

DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE  
ETUDE ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES SUICIDAIRES  
2010-2011

# « JEU DU FOULARD » ET AUTRES JEUX DE NON-OXYGENATION

Passage à l'acte ou acte de passage?

CRETON Stéphane  
Interne de deuxième année de DES de psychiatrie  
Faculté de médecine d'Angers

Je remercie Messieurs les Professeurs D. Drapier, J.B. Garré, J.M. Vanelle et M. Walter, ainsi que tous les intervenants de ce DIU pour la qualité de leurs enseignements.

Je remercie également le Dr Mourtada, chef de service du secteur ouest de psychiatrie infanto-juvénile du CHS de la Sarthe pour m'avoir guidé dans mes lectures et transmis sa passion pour la pédopsychiatrie.

« La vie s'appauvrit, elle perd  
en intérêt, dès l'instant où  
nous ne pouvons pas risquer  
ce qui en force l'enjeu suprême,  
c'est-à-dire la vie elle-même. »

Sigmund Freud,  
*Essais de psychanalyse*,  
Payot, 1975, 255

## Introduction

### I - Le jeu au cours du développement de l'enfant et de l'adolescent

- 1 - L'apport psychanalytique
- 2 - La classification des jeux selon Piaget

### II - Les jeux dangereux

- 1 - Les jeux de non-oxygénation
- 2 - Les jeux d'agression
- 3 - Les jeux de défi

### III - Données épidémiologiques sur les jeux dangereux

- 1 - Connaissances et pratiques des jeux dangereux
- 2 - Décès liés aux jeux dangereux

### IV - Conséquences physiques et cognitives des jeux de non-oxygénation

### V - Historique des jeux de non-oxygénation

### VI - Les Conduites à risque

- 1 - Définitions
- 2 - Aspects développementaux dans l'enfance et à l'adolescence

### VII - Motivations et « profils » des joueurs

- 1 - Les amateurs de sensations intenses et nouvelles
- 2 - L'agir à l'adolescence
- 3 - La recherche identitaire
- 4 - L'influence du groupe de pairs
- 5 - La transgression d'un interdit
- 6 - L'ordalie
- 7 - La recherche d'un éprouvé intense
- 8 - Vulnérabilités psychopathologiques

### VIII – La notion d'équivalents suicidaires

- 1 - Évolution du concept
- 2 - Définition du concept
- 3 - Qu'en est-il des jeux de non-oxygénation?

## Conclusion

## Bibliographie

## Introduction

« Non, Dorian ne s'est pas suicidé ». Yannick, le compagnon de la mère de Dorian, ce jeune garçon retrouvé pendu dans sa chambre mercredi soir à Saint-Laurent-en-Grandvaux (Jura), veut « rétablir la vérité ». « Dorian a été victime du jeu du foulard, assure-t-il, la voix tremblante. Je l'ai retrouvé sous son lit, pendu avec son écharpe, au milieu de ses jouets. Pour moi, la raison de son décès ne fait aucun doute ». (...) La justice n'écarte pas la piste du suicide. Pour le procureur de la République de Lons-le-Saunier, Virginie Deneux, « la manière dont le garçon est pendu ne permet pas de dire s'il s'agit d'un suicide ou d'un jeu du foulard ». « Nous n'avons ni écrits allant dans le sens du suicide, ni camarades qui parlent de ce type de jeu », a-t-elle ajouté, excluant toutefois la piste criminelle : « ce qui est sûr, c'est que le jeune garçon est à l'origine de son décès ». Alors que des proches parlaient jeudi d'un enfant solitaire et mélancolique, Yannick décrit un garçonnet « joyeux, très intelligent, et qui avait peur de la mort ». « Il refusait même de prendre son bain tout seul, de peur de se noyer », ajoute-t-il. Quant au suivi psychologique régulier de l'enfant, « il devait aider Dorian à surmonter la séparation de ses parents, qu'il ne vivait pas très bien. Mais cela n'avait rien à voir avec une dépression », ajoute Yannick.

Le Parisien, 28/01/2011

En l'espace de quelques jours, en janvier 2011, deux suicides d'enfants ont été annoncés dans les médias. Si le voile se lève doucement sur un sujet tabou, de nombreuses situations restent ambiguës tant les caractères impulsif et imprévisible des tentatives de suicide de l'enfant suscitent souvent l'incompréhension des adultes. Parmi les situations qui rétrospectivement paraissent confuses, les décès dû au « jeu du foulard » tiennent une place principale. Peut-on les qualifier d'accident? Peut-il y avoir dans la mort accidentelle autre chose qu'un malencontreux hasard? Quels sont les déterminants qui peuvent pousser ces jeunes à se stranguler, et ce, parfois plusieurs fois par jour? Quel degré de conscience ont-ils des risques qu'ils prennent et quel représentation ont-ils de la mort? De leur propre mort? Ou du vouloir mourir? Accident, conduite à risque, équivalent suicidaire, tentative de suicide, au-delà d'un problème fondamental de terminologie qu'il reste à résoudre, qu'en est-il de l'intentionnalité (consciente ou inconsciente) du désir de mort... ou du désir de vivre... de ces enfants?

# I - Le jeu au cours du développement de l'enfant et l'adolescent

Le jeu peut être défini comme une « Activité physique ou mentale purement gratuite, généralement fondée sur la convention et la fiction, qui n'a dans la conscience de celui qui s'y livre, d'autres fins qu'elle-même, d'autres buts que le plaisir qu'elle procure ». Il participe à la construction de la personnalité de l'enfant et de son savoir, favorise son imaginaire, est source de motivation et facteur de socialisation.

Le jeu a occupé une place considérable dans l'approche thérapeutique de l'enfant. De la description de Freud du jeu de la bobine à la classification fondée sur la structure du jeu suivant l'évolution génétique des processus cognitifs de Piaget, nombreux cliniciens ont observé des enfants dans des situations de jeu pour en déduire des hypothèses métapsychologiques.

Le jeu a une fonction adaptative et sociale. Il est essentiel dans la construction de l'humain et le développement des capacités de socialisation. Il permet une mise en forme de la vie pulsionnelle et fantasmatique, de symboliser des affects éprouvés. Le jeu est indispensable aux capacités de création. C'est un mode de fonctionnement de l'être humain qui lui permet de vivre avec les autres, d'être curieux de son environnement, d'apprendre et donc d'avancer.

## 1 - L'apport psychanalytique :

Les psychanalystes ont été moins attentifs à la description du jeu lui-même qu'à la signification qu'il pouvait avoir en fonction du développement psychoaffectif de l'enfant. Ainsi, Freud, dans « Au-delà du principe de plaisir » (1), ouvrit la voie en observant son petit fils Ernst de 18 mois jouant de façon répétitive avec une bobine attachée à un fil et criant « *Fort* » (loin) lorsqu'il la jetait, puis saluant son retour d'un joyeux « *Da* » (voilà) sa réapparition lorsqu'il tirait sur le fil. Il y a dans ce jeu une subtile interaction entre la manipulation répétitive de l'absence-présence de la bobine et l'intériorisation de la relation maternelle, à un stade où le langage est trop rudimentaire pour être le médiateur de cette symbolisation.

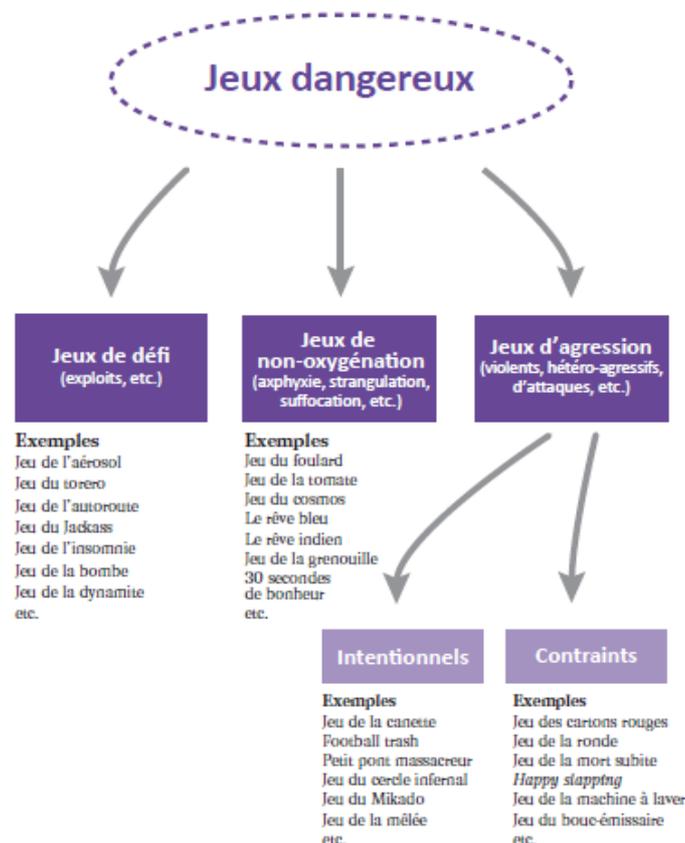
Anna Freud prolongera les descriptions de son père, soulignant également le rôle fondamental que tient le jeu dans le processus de socialisation de l'enfant, allant même jusqu'à en faire un des éléments de l'aptitude au travail de l'adulte. De son côté, Mélanie Klein centre immédiatement son intérêt sur le jeu qui, selon elle, occupe dans l'analyse de l'enfant la même place que le rêve dans l'analyse de l'adulte.

Selon Winnicott (2), le jeu occupe un plan privilégié puisqu'il est au centre des phénomènes transitionnels. Il définit ainsi la notion d'espace de jeu « *cette aire où l'on joue n'est pas la réalité psychique interne. Elle est en dehors de l'individu, mais elle n'appartient pas non plus au monde extérieur* ». Winnicott définit ainsi une troisième aire entre le monde interne et la réalité externe, aire qui au départ est la propriété commune de la mère et du bébé. Peu à peu, le bébé puis le jeune enfant, prend une certaine autonomie dans cette aire intermédiaire, en particulier grâce à l'objet transitionnel.

## 2 - La classification des jeux selon Piaget

- ◆ les jeux d'exercice : ils sont caractéristiques du stade sensori-moteur, allant de la naissance à 2 ans environ. Le bébé cherche progressivement à harmoniser les actes aux informations nouvelles reçues, et c'est par l'expérience et l'exercice sensori-moteur que s'organisent progressivement les conduites significatives et intentionnelles.
- ◆ les jeux symboliques : ils correspondent au stade préopérateur. Ils sont pratiqués entre 2 ans et 7-8 ans, et ajoutent à l'exercice lui-même, la dimension du symbolisme et de la fiction, c'est à dire la capacité à représenter par des gestes une réalité non actuelle. L'enfant est amené à développer sa fonction symbolique (ou sémiotique) : le langage, l'imitation différée, l'image mentale, le dessin. Le langage accompagne le jeu et permet l'intériorisation progressive. Ce sont par exemple les jeux d'imitation, de « faire semblant » ou « faire comme si ».
- ◆ les jeux de construction : ils tendent à constituer de véritables adaptations ou solutions à des problèmes et à la création intellectuelle.
- ◆ les jeux de règles : ils viennent d'abord comme imitation du jeu des aînés, puis s'organisent spontanément à partir de 7-8 ans et marquent la socialisation de l'enfant. Celui-ci prend alors conscience de sa propre pensée et de celle des autres. Il accepte le point de vue des autres et leurs sentiments. Une véritable collaboration et coopération de groupe devient possible (3).

## II - Les jeux dangereux



Il est distingué trois types de jeux dangereux : les jeux de non-oxygénation, les jeux d'agression et les jeux de défi. Toutefois, l'identification de ces trois types de jeux est rendue difficile par les multiples appellations données par les enfants et adolescents. Il est recensé plus d'une centaine de qualificatifs pour désigner ces jeux dont les règles évoluent rapidement, favorisant leur désignation par un nom différent (4). La diversité des appellations participe d'ailleurs à l'aspect « confus » de ces pratiques. Celles-ci n'ont vraiment du jeu que le nom ; même si de prime abord, il peut y avoir une dimension ludique qui peut aussi être associée au plaisir. Même le terme de « non-oxygénation » utilisé au niveau éducatif et médical pour décrire certaines de ces pratiques pousse à croire qu'il s'agit d'un problème d'arrivée d'air, alors que c'est principalement un problème circulatoire et vasculaire. Toutefois, dans la suite de notre exposé, nous continuerons à utiliser ces termes puisqu'ils sont de pratique courante. Nous décrivons ces trois types de jeu dans ce chapitre, mais seuls les jeux de non-oxygénation seront discutés par la suite.

## 1 - Les jeux de non-oxygénation

Les jeux de non-oxygénation sont connus sous plusieurs noms : « trente secondes de bonheur », « jeu des poumons », « jeu de la tomate », « rêve indien », « rêve bleu », « le cosmos ». Le plus célèbre est le « jeu du foulard ». Ces jeux concernent différents types de pratiques relevant de la strangulation, de la compression, de l'apnée conduisant à la suffocation, l'asphyxie, ou encore à l'évanouissement. Aussi, il importe de préciser qu'il existe deux sous-types de jeux de non-oxygénation : les jeux avec strangulation/compression et les jeux avec apnée prolongée. Le but premier de ces jeux, est de produire une sensation intense (chaleur de la tête, bourdonnement, sifflement, éblouissement) ainsi que des visions pseudo-hallucinatoires (sensation de décoller du sol, visions colorées...).

### Jeux d'apnée

- ◆ L'apnée prolongée (jouer à se faire rougir) entraîne un arrêt de l'apport en oxygène, d'où un appauvrissement de l'oxygène dans le sang (hypoxémie) et, parallèlement, un arrêt de l'élimination du CO<sub>2</sub> et donc une augmentation de la teneur en dioxyde de carbone (hypercapnie), aboutissant à une souffrance cérébrale aiguë.
- ◆ L'hyperventilation suivie d'une apnée (rêve indien et dérivés) est une succession rapide et forte d'inspirations et d'expirations saccadées, ce qui entraîne une hypocapnie. Suivie d'une apnée, l'organisme passe brutalement d'une situation d'hypocapnie à celle d'hypercapnie, ce qui est encore plus mal toléré.
- ◆ La blockpnée suivie de la manœuvre de Valsalva (jeu de la tomate, jeu du sternum, jeu de la grenouille), s'ajoutent aux mécanismes d'hypoxie aiguë et d'hypercapnie des mécanismes d'hyperpression intrathoracique avec un réflexe vagal, ainsi qu'un frein au retour du sang veineux entraînant une hyperpression intracrânienne.

### Jeux de strangulation ou de compression

- ◆ La compression des carotides provoque une hyperpression des sinus carotidiens et un mécanisme vagal réflexe entraînant bradycardie et hypotension provoquant le malaise. L'hypoxie cérébrale est secondaire à la diminution de la pression artérielle.
- ◆ La strangulation pure (jeu du foulard, jeu de la chaîne, délice du condamné) est une compression qui, lorsqu'elle est faible entraîne un obstacle au retour veineux et donc une

hyperpression intracrânienne avec hypercapnie et risque d'œdème cérébral. Lorsqu'elle est extrêmement appuyée, elle entraîne une hypoxie cérébrale majeure avec perte de connaissance et coma irréversible.

- ◆ La suffocation (jeu du sac) correspond à la respiration dans un sac, parfois combinée à la strangulation. La conséquence de ce jeu est une asphyxie (appauvrissement très rapide en oxygène et augmentation rapide du dioxyde de carbone).

Dans la phase d'initiation et d'expérimentation, ce jeu se pratique généralement en groupe, dans la cour de récréation ou les toilettes de l'établissement scolaire, à l'abri des regards de l'adulte. Dans la plupart des cas, il n'existe pas de rôle défini en tant que victime et agresseur car la relation s'inverse : l'étrangleur devient l'étranglé.

Ces jeux de non-oxygénation se déroulent en plusieurs étapes : une hyperventilation est obtenue par des flexions rapides des genoux ainsi que de grandes inspirations, un lien (rarement un foulard, mais plus souvent un cordage, une ceinture de judo, de pantalon...) ou les pouces d'un camarade compriment alors les carotides au point d'entraîner une hypoxie. Le jeune éprouve alors des sensations de type hallucinatoires. Si l'hypoxie se poursuit, elle entraîne une perte de connaissance avec chute souvent traumatisante et s'accompagnant de spasmes convulsifs. A ce moment là, le lien ou les pouces du camarade sont enlevés desserrant ainsi le cou, et le joueur se réveille de façon brutale. En revanche, si l'hypoxie se prolonge c'est l'anoxie qui apparaît et les conséquences peuvent être irréversibles. Après le réveil parfois brutal (claques des camarades), le participant partage son ressenti, ses visions hallucinatoires avec ses pairs. Toutefois, il arrive que l'enfant reproduise ce comportement seul avec, par conséquent, un risque accru de strangulation et de pendaison irréversible puisque étant seul, personne ne pourra desserrer le lien à temps (5, 6).

## 2 - Les jeux violents ou les jeux d'agressions

Le dénominateur commun des jeux d'agression est l'usage de la violence physique et/ou psychologique gratuite, généralement par un groupe de jeunes envers un enfant seul. On distingue les jeux intentionnels et les jeux contraints.

### **Les jeux intentionnels**

Tous les enfants participent de leur plein gré aux pratiques violentes. Ils connaissent, avant toute participation, les risques qu'ils encourent (se faire frapper, se faire marcher dessus, etc.). Malgré leur caractère agressif, ces conduites sont définies comme étant ludiques car la douleur infligée et/ou subie s'entremêle avec les rires des pairs. Quelques exemples de ce type de jeu : Le jeu du « cercle infernal », le « jeu de la cannette », le « jeu du mikado », le « bouc émissaire », le « petit pont massacreur » ou « la mêlée », le « petit pont boulette », la « tatane »... Le principe est toujours le même. Au sein d'un cercle de jeu, un objet est lancé ; le joueur qui ne le rattrape pas devient la victime et est alors roué de coups par les autres joueurs. Selon le déroulement du jeu, le jeune peut devenir tour à tour celui qui exerce la violence sur un autre enfant et celui qui la subit.

### **Les jeux contraints**

L'enfant qui subit la violence du groupe n'a pas choisi de participer. Il est clairement identifié comme une victime puisqu'il n'a pas donné son consentement. Quelques exemples de ces jeux contraints : le jeu des « cartons rouges », le jeu « de la ronde », le « jeu de la mort subite » ou « de la couleur » : un enfant qui porte le plus grand nombre de vêtements de la couleur désignée le

matin est frappé et humilié toute la journée ; le « jeu du taureau » : un groupe d'enfants ou d'adolescents foncent, tête baissée, sur un enfant désigné ; le « jeu de Beyrouth » : des enfants demandent à un autre la capitale du Liban, si l'enfant ne sait pas répondre à cette question, il est frappé sur ses parties génitales ; le « happy slapping », en français « joyeuses claques » : il s'agit d'une pratique consistant à filmer, à l'aide de son téléphone portable, une agression perpétrée par surprise, puis de procéder à la diffusion de ces images d'un téléphone à l'autre ou via internet. Cette pratique, outre les violences physiques, vise également à porter atteinte à la dignité et à l'image de la victime.

Quel que soit le caractère subi ou intentionnel de ces jeux, leurs conséquences peuvent être graves et diverses : hématomes, plaies, fractures, voire dans certains cas séquelles neurologiques. Ils peuvent aussi provoquer la mort si les fonctions vitales sont touchées. Les victimes de jeux d'agression sont sujettes à des manifestations psycho-traumatiques (troubles du sommeil, manifestations neurovégétatives, reviviscence de l'événement traumatique, cognitions dépressive) pouvant conduire à un état de stress post-traumatique ainsi qu'à des symptômes anxio-dépressifs. Certains enfants développent une phobie scolaire, des idéations suicidaires, avec parfois des passages à l'acte.

### 3 - Les jeux de défi

Tous les jeux de défi s'appuient sur le principe du « cap, pas cap » (7). Au sein d'un groupe de préadolescents et d'adolescents, la recherche d'exploits, de défi, va conduire un ou plusieurs jeunes à pratiquer des activités toujours plus dangereuses. C'est l'adolescent lui-même qui choisit de prendre des risques avec souvent le souhait que son exploit soit filmé et diffusé. Ces pratiques sont inspirées d'émissions télévisées américaines diffusées en France, comme « *Jackass* ». On y voit essentiellement un groupe de jeunes adultes exécuter des cascades dangereuses et/ou stupides et ridicules, sans autre but que de faire rire.

## III - Données épidémiologiques sur les jeux dangereux

### 1 – Connaissances et pratiques des jeux dangereux

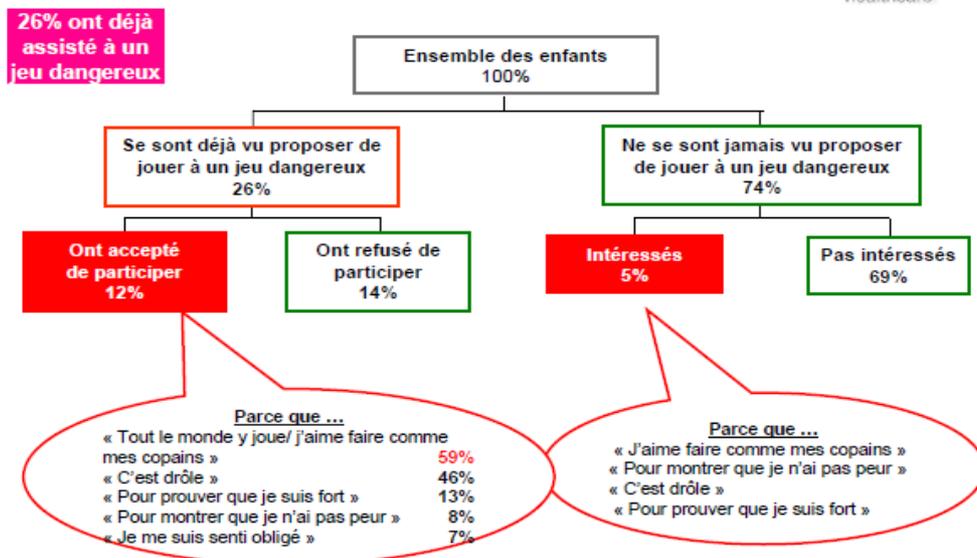
L'âge moyen de découverte des jeux de non-oxygénation est aux alentours de 12 ans. La majorité des pratiquants de ces jeux sont collégiens, principalement en début de cursus, en 6e et 5e (8). Néanmoins, de nombreux témoignages rapportent aussi la pratique de ces jeux en école élémentaire et en maternelle.

L'ampleur du phénomène du jeu du foulard est très difficile à évaluer puisque ce type de jeu se pratique hors du contrôle des adultes, ses conséquences sont souvent interprétées en termes d'accidents, les décès sont généralement assimilés à des suicides. Toutefois, d'après certaines études nationales et internationales menées en milieu scolaire au collège, la proportion des collégiens ayant déjà joué à ce type de jeu varie de 7 à 11 % (5,8,9,10) et semble toucher autant les garçons que les filles alors que les décès concernent surtout les garçons (6,9,10).

En 2007, une étude sur les jeux dangereux (jeux d'agression et jeux de non-oxygénation) a été réalisée par TNS Sofres (4) sur des échantillons de 489 enfant âgés de 7 à 17 ans et leur 578 parents. 98% des parents ont entendu parler des jeux dangereux, et en connaissent en moyenne 2,5. La quasi totalité sont conscients des dangers que représentent ces jeux, mais près de 40% ne sont pas conscients de leur précocité chez l'enfant.

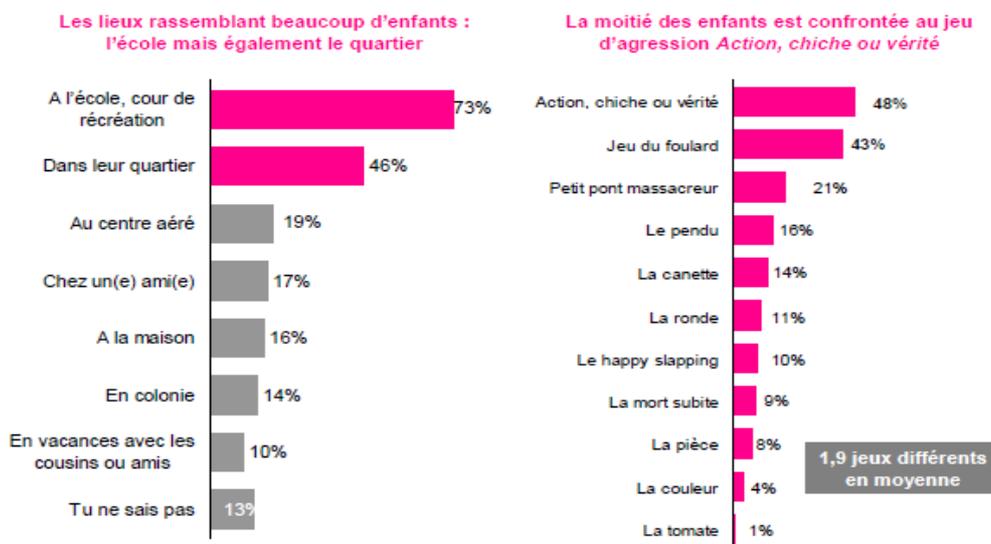
29% des enfants disent ne pas connaître de jeux dangereux, pourtant 84% sont en mesure de citer le nom d'au moins l'un de ces jeux. 13% des enfants n'ont pas conscience du danger que représente ces jeux et les conséquences qui en découlent.

**En présence de son parent, 1 enfant sur 4 reconnaît qu'on lui a déjà proposé un jeu dangereux; 12% admettent y avoir participé**



26% des enfants de 7 à 17 ans se sont vu proposer ces jeux, soit plus de 2 000 000 d'enfants sollicités. 12% ont participé à ces jeux, soit environs 1 000 000 d'enfants.

### Pratique des jeux dangereux : les lieux, les jeux pratiqués



En 2007, l'institut Ipsos a réalisé, pour le compte de l'APEAS (Association de Parent d'Enfants Accidentés par Strangulation), une enquête française portant sur la notoriété et la pratique du Jeu du Foulard (11). Le choix s'est porté sur l'interrogation d'un échantillon représentatif des personnes âgées de 15 ans et plus.

Parmi les résultats, on note que 91% des Français déclarent avoir déjà entendu parler du « jeu du Foulard ». Mais seulement deux tiers des Français (63%) déclarent avoir une idée « très précise » de ce que l'on appelle « le Jeu du Foulard ». Le taux de notoriété comme le taux de connaissance varient fortement en fonction du niveau d'études : si 78% des personnes disposant d'un niveau d'études supérieur ou égal à bac +3 déclarent avoir une idée précise de ce dont il s'agit, seuls 43% des personnes sans diplôme témoignent du même niveau d'information. Parmi les personnes ayant entendu parler du jeu du foulard, 4% déclarent l'avoir pratiqué, enfant ou adolescent, soit environs 1,5 millions de personnes. Ce pourcentage est double (8%) chez les personnes sans diplôme.

Le souvenir de gens qui le pratiquaient dans l'entourage, pendant l'enfance ou l'adolescence, concerne en revanche près d'une personne sur 10, soit 9%. Et cette proportion atteint, pour les catégories d'âge les plus jeunes, près d'une personne sur cinq : 16% des 15/19 ans, 18% des 20/24 ans, 16% des 25/34 ans, signe que cette pratique est largement répandue dans la société, notamment chez les plus jeunes. Pour la moitié d'entre eux (48%), cette pratique a eu lieu entre 10 et 14 ans. Une grande partie des personnes qui se sont trouvées en situation, soit comme « joueurs », soit comme témoins, ont visiblement sous-estimé le danger : la moitié des personnes qui ont pratiqué personnellement ce jeu ou l'ont vu pratiqué par d'autres n'avaient pas « conscience de jouer ou d'assister à un jeu très dangereux » (52%).

Aux Etats-Unis, une étude a été menée afin de déterminer, d'une part, la prévalence de la connaissance des jeux par asphyxie et d'autre part la prévalence de participant auprès de jeunes lycéens (12). Les questionnaires ont été distribués dans différents établissements scolaires des USA. Au total, 2504 questionnaires ont été remplis. Une large proportion de jeunes ont déclaré avoir déjà entendu parler des jeux par asphyxie (68%) ; 45 % des jeunes connaissaient une personne qui avait déjà pratiqué les jeux par asphyxie et 6.6 % admettaient avoir participé à ces jeux : 55% étaient des filles, 11% des garçons ont répondu jouer seul. Le pourcentage de participant varie avec l'âge. Dans cette étude, le pourcentage le plus élevé se situe autour de 15-17 ans (6 à 10 %). 40 % des jeunes pensent qu'il n'y a pas de risques, parmi eux 8 % ont déjà essayé et 2,7 % y joue encore.

Dans la littérature, on retrouve quelques études visant à repérer les jeux de non oxygénation, avec notamment des études épidémiologiques visant à recenser ce type de pratique, ou bien les décès liés à ces pratiques. Toutefois, aucune étude actuelle ne porte sur les facteurs de vulnérabilité, les profils psychologiques et psychopathologiques de ces jeunes preneurs de risque.

On retrouve ces pratiques à travers le monde (13). Sa popularité aurait augmentée durant ces dernières années, conséquence de sa visibilité sur internet notamment (5, 14) du fait des blogs, forums et autres réseaux d'échange comme Youtube qui en élargissent l'attraction à l'infini. Une étude menée sur Youtube entre le 22 octobre et le 2 novembre 2007 montre que pendant cette période 65 vidéos de jeux d'asphyxie étaient en circulation. Les vidéos avaient été vues 173 550 fois. Le nombre moyen de visionnements par vidéo était de 2670 (15)

Pour résumer, on peut dire que les jeux dangereux sont une pratique courante de nos cours de récréation ainsi qu'en dehors. Parmi eux, les jeux d'asphyxie tiennent une place relativement importante. Entre 8 et 10% des jeunes déclarent avoir joué à un jeu d'asphyxie, avec un sexe ratio proche de 1. La majorité des participants sont âgés de 11 à 14 ans, s'adonnant à ces pratiques en groupe, mais toujours à l'abri du regard des adultes. Certains jeunes « plus à risque » le pratiqueraient seuls, et ce jusqu'à plusieurs fois par jour. Il s'agit principalement de garçons. Ils ne semblent pas la majorité, bien que leur proportion au sein de l'ensemble des joueurs reste inconnu. C'est dans ces situations que peuvent survenir les décès, bien que ceux-ci restent exceptionnels.

## 2 - Décès liés aux jeux dangereux

Aucune mort n'est officiellement recensée avant 1995 et les premiers textes de la littérature médicale n'apparaissent pas avant 2000. Certains décès, perçus il y a quelques années comme des suicides, étaient sans doute des accidents dus à une pratique solitaire des jeux d'étranglement. Un point aveugle empêche donc d'établir un constat précis de la mortalité antérieure de ces jeux avant ces dernières années, et, encore aujourd'hui, l'ambiguïté demeure souvent entre suicide et mort accidentelle.

L'étude de Blanchard & Hucker (16) est la première à avoir souligné l'existence d'un sous-groupe d'enfants décédés suite à la pratique de strangulation, mais dont le décès n'était occasionné ni par suicide ni à la suite de pratiques paraphiliques. Bien que les causes n'aient pas été clairement indiquées, il est probable qu'il s'agisse de jeu de non-oxygénation. Par la suite une autre étude (17) a examiné, sur une période de 11 ans (1985–1996), les décès d'enfants en Grande-Bretagne. Sur les 12 pendaisons, six étaient des suicides et six des accidents dont cinq pouvant s'assimiler à des jeux de non-oxygénation. Les enfants décédés étaient âgés entre 4 et 14 ans.

Toutefois, c'est l'étude canadienne de Macnab (6), qui est la première à évoquer le décès de quatre enfants et le coma d'un cinquième, âgés de 7 à 12 ans, consécutif au jeu de strangulation. Plus récemment, l'étude de Shlamovitz (13) rapporte le cas d'un enfant âgé de 12 ans, présentant des syncopes à répétition et qui pratiquait un jeu de non-oxygénation appelé « suffocation roulette ». Le cas (18) d'un jeune garçon de 14 ans, présentant des symptômes (moments d'absences, état confusionnel, convulsions, yeux révulsés...) rattachés dans un premier temps à de l'épilepsie fût publié. Un traitement lui a été administré mais sans aucun résultat. Après des évaluations et observations plus approfondies les médecins se sont rendu compte que ce jeune plaçait ses mains sur ses carotides afin de ressentir des sensations agréables et hallucinatoires.

Depuis ces dernières années des études sur un plus large échantillon ont pu être menées. Aux USA, un récent rapport du « Center for Disease Control » indique qu'entre 1995 et 2001, il y aurait eu 82 décès qui résulteraient de la pratique des jeux par asphyxie (10). Au Canada, en 2006, 193 décès de jeunes entre 10 et 19 ans par pendaison, étranglement ou suffocation ont été répertoriés. 175 (91%) ont été considérés comme intentionnel alors que 18 d'entre eux ont une origine accidentelle et par conséquent peuvent être directement liés aux jeux par asphyxie (19).

Le recensement du nombre de victimes du jeu du foulard reste difficile à établir, que ce soit aux États Unis ou en France. La méthodologie de ces études est parfois discutables tant il paraît difficile, voire impossible de différencier après-coup un suicide d'un décès accidentel lié au jeu du foulard. En fait, pour la France, le nombre de cas de décès répertoriés varie en fonction des sources. Si l'on en croit le compte rendu de mission du ministère de l'éducation nationale, une dizaine de décès seraient dus à la pratique du jeu du foulard ces dernières années. Alors que les articles de presse français font état de plus de 70 cas répartis sur l'ensemble du territoire. En 2010, 22 enfants seraient décédés du jeu du foulard, selon un bilan établi par l'Association des parents d'enfants accidentés par strangulation (APEAS).

## IV - Conséquences physiques et cognitives des jeux de non-oxygénation

Dans les jeux de non-oxygénation, les conséquences physiques sont surtout liées à l'hypoxie, des lésions locales ne sont pas nécessairement présentes. Si la strangulation est de courte durée, elle peut ne conduire qu'à une brève perte de connaissance sans conséquence. En revanche, si elle se prolonge, elle peut induire une souffrance neuronale, réversible dans un premier temps, et se traduisant par des troubles de la conscience (coma léger à modéré) et parfois des convulsions. Si elle se prolonge plus de trois à cinq minutes, l'anoxie peut aussi conduire à une souffrance neuronale irréversible et donc à un coma profond avec des épisodes bradycardiques intenses, voire à la mort.

Dans les cas les plus graves, des lésions cérébrales irréversibles peuvent être à l'origine de séquelles de type : déficit sensitivo-moteur (paralysie, paraplégie, quadriplégie), déficit sensoriel (surdité, cécité) voire encéphalopathie.

Les symptômes post-anoxiques sont nombreux et variables selon la durée de l'anoxie. On y retrouve des troubles cognitifs (ralentissement idéique, difficultés attentionnelles, de mémorisation, de concentration...), des céphalées intenses, une tendance à la somnolence induisant souvent des difficultés sur le plan scolaire.

Bien que nous n'ayons pas suffisamment de recul pour évaluer les conséquences délétères sur le long terme, il a été montré qu'après une perte de connaissance temporaire suivie d'une phase de récupération certains troubles cognitifs peuvent aussi apparaître (20). Ceux-ci portent essentiellement sur la mémoire (le système limbique et l'hippocampe étant particulièrement vulnérables). Ils peuvent aussi se traduire par des mouvements anormaux choréo-athétosiques ou dystoniques (mouvements involontaires, agitations d'origine neurologiques pouvant affecter toutes les parties du corps) dus à des lésions des noyaux gris centraux.

Lorsque le mode opératoire s'appuie sur une pendaison, des lésions traumatiques peuvent être observées telles qu'un écrasement du larynx, une fracture du rachis cervical, une élongation de la moelle cervicale, mais ces cas sont rares.

La pratique intensive et répétée du « jeu du foulard » peut aussi être à l'origine d'un véritable comportement de dépendance, qui pousse le jeune à rechercher toujours plus de sensations par le biais de l'auto-asphyxie, comme nous le décrirons par la suite.

Il est important de savoir « dépister » ces pratiques se faisant le plus souvent à l'abri du regard des adultes comme nous l'avons vu précédemment. Un certain nombre de signes cliniques doivent alerter les professionnels de santé, bien qu'aucun d'entre eux ne soient spécifiques :

### Signes physiques et cognitifs

- ecchymoses, dermabrasions autour du cou
- joues rouges
- céphalées intenses, résistantes, chroniques
- troubles visuels passagers (myodésopsie, vision floue...)
- acouphènes, sifflements
- asthénie
- difficultés de concentration, oublis, absences brèves de la conscience, amnésie antérograde

## Signes comportementaux

- découverte d'un foulard, d'une écharpe, d'une corde, d'une ceinture, d'un lien quelconque, que l'enfant garde et veut garder sur lui en permanence, ou qui traîne sans raison auprès de lui
- agressivité soudaine, violence verbale et/ou physique
- isolement, repli sur soi
- questions posées par l'enfant sur les effets, les sensations et les risques de la strangulation

## V - Historique des jeux de non-oxygénation

Aristote observe qu'il « arrive parfois, lorsque les veines jugulaires sont comprimées en dehors, de voir des hommes tomber dans l'insensibilité sans être d'ailleurs asphyxiés et fermer les yeux ». En 1554 à Pise, raconte Antonio M. Vasalva (1666-1723), tous les assistants crurent à une puissance surnaturelle lorsqu'une compression des carotides provoqua une défaillance subite chez un jeune homme.

Francis Bacon (1561-1626) s'était mis en tête l'idée de savoir si les pendus souffraient. Il fit l'expérience qui aurait été tragique si un ami survenu par hasard ne l'avait secouru. « Il avait seulement aperçu, écrit Bacon, une espèce de flamme qui s'était peu après changée en obscurité ».

Le psychiatre Carl W. Jacobi (1775-1858) fit plusieurs centaines d'expériences d'oblitération brusque des deux carotides dont les effets sont décrits ainsi : obscurcissement immédiat de la vue, vertiges, tintement d'oreilles, sentiment d'anéantissement indéfinissable, défaillance et perte de connaissance.

Les 17ème et 18ème siècle furent propices à l'avancée de la médecine grâce aux découvertes anatomopathologiques. Plusieurs médecins s'intéressent alors aux causes de la mort lors de la pendaison. Georg Nymmann (1592-1638) fût le premier à soutenir la thèse d'un décès par compression des vaisseaux, plus tard rejoint par Antoine Louis, tandis qu'Auguste Tardieu (1818-1879), dans son « étude médico-légale sur la pendaison, la strangulation et la suffocation » affirmera un décès par obstruction des voies respiratoires.

Au cours du 19ème siècle, des expériences en tous genres firent leur apparition : de la description par Kussmaul (1822-1902) des symptômes observés chez le lapin après ligature des vaisseaux du cou, aux propres expériences de pendaison des spectacles populaires.

Parallèlement, c'est en médecine légale que le sujet a donné naissance à de vifs débats afin de distinguer, selon la direction du sillon laissé par la corde, la pendaison (suicide) de la strangulation (homicide) et d'en étudier les mécanismes. C'est dans ce contexte que le roumain N. Minovici, dans ses « études sur la pendaison » se pendit douze fois pour faire avancer la science.

Ici et là dans les écrits du 19ème siècle, apparaissent des allusions à des individus qui, défi lancé à la perspicacité des médecins légistes ou ruse de l'histoire, se trouvent tous rangés dans la même catégorie : ils n'avaient pas envie de se suicider, mais ils s'étaient pendus! Soit pour se rendre compte des sensations que l'on peut éprouver dans la pendaison, soit par plaisanterie, soit pensant qu'on viendrait à temps pour les délivrer, soit par désœuvrement.

A l'époque des pendaisons publiques, il était bien connu que la pendaison pouvait provoquer une érection suivie d'une éjaculation. Ce réflexe, probablement dû à la rupture de l'épine dorsale a pu être interprété comme un signe de plaisir sexuel. On trouve à ce sujet de nombreuses références dans la littérature, l'exemple le plus connu étant sans doute celui de « Justine » du Marquis de Sade (1791) dans lequel Thirhse aide Roland à parvenir à l'orgasme en le suspendant quelques instants. Giono dans son « monologue » tiré de *Faust au village* décrit, dans un récit ironique, une pratique villageoise, familiale et immémoriale dont il aurait été témoin dans les Basses Alpes. Les experts en pendaison et surtout en dépendaison « à une demi seconde près » sont si recherchés qu'ils font payer chers leurs bons offices. Pour ce qui est de l'origine de la pratique, on peut lire : « Dans la montagne, les gens ont un plaisir : se suspendre par leur capuchon. Ce sont des capuchons en peau, fermés au cou par une courroie de cuir. On se met à trois. Deux relèvent le troisième et le pendent à un clou par son capuchon. La courroie se serre, le sang ne circule plus dans la tête : la connaissance se perd (...). Ça n'est pas une coutume récente. C'est très ancien. On ne sait pas si ça remonte à l'an mille ou avant : ça s'est toujours fait. Si vous demandez on vous répond : Ça c'est toujours fait. Ça se faisait du temps de Jeanne d'Arc ; et vraisemblablement ça se faisait du temps de Jésus Christ ; et même avant. »

Quelques mois après la publication de « Justine », la première mort par strangulation sexuelle fut décrite à Londres. Le 2 septembre 1791, Franz Kotzwara, un compositeur particulièrement friant des variantes sado-masochistes, rendit visite à une prostituée à laquelle il demanda de le stranguler. S'agenouillant, il se suspend avec une corde attachée à une poignée de porte. Cinq minutes après il était mort. La prostituée fut arrêtée pour meurtre, mais fut acquittée sur son témoignage. Les enregistrements de la cours furent détruits afin de prévenir la publicité de ce cas scandaleux. Une copie secrète en fut faite, puis vendue. L'année suivante, cette affaire fut discutée dans un pamphlet anonyme de 46 pages, dont les 29 premières sont dédiées aux effets de la pendaison sur la physiologie corporelle. Écrit sous un angle masochiste, le pamphlet décrit en détail « la science sublime de la strangulation » et les « vives sensations » qu'elle procure. Ce pamphlet propose des moyens de diminuer les marques et d'accroître la sécurité et le contrôle sur ces actes.

Elles furent enfin décrites par Schwarz en 1952 et prirent le nom « d'asphyxie sexuelle » en 1968. Avant l'introduction du terme paraphilie dans le DSM-III (1980), le terme « déviation sexuelle » était utilisé pour classifier les paraphilies dans les deux premières éditions du manuel de l'American Journal of Psychiatry, décrivant la paraphilie en tant que « fantaisie, désir ou comportement sexuellement intense » incluant notamment et généralement : objets inanimés, souffrance ou humiliation de soi/d'un partenaire potentiel, enfants/animaux, personnes non-consentantes.

En ce qui concerne les jeux dangereux, quelques spécialistes s'accordent à dire que leurs pratiques ne sont pas récentes. D'après le psychiatre Huerre (1996), ils sont vieux comme le monde mais ils évoluent selon les époques. L'origine reste cependant difficile à situer. L'hypothèse de Spitzer (22), psychologue et criminologue, est que le jeu du foulard serait un dérivé de l'asphyxie auto-érotique des adultes. En effet, le profil moyen du pratiquant serait un homme, de type caucasien, âgé entre 15 et 25 ans. Bien que les facteurs qui poussent à ces pratiques restent flous, la moitié des pratiquants auraient expérimenté l'asphyxie avec des adultes, sans qu'il s'agisse d'expériences sexuelles, mais au travers de jeux innocents qui seraient sexualisés par le jeune. Le plus souvent, enfants et adolescents expérimenteraient l'asphyxie en groupe restreint de connaissances. Au fil du temps, la pratique deviendrait de plus en plus élaborée.

## VI - Les conduites à risque

### 1 - Définition

La notion de risque est culturelle et subjective. De nombreuses actions de la vie quotidienne impliquent une certaine prise de risque, et ce, en l'absence de toute psychopathologie sous-jacente. Toute action présentant un certain degré d'incertitude quant à sa finalité impose une prise de risque. Ce risque, selon qu'il est recherché, accepté, refusé, ou simplement évité, détermine des modes de comportement allant de la prudence excessive au jeu avec le danger. Il semblerait exister dans la population générale, pour ce comportement spécifique, un continuum entre des sujets inhibés par une prudence frileuse et d'autres, à l'extrême, qui rechercheraient le risque par goût ou par nécessité (« sensation seeking » des anglo-saxons). Aux deux extrêmes de cette dimension comportementale pourraient être repérées des conduites pathologiques. (23)

La définition proposée des conduites de risque invite à décrire sous ce terme des comportements très divers : ils vont de comportements appartenant à la nosographie psychiatrique traditionnelle à des activités sportives ou de loisirs dont le développement, très encouragé par un effet de mode, suscite la rencontre entre une apparente recherche de distractions nouvelles, socialement acceptées ou valorisées, et un authentique besoin de « sensations fortes » et de jeu avec le danger. Ainsi, ce type de conduites apparaît clairement comme des comportements volontaires et délibérés de l'individu, réalisés en relation avec ce que peut procurer le danger, malgré la connaissance des issues négatives qu'ils pourraient engendrer.

Pour G. Michel (24) les conduites à risques sont très diversifiées. Elles s'étendent de la consommation de substances psycho-actives telles que le tabac, l'alcool, les drogues (cannabis, amphétamines, ecstasy, crack, cocaïne, etc.), aux rapports sexuels non protégés (maladies sexuellement transmissibles, grossesses), aux fugues, à la conduite de véhicules motorisés (vitesse excessive, absence de port du casque, non respect des feux de signalisation, conduite à contresens, etc.), aux tentatives de suicide, aux jeux dangereux, en passant par la pratique de sports de glisse (surf, skateboard, rollers ; ainsi que les *catcheurs*, jeunes s'accrochant derrière une voiture, une moto...), et de sport à risques (parachutisme, alpinisme...).

### 2 - Aspects développementaux dans l'enfance et à l'adolescence

Très tôt, durant la petite enfance, va apparaître chez l'enfant une prise de risque non intentionnelle, par ses comportements non contrôlés, et son agitation non régulée. Il se met alors en danger en grim pant et en sautant, et en risquant l'accident. Petit à petit, suite à ses expériences successives, il prendra conscience de ses aptitudes et des conséquences de ses actes. Cependant il n'a pas conscience des risques qu'il peut prendre car pour cela il lui faudra acquérir la notion de mort.

L'acquisition de la notion de mort est un phénomène progressif chez l'enfant, difficile à situer chronologiquement de manière précise car il semble en grande partie dépendre des expériences biographiques de l'enfant. Il semblerait que la conceptualisation intellectuelle des caractères irrévocable, irréversible et universel de la mort s'acquiert aux alentours de 8-10 ans. Avant cet âge, la pratique des jeux de non-oxygénation semble se faire sans conscience du danger et par initiation puis imitation des plus âgés.

La période de l'adolescence semble la plus propice aux expérimentations, aux conduites de maintien de certains de ces comportements à risques. Certaines études soulignent que ces

comportements peuvent évoluer, se suppléer et être concomitant. D'une manière générale, les conduites à risques sont souvent reliées les unes aux autres et favorisent l'engagement dans de nouvelles conduites à risques, notamment durant l'adolescence (25). Il semble exister des facteurs développementaux pouvant intervenir dans la mise en place de ces comportements (24). La fréquence et l'intensité des conduites à risques augmentent avec l'âge jusqu'à l'adolescence, puis diminuent progressivement (26).

## VII - Motivations et profils des joueurs

### 1 - Les amateurs de sensations intenses et nouvelles

Certains enfants ou adolescents ne cessent de prendre des risques, ils sont qualifiés de tempérament « casse-cous » ou « plein d'énergie ». Ils sont souvent imprudents, toniques, incapable d'anticiper le danger ou les conséquences de leurs actes.

La majorité des jeunes pratiquant des jeux de non-oxygénation semblent sans difficultés psychologiques particulières et pratique ces jeux pour la notion de plaisir qu'ils apportent. Cependant, certains enfants ou adolescents ont un tempérament entraînant une appétence envers les stimulations fortes, la recherche de sensations nouvelles et de découverte. Ce type de « personnalité » favorisera non seulement les conduites d'expérimentation mais aussi les conduites de maintien des comportements à risques (28). Ainsi, les joueurs de jeux de non-oxygénation sont d'avantage consommateurs de substance psycho-active que les non-joueurs (35).

### 2 - L'agir à l'adolescence

L'entrée dans l'adolescence, marquée par des modifications tant biologique que psychologique, fait émerger chez l'adolescent, malgré une conscience désormais acquise de la notion de mort, une impulsivité, un sentiment d'invulnérabilité et une illusion de maîtrise en décalage avec son manque de connaissances et d'expériences. L'agir ou conduite non-mentalised est une caractéristique de tout adolescent dont la force et l'activité motrice se sont brutalement développées. Ces comportements sont considérés comme un mode d'expression privilégiée des conflits et des angoisses du sujet.

### 3 – La recherche identitaire

La confrontation directe au danger et au risque de mort rassure l'adolescent sur ses capacités physiques et conforte son identité, sa place en tant que sujet dans le monde. Afin de s'extirper symboliquement de sa position de passivité dans laquelle il se trouvait étant enfant, il adopte des comportements qui lui étaient jusqu'alors interdits, car perçus comme dangereux par les parents. La prise de risque peut alors s'interpréter comme une sorte d'aménagement à la problématique séparation-individuation (27). Certaines de ces conduites semblent sous-tendues par la recherche d'un plaisir et d'une gratification narcissique au niveau individuel et social. Certains sujets, inhibés, et narcissiquement fragiles, empruntent, à travers la prise de risque, à une mythologie contemporaine qui valorise l'affrontement au danger et le dépassement individuel. La prise de risque, en ce sens, peut représenter un comportement adaptatif moins lié au jeu lucide avec la mort qu'à une revendication d'identité, d'affirmation de soi, de reconnaissance sociale (23).

## 4 - L'influence du groupe de pairs

La dilution des responsabilités et l'impression de sécurité au sein d'un groupe poussent l'individu à des actes qu'il n'aurait jamais osé accomplir seul. L'observation des conduites adolescentes à risque va dans le même sens, la présence du groupe de pairs incline le jeune à aller au-delà de ses appréhensions pour affirmer son identité aux yeux des autres. L'entrée dans un certain nombre de conduites à risque est souvent liée à la puissance d'attraction d'un groupe de pairs qui les valorise et dissipe les derniers doutes en leur conférant une légitimité bien supérieure à celle de la société (30).

*« Ils y jouaient tous alors pas question de se dégonfler. Si tu le fais pas t'es une mauviette. »*  
(Samuel, 31)

*« Au début c'était pour faire comme les autres, pour l'honneur, pour rester dans le groupe »*  
Laurent, 31)

Une fois au sein d'un groupe de pairs, l'adolescent va ensuite chercher à se singulariser progressivement, et ce, en allant toujours plus loin dans la prise de risque. Devenir le plus courageux, le plus audacieux, le plus respecté au sein de ce groupe va conduire à poursuivre et à aggraver les comportements à risque.

*« Parfois, on jouait à celui qui tient le plus longtemps. »* (Laurent, 31)

## 5 - La transgression d'un interdit

A noter que ces pratiques relèvent d'une culture du secret, d'une radicale séparation avec la sphère parentale tenue dans l'ignorance. Non par conscience du danger ou crainte de la réprobation, mais par l'intuition de se livrer à une démarche ambiguë que les adultes risquent de désapprouver. Pratique de l'entre soi, immergées dans le secret des jeux d'enfance ou d'adolescence, un peu à la manière des jeux autour du sexe qu'aucun enfant ne révèle à ses parents. Ils provoquent ainsi la jubilation née de la transgression d'un interdit implicite.

## 6 - L'ordalie

La conduite ordalique est définie comme « la répétition d'une épreuve comportant un risque mortel, dans laquelle le sujet s'engage, afin, par sa survie, de prouver sa valeur intrinsèque, ainsi reconnu par les puissances transcendantes du Destin... ».

15% des enfants n'ont pas conscience du danger que représente ces jeux et les conséquences qui en découlent (4), autrement dit 85% des joueurs sont conscients des risques qu'ils prennent. Ce jeu avec le risque et la mort chez l'adolescent viendrait en place de rites culturels d'initiation au stade adulte : « en l'absence de rites institutionnalisés valides, les adolescents occidentaux ont souvent recours à des formes d'initiation proches de l'ordalie, à travers des épreuves qu'ils s'imposent, des défis qu'ils se lancent, des expériences qu'ils vivent intensément... » (32)

*« On savait que c'était dangereux, j'étais conscient des risques, mais j'acceptais de les prendre [...] mais vu le nombre de fois que je l'ai fait, je me dis que...vu qu'il ne m'est jamais rien arrivé... ben. »* (Tiago, 33)

## 7 - La recherche d'un éprouvé intense

Ici, c'est l'envie de ressentir des sensations qui sera décisive dans la poursuite de ce type de jeu, selon qu'elle sera vécue positivement ou non par le joueur. Ainsi, une mauvaise expérience ou « bad-trip » mettra généralement fin à la pratique

La perte de conscience durant certaines de ces conduites est pour certains jeunes l'expérience de leur propre disparition. Manière de quitter le monde un instant et d'en revenir, d'affronter symboliquement la mort en prenant l'initiative sur elle. Le poids d'être soi et de sans cesse s'interroger sur soi est suspendu un instant. Cet effacement de soi se retrouve dans d'autres conduites à risque moins ludiques que sont les comas éthyliques à répétition, le recours à des cocktails médicamenteux ou autres substances psychoactives. Cette étape peut être reliée aux Near Death Experience (NDE) ou expériences de mort imminente (EMI).

*« Tout à coup je me sens terriblement bien, le ciel est d'un bleu limpide, et un gigantesque avion passe juste au dessus de moi, dans un silence absolu. Je suis bien. Je me réveille, je suis allongé par terre. Le réveil est désagréablement troublant. (Mes copains) m'ont dit que j'avais eu des spasmes pendant ces quelques secondes » (Cyril, 34)*

Le réveil est l'occasion pour le jeune de ressentir un sentiment d'omnipotence, comme s'il avait finalement surmonté une épreuve potentiellement mortelle. Aussi, au travers de ce type de jeu, il s'agit, pour le jeune de faire la preuve de son existence par la survie à un traumatisme provoqué. La mort n'est pas ici recherchée, elle est au contraire instrumentalisée, et elle est un moyen que le jeune utilise pour restaurer un sentiment d'identité défaillant.

## 8 - Vulnérabilités psychopathologiques

S'il ne faut pas systématiquement « psychiatriser » les comportements déviants des jeunes, il est à l'inverse important de dépister une éventuelle psychopathologie sous-jacente.

### La dépression

Dans une étude (35) menée chez 746 collégiens issus d'établissements différents représentatifs de la population générale, il a été mis en évidence de manière significative, que les pratiquants des jeux de non-oxygénation avaient un score de dépression plus élevé à la Children Depression Inventory (CDI) que les non pratiquants. D'autres études montrent des résultats similaires (5) avec des scores plus élevés chez les jeunes qui pratiquait l'autostrangulation au domicile et plusieurs fois par jour. Cependant l'aspect primaire de la dépression reste à confirmer par d'autres études, car certains symptômes post-anoxiques peuvent être confondus avec une symptomatologie dépressive propre à l'enfant. Certains de ces éléments dépressifs étaient sans doute présents avant le jeu, mais il est aussi possible que, chez d'autres adolescents, ils en soient la conséquence (36). Chez certains enfants ou adolescents déprimés, il se pourrait que leur recherche d'un « bien être », d'un « échappement » par la pratique de jeux de non-oxygénation, vienne contrebalancer des émotions négatives.

*« Ce que j'aimais bien lorsque je m'évanouissais, c'est que j'avais l'illusion de voler, de ne plus sentir la douleur » (Ludwikas, 34)*

Il est alors aisé de comprendre que le risque principal est que la pratique s'auto-entretienne, pouvant alors prendre la forme d'une addiction sans drogue. Ainsi l'expérience émotionnelle et cognitive recherchée fait place progressivement à la ritualisation puis au besoin. Chez ces jeunes,

les expériences deviennent solitaires et souvent quotidiennes, voire pluriquotidiennes, comme un comportement de fuite ou d'évitement d'une réalité jugée insupportable. Le caractère « antidépresseur » de la prise de risque elle-même a pu être évoqué par certains.

### L'addiction au danger

La conduite addictive repose sur des comportements de dépendance, c'est à dire sur des attitudes, des envies, des actes, des sensations qui s'imposent à la conscience, altérant les fonctions de libre arbitre. La dimension « ordalique » de certaines conduites à risque répétées, autorise un rapprochement avec la toxicomanie. L'assuétude se caractérisant par la répétition du comportement, sa fonction de recours défensif, la recherche au moyen d'une agressivité physique auto-mutilatrice, d'un état second procurant un sentiment de désafférentation du réel, l'éprouvé au décours du geste, d'un apaisement cathartique lié à l'effet de la prise de risque et à son issue (23).

Andrew et Fallon (5) considèrent que les jeux de non-oxygénation de part leurs effets sur le psychisme peuvent agir comme l'alcool ou les drogues. L'effet intense et violent induit par l'autoasphyxie permet non seulement de mettre à distance momentanément les affects négatifs de type anxio-dépressifs, mais produit aussi et surtout une expérience émotionnelle et existentielle majeure pour le joueur. Cette hypothèse est d'autant plus intéressante que le profil des joueurs combine une recherche de sensations avec des éléments sémiologiques de type dépressif comme nous l'avons vu précédemment.

*« La première fois que je l'ai fait, j'ai été tellement bien que je ne pouvais plus m'en passer. Quand on s'endormait, on était comme dans un bonheur, on ne sentait plus la douleur, on ne sentait plus rien, et je recherchais ce bonheur. Au début je le faisais en groupe, et ensuite toute seule. Je pense que c'était la même chose pour mes camarades » (Ludwikas, 34)*

La dépendance peut être décrite « comme l'utilisation à des fins défensives de la réalité perceptivo-motrice comme contre-investissement d'une réalité psychique interne défaillante ou menaçante » (37). Ainsi, certains jeunes à tendance dépressive trouveront dans ce jeu un moyen de réguler leur humeur négative avec des sensations plaisantes dont ils deviennent peu à peu dépendants au point de le reproduire souvent, même seuls (5). Dans ces situations, l'intrication de la prise de risque, du jeu avec la mort, de la jouissance et du besoin est complexe.

*« A force , j'y ai pris goût, puis c'est devenu comme une drogue. J'avais un besoin physique d'y jouer. » (Samuel, 31)*

*« c'est une drogue c'est le même principe que la drogue [...], dépendance parce que tu commences à prendre plaisir à ce genre de truc [...] envie de le refaire quoi. » (Mustapha, 33)*

### Le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Il se caractérise par :

- des troubles de l'attention (distractibilité importante, faible capacité à se concentrer, à se fixer sur une tâche, à organiser puis à finir son travail, à respecter une consigne)
- une hyperactivité (agitation, activité motrice exagérée pour l'âge, incapable de rester assis)
- une impulsivité (difficultés à respecter les règles, impatience, tendance à imposer sa présence sans respect des autres )

Sa prévalence est estimée entre 3 et 9% de la population d'âge scolaire. Les garçons sont majoritairement concernés avec un sexe ratio de 3 à 9, les symptômes apparaissent avant 7 ans et

évoluent de manière continue avec tendance à l'amélioration.

Les deux tiers des enfants avec un diagnostic de TDAH présentent au moins une comorbidité. Parmi les plus fréquentes, on note :

- les troubles externalisés (troubles oppositionnels avec provocation, troubles des conduites)
- les troubles internalisés (anxiété, dépression)
- les troubles des apprentissages

Les enfants souffrant de TDAH ont tendance à ne pas percevoir le danger et peuvent s'engager dans des activités dangereuses. Leurs difficultés attentionnelles sont directement liées à une mauvaise perception du danger et des conséquences de leurs actes. L'impulsivité, qui les caractérise, sous-tend des comportements irréfléchis, parfois sources d'accidents. Cet aspect est d'autant plus fort que l'enfant présentant un TDAH souffre aussi d'un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et/ou d'un trouble des conduites (TC) (38).

Une étude (35) a mis en évidence que les enfants atteints de TDAH avaient plus de conduites à risque que les enfants non atteints, en particulier pour ce qui est des jeux de non-oxygénation (21,7% vs 8,7%). Mais là encore se pose la question du trouble primaire ou des conséquences de ces pratiques.

## VIII – La notion d'équivalent suicidaire

### 1 - Évolution du concept

Dans son ouvrage « psychopathologie de la vie quotidienne » (39), Freud intitule un de ses chapitres « méprises et maladresses » où il y décrit à partir de divers exemples tirés de la vie quotidienne, que les actes manqués sont des actes par lequel le sujet substitue malgré lui, à un projet ou à une intention qu'il vise délibérément, une action ou une conduite totalement imprévue. L'acte manqué à un sens résultant du désir inconscient, et représente dans l'agir ce que le lapsus est au langage. Il sera alors l'un des précurseurs de la théorie du suicide mi-intentionnel, décrivant chez ces gens, une motivation inconsciente au suicide, se traduisant par des actions potentiellement destructrices, prenant l'aspect d'accidents malheureux.

« l'intention inconsciente attend un prétexte qui se substituera à une partie des causes réelles et véritables et qui, détournant les forces de conservation de la personne, la débarrassera de la pression qu'exercent sur elle ces causes. (...) Je connais plus d'un soi-disant « accident » malheureux (chute de cheval ou de voiture) qui, analysé de près et par les circonstances dans lesquelles il s'est produit, autorise l'hypothèse d'un suicide inconsciemment consenti. »

A partir d'une analyse de Ferenczi, Freud évoque le cas d'un jeune ouvrier de 22 ans qui suite à un « accident » s'est tiré une balle dans la tête :

« Interrogé sur les circonstances dans lesquelles s'était produit l'accident, le malade déclara qu'il s'agissait d'un simple accident. Il jouait avec le revolver de son frère et croyant qu'il n'était pas chargé, il l'avait appuyé avec la main gauche contre la tempe gauche (il n'est pas gaucher), avait mis le doigt sur la gâchette, et le coup était parti. Le revolver, qui était à six cartouches, en contenait trois. Je lui demandai comment il lui était venu à l'esprit de prendre le revolver. Il répondit que c'était à l'époque où il devait se présenter devant le conseil de révision; la veille au soir, craignant

une rixe, il avait emporté l'arme, en se rendant à l'auberge. Au conseil de révision il avait été déclaré inapte à cause de ses varices, ce dont il était très honteux. Il rentra chez lui, joua avec le revolver, sans avoir la moindre intention de se faire du mal; le malheur était arrivé accidentellement. Je lui demandai s'il était en général content de son sort, à quoi il me répondit avec un soupir et me raconta une histoire amoureuse : il aimait une jeune fille qui l'aimait à son tour, ce qui ne l'avait pas empêchée de le quitter; elle partit pour l'Amérique uniquement pour gagner de l'argent. Il voulut la suivre, mais ses parents s'y opposèrent. Son amie était partie le 20 janvier 1907, donc deux mois avant l'accident. Malgré tous ces détails, qui étaient cependant de nature à le mettre en éveil, le malade persista à parier d'«accident». Mais je suis, quant à moi, fermement convaincu que son oubli de s'assurer si l'arme était chargée, ainsi que la mutilation qu'il s'est infligée involontairement, ont été déterminés par des causes psychiques. Il était encore sous l'influence déprimante de sa malheureuse aventure amoureuse et espérait sans doute «oublier», au régiment. Ayant été obligé de renoncer à ce dernier espoir, il en vint à jouer avec le revolver, autrement dit à la tentative de suicide inconsciente. Le fait qu'il tenait le revolver, non de la main droite, mais de la main gauche, prouve qu'il ne faisait réellement que «jouer», c'est-à-dire n'avait aucune intention consciente de se suicider. »

Plus tard, Kreitman inventera le néologisme « Parasuicide » dans un article paru dans le *British Journal of Psychiatry* en 1969. Le mot désigne tout acte estimé extrême et par lequel on risque la mort, de manière consciente ou confuse, mais dont les acteurs diffèrent des suicidaires, des suicidants ou des suicidés dans le sens que leur intention directe n'est pas de se tuer. Parfois on utilise les termes semi-suicide, quasi-suicide ou suicide indirect pour décrire la même réalité. Ainsi l'automutilation, la médication massive, l'usage excessif de drogue ou d'alcool, les conduites extrêmes et à risques appartiennent à la catégorie des « parasuicides ».

Duché (40) propose chez l'enfant, d'employer le terme « conduites suicidaires » et évite ainsi de tomber dans le piège d'une définition rigide, éloignée de la réalité, où l'appréciation du potentiel suicidaire présent chez ces enfants, liée à la subjectivité de chacun, fait toute la difficulté du problème. Sont regroupées à la fois les conduites dangereuses où s'esquisse à peine l'idée de la mort, et les tentatives de suicide, parfois avec des moyens violents, où l'autodestruction, l'agressivité, l'idée de mort sont totalement prégnantes.

En 1980, le Groupement d'Études et de Prévention du Suicide se réunissait pour aborder la question des équivalents suicidaires. Certains comportements comme l'alcoolisation chronique avec clochardisation, certains accidents de travail, ou certaines conduites affectives et sexuelles régressives pouvaient correspondre à une conduite suicidaire. Cependant ici « le sujet ne manifeste pas clairement son intentionnalité suicidaire », et de toute manière « la mort est différée » en ce sens que ces conduites entraînent la mort à long terme, contrairement aux autres conduites suicidaire comme les tentatives de suicide (41)

Taleghani (42) dans une approche sociologique de l'équivalent suicidaire distinguait la finalité et la fonction d'une conduite suicidaire. Il concluait en disant que « l'équivalent suicidaire est une ambiguïté pour le suicidologue et une métaphore pour le patient comme une conjuration de la mort. Le suicide pourrait être compris comme une mort tout de suite, l'équivalent suicidaire comme une mort demain peut-être »

## 2 - Définition du concept

La notion d'équivalent suicidaire correspond globalement à la mise en acte d'un comportement qui met en péril un sujet sans que celui-ci n'exprime son désir de mourir. Ainsi on peut retenir dans la définition d'équivalent suicidaire l'intoxication médicamenteuse du sujet surmené qui voulait dormir pour oublier ses soucis quotidiens, la conduite suicidaire du sujet toxicomane qui fait une overdose, l'alcoolisme chronique du sujet cirrhotique, l'accident inexplicé...

Ainsi, sous le terme d'équivalent suicidaire sont en fait regroupés des comportements très différents dont il est même parfois difficile de trouver ce qui les relie. Sauf peut être qu'il est question de vie ou de mort. Cependant on peut distinguer deux grands type de situations où l'on évoque un équivalent suicidaire :

- ◆ D'une part quand l'entourage repère un geste, un comportement qui est potentiellement dangereux pour le patient, geste dont la dimension morbide échappe au sujet soit par ignorance du danger encouru soit par inconscience ou non conscience du risque mortel.
- ◆ D'autre part la situation où le sujet se met en danger de mort par son comportement, soit par des tentatives de suicide à répétition, soit en s'auto-mutilant, soit qu'il présente des conduites de risque. Mais dans ce cas, il est conscient du danger potentiel et souvent d'ailleurs il le revendique. Cependant autant il frôle la mort régulièrement autant il reste en vie, de sorte que son comportement suicidaire semble le préserver de la mort.

En fait, dans le premier cas, le sujet (pré-adolescent le plus souvent) présente un désir de mourir inconscient, une envie d'en finir avec la vie qui peut ne pas être verbalisable : le sujet est le plus souvent déprimé et présente somme toute un état dépressif qui n'avait pas été repéré auparavant, et que certains qualifierait de dépression masquée. La conduite à risque fait alors irruption dans une trajectoire antérieure linéaire. On note une cassure ou rupture avec l'état antérieur, et la conduite à risque est souvent réactionnelle à un événement de vie négatif ou à un environnement angoissant : décès, séparation, remaniement familial suite à l'arrivée d'un enfant, violence etc... Il s'agit alors d'une conduite/symptôme marqueur de difficultés familiales ou d'événements de vie traumatiques traduisant souvent un mal-être et devant alerter le clinicien.

Dans le second cas, nous sommes en présence d'un sujet (adolescent le plus souvent) qui a un comportement, ayant une connotation auto-agressive dont il en connaît le risque et le revendique d'ailleurs le plus souvent. La nécessité impérieuse de répéter ces comportements et l'intensité des sensations hédoniques éprouvées fixent et cristallisent le sujet dans des problématiques qui s'installent durablement.

Quelque soit les pratiques, la notion de répétition semble être centrale dans la psychopathologie des équivalents suicidaires. Ce processus de répétition paraît pouvoir se décliner autour de deux axes : répétition comme avatar de la pulsion de mort et répétition comme mise en scène de la pulsion de vie. Le désir de mort et le désir de vie cohabitent étroitement dans ces comportements irréductiblement contradictoires, témoin d'un questionnement essentiel (43). La notion de répétition apparaît dès 1914 dans « Remémoration, répétition et élaboration » mais sera surtout développé dans « L'inquiétante étrangeté » et « Au-delà du principe de plaisir ». Freud associe dans ces deux textes la répétition aux mouvements pulsionnels. Dans un premier temps, il montre l'intérêt que port l'enfant à répéter les mêmes jeux, les mêmes histoires inlassablement. Au travers du jeu de la bobine puis des névroses traumatiques, Freud soulève l'hypothèse suivante : la répétition comme moyen de maîtriser une situation angoissante. Toutefois, il remarque au cours de l'analyse de ses patients que la compulsion de répétition est à rapporter à des événements

désagréables (traumatisme, absence de la mère...). C'est ainsi qu'il relie compulsion de répétition et pulsion de mort. Pour Freud, la répétition prend son origine dans les mouvements pulsionnels. Elle met hors jeu le principe de plaisir.

### 3 - Qu'en est-il des jeux de non-oxygénation?

Il paraît impossible de tenter d'analyser la psychopathologie des joueurs afin de définir un « profil type » sans que cela ne soit réductionniste, tant les comportements et leurs déterminants sont variés et complexes. Ce n'est pas la prise de risque en tant que telle qui est pathologique mais plutôt le vécu personnel de cette conduite, le sens particulier que vient prendre chez certains sujets la pratique d'une telle conduite. Alors, est-ce normal ou pathologique? Les termes de cette alternative ne sont pas tout à fait adéquats. Il serait préférable que le consultant la remplace par l'interrogation suivante : cette conduite manifeste (mentalisede ou agie) présente-t-elle au sein du fonctionnement mental de l'enfant un pouvoir pathogène ou assume-t-elle un rôle organisateur? Il paraît important dans tous les cas de reconnaître le symptôme, en évaluer le poids et la fonction dynamique, tenter de situer sa place au sein de la personnalité de l'enfant, apprécier enfin cette personnalité dans le cadre de son évolution diachronique et au sein d'un environnement particulier (44).

Dans son rapport sur les « jeux » dangereux et les pratiques violentes (45), le ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur note 3 types de profils parmi ces jeunes :

- ◆ Les occasionnels : ils sont motivés par la curiosité ou agissent sous la contrainte de l'effet d'un groupe.
- ◆ Les réguliers : ils recherchent surtout des sensations et sont souvent amenés à pratiquer à domicile. Le danger est que cette excitation entraîne, dans certains cas, l'apparition d'un certain degré de dépendance.
- ◆ Les sujets suicidaires et/ou ayant une personnalité fragile : ils sont très rares mais, dans ce cas, le risque d'accident et de décès est très élevé. Ils pratiquent souvent le « jeu », plusieurs fois par semaine, voire par jour, et présentent une symptomatologie dépressive.

Jean-Michel Croissandeau, chargé d'une mission d'inspection générale de l'éducation nationale intitulée « éléments d'informations sur le jeu du foulard » (46) utilise la même classification en ajoutant que « les occasionnels » sont les plus nombreux, « les réguliers » sont peu nombreux, citant à l'occasion un élève s'étant étranglé vingt-six fois dans une période où ses parents étaient en train de se séparer : « j'oubliais tout ». Puis il décrit les « suicidaires et les personnalités perturbées ou fragiles », rares, en disant : « Les enfants suicidaires qui jouent au jeu du foulard sont peu nombreux car cela ne correspond pas à leur logique : dans le jeu du foulard, ce n'est pas la mort qu'on recherche, c'est son contraire : le plaisir. Répétons-le : la pratique du jeu du foulard est avant tout un jeu dont on ne mesure pas les conséquences. Mais, pour peu nombreux qu'ils soient parmi ceux qui pratiquent le jeu du foulard, ces jeunes suicidaires ou gravement perturbés sont d'autant plus dangereux et malsains, dans un groupe d'enfants très jeunes, qu'ils sont à la recherche de ce qui peut leur permettre d'atteindre leur objectif. Le plus souvent, sans que les copains soient informés des conséquences du jeu, qu'eux, en revanche, connaissent ».

A travers cette description simpliste, et plus que maladroite, se glisse plusieurs erreurs. On ne peut appliquer à l'enfant une définition valable chez l'adulte, à savoir, de considérer comme suicidaire toute personne ayant des pensées suicidaires (représentations mentales de l'acte, constructions imaginaires de scénarii), puisque la notion de mort chez l'enfant ne peut être assimilée aux représentations qu'en ont couramment les adultes. Ainsi, les degrés de conscience et de volonté

applicables à l'adulte pour tenter de mesurer l'intentionnalité d'un geste suicidaire ne peuvent être appliqués à l'enfant. Si l'on ajoute à cela la résistance, de la part des adultes (familles, professionnels de l'enfance), à admettre la réalité de la problématique suicidaire chez l'enfant, et la méconnaissance des équivalents suicidaires (joueurs probablement considérés comme « réguliers »), tout porte à croire que la dimension suicidaire chez certains enfants jouant à des jeux de non-oxygénation semble à l'heure actuelle sous-estimée.

Toutes les études publiées ce jour sont unanimes pour dire que pour la grande majorité des joueurs, les pratiques de non-oxygénation « ne sont pas l'équivalent d'un comportement suicidaire puisque la mort n'est pas recherchée ». Là encore, cette définition court-circuite les équivalents suicidaires. De plus, lorsqu'un adolescent fait une tentative de suicide (acte incomplet se soldant par un échec, dont l'intentionnalité suicidaire est donc souvent discutable ou de toute façon à discuter), c'est parce qu'il veut en finir, mais pas toujours avec la vie. N'y-a-t-il pas, bien souvent, derrière ces intentionnalités variées un désir de vivre mieux ou autrement? On ne peut ôter le caractère ambivalent de ces gestes et les réduire à « un désir de mort ». Si c'est le cas pour les tentatives de suicides, cela l'est d'autant plus pour les équivalents suicidaires. Par définition, ces sujets ne se reconnaissent pas d'intention suicidaire délibérée.

De plus, il se pourrait que les « joueurs réguliers » soient en réalité plus nombreux qu'on ne pourrait le croire. Une seule étude (35) s'attarde sur la fréquence de ces pratiques chez les joueurs. Sur un échantillon de 746 collégiens représentatif de la population, voici les résultats obtenus :

N= 746	Jeux dangereux	
	Jeux de non-oxygénation	Jeux Violents
<b>Avoir connaissance de ces jeux</b>	68,1% (508)	
<b>Ont déjà participé à ce jeu</b>	<b>9,9 % (74)</b>	<b>16 % (119)</b>
<b>Joue encore actuellement</b>	<b>2,7 % (20)</b>	<b>7,8 % (58)</b>
<i>Parfois</i>	0,3 % (2)	0,4 % (3)
<i>Au moins une fois par semaine</i>	2 % (15)	5,9 % (44)
<i>Tous les jours</i>	0,4 % (3)	1,3 % (10)
<b>Connaissance de personnes ayant participé</b>	24,5 % (183)	24,1 % (180)
<b>Ont été forcé à participer</b>	1,1 % (8)	1,5 % (11)
<b>Ont proposé ce genre de jeu</b>	4,4 % (33)	7 % (52)

11 - tableau descriptif de la pratique actuelle et passée des jeux de non-oxygénation et des jeux violents (35)

Si l'on considère les 7,2% ayant déjà participé mais ne jouant plus actuellement comme « occasionnels », parmi la totalité des joueurs, environs 30% y joue régulièrement.

## Conclusion

Ces dernières années, la médiatisation du jeu du foulard a conduit, sous l'impulsion des associations d'endeuillés, à la mise en place de campagnes de prévention par les pouvoirs publics, et à la réalisation de supports par les professionnels de l'enfance. Face à ces conduites déviantes, le psychiatre est directement interpellé, non pas par la famille puisqu'il s'agit d'une pratique du secret qui n'est à l'heure actuelle que trop peu dépistée, mais par la société, et les questionnements que suscitent ces comportements considérés comme autodestructeurs par les adultes et qui aboutissent parfois à des situations dramatiques, impensables et incompréhensibles. D'un point de vue médical, il n'existe que trop peu d'études portant sur le sujet. L'insuffisance des données n'autorise guère à proposer une typologie des joueurs, qui ne saurait être qu'incomplète et réductrice. S'il semble que pour la majorité des joueurs cette pratique soit occasionnelle et isolée, l'utilisation de ces conduites repose, chez d'autres, sur un mode d'organisation psychique qui leur confère un caractère éminemment destructeur. Les multiples facettes que peuvent prendre ces comportements tant les déterminants sont complexes et variés rendent difficile leur intégration dans un cadre nosographique précis. A mi-chemin entre l'accident et le suicide, le jeu du foulard semble correspondre à la définition des équivalents suicidaires et pouvoir être considéré comme tel.

# Bibliographie

- (1) Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Essais de psychanalyse, 41-115.
- (2) Winnicott, D. W. (1975). Jeu et réalité: Paris, Gallimard.
- (3) Piaget J., La formation du symbole chez l'enfant, Delachaux et Niestlé, 1970
- (4) Enquête TNS-Sofres, « Jeux dangereux en milieux scolaire et extra-scolaire : le point de vue des parents, la pratique des enfants », 2007.
- (5) Andrew T. A., Fallon K. K., “Asphyxial Games in Children and Adolescents”, The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 2007, 28, 303-7.
- (6) Le D, Macnab A. J., Self strangulation by hanging from cloth towel dispensers in Canadian schools, Inj Prev, 2001, 7, 231-3.
- (7) Michel G., « Les conduites à risques chez l'enfant et l'adolescent : l'exemple des jeux dangereux et violents », La Revue du praticien – Médecine générale, tome XXIII, 822, mai 2009.
- (8) Michel G., « Les jeux dangereux et violents chez l'enfant et l'adolescent : l'exemple des jeux d'agression et de non-oxygénation », Journal de pédiatrie et de puériculture, volume xix, Issue 8, décembre 2006, p. 304-312.
- (9) Toblin R. L., Paulozzi L. J., Gilchrist J., Russell P. J., “Unintentional strangulation deaths from the choking game among youths aged 6-19 years, United States, 1995-2007”, Journal of Safety Research, 2008, 39, 445-448.
- (10) Morbidity and mortality weekly report (MMWR), “Choking Game” Awareness and Participation Among 8th Graders – Oregon, 2008, Centers for disease control and prevention, Weekly, vol. 59, n° 1, 2010.
- (11) Enquête Ipsos, « Notoriété et pratique du jeu du foulard », 2007.
- (12) Macnab AJ, Deevska M, Gagnon F, Cannon WG, Andrew T, Asphyxial games or “the choking game”: a potentially fatal risk behaviour, Inj Prev. 2009 Feb;15(1):45-9.
- (13) Shlamovitz, G. Z., Assia, A., Ben-Sira, L., & Rachmel, A. (2003). "Suffocation roulette": A case of recurrent syncope in an adolescent boy. *Annals of Emergency Medicine*, 41(2), 223-226.
- (14) O'Halloran, R. L., & Lovell, F. W. (1988). Autoerotic asphyxial death following television broadcast. *Journal of forensic sciences*, 33(6), 1491.
- (15) Linkletter M, Gordon K, Dooley J, The Choking Game and YouTube : A Dangerous Combination, Clin Pediatr (Phila). 2009 Jul 13.
- (16) Blanchard, R., & Hucker, S. J. (1991). Age, transvestism, bondage, and concurrent paraphilic activities in 117 fatal cases of autoerotic asphyxia. *The British Journal of Psychiatry*, 159(3), 371-377.
- (17) Wyatt, J. P., Wyatt, P. W., Squires, T. J., & Busuttil, A. (1998). Hanging deaths in children. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 19(4), 343.
- (18) Ullrich, N. J., Bergin, A. M., & Goodkin, H. P. (2008). "The choking game": Self-induced hypoxia presenting as recurrent seizurelike events. *Epilepsy & Behavior*, 12(3), 486- 488.
- (19) Statistics Canada. (2008). Death by cause: external causes of morbidity and mortality, age group and sex, Canada, annual (number), Table 102-0540 CANSIM (database).
- (20) Simpson R. K., Goodman J. C., Rouah E., Caraway N., Baskin D. S., “Late neuropathological consequences of strangulation”, *Resuscitation*, septembre 1987, 15(3):171-85.

- (21) Huerre, P. (2007). Place au jeu ! Jouer pour apprendre à vivre: Nathan.
- (22) Spitzer, S. (2001). L'asphyxie auto-érotique chez les adolescents. Professionnels de L'enfance ; Nov-Dec
- (23) Adès, J., Lejoyeux, M., Tassain, V. Sémiologie des conduites de risques- Editions techniques- EMC, Psychiatrie, 1994, 37-114-A-70.
- (24) Michel, G., LeHeuzey, M. F., Purper-Ouakil, D., & Mouren-Siméoni, M. C. (2001). Recherche de sensation et conduites a risque chez l'adolescent.
- (25) McNair, L. D., Carter, J. A., & Williams, M. K. (1998). Self-esteem, gender, and alcohol use: relationships with HIV risk perception and behaviors in college students. Journal of sex & marital therapy, 24(1), 29.
- (26) Di Clement R. J., Hansen W. B., Ponton L. E., "Adolescent at risk", Handbook of Adolescent Health Risk Behavior, Plenum, New York, 1996.
- (27) G Michel, D Purper-Ouakil, M.C Mouren-Siméoni Prises de risque chez les jeunes. Les conduites dangereuses en véhicules motorisés Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Volume 50, Issue 8, December 2002, Pages 583-589
- (28) Michel, G., & Purper-Ouakil, D. (2006). Personnalité et développement: du normal au pathologique: Dunod.
- (29) Bernadet S., Aubron V., Purper-Ouakil D., Étude exploratoire des facteurs psychopathologiques associés aux jeux dangereux chez l'adolescent en milieu scolaire et clinique, 8e congrès de l'Encéphale, 2010.
- (30) Le Breton D., Conduites à risque. Paris, Presses Universitaires de France, 2002
- (31) Debrot V., Le « jeu du foulard » Une conduite à risque adolescente : En quête de sensations... en quête de sens à soi.
- (32) Charles-Nicolas A. Valleur M. Les conduites ordaliques. In : Olievenstein C ed La vie du toxicomane. Nodule PUF. Paris. 1980
- (33) Ruyschaert G. Les jeux de strangulation : Une mise en jeu de soi. Mémoire de maîtrise de Sciences de l'Éducation, Lille, Université Charles De Gaulle, 2004, 186 p.
- (34) Cochet F. Nos enfants jouent à s'étrangler... en secret. Le jeu du foulard. Témoignages. Paris, F. X. de Guibert, 2003, 262 p.
- (35) Aubron V., Les Conduites à risques et le trouble déficitaire de l'attention hyperactivité (TDAH) chez l'enfant et l'adolescent : l'exemple des jeux dangereux, thèse de doctorat en psychologie clinique et psychopathologie, université Bordeaux 2. 2009
- (36) Ullrich N. J., Goodkin H. P. , « The choking game and other axphyxial games in children and adolescents », Up to date, 1-4, 2009.
- (37) Jeammet Ph., Corcos M., 2001, Évolution des problématiques à l'adolescence : L'émergence de la dépendance et ses aménagements. in Références en Psychiatrie, Doin, Paris.
- (38) Michel G., Purper-Ouakil D. (2006). Personnalité et développement: du normal au pathologique: Dunod.
- (39) Freud, Psychopathologie de la vie quotidienne, pb Payot, 1968,
- (40) Duche D.J., 1987, Les conduites suicidaires de l'enfant, Psychologie Médicale, vol. 19, n° 10, pp. 1771- 1772

- (41) Chauvot B (1981). A propos des équivalents suicidaires chez les cas dits sociaux. *Psychologie médicale*, 13, 8, 1171-1176
- (42) Taleghani M. (1981). Depuis Durkheim : pour des sociologies de l'équivalent suicidaire. *Psychologie médicale*, 13, 8, 1213-1216
- (43) Duverger P. Répétition et équivalents suicidaires à l'adolescence in *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 15 (1998)
- (44) Marcelli D, Braconnier A. *Enfance et psychopathologie*. Paris : Masson, 1995.
- (45) Brochure d'information du Ministère de l'Éducation nationale, « Les jeux dangereux et les pratiques violentes », 2007.
- (46) Croissandeau J.-M. *Rapport de l'inspection générale du ministère de l'éducation nationale sur les jeux du foulard*, 2002.