » (p. 245). Ces deux derniers termes pourraient évidemment s'appliquer *aussi* au soignant dans l'exercice de son métier.

J'ajouterai enfin que si ces espaces de réflexion collective existent dans cette institution, indépendamment du travail de recherche mené par Adrien Cascarino, le choix méthodologique consistant à utiliser une méthode inductive et participative en a très probablement renforcé la portée élaborative auprès de l'équipe. On voit, par conséquent, se dessiner dans cet ouvrage une éthique *scientifique*, et pas seulement clinique, respectueuse de la parole et de la subjectivité des participants, fort précieuse pour les futures recherches en psychologie clinique portant sur le travail de soin.

Élise Ricadat

Maîtresse de conférences UFR IHSS/Études psychanalytiques
université de Paris Cité

4. Citons parmi de très nombreuses autres références possibles : N. Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.