

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDALLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE FES



LES AUTOMUTILATIONS EN PSYCHIATRIE

ETUDE DESCRIPTIVE DE 12 MOIS

Mémoire présenté par
Docteur KETTANI NARJISSE
Née le 12/09/1983 à Rabat

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME MEDICAL DE SPECIALITE
OPTION : PSYCHIATRIE

Sous la direction de
Professeur Alouane Rachid

Octobre 2014

Remerciements

A mes Maîtres

Je tiens à exprimer ma reconnaissance et ma gratitude envers mes Maîtres, particulièrement Monsieur le Professeur Rammouz Ismail, Chef de Service de Psychiatrie, Monsieur le Professeur Aalouane Rachid, pour la générosité dont ils ont fait preuve durant toutes ces années dans l'enseignement de cette si belle discipline.

Résumé

L'automutilation est une « blessure intentionnelle que le sujet inflige à une partie de son propre corps sans intention apparente de mourir ». Le comportement automutilateur est associé à de nombreux troubles mentaux tels la schizophrénie, le retard mental et les troubles de la personnalité. Dans notre pays, peu d'études ont été consacrées aux automutilations. A travers l'étude de patients hospitalisés au service de psychiatrie du C.H.U. Hassan II de Fès, s'infligeant des blessures à eux mêmes, nous souhaitons apporter plus d'éclairage en ce qui concerne :

- ✓ La prévalence des automutilations chez les malades mentaux hospitalisés.
- ✓ Les facteurs de risque impliqués dans les conduites automutilatrices.
- ✓ Le profil épidémiologique des automutilations en psychiatrie.

Table des matières

Introduction.....	7
- Ampleur du problème.....	7
- Problématique	7

Objectifs du travail.....	9
----------------------------------	----------

Partie théorique

I.	Définition et description des automutilations.....	10
	1. Définition.....	10
	2. Classification.....	10
	3. Nosographie	11
II.	Historique.....	12
III.	Données épidémiologiques	13
	1. Prévalence des automutilations	13
	2. Différences entre les sexes	14
	3. Différences ethniques	14
	4. Automutilation et suicide : lien statistique.....	15
IV.	Facteurs de risque.....	15
	1. Individuels.....	15
	a. Troubles anxio-dépressifs.....	15
	b. Abus physiques et sexuels.....	16
	c. Faible capacité de communication.....	16
	d. Attirance pour les personnes de même sexe et l'homosexualité.....	17
	e. Traits de personnalité : impulsivité, colère et agressivité.....	17
	f. Usage de substances	17
	2. Familiaux	17
	a. Antécédents psychiatrique familiaux.....	17
	b. Maltraitance et violence familiale	18
	c. Alcoolisme parental.....	18
	3. Environnementaux.....	18
	a. Placement en orphelinat.....	18

	b. Hospitalisation.....	19
V.	Etiopathogénie.....	19
	1. Approche psychopathologique.....	19
	a. Modèle des pulsions.....	19
	b. Modèle de régulation de l'affect.....	20
	c. Modèle interpersonnel.....	21
	2. Approche neurobiologique.....	22
	3. Facteurs environnementaux.....	23
	a. Modèle du renforcement.....	23
	b. Modèle de la contagion.....	23
	c. Modèle du comportement appris.....	23
VI.	Diagnostic clinique des automutilations.....	24
	1. Description clinique des automutilations.....	24
	2. Automutilations et pathologies psychiatriques.....	24
	a. Troubles de la personnalité	25
	b. Schizophrénie.....	25
	c. Troubles de l'humeur.....	25
	d. Troubles des conduites alimentaires.....	26
	e. Etat de stress post-traumatique.....	26
	f. Troubles de contrôle des impulsions.....	26
	g. Troubles dissociatifs.....	27
	3. Diagnostic différentiel	27
	a. Tentative de suicide.....	27
	b. Troubles factices.....	27
	c. Actes chirurgicaux multiples ou répétés.....	28
	d. Predisposition aux accidents.....	28
	e. Abus de substances.....	28
VII.	Evolution / Pronostic.....	28
VIII.	Traitement.....	29
	1. Pharmacologique.....	29
	2. Psychothérapique.....	30
	a. Approche psychodynamique.....	30
	b. Approche cognitive et comportementale.....	31
	c. Thérapie de groupe.....	31

Partie pratique

I.	Matériels et méthodes.....	32
1.	Matériels.....	32
a)	Recrutement des patients.....	32
b)	Critères d'inclusion.....	32
c)	Critères d'exclusion.....	32
2.	Méthodes.....	32
a)	Type d'étude.....	32
b)	Organisation pratique de l'étude.....	32
c)	Mode de recueil des données : fiche d'exploitation.....	33
d)	Echelles de mesure.....	34
II.	Résultats : étude descriptive	35
1.	Prévalence.....	35
2.	Caractéristiques sociodémographiques des malades.....	35
3.	Caractéristiques cliniques des patients	36
4.	Description cliniques des automutilations.....	38
5.	Comparaison des automutilations dans les diverses pathologies : schizophrénie / troubles de personnalité ++	41
III.	Discussion.....	44
1.	Argumentaire de la méthodologie.....	44
2.	Synthèse des principaux résultats.....	45
3.	Discussion des résultats constatés avec ceux de la littérature.....	46
	Conclusion.....	49
	Annexes.....	50
	Bibliographie.....	58

Introduction

Les automutilations concernent des sujets qui, en toute conscience s'infligent délibérément et de façon répétée, des blessures sur leur propre corps, sans volonté apparente de se donner à la mort. Il existe différentes formes d'automutilations : simples entailles sur la peau, morsures, brûlures, coupures, ulcérations de la peau causées par différents objets. Les automutilations sont plus graves chez les psychotiques, il peut s'agir d'énucléations, d'arrachements de la langue ou des oreilles, voire même des automutilations génitales.

Parmi les facteurs de risque les plus décrits au cours du comportement automutilateur : les troubles anxio-dépressifs, l'usage de substances, les antécédents d'abus physiques et sexuels à l'enfance, les traits de personnalité tels l'impulsivité, la colère et l'agressivité, l'homosexualité, les agressions physiques et psychiques familiaux, les antécédents psychiatriques familiaux et le placement en orphelinat.

Ampleur du problème

L'incidence et la prévalence de l'automutilation sont difficiles à déterminer puisque c'est un acte sous-rapporté par les patients et qu'il existe des problèmes de définition. Les rares études épidémiologiques en population générale estiment la prévalence des automutilations entre 0,75 et 4% [1,2]. Celle-ci est plus élevée en population psychiatrique intra-hospitalière, variant entre 4 et 21 % [3,4,5]. Chez les patients souffrant de troubles de la personnalité essentiellement borderline, les automutilations sont caractérisées par leur fréquence : 50 à 80 % et leur répétition : 41 % des patients font plus de 50 automutilations [6,7].

Problématique :

Jusqu'à ce jour l'automutilation demeure mal comprise malgré son intérêt populaire et médical. Plusieurs difficultés ont entravé la compréhension de ce phénomène, notamment la complexité du comportement, le manque de cohérence dans la terminologie et le secret entourant le comportement automutilatoire, qui complique la collecte de données fiables.

De nombreux articles ont été publiés sur le sujet, mais peu d'études empiriques ont été réalisées à l'aide de méthodes fiables [8]. Par conséquent, même si le problème de l'automutilation chez les malades mentaux est reconnu depuis plusieurs années dans les milieux hospitaliers et juridiques, la documentation sur cette question est loin d'être suffisante.

La problématique majeure des automutilations demeure essentiellement sur l'association de ce comportement à Plusieurs comorbidités, telles que les troubles de la personnalité, la schizophrénie, les troubles de l'humeur, les troubles des conduites alimentaires, l'usage de substance et l'état de stress post-traumatique. Ceci aggrave d'avantage le pronostic, qui est relativement mauvais du fait de leur chronicité et leur résistance aux traitements, ce qui rend leur prise en charge difficile.

Objectifs du travail

Les objectifs de notre travail se situent sur divers axes :

- Déterminer la prévalence des automutilations au sein des patients hospitalisés.
- Evaluer les facteurs de risque associés aux automutilations.
- Décrire les caractéristiques des automutilations : contextes, types, localisations et moyens, ainsi que les sensations décrites par les patients au cours de l'acte automutilateur.
- Comparer les automutilations des patients schizophrènes et ceux ayant le diagnostic de troubles de la personnalité.
- Chercher une corrélation entre le comportement automutilateur et les facteurs de risque associés.
- Les données recueillies seront comparées à celles de la littérature.

Partie théorique

I. Définition et description des automutilations

1. Définition

L'automutilation est reconnue par les auteurs comme étant difficile à définir. Cette difficulté tient en partie aux nombreux termes utilisés pour la désigner et au manque d'homogénéité des définitions. Certains auteurs estiment même improbable que des critères et des définitions universels puissent être adoptés, mais il est important de définir explicitement la terminologie pour les besoins de la recherche [9,10].

Une définition fréquemment reprise comme référence, publiée par Lorthiois : « L'automutilation comprend toutes les pratiques entraînant des lésions des tissus ou des organes; on peut la définir comme atteinte portée à l'intégrité du corps ; elle peut consister soit en la blessure ou l'ablation totale ou partielle d'un organe ou d'un membre, du revêtement cutané ou de ses annexes ; soit enfin dans des manœuvres (combustion, striction, introduction du corps étrangers) pouvant compromettre sa vitalité et son bon fonctionnement sans que cependant elle ait été accomplie dans le but de se donner à la mort »[11]. Cependant, l'International Network for the Study of Self- injury (ISSS) a proposé une définition plus récente de l'automutilation : « L'autodestruction délibérée du tissu de l'organisme causant une blessure immédiate, sans intention suicidaire et pour des motifs socialement inacceptables ». Ceci implique que l'automutilation se distingue des comportements suicidaires avec intention de mourir, des surdoses de drogues et des autres formes de comportements automutilatoires, notamment des comportements culturellement acceptables pour des motifs esthétiques, des formes d'automutilation répétitives et stéréotypées observées chez des personnes souffrant de déficiences cognitives [12].

2. Classification

La classification la plus utilisée est celle de Favazza [13]. Elle repose sur une distinction entre les automutilations majeures, stéréotypées, superficielles ou modérées.

- **L'automutilation majeure** est la plus extrême et la plus rare. Elle entraîne beaucoup de dommage des tissus corporels par exemple, la castration, l'énucléation, l'amputation. Cette forme d'automutilation est généralement associée à la psychose [14].
- **L'automutilation stéréotypée** se manifeste généralement chez les personnes avec des déficiences intellectuelles importantes, chez les autistes, les psychotiques et certains troubles neurobiologiques tels que le syndrome de Gilles de la Tourette. Elle se manifeste par des schèmes de comportements rythmiques comme se cogner la tête, se presser les yeux, se mordre [14].
- **L'automutilation dite superficielle ou modérée**, elle est la plus commune. Cette forme regroupe les comportements qui aboutissent à un geste délibéré de destruction corporelle sans intention létale [14]. On y retrouve les comportements compulsifs tels : s'arracher les cheveux, se ronger les ongles, se gratter; ainsi que les comportements épisodiques comme se couper la peau, se brûler, etc. C'est cette forme d'automutilation qui a une prévalence élevée chez les adolescentes. Les comportements considérés autodestructeurs comme la toxicomanie, l'anorexie mentale en sont exclus, car ils n'occasionnent aucun dommage direct aux tissus corporels. En sont exclues également: les blessures graves imposées par un délire ou une désorganisation de la pensée; l'automutilation associée à une déficience ou à une dysfonction neurologique; ainsi que les tentatives de suicide.

En outre, en 1938, Menninger proposa une classification impliquant cinq catégories : les automutilations névrotiques, religieuses, psychotiques, des maladies organiques et l'automutilation habituelle pouvant revêtir un caractère anxiogène [15].

3. Nosographie

Nombreux termes ont été utilisés pour designer l'automutilation, tel le para-suicide, les comportements suicidaires, l'autoagression, l'autodestruction, la simulation de suicide, la lacération des poignets, l'acte autodestructeur délibéré, le comportement automutilatoire, l'automutilation non suicidaire et les blessures volontaires.

En anglais, on trouve les termes suivants : deliberate self harm, self-mutilation, self-harm, self-injury ainsi que self-inflicted violence.

Aucun critère diagnostique n'est défini pour l'automutilation dans le DSM-IV-TR et dans la CIM-10. Elle est souvent perçue comme étant un symptôme à des troubles spécifiques. Une proposition a été effectuée en 2010 pour inclure « Automutilation non-suicidaire » en tant que diagnostic distinct dans la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) [16].

II. Historique

L'automutilation a été étudiée depuis le XIX^e siècle, Galais en 1867 publiait « Des mutilations chez les aliénés. Pour servir à l'histoire de l'altération de la sensibilité chez ces malades », Millant, en 1902 « Castration criminelle et maniaque », Blondel en 1906 « les automutilateurs. Etude psychopathologique et médico-légale », et enfin Lorthois, en 1909 a tenté une définition de l'automutilation : fait de porter atteinte à son intégrité corporelle [17].

L'automutilation a été également décrite au cours de la première guerre mondiale, elle était un autre moyen utilisé par les soldats pour échapper aux tranchées. Ils se blessaient suffisamment pour être dispensés de service et passer une longue convalescence dans un hôpital en Angleterre [18]. L'automutilation pouvait prendre la forme d'une blessure par balle à la main ou au pied ou d'une infection à l'œil causée en le frottant avec de la terre contaminée par des produits chimiques. On a répertorié 729 cas d'automutilation chez les soldats canadiens et beaucoup d'autres sont passés inaperçus. Les soldats soupçonnés étaient généralement envoyés dans des hôpitaux spéciaux pour les automutilations, passibles de la cour martiale et de peines allant de peines de quelques jours en campagne à l'emprisonnement [18].

Concernant l'autocastration, qui est une automutilation particulière, plutôt rare, longtemps considérée comme étant intervenue dans un contexte uniquement psychotique. Il semble que jusqu'au début du XX^e siècle, beaucoup de religieux en proie avec des désirs contraire au catholicisme utilisaient l'autocastration, de plus à cette période l'association d'idées délirantes religieuses est d'observation courante [17]. A noter que dans l'antiquité, l'autocastration était un rite pour les prêtres de Cybelle [17]. Charles Blondel en 1906 évoque une grande fréquence de l'association des idées délirantes religieuses et de l'autocastration, qui

n'est plus que de 13 % pour Greilsheimer et Groves dans leur étude rétrospective pour 53 cas dans la littérature anglo-saxonne [19].

III. Données épidémiologiques

1. Prévalence des automutilations

Il est difficile d'établir avec précision la prévalence de l'automutilation et ceci pour diverses raisons. Premièrement, il se peut que tous les cas ne soient pas signalés, puisque ce type de données provient d'autodéclarations et s'accompagne de sentiment de honte parce que l'automutilation est socialement inacceptable. Deuxièmement, les incohérences dans la façon de définir l'automutilation risquent de mener à des surestimations ou à des sous-estimations lorsque les définitions sont trop générales ou sont trop restreintes. Troisièmement, le recours à différentes sources de renseignements pour déterminer les taux de prévalence produisait des estimations très variables [20]. Quatrièmement, les articles sur l'automutilation sont publiés dans diverses revues spécialisées allant de la chirurgie esthétique à la criminologie, ce qui rend leur collecte difficile [21].

L'étude la plus fiable portant sur l'estimation de la prévalence dans la population adulte générale est celle de Briere et Gil publiée en 1998 [3]. Dans le cadre de cette étude, des questionnaires ont été envoyés par la poste à un échantillon aléatoire stratifié d'adultes américains, ce qui a permis de recruter 927 participants (taux de réponse est de 64 %, 50 % d'hommes et 50 % de femmes) [3]. 4 % des répondants ont déclaré s'infliger occasionnellement des blessures, et seulement 0,3 % ont reconnu se livrer fréquemment à ce genre de pratique [3]. En 2003, Klonsky, Oltmanns et Turkheimer ont aussi relevé un taux de prévalence de 4 % dans un échantillon composé de 1986 recrues militaires (62 % d'hommes) [22], ce qui permet d'affirmer qu'un taux de prévalence de 4 % de ce comportement est, à ce jour, l'estimation la plus proche de la réalité dans l'ensemble de la population.

Dans les échantillons d'adolescents et de jeunes adultes, la prévalence de l'automutilation est plus élevée que chez les adultes. Les estimations de la prévalence dans ces populations vont de 6 % à 47 % [23, 24, 2, 5, 26, 27, 28, 29].

En outre des difficultés générales concernant les taux de prévalence mentionnées plus haut, les différences culturelles peuvent aussi être un facteur pertinent, étant donné que les

études ont été réalisées dans plusieurs pays notamment aux États- Unis, en Australie, au Canada et en Turquie [30]. Les taux de prévalence sont plus élevés au sein des populations psychiatriques que dans l'ensemble de la population. Briere et Gil (1998) ont constaté que 21 % des patients d'établissements psychiatriques s'étaient déjà mutilés [3].

2. Différences entre les sexes

Il est généralement reconnu que les femmes s'automutilent plus que les hommes, bien que les preuves à cet effet ne soient pas incontestables. De nombreuses études signalent une prévalence plus élevée de ce comportement chez les femmes et les jeunes filles [23, 26, 27, 31, 32, 33] mais ce constat peut être attribuable à l'importance disproportionnée accordée aux femmes dans ces études, surtout celles qui utilisent des échantillons constitués en milieu psychiatrique et en milieu carcéral [32, 34, 35]. Certaines études n'ont pas relevé de différences entre les sexes dans les taux de prévalence [3, 22, 36, 37, 38]. Un autre facteur peut aussi contribuer à donner l'impression que les hommes ont moins souvent recours à l'automutilation, c'est le fait qu'ils peuvent plus facilement mentir au sujet de leurs cicatrices ou de leurs blessures, les attribuant à des accidents de travail, à leur état d'intoxication ou à des bagarres, alors que les femmes fournissent peu d'excuses pour expliquer leurs cicatrices [13].

Les types d'automutilation que choisissent les femmes diffèrent de ceux privilégiés par les hommes. Certaines données montrent que les femmes sont plus portées à se couper, à se faire des ecchymoses, à se ronger les ongles et à s'égratigner la peau, tandis les coups et les brûlures sont plus fréquents chez les hommes [32, 39]. Selon une revue de la littérature, les hommes utilisent plus que les femmes des moyens violents pour se mutiler [40]. Si les blessures que s'infligent les hommes sont plus graves, c'est peut-être que leur intention suicidaire est plus forte, qu'ils sont plus agressifs ou qu'ils savent mieux utiliser la violence comme moyen d'automutilation [40].

3. Différences ethniques

Plusieurs études ont permis d'observer des différences ethniques dans la prévalence de l'automutilation. Les Blancs affichent des taux de prévalence plus élevés que les autres dans les échantillons issus du milieu psychiatrique, du milieu correctionnel et de la collectivité générale [31, 38, 41, 42, 43]. Certaines études n'ont pas relevé de taux plus élevés chez les

Blancs [44], mais aucune n'a démontré que ces derniers affichaient un taux de prévalence plus faible que les non - Blancs [45].

4. Automutilation et suicide : lien statistique

Le lien statistique entre l'automutilation et le suicide est objectivé par des études à large échelle. Crawford et al rapportent que 1,8 des automutilateurs meurent par suicide dans le cours de l'année suivante et 8,5 % après 22 ans [46]. D'autre part un quart à un tiers des suicides sont précédés dans l'année d'une forme d'autoagression [47]. Cette perspective à long terme n'indique pas la présence d'une intentionnalité suicidaire initialement. L'exploration de ce lien nécessite de penser aux mécanismes mis en jeu dans les automutilations et le suicide.

IV. Facteurs de risque

Plusieurs facteurs de risque des automutilations sont identifiés. Toutefois, il semble que l'interaction de plusieurs facteurs ainsi qu'un enchaînement de circonstances soient nécessaires à l'individu pour en arriver à l'automutilation.

1. Individuels

a. Troubles anxio-dépressifs

Plusieurs études ont associé la dépression, l'anxiété et l'automutilation [22, 48, 49]. Les personnes qui se mutilent souffrent parfois d'une forme de dépression différente de celle dont souffrent les personnes dépressives qui ne présentent pas ce type de comportement. Une étude comparant deux groupes de patients dépressifs sans et avec automutilations n'a révélé aucune différence significative quant à la gravité de la dépression, telle que mesurée par l'échelle de Beck, mais d'importantes différences quant aux types de symptômes dépressifs déclarés [50]. Par exemple, les patients qui étaient traités pour une dépression sans automutilations étaient proportionnellement plus nombreux à déclarer des symptômes tels que des crises de larmes, des troubles du sommeil, de la fatigue, la perte d'appétit, des préoccupations somatiques et de perte de libido; tandis que les personnes pratiquant l'automutilation étaient plus susceptibles de se sentir coupables, de ne pas s'aimer, de s'infliger elles mêmes des punitions et d'éprouver des problèmes d'image corporelle.

b. Abus physiques et sexuels

Une corrélation entre l'automutilation et des expériences de violence durant l'enfance a été relevée dans une multitude d'études [41, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56]. Dans les échantillons provenant de la population générale et dans les échantillons cliniques, ceux qui pratiquent l'automutilation sont plus susceptibles d'avoir été victimes d'exploitation sexuelle durant l'enfance [3, 37]. Cependant, une méta analyse récente a révélé que la relation entre la violence sexuelle durant l'enfance et l'automutilation était confirmée et probablement attribuable au fait qu'elles sont toutes les deux corrélées avec les mêmes facteurs de risque tels les mauvais traitements physiques durant l'enfance ainsi que les antécédents familiaux [57]. Un lien a également été constaté entre les femmes qui se mutilent et la violence conjugale [58].

Le mécanisme par lequel les mauvais traitements peuvent conduire à l'automutilation n'est pas bien compris. Deux études ont examiné la relation de plus près chez les enfants et les adolescents, mais aucune n'a tenté de comprendre ce processus chez les adultes [59, 60]. Il n'a pas été établi clairement si les sujets utilisent l'automutilation comme une façon d'imiter la violence dont ils ont été victimes dans le passé ou si l'automutilation est le résultat d'un ou de plusieurs autres facteurs associés à l'expérience de mauvais traitements [30].

Les personnes qui ont été victimes de violence physique ou sexuelle durant l'enfance éprouvent souvent de la difficulté à s'approprier leur corps et à en prendre soin, un comportement qui est peut-être attribuable à l'absence de contrôle sur leur propre corps qu'elles ont éprouvée durant l'agression initiale [61].

c. Faible capacité à la communication

Un autre facteur impliqué dans le développement des automutilations est l'incapacité à communiquer et à exprimer ses sentiments au sein de la famille [14,62]. Pawlicki and Gaumer (1993) ont proposé que les automutilations peuvent se développer chez les individus ayant vécu sans empathie et sans relations intimes avec les personnes qui prennent soin d'eux [63]. Les individus issus de ces familles ne peuvent pas communiquer ni exprimer correctement leurs sentiments ou sentir véritablement compris par leur famille. Ce manque de relations empathiques conduit à l'anxiété, ce qui peut alors conduire à la dissociation et d'entraver les

compétences de communication. Ces individus utilisent les automutilations comme moyen d'expression et de communication de leurs sentiments aux autres [63].

d. Attirance pour les personnes de même sexe et l'homosexualité

Des études ont constaté une corrélation entre l'intentionnalité suicidaire, les automutilations, l'attirance pour les personnes de même sexe et l'homosexualité. Dans un échantillon stratifié randomisé de 750 hommes à Calgary, les homosexuels (c'est - à- dire ceux qui ont déclaré avoir des partenaires sexuels de même sexe ou qui se sont eux- mêmes identifiés comme gais) représentaient 13% de l'échantillon (qui incluse les patients s'automutilant ou pas), mais 63% de ceux qui avaient des antécédents d'automutilations [64]. D'autres auteurs ont conclu que l'attirance pour des personnes de même sexe (sans activité homosexuelle) augmentait le risque d'automutilation tant chez les hommes que chez les femmes [65]

e. Traits de personnalité : impulsivité, colère et agressivité

L'impulsivité combinée avec l'agression ou la colère peut précipiter les actes d'automutilation. Simeon et coll. (1992) ont constaté que les personnes qui se mutilent souffraient d'un nombre important de troubles de l'humeur, affichaient des traits de caractère tels que la colère, l'hostilité, l'impulsivité et l'agression, et avaient des comportements plus antisociaux qu'un groupe témoin composé d'individus n'ayant aucune tendance à l'automutilation [66].

f. Usage de substances

Les toxicomanes sont plus enclins à l'automutilation [67, 68]. Comme c'est le cas pour les troubles alimentaires, certains auteurs considèrent la toxicomanie comme une forme d'autodestruction [30]. La recherche n'a pas encore établi pourquoi il y'a corrélation entre la toxicomanie et l'automutilation. La toxicomanie est particulièrement fréquente chez les malades mentaux, en particulier les troubles de la personnalité.

2. Familiaux

a. Antécédents psychiatriques familiaux

Des études sur les facteurs de risque ont montré que les antécédents de la famille peuvent contribuer au développement des automutilations [14, 69, 70]. En particulier, toute situation

familiale dont les enfants sont obligés de prendre prématurément des responsabilités d'adultes et de façon inappropriée, peut induire plus tard l'enfant à risque à s'automutiler. Par exemple, si les parents ont des déficits importants, probablement en raison de maladie mentale ou de toxicomanie, les enfants sont obligés de s'occuper d'eux-mêmes et de leurs frères et sœurs à un âge précoce [70] .

b. Maltraitance et violence familiale

La maltraitance et la violence familiale peuvent également mener aux automutilations [14, 62, 69, 70]. En outre, les enfants qui ont grandi dans des familles où les parents demeurent rigides, très conservés avec des croyances religieuses sévères sont à très haut risque pour le développement des automutilations [62,70]. En résumé, les familles dont les enfants n'apprennent pas une saine communication ou des mécanismes d'adaptation convenables peuvent prédisposer les enfants à l'utilisation des automutilations comme une adaptation malsaine tardivement dans la vie [71].

Dans une cohorte d'adultes, le risque d'automutilation augmentait avec des scores élevés d'expériences difficiles à l'enfance incluant l'abus émotionnel, physique et sexuel au sein de la famille ainsi que d'autres formes d'abus telle la maltraitance maternelle [72].

a. Alcoolisme parental

La recherche montre que les personnes qui s'automutilent ont souvent vécu des perturbations familiales et des traumatismes à leur enfance, notamment des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie dans leur famille ainsi que la précarité financière qui peut être conséquente à l'usage de substances. Les premiers épisodes d'automutilation surviennent généralement à l'adolescence et sont souvent liés à des agressions et à la violence subie pendant l'enfance y compris la violence psychologique, les agressions physiques et sexuelles, la négligence et l'intimidation pouvant être secondaire à un alcoolisme parental [73].

3. Environnementaux

a. Placement en orphelinat

L'absence des parent (s) dans la vie d'un enfant et le placement dans un orphelinat est un facteur de risque des automutilations. Ces enfants vivent des situations très stressantes et n'ont

pas la possibilité d'apprendre une bonne adaptation ainsi que d'acquérir les compétences pour soulager le stress. Au lieu de cela, ils peuvent s'appuyer sur des capacités d'adaptations inadaptées telles que les automutilations [74].

Jones et Daniels (1996) suggèrent que ceux qui perçoivent un soutien social, et pour qui, il est possible de communiquer leurs émotions, exprimeraient cette agressivité à l'aide de comportements normaux. Toutefois, pour ceux dont l'environnement est invalidant, et pour qui, il est difficile d'exprimer leurs émotions, vivant ainsi un isolement psychologique ou social, auraient tendance à diriger cette agressivité vers eux-mêmes [74].

b. Hospitalisation

Parmi également les facteurs environnementaux décrits dans l'automutilation, on retrouve l'hospitalisation. Il s'agit d'un facteur de risque contribuant au développement d'une vulnérabilité à la séparation due à des séparations traumatiques, au développement du rôle de victime et d'une image aliénée du corps due aux mauvais traitements ou à la maladie et à une tendance aux comportements impulsifs et violents par imitation [14, 69, 75]. L'hospitalisation en elle-même peut engendrer des sentiments de frustration, de peur, d'anxiété, et d'abandon (réel ou perçu).

V. Etiopathogénie

L'étiopathogénie des automutilations repose sur diverses approches complémentaires notamment psychopathologique, neurobiologique et environnementale.

1. Approche psychopathologique

Il existe plusieurs modèles expliquant la psychopathologie de l'automutilation :

a. Modèle des pulsions

Ce modèle conceptualise l'automutilation comme une expression ou une répression de la vie, de la mort et des pulsions sexuelles et s'appuie sur la théorie du développement psychanalytique [76]. Le modèle des pulsions comprend le modèle anti suicide et le modèle sexuel.

- Modèle anti suicide, certains auteurs expliquent l'automutilation par une opposition au suicide [53, 77, 78]. Elle est vue comme une stratégie d'adaptation active qui canalise les

impulsions destructrices vers l'automutilation afin d'éviter le suicide [79], bien que ce type de comportement puisse accroître le risque de suicide accidentel. Quelques études portant sur la fonction antisuicide de l'automutilation ont révélé qu'entre 41 % et 48 % des sujets étaient d'accord avec cette explication de leur comportement [24, 39]. Dans un échantillon de femmes chez qui avait été diagnostiqué le trouble de la personnalité limite, la fonction antisuicidaire a été classée au septième rang des dix-sept fonctions possibles [80].

- Modèle sexuel: selon ce modèle, l'automutilation peut être l'expression d'une attitude saine par rapport à la sexualité (ex : la gratification sexuelle qu'elle procure) ou surtout d'une attitude malsaine (ex : évitement ou contrôle des pulsions sexuelles ou autopunition pour éprouver des sensations sexuelles), les deux fonctions pouvant être présentes simultanément [81, 82, 83,84]. Ainsi, certaines personnes ont des difficultés à maîtriser leurs pulsions sexuelles et peuvent recourir à l'automutilation pour lutter contre ces pulsions ou pour se donner l'impression de les contrôler [85]. L'automutilation peut aussi être utilisée comme un moyen de purifier le corps de la saleté des sensations sexuelles ou de souvenirs traumatiques [77, 86].

b. Modèle de régulation de l'affect

Ce modèle est omniprésent dans les écrits sur l'automutilation, nombreux auteurs voient dans la régulation de l'affect la principale finalité de l'automutilation et les éléments concluants tendent à confirmer qu'elle est la fonction la plus courante de l'automutilation [32, 33, 39, 45, 87, 88]. Cette explication englobe le modèle de l'adaptation, qui porte sur l'expression des émotions intenses et le soulagement que l'automutilation procure, le modèle de l'autopunition et le modèle de la dissociation, qui considère l'automutilation comme une façon de mettre fin aux impressions désagréables de dissociation.

- Modèle de l'adaptation: selon ce modèle, l'automutilation est précédée par une période d'émotions négatives intenses (la colère, la détresse, la tension) et est suivie d'une période de soulagement [45, 52, 56, 89, 90, 91]. Le recours à l'automutilation est donc une stratégie d'adaptation mesadaptée utilisée pour diminuer l'intensité de pensées et de sensations

dérangeantes [92]. Selon Klonsky, le désir d'adaptation est le motif le plus largement reconnu de l'automutilation [45].

- Modèle de l'autopunition: certains auteurs décrivent l'automutilation comme une forme d'autopunition. En fait, dans l'exposé de synthèse de Klonsky en 2007, les 11 études fondées sur des autodéclarations mentionnaient l'autopunition comme une explication, faisant de celle-ci le motif le plus couramment invoqué pour l'automutilation, après l'adaptation. Selon les résultats des recherches effectuées à ce jour, les femmes sont plus portées que les hommes à se mutiler pour se punir [32, 88]. L'automutilation chez les femmes peut être perçue comme une expression typiquement féminine de la colère à laquelle vient s'ajouter une tendance à se condamner elles-mêmes et à se sentir responsables du mal qui leur a été fait [93, 94].
- Modèle de dissociation: ce modèle considère aussi l'automutilation comme une forme de régulation de l'affect, mais la dissociation est une expérience très différente des autres types d'émotions négatives. Elle peut être une expérience souhaitable lorsqu'une personne est paralysée par des émotions ou des souvenirs pénibles qu'elle préférerait fuir, ou lorsqu'elle est confrontée à une expérience désagréable qu'elle préférerait éviter [3]. Selon certains auteurs, l'automutilation peut provoquer ou accroître la dissociation [77, 95], mais la majorité d'entre eux sont d'avis que l'automutilation est utilisée pour mettre fin aux sentiments de dissociation en centrant l'attention sur l'expérience physique de la blessure [3, 89, 96, 97]. Des études ont permis de constater que les personnes qui se mutilent sont plus susceptibles de vivre une expérience de dissociation [55, 98].

c. Modèle interpersonnel

Selon ce modèle, l'automutilation serait motivée par les effets qu'elle provoque sur les relations entre la personne qui la pratique et les autres. Les modèles des frontières et de la communication entrent dans cette catégorie.

- Modèle des frontières: s'articule autour du besoin d'affirmer les frontières du soi face à des émotions qui sont intenses [84, 99, 100]. Lorsque confrontés à une situation d'abandon, certains éprouvent de la colère à l'égard de la personne qui les abandonne et se reprochent aussi les besoins qu'ils ont [84]. La colère ressentie à l'égard d'un autre

individu responsable d'un acte de violence ou d'un abandon, peut être retournée contre soi et prendre la forme de l'automutilation et [3, 84, 101,102]. Entre 22 % et 26 % des participants à des études sur le phénomène de l'automutilation attribuent leur comportement à ce motif [3, 80]. Certains souhaitent éprouver une douleur physique, perçue comme plus facile à contrôler et moins écrasante, pour remplacer la douleur émotionnelle qu'ils ressentent ou encore pour l'exprimer ou la rendre légitime [103].

- Modèle de la communication: Pour certains, l'automutilation est une forme de communication; une façon d'exprimer leur mal-être, les torts qu'ils ont subis dans le passé et leur besoin d'aide [56, 104]. L'automutilation peut aussi communiquer un besoin ou un désir d'être pris en charge [53]. Les personnes qui ont été violentées et négligées durant leur enfance peuvent éprouver une difficulté particulière à demander de l'aide, car les expériences vécues dans le passé leur ont appris à ne pas s'attendre à ce que leurs demandes soient entendues. Ce sont donc les automutilations qui expriment leur besoin d'aide. Dans une étude réalisée en milieu psychiatrique auprès de 40 femmes auxquelles on avait remis une liste des motifs à l'origine d'actes d'automutilation, 63 % ont indiqué vouloir ainsi communiquer leur détresse aux autres.

2. Approche neurobiologique

Certains facteurs biologiques sont avancés pour expliquer en partie l'automutilation [105]. D'abord, une défaillance du système sérotoninergique pourrait entraîner des difficultés dans la régulation de l'humeur et de l'impulsivité favorisant le recours à l'automutilation [105]. De plus, un mécanisme possible d'autodépendance impliquant le système opoïde endogène (endorphines) pourrait expliquer en partie le maintien des comportements d'automutilation [106]. L'automutilation ferait augmenter le niveau d'endorphines, ce qui provoque un état de bien-être [107]. En somme, bien que certains facteurs biologiques semblent prédisposer l'utilisation et le maintien de tels comportements, l'automutilation apparaît comme un appel à l'aide, une solution temporaire pour gérer la souffrance psychologique [108, 109].

3. Facteurs environnementaux

Les modèles environnementaux sont largement fondés sur les théories du comportement et du développement, qui établissent une forte corrélation entre les motivations à l'origine de l'automutilation et le milieu de vie d'une personne [80]. Le renforcement, la contagion et le comportement appris sont des modèles environnementaux.

- a. Modèle du renforcement : évoque comme hypothèse que les personnes pratiquent parfois l'automutilation afin d'en tirer des gratifications secondaires [76]. Celles-ci renforcent le comportement automutilatoire par conditionnement opérant [110]. Par exemple, certains sujets recourent plus fréquemment à l'automutilation en raison du renforcement qu'ils ont reçu (ex : l'attention des proches) ou le retrait d'une conséquence négative (ex : une diminution des responsabilités). Entre 17 et 40% des personnes s'automutilant ont expliqué leurs gestes par le renforcement qu'elles en tiraient [3, 24, 80, 111, 112].
- b. Modèle de la contagion, implique les cas d'automutilation réalisées par une personne ayant été témoin de tels comportements [113]. Les rapports sur le caractère contagieux de l'automutilation remontent à près d'un siècle, le premier rapport connu étant une description [114] d'une épidémie de trichotillomanie dans un orphelinat. Depuis lors, d'autres épidémies semblables ont été publiées [102, 113, 115, 116, 117, 118]. Dans la plupart des cas, les personnes ne copiaient pas le comportement des autres, mais étaient collectivement confrontées aux mêmes facteurs de stress, et leurs actes coïncidaient avec ces éléments déclencheurs. Il est toutefois possible que ces personnes soient influencées par le comportement des autres même si elles ne l'admettent pas ou n'en ont pas conscience.
- c. Modèle du comportement appris, ce modèle pose comme hypothèse que les comportements automutilatoires de certaines personnes ont un lien avec le fait d'avoir déjà été victimes d'actes de violence au cours desquels des blessures leur ont été infligées sans qu'elles l'aient voulu, les incitant ainsi à croire que l'automutilation est « acceptable » ou méritée [76, 77]. Cela n'a rien à voir avec le

renforcement et la contagion, car ce n'est pas le comportement particulier qui est appris, mais bien le caractère normatif des mauvais traitements subis.

VI. Diagnostic clinique des automutilations

1. Description clinique des automutilations

La description de l'automutilation implique la précision de neuf critères recensés en 2007 par Claes et Vandereycken [32]:

- Le type d'acte à l'origine de l'automutilation : brûlure, coupures, blessures, morsure, ulcération, arrachement, section ou autres.
- La localisation de la blessure sur le corps : les parties du corps les plus atteintes sont principalement cachées et dissimulées aux yeux des autres notamment les bras et les avant-bras.
- La fréquence de l'automutilation durant une période précise : nombre des automutilations au cours d'une journée, d'une semaine ou d'un mois.
- L'importance des dommages corporels causés par l'automutilation.
- L'état psychologique de la personne au moment de l'automutilation (ex : déficience mentale, maladie organique, psychose).
- Les fonctions de l'automutilation.
- La non - acceptabilité sociale de l'automutilation.
- La létalité réelle ou potentielle de la blessure.
- Le caractère direct ou indirect des dommages corporels.
- Le moyen utilisé pour l'automutilation : 80% des cas d'automutilation impliquent des objets tranchants pour couper ou arracher la peau notamment un couteau, du verre, une lame de rasoir ainsi qu'une pince.

2. Automutilations et pathologies psychiatriques

L'automutilation est associée à de nombreux troubles mentaux tels les troubles de la personnalité, la schizophrénie, les troubles de l'humeur, les troubles des conduites alimentaires, l'état de stress post traumatique, les troubles du contrôle des impulsions ainsi que les troubles dissociatifs.

a. Troubles de la personnalité

Les automutilations sont décrites dans le DSM IV TR dans les troubles de la personnalité, en particulier ceux du groupe B : personnalité antisociale, limite, histrionique et narcissique et constituent un critère diagnostique majeur du trouble de la personnalité limite ou borderline, caractérisé par l'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et de l'affect, ainsi que par une impulsivité marquée [119].

Le diagnostic du trouble de la personnalité limite repose sur l'existence d'au moins cinq des neuf critères décrits dans le DSM- IV- TR, dont l'un est la répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations. Puisque le comportement automutilatoire et le comportement suicidaire sont l'un et l'autre un critère du trouble de la personnalité limite, une forte corrélation entre le trouble de la personnalité limite et l'automutilation n'a rien d'étonnant. Dans une étude réalisée auprès de 1986 recrues militaires, les sujets ayant des antécédents d'automutilation étaient deux fois plus nombreux à déclarer des symptômes du trouble de la personnalité limite que ceux qui n'avaient pas d'antécédents d'automutilation [22]. Une corrélation entre l'automutilation et le trouble de la personnalité limite a également été établie par d'autres études [48, 68]. Le risque d'automutilation élevé chez les personnes avec un trouble de la personnalité limite est expliqué par le fait que ces sujets sont moins aptes à contrôler leurs émotions et afficher des degrés plus élevés de réactivité émotionnelle [87].

b. Schizophrénie

Les automutilations peuvent être présents chez les individus souffrant d'une schizophrénie [4, 52, 77, 92, 117, 120]. Elles peuvent être plus graves chez ces patients, il peut s'agir d'énucléations, d'arrachements de la langue ou des oreilles, voire même des automutilations génitales. Cependant les psychotiques avec ce genre d'automutilations représentent un faible pourcentage parmi les individus s'automutilant [120].

c. Troubles de l'humeur

Des troubles de l'humeur, tel le trouble dépressif majeur et le trouble bipolaire sont aussi présents chez les personnes s'automutilant [4, 22, 70, 76, 96, 97]. A titre d'exemple, en 1990, une étude publiée par Darche a trouvé que les troubles de l'humeur étaient plus présents chez

les patients adolescents s'automutilant que ceux qui ne le sont pas [121]. Cependant, les automutilations sont plus fréquemment associées chez les personnalités borderline que ceux qui présentent un trouble de l'humeur [22]. Klonsky et Olino ont également trouvé que la fréquence et la sévérité des automutilations augmentent avec des niveaux élevés de dépression, d'anxiété et de personnalité borderline [57].

d. Troubles des conduites alimentaires

Le lien entre les troubles alimentaires et l'automutilation n'est pas étonnant. Nombreuses sont les définitions du comportement autodestructeur qui englobent les comportements anorexiques ou boulimiques, et certains auteurs assimilent les troubles alimentaires à des types d'automutilation [122, 123].

Selon une revue de la littérature, les troubles alimentaires sont associés aux tendances suicidaires et à l'automutilation, en particulier chez les personnes souffrant de boulimie ou certaine forme d'anorexie [28, 49, 52, 124 ; 125; 126; 127, 128, 129, 130, 131,132]. Selon les études, le pourcentage de personnes qui se mutilent et qui présentent aussi un trouble alimentaire se situerait entre 38 % et 79 % [52, 133].

e. Etat de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique ou post traumatic stress disorder (PTSD) est un trouble qui se caractérise par un ensemble de symptômes découlant d'une exposition à un événement extrêmement traumatisant. Une corrélation entre l'automutilation et le PTSD a été constatée par de nombreuses études [5, 59, 60, 134, 135, 136, 137]. Une étude sur les victimes d'inceste a montré que 25 % des personnes répondant aux critères du PTSD se livrent également à l'automutilation [134].

f. Troubles de contrôle des impulsions

Les comportements automutilateurs peuvent s'intégrer dans un trouble général du contrôle des impulsions, indiquant un spectre de Comorbidités, à rapprocher des abus de substance, des addictions, de certains troubles du comportement alimentaire, en particulier la boulimie.

g. Troubles dissociatifs

Les automutilations sont mentionnées dans le diagnostic de certains troubles dissociatifs, l'état de transe, l'amnésie dissociative, le trouble somatoforme et des troubles factices.

En particulier, il existe une forte corrélation entre l'automutilation et le trouble de la personnalité limite [48, 68], ceci est expliqué par le fait que ces sujets sont moins aptes à contrôler leurs émotions et afficher des degrés plus élevés de réactivité émotionnelle [87]. Cependant, les schizophrènes présentent de façon moindre les automutilations mais demeurent plus graves, il peut s'agir d'énucléations, d'arrachements de la langue ou des oreilles, voire même des automutilations génitales. Concernant les troubles des conduites alimentaires, selon les études, le pourcentage de personnes qui se mutilent et qui présentent aussi un trouble alimentaire se situerait entre 38 % et 79 % [52, 133].

3. Diagnostic différentiel

La définition de l'automutilation la différencie de toute autre forme de comportement autodestructeur, comme les tentatives de suicide, les troubles factices, les actes chirurgicaux multiples ou répétés, la prédisposition aux accidents et l'abus de substances. La différenciation peut être sur la base des dimensions telles que la létalité, le lien direct et immédiat avec les conséquences physiques, la construction sociale, l'intention et le but de l'automutilation [138].

a. Tentative de suicide

Le terme automutilation peut être utilisé de façon incorrecte et désigner la tentative de suicide. Pour ceci, plusieurs auteurs [69,139] estiment essentiel d'inclure dans la définition de l'automutilation l'absence d'intention suicidaire. Cependant, il peut souvent être difficile de faire une distinction claire. Ce qui peut se présenter comme une tentative de suicide, par exemple, un surdosage, peut se révéler après sans intention suicidaire. D'autre part, les personnes qui, souvent, se mutilent peuvent, à d'autres moments, se blesser dans un but suicidaire [125]. Enfin, parmi les fonctions des automutilations, certains se mutilent pour éviter le suicide [140].

b. Troubles factices

Selon le DSM VI, la caractéristique essentielle d'un trouble factice est la production intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques. Le tableau clinique peut comporter la fabrication de symptômes somatiques (ex des douleurs abdominales aiguës

en l'absence de douleur réelle), la falsification de signes objectifs (ex manipuler un thermomètre pour créer l'illusion de la fièvre), des affections que le sujet se déclenche lui-même (ex en provoquant la formation d'abcès par injection sous-cutanée de salive), la majoration ou l'exacerbation d'une affection médicale générale préexistante (ex la simulation d'une crise de grand mal par un sujet ayant des 'antécédents de comitialité) ou toute association ou variante des tableaux précédents. La motivation du comportement est de jouer un rôle de malade. Les sujets vont nier ou dissimuler leur automutilation nature. En revanche, l'automutilation n'est pas effectuée principalement pour obtenir des soins médicaux, et généralement, les individus admettent s'être blessés, et la plupart du temps, ils sont conscients de l'origine psychologique, reliant l'automutilation à une certaine détresse [139].

c. Actes chirurgicaux multiples ou répétés

L'automutilation est souvent considérée comme similaire à d'autres comportements tels la chirurgie électorive et répétée (ex dans le trouble de dysmorphie corporelle). Il s'agit de comportements indirects de l'automutilation. Celle-ci se différencie de ces comportements par l'immédiateté de l'acte et la réalisation par le sujet lui même.

d. Prédisposition aux accidents

Ce comportement est également considéré comme une forme indirecte de l'automutilation, réalisée généralement par une autre personne. L'accident n'est pas intentionnelle ni volontaire.

e. Abus de substances

Il n'y a pas de relation directe entre l'abus de substance et les conséquences physiques. Ce lien n'est pas immédiat et reste équivoque (ex l'intoxication et la dysfonction hépatique chez les alcooliques), ce qui différencie ce comportement de l'automutilation dont les conséquences physiques demeurent immédiates et certaines.

VII. Evolution / Pronostic

La pratique de l'automutilation commence tôt à l'adolescence, elle atteint généralement son paroxysme entre 18 et 25 ans. C'est souvent la période où de grands changements surviennent dans la vie, et où de nouvelles responsabilités ainsi que de nouveaux rôles produisent un grand stress chez l'individu. Souvent, la pratique de l'automutilation décroît avec

l'âge et la plupart des gens arrêtent de s'automutiler lorsqu'ils atteignent la trentaine. Cela est l'évolution typique de l'automutilation. Mais certaines personnes commencent à s'automutiler très jeunes et d'autres beaucoup plus tard. D'autres continuent de s'automutiler après avoir atteint la trentaine. L'expérience de chacun est différente [141].

Du fait de leur chronicité et leur résistance aux traitements, le pronostic des automutilations demeure relativement mauvais [70]. Les individus s'automutilant reste le plus souvent discret par rapport à leur automutilation et hésitant par rapport aux traitements. Par conséquent, la personne peut retarder la prise en charge des automutilations pendant plusieurs années. En plus de ceci, la grande association entre les automutilations et le trouble de la personnalité borderline, également de mauvais pronostic, peut contribuer à des difficultés de prise en charge des automutilations. Cependant, une intervention précoce peut améliorer le pronostic [70].

VIII. Traitement

L'approche thérapeutique se centrera par la suite essentiellement sur les facteurs étiopathogéniques et sur les comorbidités. Elle sera double : pharmacologique et psychologique.

1. Pharmacologique

Sur le plan pharmacologique, le traitement dépendra de la comorbidité associée : les antidépresseurs si dépression et/ou dimension impulsive marquée, les antipsychotiques en cas de psychose avérée ou de troubles de la personnalité mettant en péril le rapport avec la réalité, les thymorégulateurs devant un trouble bipolaire ou une dysphorie importante dans le cadre d'un trouble limite de la personnalité.

Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique des comportements d'automutilation. Certains, comme le naltrexone (bloqueur des récepteurs opiacés) sont à l'étude dans le cadre des auto-agressions répétées [142].

2. Psychothérapie

Sur le plan psychologique, la prise en charge doit permettre au sujet de mieux appréhender le sens de son comportement d'automutilation et de trouver d'autres issues que le passage à l'acte. Les méthodes sont variées, fonction des objectifs recherchés, du souhait du patient, de ses capacités d'introspection et des problématiques en jeu [142].

a. Approche psychodynamique

Bien qu'il existe de nombreuses thérapies psychodynamiques, la littérature fait principalement mention d'une thérapie basée sur la théorie de Kernberg et d'une deuxième basée sur la théorie de Rockland [107, 143] pour les troubles de la personnalité limite chez une population adulte.

La thérapie de Kernberg ou Transference-focused psychotherapy (TFP) se déroule sur un an à raison de deux séances par semaine. L'objectif est d'analyser le sens du comportement dans le transfert. Les techniques utilisées sont donc le transfert et l'interprétation. Les bases de la thérapie sont la relation à l'objet, la diffusion de l'identité ainsi que l'agression. Un contrat thérapeutique est négocié avec le patient afin de déterminer les conditions et les structures mises en place en vue de gérer les comportements. L'alliance thérapeutique constitue un aspect central de la thérapie et si les comportements d'automutilation sont plus renforçants que la relation thérapeutique, le traitement ne peut pas avoir lieu [107, 143].

La thérapie de Rockland, appelée la thérapie du support d'orientation psychodynamique (TSOP), s'inspire d'une compréhension dynamique de la personnalité tout en incluant des interventions cognitives, comportementales et pharmacologiques. L'objectif est le renforcement des fonctions du moi, permettant une meilleure adaptation. L'accent est mis sur la reconnaissance du comportement d'automutilation dans l'ici et le maintenant comme moyen adaptatif. Le rôle du thérapeute est d'exprimer cette compréhension tout en encourageant le changement [107].

b. Approche cognitive et comportementale

Il existe plusieurs interventions basées sur l'approche cognitivo-comportementale, mais l'une des interventions les plus documentées dans la littérature et celle qui démontre le plus de résultats avec les personnes ayant un trouble de la personnalité limite est la **Dialectical Behavior Therapy (DBT)**. Cette intervention fut créée par Linehan en 1993, validée par l'Association américaine de psychologie ainsi que supportée empiriquement [144]. Elle consiste en une combinaison d'interventions cognitives, comportementales, d'entraînement aux habiletés sociales et de résolution de problèmes ainsi que de mentalisation. Les objectifs de cette intervention sont de réduire toute forme de comportements autodestructeurs, de développer de nouvelles habiletés de gestion, de parler des obstacles à la motivation et finalement la généralisation des habiletés. Le programme est d'une durée d'un an à raison d'une rencontre de groupe et d'une rencontre individuelle par semaine. Les études démontrent que le DBT est efficace pour réduire l'automutilation à court terme. De plus, l'alliance thérapeutique prédit l'amélioration des comportements [143, 145].

c. Thérapie de groupe

La thérapie de groupe a des avantages par rapport à la thérapie individuelle, elle permet aux patients d'utiliser activement leurs compétences interpersonnelles, de s'entraider à comprendre l'automutilation et d'apprendre à prendre soin d'eux-mêmes [146]. Ainsi, grâce à ce processus, les patients sont habilités à aider les autres qui présentent des expériences similaires, et prennent conscience du fait qu'ils ne sont pas les seuls qui se livrent à l'automutilation [146].

Gratz et Gunderson ont étudié l'efficacité d'une intervention sur la régulation émotionnelle chez un groupe de femmes adultes avec une personnalité borderline qui se livrent aux automutilations. La thérapie comprenait la psychoéducation des fonctions des émotions, la conscience émotionnelle, des stratégies comportementales pour le changement et le contrôle des impulsions et l'engagement des valeurs individuelles dans la vie de la personne. La majorité des participantes a signalé l'amélioration de la régulation émotionnelle, la diminution de l'évitement affectif et la réduction des automutilations [41].

Partie pratique

I. Matériels et méthodes

1. Matériels

a) Recrutement des patients

Le recrutement des cas a intéressé les patients hospitalisés au service de psychiatrie du C.H.U. Hassan II de Fès, durant une période de 12 mois, du janvier au décembre 2013.

b) Critères d'inclusion

- Tous les malades hospitalisés au service de psychiatrie pour des motifs différents, s'infligeant volontairement des blessures lors de leur séjour en psychiatrie ou ayant des antécédents d'automutilations, quelques soient la localisation et la méthode utilisée.
- Patients âgés entre 18 et 45 ans.
- Le consentement éclairé des patients pour l'étude.

c) Critères d'exclusion

- Les patients présentant une pathologie organique telle une pathologie organique cérébrale ou un retard mental.
- Patients gravement désorganisés, déficitaires ou instables.
- Refus de consentement.

2. Méthodes

a) Type d'étude

Notre étude est transversale descriptive avec un recrutement prospectif portant sur une période de 12 mois, intéressant les patients hospitalisés au service de psychiatrie du C.H.U. Hassan II de Fès.

b) Organisation pratique de l'étude

Notre étude a intéressé les patients hospitalisés au service de psychiatrie du C.H.U. Hassan II de Fès, en participation de toute l'équipe du service. Le travail sera réalisé en partenariat avec le service d'épidémiologie.

c) Mode de recueil des données : fiche d'exploitation (voir annexe 1)

Le recueil de données a été fait auprès des patients, une fiche d'exploitation comprenant :

- les données sociodémographiques : sexe, âge, profession, niveau socio-économique, niveau d'étude, situation sociale et situation des parents.
- les antécédents :
 - D'automutilations : âge de début, fréquence, localisations, moyens utilisés.
 - Psychiatriques : personnels et familiaux
 - Tentatives de suicide ultérieures : nombre et moyens utilisés.
 - Conduites addictives associées : tabac, alcool, toxiques.
 - Troubles des conduites alimentaires : anorexie ou boulimie.
 - Maltraitance notamment des antécédents d'abus sexuel, de violence physique ou psychique, négligence.
 - Situations stressantes telles les catastrophes naturelles, deuil et accidents graves.
- Le diagnostic de la maladie répondant aux critères de la classification DSM IV.
- Les facteurs de risque :
 - Les troubles mentaux notamment la schizophrénie, les troubles anxio-dépressifs ;
 - Les troubles de la personnalité et tout particulièrement la personnalité antisociale et la personnalité borderline. ;
 - Les conduites addictives ;
 - Les antécédents de maltraitance et d'abus sexuel à l'enfance ;
 - Les troubles des conduites alimentaires.
- Les caractéristiques des automutilations :
 - Le contexte des automutilations.
 - La localisation des automutilations.
 - Le type des automutilations.
 - Les moyens utilisés pour l'automutilation.

- Les sensations décrites par les patients au cours de l'acte automutilatoire.

- La prise en charge des patients automutilés.
- L'évolution notamment les complications liées aux automutilations.

d) Echelles de mesure

- Passation du **Childhood trauma Questionnaire « CTQ »**, comprend 28 items, inventorie les différents types de traumatismes d'enfance. Il est approprié pour les adolescents de 12 ans et plus et pour les adultes. Le CTQ renseigne à propos de cinq types de mauvais traitements: abus psychologique, abus physique, abus sexuel, négligence émotionnelle et négligence physique. Chaque type de mauvais traitements est représenté par cinq items qui constituent le score de chaque sous-échelle. Le répondant inscrit sa réponse sur une échelle de type Likert en 5 points correspondant à: « jamais vrai », « rarement vrai », « quelques fois vrai », « souvent vrai », « très souvent vrai ». Les items du CTQ reflètent les définitions courantes de l'abus et de la négligence répertoriées dans la littérature traitant des traumatismes de l'enfance. L'instrument fournit une mesure quantitative des traumatismes d'enfance, permettant plus de précision dans la catégorisation de la sévérité des expériences traumatiques. Cette classification comporte quatre niveaux de mauvais traitements, soit « aucun à minime », « faible à modéré », « modéré à sévère » et « sévère à extrême » (voir annexe 2).
- Passation de **l'échelle de l'impulsivité de Barratt « Bis 11 »**, utilisée pour mesurer l'impulsivité motrice, cognitive et non planifiée. Cette échelle d'impulsivité est très utilisée dans le domaine de la recherche sur les troubles de la personnalité. Le mode de cotation utilisé allant de 1 à 4. Le score total peut aller de 34 à 136 (voir annexe 3).
- Passation de **l'échelle Self Harm Inventory « SHI »**, ce questionnaire est composé de 22 questions concernant des comportements d'automutilation. Une réponse par oui ou non est attendue vis-à-vis des comportements listés. Lorsque la réponse est positive, le participant se voit invité à indiquer la fréquence du comportement (voir annexe 4).

II. Résultats : Etude descriptive

1. Prévalence des automutilations au sein des patients hospitalisés

Au cours de l'année 2013 [janvier-décembre], nous avons recruté 100 malades hospitalisés avec des automutilations. 1447 patients ont été hospitalisés durant cette année, ainsi la prévalence des automutilations au sein des patients hospitalisés est estimée à : $100 \div 1447 = 6.91\%$.

2. Caractéristiques sociodémographiques des malades

- **Age :**

Moyenne de l'âge	Nombre	Ecart-type
27,60	100	6,275

Tableau 1: âge moyen de la population étudiée.

C'est surtout la population jeune qui s'automutile, avec une moyenne de 27 ans.

- **Sexe :**

	Automutilation
F	N(15) 15%
M	N(85) 85 %

Tableau 2 : répartition de la population selon le sexe

Les hommes s'automutilent plus que les femmes avec un sex-ratio de 5,7.

- **Profession et Situation sociale**

	Effectifs	Pourcentage %
Sans profession	61	61,0
Temps plein	9	9,0
Temps partiel	26	26,0
travail occasionnel	4	4,0
Total	100	100,0

Tableau 3 : répartition des patients selon la profession

Situation sociale	nombre de patients	Pourcentage %
Célibataire	83	83
Marié	17	17

Tableau 4 : situation sociale des patients

61 % des patients s'automutilant sont sans profession et 83 % des patients sont célibataires.

- **Situation et support familial**

La moitié des patients vivaient seuls.

	Effectifs	Pourcentage
Vivant seul	51	51,0
Vivant avec les parents	49	49,0
Total	100	100,0

Tableau 5 : situation parentale des patients

3. **Caractéristiques cliniques des patients**

- **Motif d'hospitalisation et antécédents psychiatriques :**

Plus de la moitié des patients ont été admis pour une hétéroagressivité et 86 % des patients avaient des antécédents de suivi en psychiatrie.

- **Antécédents d'automutilations et de TS**

98 % des patients avaient des antécédents d'automutilations, 22 % des patients avaient déjà tenté de se suicider.

- **Conduites addictives associées : tabac, cannabis, alcool ...**

56 % des patients s'automutilant ont une notion d'abus de substance, la consommation du tabac, du cannabis et de l'alcool a été retrouvée chez respectivement 84% ,67 % et 21 % des patients.

- **Trouble des conduites alimentaires : anorexie ou boulimie.**

TCA	Effectifs	Pourcentage
Anorexie	11	11%
Boulimie	10	10%
Total	21	21%

Tableau 6 : les troubles des conduites alimentaires présents chez nos patients.

L'anorexie a été retrouvée chez 11 % des patients et la boulimie chez 10 %.

- **Maltraitance notamment des antécédents d'abus sexuel, de maltraitance physique, de négligence, de violence physique ou psychique.**

	Nombre	Pourcentage %
Abus sexuel	16	16
Maltraitance physique	30	30
Négligence	17	17
Violence physique / psychique	5	5

Tableau 7 : les antécédents de maltraitance chez nos patients

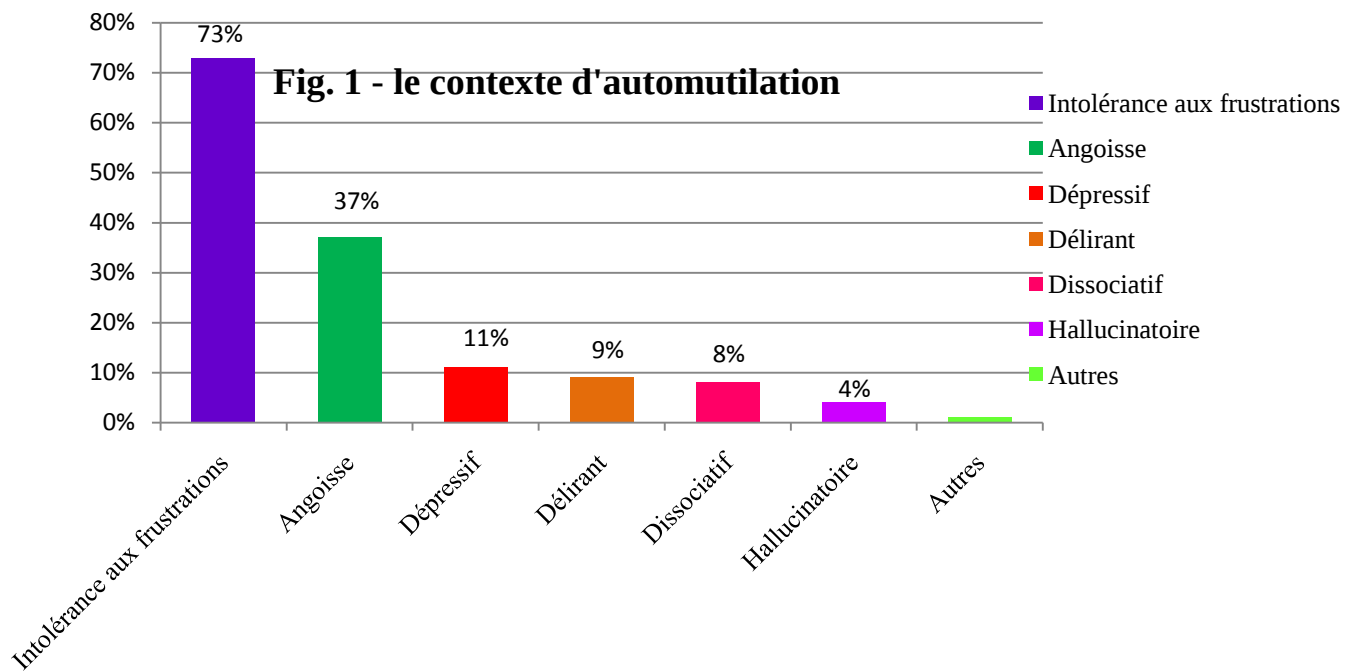
- **Diagnostic à l'admission**

Les deux tiers des patients avaient le diagnostic d'un trouble de la personnalité dont le type borderline a été diagnostiqué chez plus du tiers. La schizophrénie a été diagnostiquée chez 30 % des patients.

Type du trouble de la personnalité	Effectifs	Pourcentage
Borderline	33	33,0
Antisociale	26	26,0
Histrionique	2	2,0
Total	61	61,0

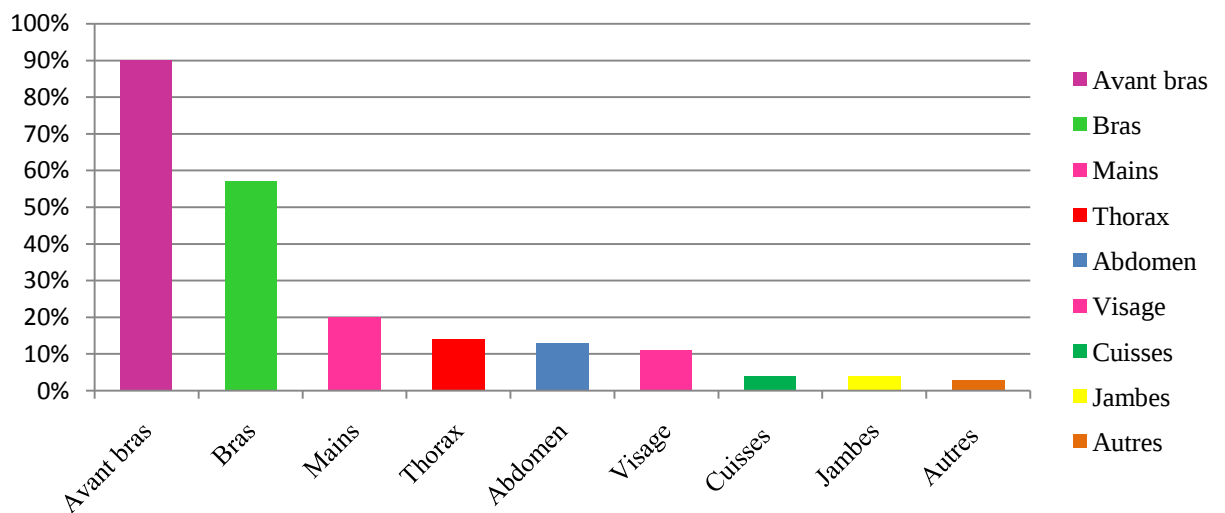
Tableau 8 : Les troubles de la personnalité présents chez nos patients

4. Description cliniques des automutilations

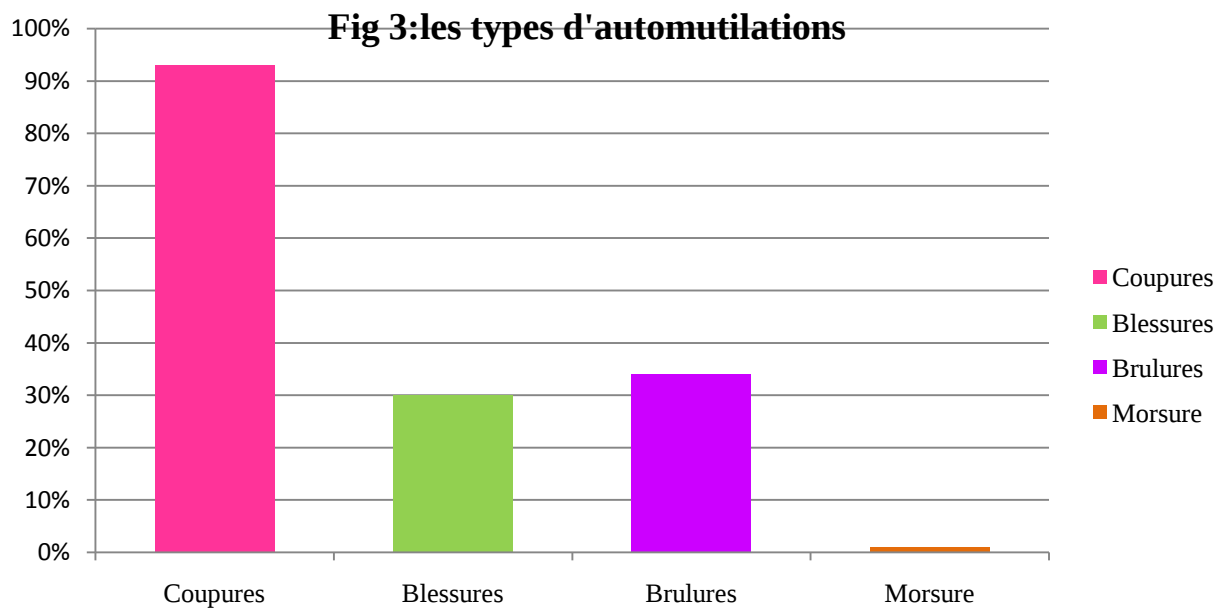


➔ 73% de nos patients s'automutilent dans un contexte d'intolérance aux frustrations, 37% le font dans un contexte d'angoisse puis suit le contexte de dépression dans 11% des cas (fig 1).

Fig 2 : les localisations de l'automutilation

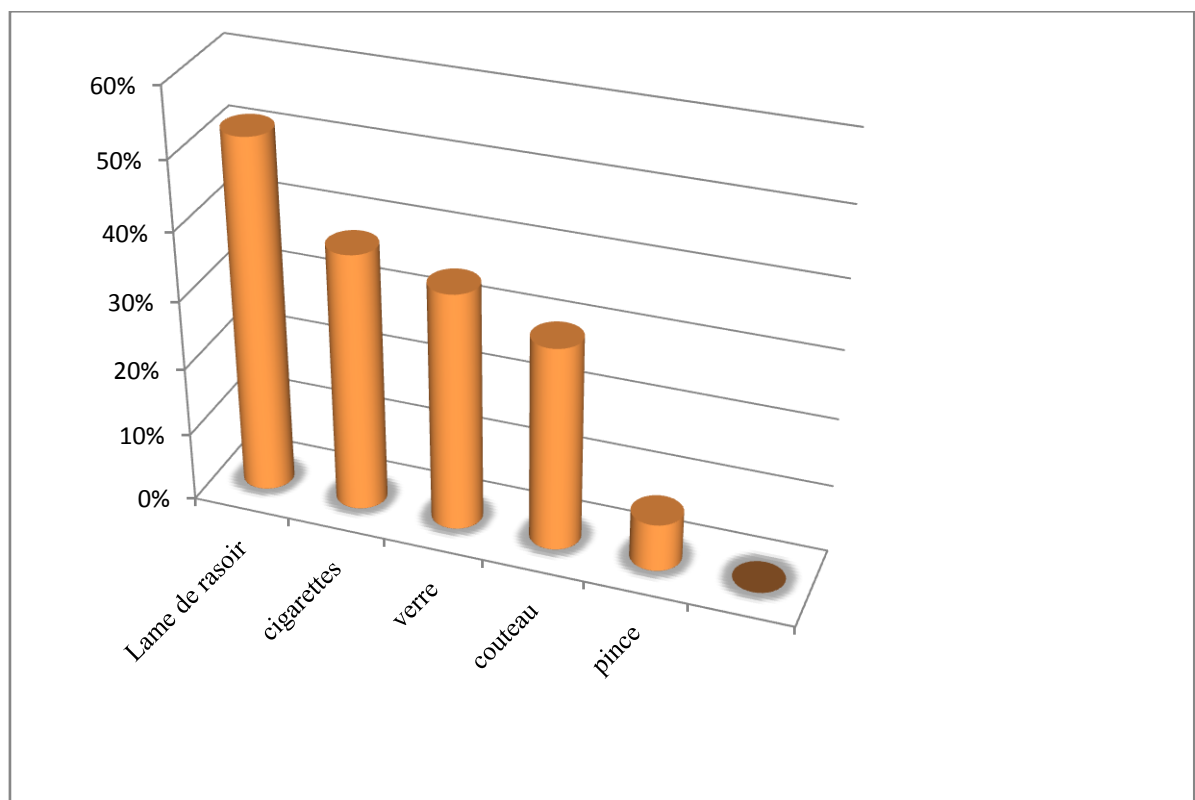


➔ La localisation la plus fréquente des automutilations est les avant-bras avec un taux de 90%, suivie du bras retrouvé chez 57 % des patients et les mains chez 20 %. Les autres localisations telles les cuisses, les mains, les jambes, le thorax, l'abdomen, le visage, les pieds et les organes génitaux externes demeurent très rares (fig 2).

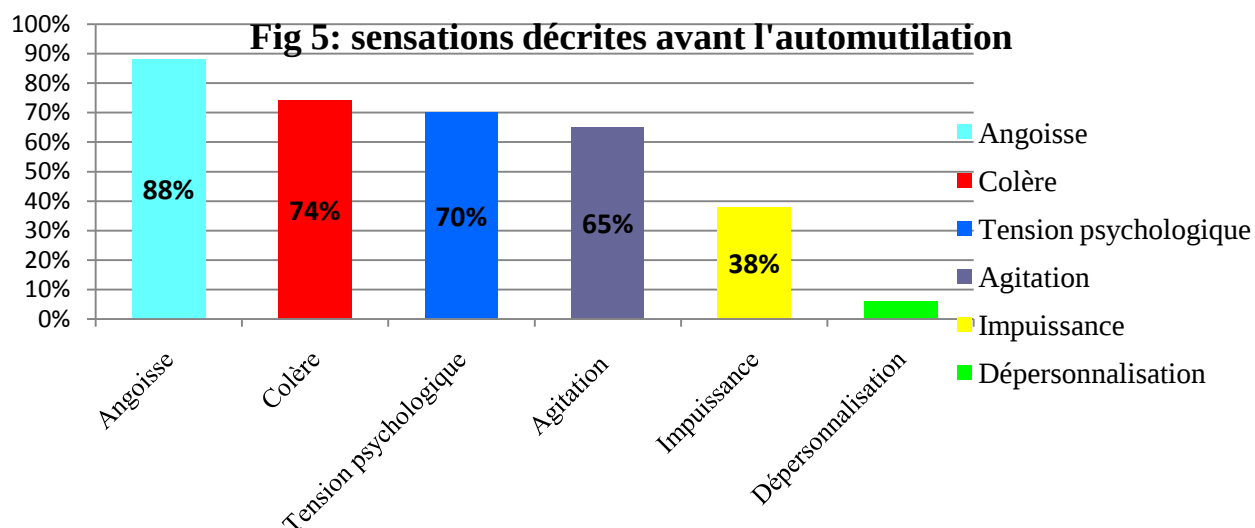


➔ Les types d'automutilation sont respectivement représentés par : les coupures dans 93% des cas, les brulures chez 34 %, les blessures chez 30%. Les autres types sont quasi nuls telle : l'ulcération, l'arrachement et la section (fig 3).

Fig 4 : les moyens des automutilations

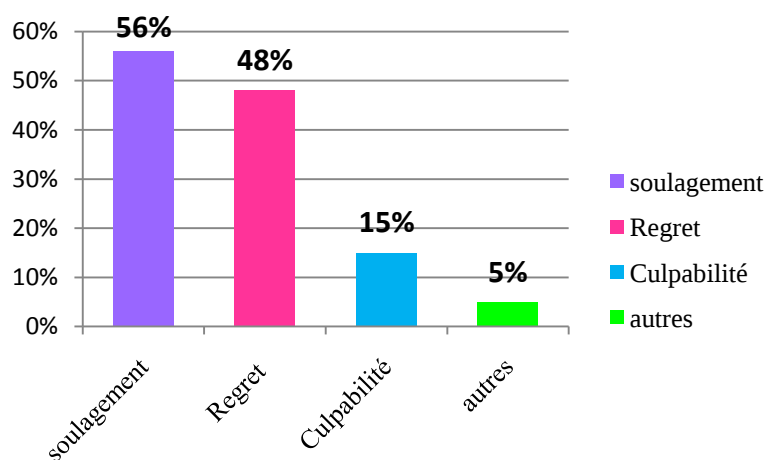


➔ 52% de patients s'automutilent avec une lame de rasoir, 30 % avec un couteau, 38% avec des cigarettes et 35 % avec un verre (fig. 4).



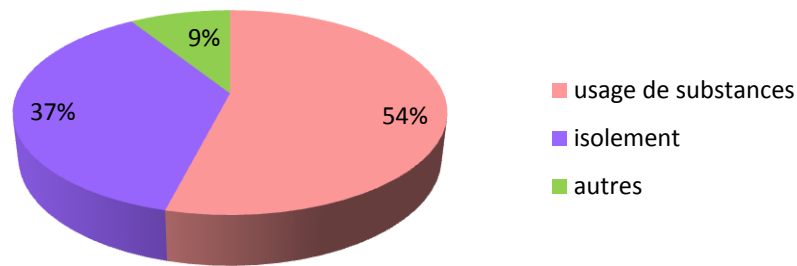
➔ 88 % des patients décrivent une angoisse majeure avant l'acte automutilatoire, 74 % rapportent une colère, 70 % parlent d'une tension psychologique, 65 % notent une agitation et 38% expriment le sentiment d'impuissance (fig 5).

Fig 6 : sensation décrites après l'automutilation



➔ Le passage à l'acte est suivi d'un soulagement important de la tension, retrouvé dans 56 % des cas, le regret et la culpabilité ont été notés respectivement chez 48 % et 15 % des patients (fig. 6).

Fig 7 : comportement après l'automutilation

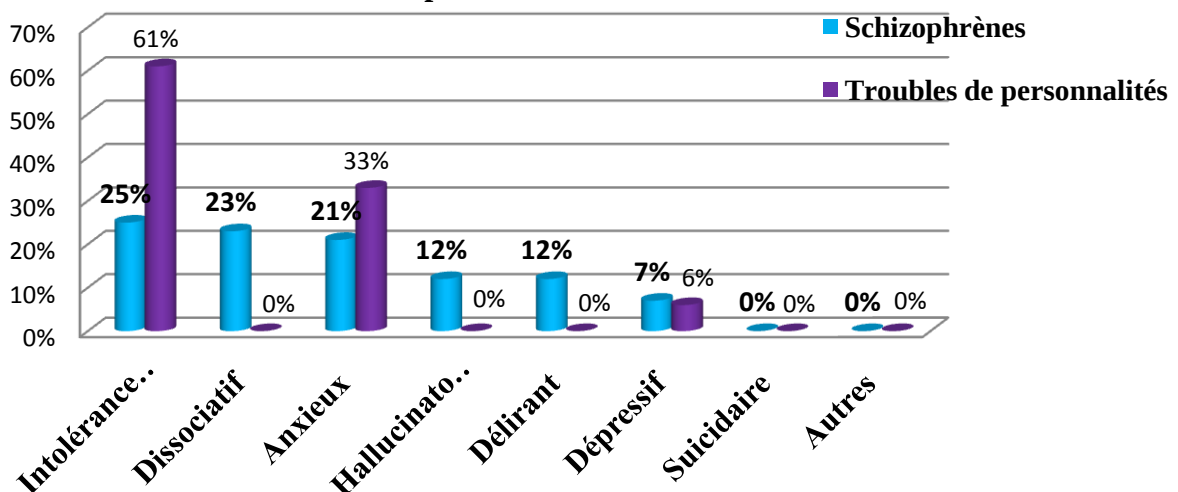


➔ Le comportement après l'automutilation est dominé par l'usage de substances dans 54% des cas et l'isolement dans 37% des cas (fig.7).

5. Comparaison des automutilations dans les troubles de la personnalité / schizophrénie

On a comparé chez les deux catégories : le contexte d'automutilation, ses localisations, ses types, les moyens utilisés, les sensations décrites avant et après l'automutilation, le comportement après l'acte automutilatoire, le taux d'hospitalisation après l'automutilation, la prise en charge médicale des automutilations avec le traitement pharmacologique prescrit, leur évolution et pour finir l'échelle SHI.

Fig 8: contexte d'automutilation chez les schizophrènes/ troubles de la personnalité



➔ Le contexte d'automutilation dominant chez les deux catégories c'est l'intolérance aux frustrations : 61% chez les troubles de la personnalité et 25% chez les schizophrènes, suivi de

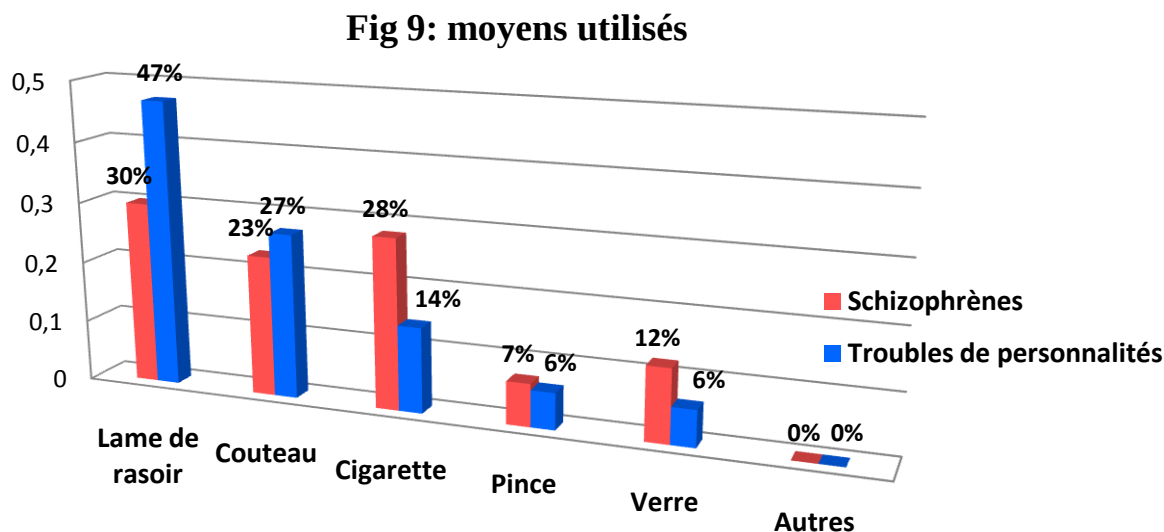
l'angoisse chez les troubles de la personnalité et le contexte dissociatif chez les schizophrènes (fig.8).

Localisations des automutilations chez les schizophrènes /troubles de la personnalité

➔ La localisation prédominante chez les deux pathologies c'est l'avant bras : 75% chez les schizophrènes et 69% chez les troubles de la personnalité.

Types d'automutilations chez les schizophrènes /troubles de la personnalité

➔ Les deux types d'automutilation les plus fréquents sont respectivement : les coupures dans 58% chez les schizophrènes et 50% chez les troubles de la personnalité ; les blessures dans : 37% chez les schizophrènes et 33% chez les troubles de la personnalité.

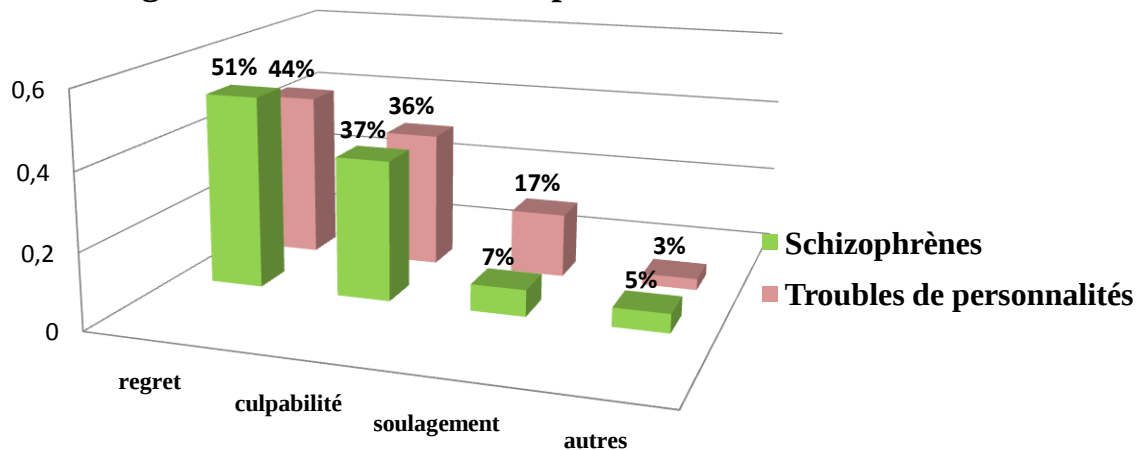


➔ Les moyens fréquemment utilisés chez les troubles de personnalité : la lame de rasoir dans 47% des cas, le couteau 27% et la cigarette 14%. Chez les schizophrènes : 30% s'automutilent avec une lame de rasoir, 28% avec les cigarettes et 23% avec le couteau (fig. 9).

Sensations décrites avant l'automutilation

➔ Les patients ayant un trouble de la personnalité expriment surtout la sensation de tension psychologique avant l'automutilation avec un pourcentage de 39%, cependant 28 % des patients schizophrènes expriment surtout l'angoisse

Fig 10: sensations décrites après l'automutilation



➔ Les sensations décrites après l'automutilation par ordre de fréquence chez les deux catégories : le regret, 51% chez les schizophrènes et 44% chez les troubles de personnalité; la culpabilité, 37% chez les schizophrènes et 36% chez les troubles de personnalité, et le soulagement, 7% chez les schizophrènes et 17% chez les troubles de personnalité (fig.10).

Comportement décrit après l'automutilation

➔ Le comportement après l'automutilation chez les 2 catégories par ordre de fréquence : l'usage de substances:56% dans les troubles de personnalité 54% chez les schizophrènes; et l'isolement:41% dans les troubles de personnalité 44% chez les schizophrènes.

Taux d'hospitalisation

➔ Le taux d'hospitalisation après l'automutilation est minime : 9% chez les deux catégories.

Prise en charge médicale des automutilations

➔ La prise en charge médicale des automutilations repose essentiellement sur les soins locaux et la suture.

Traitement pharmacologique des automutilations

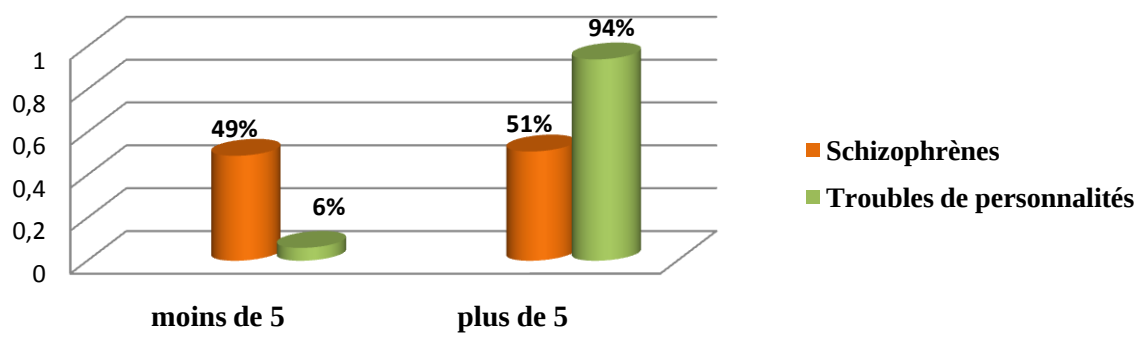
➔ Les traitements utilisés chez les schizophrènes par ordre de fréquence, les neuroleptiques classiques chez 44%, les thymorégulateurs chez 25% et les neuroleptiques atypiques chez 21% des patients.

Chez les patients ayant un trouble de la personnalité, les thymorégulateurs ont été utilisés chez 39%, les neuroleptiques chez 36% et les anxiolytiques chez 19% des patients.

Evolution des automutilations

➔ L'évolution des automutilations chez les deux catégories est favorable.

Fig 11: echelle SHI chez les schizophrènes/ troubles de la personnalité



➔ 94 % des patients ayant un trouble de la personnalité ont un score de SHI > 5 (fig.11).

III. Discussion

1. Argumentaire de la méthodologie

Jusqu'à ce jour, aucune étude concernant les automutilations n'a été menée ni sur le plan local ni à l'échelle nationale. Ainsi, l'idée d'entamer une première étude descriptive dans ce sens au sein de notre formation a eu lieu afin d'étudier ce comportement chez nos malades mentaux et rechercher les principaux facteurs de risque associés à ce comportement.

Dans cette étude on s'est servi du logiciel SPSS version 20 pour toutes nos analyses statistiques. On a comparé chez les deux catégories, schizophrénie et troubles de la personnalité: le contexte d'automutilation, ses localisations, ses types, les moyens utilisés, les sensations décrites avant et après l'automutilation, le comportement après l'acte automutilatoire, le taux d'hospitalisation après l'automutilation, la prise en charge médicale des automutilations avec le traitement pharmacologique prescrit, leur évolution et pour finir l'échelle SHI.

2. Synthèse des principaux résultats

- La prévalence des automutilations au sein des patients hospitalisés a été estimée à 6 .91%.
C'est surtout la population jeune qui s'automutile, avec une moyenne de 27 ans. Les hommes s'automutilent plus que les femmes avec un sex-ratio de 5, 6.
- 98 % des patients avaient des antécédents d'automutilations, 22 % avaient déjà tenté de se suicider.
- 56 % des patients s'automutilant ont une notion d'abus de substance, la consommation du tabac, du cannabis et de l'alcool a été retrouvée chez respectivement 84% ,67 % et 21 % des patients.
- La notion d'abus sexuel a été retrouvée chez 16 % des patients, une maltraitance physique chez 30 %, une négligence chez 17 %, la violence physique chez 5 %.
- Le Diagnostic à l'admission, les deux tiers des patients avaient le diagnostic d'un trouble de la personnalité dont le type borderline a été diagnostiqué chez plus du tiers. La schizophrénie a été diagnostiquée chez 30 % des patients.
- 73 % de nos patients s'automutilent dans un contexte d'intolérance aux frustrations; 37% le font dans un contexte d'angoisse puis suit le contexte de dépression 11 %.
- La localisation dominante de l'automutilation est l'avant bras avec un taux de 90% suivie par l'automutilation dans le bras dans 57 % des cas. Rares sont les automutilations dans les cuisses, les mains, les jambes, le thorax, l'abdomen, le visage, les pieds et les organes génitaux externes.
- Les types d'automutilation sont respectivement représentés par : les coupures dans 93% des cas, 34% de brûlures, les blessures dans 30%, les autres types sont quasi nuls telle : les morsures, l'ulcération, l'arrachement et la section.
- 52 % de patients s'automutilent avec une lame de rasoir, 38 % avec des cigarettes, 35 % avec du verre et 30 % avec un couteau.
- 88 % des patients décrivent une angoisse majeure avant l'acte automutilatoire, 74 % des patients rapportent une sensation de colère, 70 % parlent d'une tension psychologique et 38% expriment le sentiment d'impuissance.

- Au moment de l'acte d'automutilation, des sensations de dépersonnalisation ont été décrites chez 6 % des patients. Le passage à l'acte est suivi d'un soulagement important de la tension, retrouvée chez 56 %, le regret et la culpabilité ont été notés respectivement chez 48 % et 15 % des patients.
- Le comportement après l'automutilation est dominé par l'usage de substances : dans 54% des cas et l'isolement dans 37% des cas,
- La Comparaison des automutilations dans les diverses pathologies : schizophrénie / troubles de personnalité ++ :
 - Le contexte d'automutilation dominant chez les deux catégories c'est l'intolérance aux frustrations dans 61% chez les troubles de personnalité et 25% chez les schizophrènes.
 - La localisation prédominante dans les deux pathologies c'est l'avant bras : 75% chez les schizophrènes et 69% chez les troubles de personnalité.
 - Les deux types d'automutilation les plus fréquents sont les coupures chez 58% des schizophrènes et blessures chez 50% des les troubles de la personnalité.
 - Les moyens fréquemment utilisés chez les deux types de catégories : la lame de rasoir dans 47% des troubles de la personnalité et le tiers des schizophrènes.
 - Les troubles de personnalité expriment surtout la sensation de tension psychologique avant l'automutilation 39%. Les schizophrènes expriment surtout l'anxiété avant cet acte 28%.
 - Les sensations décrites après l'automutilation par ordre de fréquence chez les deux 2 catégories : le regret: 51% chez les schizophrènes et 44% chez les troubles de personnalité et la culpabilité: 37% chez les schizophrènes et 36% chez les troubles de personnalité.
 - Le comportement après l'automutilation chez les deux catégories par ordre de fréquence : l'usage de substances qui est de 56% dans les troubles de la personnalité et 54% chez les schizophrènes; et l'isolement: 41% dans les troubles de la personnalité, 44% chez les schizophrènes.
 - Le taux d'hospitalisation après l'automutilation est minime : 9% chez les deux catégories.

3. Discussion des résultats constatés avec ceux de la littérature

La prévalence des automutilations au sein des patients hospitalisés dans notre formation a été estimée à 6,91%, ce qui rejoint les résultats des études menées au sein des hôpitaux psychiatriques où on trouve des taux entre 4 et 21 % [3,4,5]. Dans notre série, les hommes s'automutilaient plus que les femmes avec un sex-ratio de 5,6, ceci n'est pas concordant avec la majorité des résultats de la littérature, notamment les études Baguelin, Leo, Simeon, ainsi que Nixon qui ont trouvé une prédominance féminine [23, 26, 66, 147]. Ceci peut être expliqué par le fait que le nombre de patientes hospitalisées dans notre formation est trois à quatre fois moins important que les patients hommes. C'est surtout la population jeune qui s'automutile, avec une moyenne de 27 ans, ce qui rejoint la majorité des études [23, 24, 25].

98 % des patients de notre série avaient des antécédents d'automutilations, ce résultat concorde avec la majorité des études, où on trouve que plus de 75 % des patients se sont déjà automutilés, avec au moins deux fois jusqu'à dix fois, voire une centaine de fois [147].

Les antécédents de tentative de suicide ont été retrouvés chez 22 % de nos patients, ce résultat appuie les données de la littérature ayant objectivé un lien statistique entre l'automutilation et le suicide, à titre d'exemple, Crawford et al rapportent que 1,8 des automutilateurs meurent par suicide dans le cours de l'année suivante et 8,5 % après 22 ans [46]. D'autre part, un quart à un tiers des suicides sont précédés dans l'année d'une forme d'autoagression [47].

Dans notre échantillon, 56 % des patients s'automutilant ont une notion d'abus de substance associée. La consommation du tabac, du cannabis et de l'alcool a été retrouvée chez respectivement 84% ,67 % et 21 % des patients. Cette fréquence rejoint celles retrouvées dans la littérature, où on note également des fréquences élevées pouvant atteindre les 60 % [148].

Les troubles des conduites alimentaires ont été retrouvés chez 21,7 % de nos patients. Ce résultat reste un peu inférieur à celui de la littérature où on note une association beaucoup plus importante pouvant aller jusqu'à 38 % voire 79 % des cas [52, 133].

La notion d'abus sexuel a été retrouvée chez 16 % des patients qui ont déjà été victime d'un abus sexuel, 30 % d'une maltraitance physique, 17 % d'une négligence et 5% d'une violence physique, ce qui concorde avec les résultats de plusieurs études, notamment celles de Croyle et

Waltz (2007), Gratz et Chapman en (2007), Glassman et Hooley (2007) et Zoroglu et al (2003), où on trouve une forte corrélation entre les automutilations et les antécédents d'abus, de maltraitance et de négligence physique et émotionnelle [29, 149, 150,151].

Les deux tiers des patients de notre étude avaient le diagnostic d'un trouble de la personnalité dont le type borderline a été diagnostiqué chez plus du tiers. La schizophrénie a été diagnostiquée chez 30 % des patients. Dans la littérature, la personnalité « borderline » est celle qui est le plus souvent associée aux conduites automutilatrices [66] à tel point que certains auteurs considèrent les blessures auto-infligées comme un symptôme pathognomonique de ce trouble de la personnalité.

En ce qui concerne la description du comportement automutilateur, la localisation la plus fréquente des automutilations est les avant-bras avec un taux de 90%, suivie du bras retrouvée chez 57 %, le type le plus décrit est la coupure retrouvée chez 93 % des patients et le moyen le plus utilisé est la lame de rasoir, dans 52 % des cas. Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature [120,147, 152].

Le contexte de l'automutilation est en rapport avec une intolérance aux frustrations chez 73% des patients, 37% des patients le font dans un contexte d'angoisse. Lors de la période qui précède le geste d'automutilation, 74 % des patients décrivent une sensation de colère, 70 % parlent d'une tension psychologique, 38% expriment le sentiment d'impuissance et 17% la colère. Au moment de l'acte d'automutilation, des sensations de dépersonnalisation ont été décrites chez 6 % des patients. Le passage à l'acte est suivi d'un soulagement important de la tension, retrouvée chez 56 %, le regret et la culpabilité ont été notés respectivement chez 48 % et 15 % des patients. Nos résultats sont dans sens très proche de la littérature [103, 120,147].

Le comportement après l'automutilation est dominé par l'usage de substances : dans 54% des cas et l'isolement dans 37% des cas, ce qui rejoint les données de la littérature [147].

Conclusion

Il est difficile, aujourd'hui, de donner une définition consensuelle de l'automutilation, vu les différentes confusions qui entravent la compréhension de ce phénomène, notamment la complexité du comportement, le manque de cohérence dans la terminologie et le secret entourant le comportement automutilatoire, qui complique la collecte de données fiables. De nombreux articles ont été publiés sur le sujet, mais peu d'études empiriques ont été réalisées à l'aide de méthodes fiables. Par conséquent, même si le problème de l'automutilation chez les malades mentaux est reconnu depuis plusieurs années dans les milieux hospitaliers et juridiques, la documentation sur cette question est loin d'être suffisante. C'est un comportement dont l'incidence est en augmentation.

La problématique majeure des automutilations demeure essentiellement sur l'association de ce comportement à plusieurs comorbidités, essentiellement les troubles de la personnalité borderline. Il existe en forte corrélation entre les automutilations et plusieurs facteurs de risque, particulièrement, les antécédents d'abus sexuels.

Notre travail consiste en une étude descriptive prospective d'une durée de 12 mois concernant les patients hospitalisés s'automutilant ainsi qu'une revue globale de la littérature. Les résultats recueillis présentent dans la majorité des cas des similitudes avec celles relevées dans les différentes études réalisées dans ce sens.

Les recherches sur les automutilations doivent être poursuivies pour permettre une meilleure compréhension des mécanismes psychopathologiques et biologiques des automutilations, une utilisation plus adéquate des thérapeutiques ainsi qu'une élaboration de stratégies efficaces de lutte contre ce comportement.

Annexes

Annexe n 1 : fiche d'exploitation

.Les automutilations en psychiatrie - Hôpital Ibn Al Hassan - CHU Hassan II - Fès

Données anamnestiques

Nom : _____ Age : _____ Sexe : _____
Téléphone : _____ Dossier : _____
Niveau d'instruction : Non scolarisé ☐ primaire ☐ secondaire ☐ baccalauréat ☐ universitaire ☐
Profession : _____ Situation sociale : _____
Sans ☐ travail à temps plein ☐ travail à temps partiel ☐ travail occasionnel ☐
Célibataire ☐ Marié ☐ Veuf ☐ divorcé ☐
Niveau économique : _____
Revenu personnel mensuel :
< 2000 Dh ☐ 2000-5000Dh ☐ 5000- 10000Dh ☐ plus de 10.000Dh ☐
Rendement mensuel de la famille :
< 2000 Dh ☐ 2000-5000Dh ☐ 5000-10000Dh ☐ plus de 10.000Dh ☐
Lieu de résidence : Urbain ☐ Rural ☐
vit : seul ☐ les deux parents ☐ mère ☐ père ☐ sans abri ☐
Support familial : bon ☐ mauvais ☐
Mode de recrutement : Hospitalisé au service ☐
Motif d'hospitalisation : Automutilations ☐ TS ☐ Sd dépressif ☐ hétéroagressivité ☐
Troubles du comportement ☐

Antécédents personnels :

- ATCDS médicaux.....
- ATCDS chirurgicaux.....
- ATCDS psychiatriques.....

Date de la première consultation :

Date de la première hospitalisation :

Nombre d'hospitalisation.....fois

Durée cumulative des hospitalisations :jours

ATCDS d'automutilations: ☐

Age de début :ans

Fréquence :fois

Délai entre dernière automutilation et celle actuelle :

Moyens utilisés :

Contexte :localisations :

TS ☐ : fréquence..... moyens utilisés.....

Date de TS la plus récente

Contexte de TS : hallucination ☐ délire ☐ impulsion ☐ dépression ☐ angoisse ☐

Conduites addictives ☐ : Abus ☐ Dépendance ☐ Occasionnel ☐

Toxiques: Tabac ☐ Cannabis ☐ Alcool ☐ Cocaïne/Héroïne ☐

TCA ☐ : anorexie ☐ boulimie ☐

Conduites impulsives : jeu pathologique ☐ kleptomanie ☐

Notion de maltraitance ☐ : abus sexuel ☐ maltraitance physique ☐ négligence ☐

violence psychologique ☐

Autres ☐

Situations stressantes ☐ : Catastrophe naturelle ☐ Accidents graves ☐ Deuil ☐

Juridiques ☐ : motif d'incarcération.....

ATCDS psychiatriques familiaux : automutilations ☐ TS ☐

autres.....

Autres ☐ :

Diagnostic : DSM IV

A : Troubles de la personnalité ☐ type :

B : Dépression ☐

C : Schizophrénie ☐ forme :

D : Troubles bipolaires ☐ type :

E : Accès psychotique aigu ☐ type :

F : trouble induit par une substance ☐

G : Autres ☐

Circonstances de survenue des automutilations « la plus récente / les plus prévalentes »

Lieu...../.....

Horaire...../.....

Présence de l'entourage ☐

Symptômes associés ☐ : agitation ☐ agressivité ☐ TS ☐

Autres.....

Contexte d'automutilations:

Dépressif ☐ : anxieux ☐ :

Suicidaire ☐ :

Intolérance aux frustrations ☐ :

Délirant ☐ :

Hallucinatoire ☐ :

Dissociatif ☐ :

Autres ☐ :

Localisations des automutilations :

Avant-bras ☐ bras ☐ cuisses ☐ jambes ☐ thorax ☐ abdomen ☐ mains ☐ pieds ☐ visage ☐ organes génitaux ☐ autres ☐

Types d'automutilations :

Coupures ☐ blessures ☐ brûlures ☐ morsures ☐ ulcération ☐ arrachement ☐

section ☐ autres ☐

Moyens utilisés :

Lame de rasoir ☐ couteau ☐ cigarettes ☐ pince ☐ verre ☐ autres ☐

Sensations décrites par les patients, avant et au cours de l'acte automutilatoire :

	Avant	Au moment
Tension psychologique		
Angoisse		
Agitation		
Colère		
Impuissance		
Dépersonnalisation		
Soulagement		

Sensations décrites par les patients après l'acte automutilatoire :

Soulagement ☐ regret ☐ culpabilité ☐ autres ☐

Comportement après l'acte d'automutilation

Isolement ☐ usage de substance ☐ autres ☐

Prise en charge

Hospitalisation : ☐ mise en chambre d'isolement : ☐ contention : ☐

PEC médicale des automutilations « la plus récente / les plus prévalentes » :

Soins locaux ☐ suture ☐ Intervention chirurgicale ☐ aucune ☐

Traitement pharmacologique :

Neuroleptiques : classiques ☐ atypiques ☐ :

Thymorégulateurs ☐ Anxiolytiques ☐ Antidépresseurs ☐

Voie d'administration : injectable ☐ orale ☐

Autres :

Evolution :

Favorable ☐

Complications : ☐

Echelles :

Questionnaire	Résultat
Maltraitance (CTQ)	
BIS 11	
Automutilation (SHI)	

Remarques.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 2 : Childhood Trauma Questionnaire - sous- échelles

1- Abus physique

	Jamais vrai	Raremen t vrai	Quelques fois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
9. J'ai été frappé(e) tellement fort par un membre de la famille que j'ai dû voir un médecin ou aller à l'hôpital					
11. Des membres de ma famille me frappaient si fort que cela laissait des bleus ou des marques					
12. J'étais puni(e) avec une ceinture, une planche, une corde ou un autre objet dur					
15. Je pense que j'étais abusé(e) physiquement					
17. J'étais frappé(e) ou battu(e) si fort que cela a été remarqué par une personne comme un professeur, un voisin ou un médecin					

2- Abus émotionnel

	Jamais vrai	Raremen t vrai	Quelques fois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
3. des membres de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseux(se) », « laid(e) » ou d'autres noms semblables					
8. Je pensais que mes parents souhaitaient que je ne sois jamais né(e)					
14. Des membres de ma famille me disaient des choses blessantes ou insultantes					
18. Je sentais que quelqu'un de ma famille me haïssait					
25. Je crois que j'ai été abusé(e) psychologiquement.					

3- Abus sexuel

	Jamais vrai	Raremen t vrai	Quelques fois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
20. Quelqu'un a tenté de me toucher de manière sexuelle ou a essayé de me forcer à le toucher ainsi					
21. Quelqu'un m'a menacé(e) de me faire mal ou de raconter des mensonges sur moi si je ne faisais pas d'activités sexuelles avec lui					
23. Quelqu'un a tenté de me faire faire ou de me faire regarder des activités sexuelles.					
24. Quelqu'un m'a abusé(e) sexuellement					
27. Je crois que j'ai été abusé(e) sexuellement.					

4- Négligence émotionnelle

	Jamais vrai	Raremen t vrai	Quelques fois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
5. Il y avait quelqu'un dans ma famille qui m'aidait à sentir que j'étais important ou spécial.					
7. Je me sentais aimé(e)					
13. Les membres de ma famille prenaient soin les uns des autres					
19. Les membres de ma famille se sentaient proches les uns des autres					
28. Ma famille était une source de courage et de soutien					

5- Négligence physique

	Jamais vrai	Raremen t vrai	Quelques fois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
1. Je n'avais pas suffisamment à manger					
2. Je savais qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger					
4. Mes parents étaient très saouls ou trop « gelés » pour prendre soin de la famille					
6. Je devais porter des vêtements sales					
26. Il y'avait quelqu'un pour m'amener chez le médecin si j'en avais besoin					

Annexe 3 : échelle de l'impulsivité Bis 11

Instructions : Les gens agissent et réfléchissent différemment devant des situations variées. Ce questionnaire a pour but d'évaluer certaines de vos façons d'agir et de réfléchir. Lisez chaque énoncé et NOIRCISSEZ LA CASE APPROPRIÉE situé à droite de l'affirmation. Répondez vite et honnêtement.	RAREMENT/JAMAIS	OCCASIONNELLEMENT	SOUVENT	PRESQUE TOUJOURS
1. Je prépare soigneusement les tâches à accomplir.....	④	③	②	①
2. Je fais les choses sans réfléchir.....	①	②	③	④
3. Je me décide rapidement.....	①	②	③	④
4. Je suis insouciant.....	①	②	③	④
5. Je ne fais pas attention.....	①	②	③	④
6. Mes pensées défilent très vite.....	①	②	③	④
7. Je programme mes voyages longtemps à l'avance.....	④	③	②	①
8. Je suis maître de moi.....	④	③	②	①
9. Je me concentre facilement.....	④	③	②	①
10. Je met de l'argent de côté raisonnablement.....	④	③	②	①
11. Je ne tiens pas en place aux spectacles ou aux conférences.	①	②	③	④
12. Je réfléchis soigneusement.....	④	③	②	①
13. Je veille à ma sécurité d'emploi.....	④	③	②	①
14. Je dis les choses sans réfléchir.....	①	②	③	④
15. J'aime réfléchir à des problèmes complexes.....	④	③	②	①
16. Je change d'emploi.....	①	②	③	④
17. J'agis sur un "coup de tête".....	①	②	③	④
18. Réfléchir sur un problème m'ennuie vite.....	①	②	③	④
19. J'agis selon l'inspiration du moment.....	①	②	③	④
20. Je réfléchis posément.....	④	③	②	①
21. Je change de logement.....	①	②	③	④
22. J'achète les choses sur un "coup de tête".....	①	②	③	④
23. Je ne peux penser qu'à un problème à la fois.....	①	②	③	④
24. Je change de loisir.....	①	②	③	④
25. Je dépense ou paye à crédit plus que je ne gagne.....	①	②	③	④
26. Lorsque je réfléchis d'autres pensées me viennent à l'esprit....	①	②	③	④
27. Je m'intéresse plus au présent qu'à l'avenir.....	①	②	③	④
28. Je m'impatiente lors de conférences ou de discussions.....	①	②	③	④
29. J'aime les "casse-têtes".....	④	③	②	①
30. Je fais des projets pour l'avenir.....	④	③	②	①

Annexe 4 : échelle Self Harm Inventory en français

Instructions: s'il vous plaît répondez aux questions suivantes en cochant «Oui» ou «Non», cochez la case «oui» sur les éléments que vous avez fait intentionnellement, ou exprès, pour vous faire du mal.

Oui	non	Avez-vous déjà intentionnellement, ou exprès,...
___	___	1. Consommé une overdose? (Si oui, nombre de fois___)
___	___	2. Vous coupez exprès? (Si oui, nombre de fois___)
___	___	3. Vous brûlez exprès? (Si oui, nombre de fois___)
___	___	4. Vous frappez? (Si oui, nombre de fois___)
___	___	5. Vous cognez la tête exprès? (Si oui, nombre de fois___)
___	___	6. Abusé de l'alcool?
___	___	7. Vous poussez par imprudence exprès? (Si oui, nombre de fois___)
___	___	8. Vous griffez exprès? (Si oui, nombre de fois___)
___	___	9. Empêché la guérison de plaies difficiles?
___	___	10. Aggravé des situations médicales exprès (exemple, ne pas prendre ses médicaments)?
___	___	11. Eté immoral (c.-à-plusieurs partenaires sexuels)? (Si oui, combien? ___)
___	___	12. S'engager dans une relation de rejet?
___	___	13. Abusé de médicaments ?
___	___	14. Vous éloignez de Dieu comme punition?
___	___	15. S'engager dans des relations d'abus émotionnel? (Si oui, nombre de relations? ___)
___	___	16. S'engager dans des relations d'abus sexuel? (Si oui, nombre de relations? ___)
___	___	17. Perdu un emploi exprès? (Si oui, nombre de fois___)
___	___	18. Fait une tentative de suicide? (Si oui, nombre de fois___)
___	___	19. Fait une blessure exprès ?
___	___	20. Vous torturez avec des pensées vouées d'échec?
___	___	21. Vous affamez pour vous faire du mal?
___	___	22. Abuser de laxatifs dans le but de vous faire du mal? (Si oui, nombre de fois___)

Bibliographie

- 1.Lloyd-Richardson E, Perrine N, Dierker L, Kelley M.L. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine* 2007, 37, 1183-1192.
- 2.Welch S.S. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services* 2001, 52, 368, 375.
- 3.Briere J, Gil E. Self mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlate, and functions. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68 : 609 - 20.
- 4.White Kress, V. E. Self-injurious behaviors: Assessment and diagnosis. *Journal of Counseling & Development* 2003, 81, 490-496.
- 5.Zlotnick C, Mattia JI, Zimmerman M. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 296—301.
- 6.Bauserman, S. A. K. Treatment of persons who self-mutilate with dialectical behavior therapy. *Psychiatric Rehabilitation Skill* 1998, 2, 149-157
- 7.Dubo ED, Zanarini MC, Lewis RE, et al. Childhood antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 1997; 42:63-9.
8. Lanes, E. Identification of Risk Factors for Self- Injurious Behavior in Male Prisoners. *Journal of Forensic Science*, vol. 54, no 3, p.692- 298, 2009.
- 9.De Leo, S. Burgis, J.M. Bertolote, A.J. Kerkhof et al. Definitions of Suicidal Behavior.*Crisis*, vol. 27,no 1, p. 4- 15, 2006.
- 10.Hasley, J.P, B. Ghosh, J. huggins, M.R. Bell, L.E Adler, A. Shroyer. A review of “suicidal intent” within the existing suicide literature. *Suicide and Life- Threatening Behaviour*, vol. 38, n o 5, p. 576- 591, 2008.
- 11.Garel, P. L'automutilation, fracture de l'identité. *Prisme*, 2002, 37,24-31.
- 12.Heath N, J.R. Toste, T. Nedecheva, A. Charlebois. An Examination of Nonsuicidal Self - Injury among College Students. *Journal of Mental Health Counseling*, vol. 30, no 2, p, 137- 156, 2008.
- 13.Favazza, AR. *Bodies under sieges* (second edition). Baltimore: John Hopkins University Press, 1996: 373 p.
- 14.Derouin N, Bravender T. Living on the edge: The current phenomenon of self- mutilation in adolescents. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 2004, 29, 12- 20.
15. Menninger K. *Man against himself*. New york : Harcourt Brace Jovanovich Publishers, 1985 : 429 p.
- 16.American psychiatric association. *DSM – IV – TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduction française de la 4 éme édition, texte révisé). Issy- les – Moulineaux : Masson, 2004.
17. Scaramozzino Sylvie. Pour une approche psychiatrique de l'automutilation : implications nosographiques.*Champ psy*, 2004/4 no 36, p. 25-38. DOI : 10.3917/cpsy.036.0025
- 18.[www. museedelaguerre.ca/cwm/exhibitions/guerre/low-morale-f.aspx](http://www.museedelaguerre.ca/cwm/exhibitions/guerre/low-morale-f.aspx)
- 19.Greilsheimer H. Male genital self-mutilation. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1979; 36: 441-6.
20. Whitehead P, Johnson, R. Ferrence. Measuring the incidence of self- injury: some methodological and design considerations. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 43, no1, p. 142- 148, 2002, 1973.
- 21.Feldman, M. D. The Challenge of Self - Mutilation: A Review . *Comprehensive Psychiatry*, vol. 29, no 3, p. 252- 269, 1988.
- 22.Klonsky E, Oltmanns T, Turkheimer E. Deliberate Self- Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, vol.160, n 8, p. 1501- 1508, 2003.
- 23.De Leo, D Heller. Who are the kids who self- harm? An Australian self- report school survey. *The Medical Journal of Australia*, vol. 181, no 3, p. 140 –144, 2004.

24. Layegindhu A, Schonert-reichl K. Non suicidal Self- Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self- Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 34, no 5, p. 447- 457.
25. Loydrichardon, L Perrine, Dierker, Kelley M. Characteristics and functions of non - suicidal self - injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, no 37, p. 1183- 1192, 2007.
26. Nixon , M. K, P. F. Cloutier, S. M. Jansson. Nonsuicidal self- harm in youth: a population- based survey. *Canadian Medical Association Journal / Journal de l' association médicale canadienne*, vol. 178, n o 3, p. 306- 312, 2008.
27. Ross.S, N. Heath. A Study of the Frequency of Self- Mutilation in a Community Sample of Adolescent. *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 31, no 1, p. 67- 77, 2002.
28. Whitlock J, Eckenrod E, D. Silverman. Self - injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, vol. 117, no 6, p 1939- 1948, 2006.
29. Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savas, , H. A, Ozturk, M., et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57,119– 126, 2003.
30. Jenelle Power ET Shelley L. Brown. L'automutilation : analyse documentaire et répercussions sur les services correctionnels . Service correctionnel du Canada Février 2010.
31. S Hea, S. J, M. C. S Hea. Self - mutilatory behavior in a correctional setting. *Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavior Technology Method and Therapy*, vol. 37, no 4, p. 64- 67, 1991.
32. Claes, L, W. Vandereycken. Self - injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation . *Comprehensive Psychiatry*, n o 48, p. 137- 144, 2007.
33. Nock, M. K. et M. J. Prinstein. A Functional Approach to the Assessment of Self - Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 72, no 5, p. 885- 890, 2004.
34. Howard League for Penal Reform. Scratching the Surface: The Hidden Problem of Self -harm in Prisons. document d'information, Londres, Howard League for Penal Reform,1999.
35. Yates, T. M. The developmental psychopathology of self- injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, no 24, p. 35- 74, 2004.
36. Callias, C. G. et M. D. Carpenter. Self - injurious behavior in a state psychiatric hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 45, no 2, p. 170- 172, 1994.
37. Dic Lemente, R, L.E. P onton , D. Hartley . Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 30, no 5, p. 735 - 739, 1991.
38. Jones, A. Self - Mutilation in Prison: A Comparison of Mutilators and Nonmutilators. *Criminal Justice and Behavior*, vo l. 13, no 3, p. 286- 296, 1986.
39. Nixon , M. K., P. F. Cloutier et S. Aggarwal. Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self - Injury in Hospitalized Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 41, no 11, p. 1333- 1341, 2002.
40. Hawton, K. Sex and suicide: gender differences in suicidal behavior. *British Journal of Psychiatry*, no 177, p. 484- 485, 2000
41. Gratz, K.L. Risk factors for deliberate self- harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotion inexpressivity, and affect intensity/reactivity », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 76, no 2, 238 - 250, 2006.

42. Guertin, E. Lloyd Richardson, A. Spirito, D. Donaldson, J. Boergers. Self - mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, no 40, p. 1062- 1069, 2001.
43. Maden, A., S. Chamberlain et J. Gunn. Deliberate self - harm in sentenced male prisoners in England and Wales: some ethnic factors. *Criminal Behaviour and Mental Health*, no10, p. 199- 204, 2000.
44. Whitlock, J., J. Eckenrode, D. Silverman. Self - injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, vol. 117, no 6, p. 1939- 1948, 2006.
45. Klonsky, E.D, J.J. Muehlenkamp. Self - injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, vol. 63, no 11, p. 1045- 1056, 2007.
46. Crawford, M., Thomas, O, Khan, N. Psychosocial interventions following self harm. *British journal of psychiatry*, 2007 JAN : 190 : 11 – 17
47. Owens, D, Horrocks, J, House, A, Fatal and non fatal repetition of self harm. *British journal of psychiatry*, 2002 : 181 : 193- 199.
48. Andover, M., C. Pepper, K. Ryabchenko. E. Orrico, B. Gibb. Self - Mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide & life-threatening behaviour*, vol. 35, no 5, 581- 591, 2005.
49. Roe, S. Epowitz, D. Characteristics and predictors of self- mutilation: a study of incarcerated women. *Criminal Behaviour and Mental Health*, no 17, p. 312- 321, 2007.
50. Bennum, I. Depression and hostility in self- mutilation. *Suicide and Life - Threatening Behavior*, no 13, p. 71 - 84, 1983.
51. Borrill, J., L. Snow, R.T. Medlicott, J. Paton. Learning from 'Near Misses': Interviews with Women who Survived an Incident of Severe Self- Harm in Prison. *The Howard Journal*, vol. 44, no 1, p. 57- 69, 2003 .
52. Favazza, A. R, K. Conterio. Female habitual self- mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, no 79, p. 283- 289, 1989.
53. Fillmore, C, C. A. Dell. Prairie women, violence and self – harm. Winnipeg, Elizabeth Fry Society of Manitoba, 2000.
54. Gladstone, G. L., G. B. Parker, P. B. Mitchell, G. S. Malhi, K. Wilhelm. M. P. Austin. Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self - harm and victimization. *American Journal of Psychiatry*, no 161, p. 1417- 1425, 2004.
55. Gratz, K. L., S. D. Conrad, L. Roemer. Risk Factors for Deliberate Self- Harm Among College Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 72, no 1, p. 128- 140, 2002.
56. Himber, J. Blood rituals: self - cutting in female psychiatric inpatients. *Psychotherapy*, vol. 31, no 4, p. 620- 631, 1994.
57. Klonsky, E.D, A. Moyer. Childhood sexual abuse and non - suicidal self - injury: Meta- analysis. *British Journal of Psychiatry*, no 192, 166 - 170, 2008.
58. Fillmore, C. J. A. DEL, L. Mobilisation communautaire pour les femmes et les filles qui s'automutilent : analyse contextuelle des fournisseurs de services au Manitoba, Société Elizabeth Fry du Manitoba, 2005.
59. Prinstein, M. J., M. K. Nock, V. Simon, J. W. Aikins, C. S. Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 76, no 1, 92- 103, 2008.
60. Weierich, M. R, M. K. Nock. Posttraumatic Stress Symptoms Mediate the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Nonsuicidal Self- Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 76, no 1, p. 39 - 44, 2008.

61. Gallop, R. Failure of the Capacity for Self- Soothing in Women Who Have a History of Abuse and Self-Harm. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 8, no 1, p. 20- 26, 2002.
62. Arnold, L., & Magill. *Working with Self-Injury: A Practical Guide*. Bristol, England: The Basement Project 1996.
63. Pawlicki, C. M., & Gaumer, C. Nursing care of the self-mutilating patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1993, 57, 380-389.
64. Bagley, C., & Tremblay, P. Suicidal behaviors in homosexual and bisexual males. *Crisis*, 1997; 18 (1), 24 - 34.
65. Skegg, K., Nada - Raja, S., Dickson, N., Paul, C., & Williams, S. Sexual orientation and self - harm in men and women. *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160 , 541- 546.
66. Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J.J., Winchel, R., & Stanley, M. Self- mutilation in personality disorders: Psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 1992, 149, 221–226.
67. Borrill, J., Snow, L., Medlicott, R.T., & Paton, J. (2003). Learning from ‘Near Misses’: Interviews with Women who Survived an Incident of Severe Self- Harm in Prison. *The Howard Journal*, 44(1), 57 - 69.
68. Young, M.H., Justice, J.V., & Erdberg, P. Risk of harm: Inmates who harm themselves while in prison psychiatric treatment. *Journal of Forensic Science*, 2006, 51(1), 156- 162.
69. Walsh, B. W., & Rosen, P. M. *Self-Mutilation: Theory, Research, and Treatment*. The Guilford Press: New York 1988.
70. Conterio, K. & Lader, W. *Bodily Harm: The Breakthrough Healing Program for Self-Injurers*. New York: Hyperion 1998.
71. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 741–49.
72. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001; 286: 3089–96.
73. Hélène Larose. Programme de soutien à l'intervention pour des intervenants travaillant avec des jeunes qui présentent des comportements d'automutilation. *Maitrise en psychoéducation*, université de Montréal, Août, 2009.
74. Jones, J.H., & Daniels, R.A. An ethological approach to self-in jury. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169, 263-267.
75. Delarai-Chabaux, c., & Roche, J.F. Les coupures cutanées à l'adolescence: le carving sens et fonctions du symptôme. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1996, 44, 43-48.
76. Suyemoto, K. L. The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, vol. 18, no 5, p. 531-554, 1998.
77. Himber, J. Blood rituals: self-cutting in female psychiatric inpatients. *Psychotherapy*, vol. 31, no 4, p. 620-631, 1994.
78. Menninger, K. A. *Man against himself*, Oxford, Angleterre, Harcourt, Brace, 1938.
79. Firestone, R. W, R. H. Seiden. Suicide and the Continuum of Self-Destructive Behavior. *Journal of American College Health*, no 38, 207-213, 1990.
80. Shearer, S. L. Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, no 182, p. 524-526, 1994
81. Daldin, H. J. A contribution to the understanding of self-mutilating behaviour in adolescence. *Journal of Child Psychotherapy*, no 14, p. 61-66, 1988.

82. Friedman, M., M. Glasser, E. Laufer, M. Laufer, M. Wohl. Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from a psychoanalytic research project. *International Journal of Psycho-Analysis*, no 53, 179-183, 1972.
83. Siomopoulos, V. Repeated self-cutting: an impulse neurosis. *American Journal of Psychotherapy*, vol. 28, no 1, p. 85-94, 1974.
84. Woods, J. Layers of meaning in self-cutting. *Journal of Child Psychotherapy*, no 14, 51-60, 1988.
85. Cross, L. Body and self in feminine development: Implications for eating disorders and delicate self-mutilation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 57, no 1, p. 41-68, 1993.
86. Hewitt, K. *Mutilating the Body: Identity in Blood and Ink*. Bowling Green State University Popular Press, 1997.
87. Linehan, M. *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*. Genève, Médecine et hygiène, 2000.
88. Rodham, K. K. Hawton, E. Evans. Reasons for Deliberate Self-Harm: Comparison of Self-Poisoners and Self-Cutters in a Community Sample of Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 43, no 1, p. 80-87, 2004.
89. Allen, C. Helping with deliberate self-harm: some practical guidelines. *Journal of Mental Health*, vol. 4, no 3, p. 243-250, 1995.
90. Chu, J. A. *Trauma and Suicide. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, Californie, Jossey-Bass, D. G. Jacobs (éditeur), 1998.
91. Gardner, A. R, A. J. Gardner. Self-mutilation, obsessionality and narcissism. *British Journal of Psychiatry*, no 127, p. 127-132, 1975.
92. Favazza, A. R. *Self-mutilation. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*, San Francisco, Californie, Jossey-Bass, D. G. Jacobs (éditeur), 1999.
93. Motz, A. *Deliberate self-harm. The Psychology of Female Violence*, Padstow, Cornwall, Royaume-Uni, TJ International Ltd, 2001.
94. Shapiro, S. Self-mutilation and self-blame in incest victims. *American Journal of Psychotherapy*, vol. 41, 1, p. 46-54, 1987.
95. Kemperman, I., M. J. Russ, E. Shearin. Self-injurious behavior and mood regulation in borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, vol. 11, no 2, p. 146-157, 1997.
96. Pao, P. The syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Psychiatry*, no 42, p. 195-206, 1969.
97. Simpson, M. A. The phenomenology of self-mutilation in a general hospital setting. *Canadian Psychiatric Association Journal / Revue de l'Association des psychiatres du Canada*, vol. 20, no 6, p. 429-433, 1975.
98. Zlotnick, C., M. T. Shea, T. Pearlstein, E. Simpson, E. Costello, A. Begin. The Relationship Between Dissociative Symptoms, Alexithymia, Impulsivity, Sexual Abuse, and Self-Mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 37, no 1, p. 12-16, 1996.
99. Carroll, J., C. Schaffer, J. Spensley, A. I. Abramowitz. Family Experiences of Self-Mutilating Patients. *American Journal of Psychiatry*, vol. 137, no 7, p. 852-853, 1980.
100. Kafka, J. S. The body as transitional object: a psychoanalytic study of a self-mutilating patient. *Journal of Medical Psychology*, no 42, p. 207-212, 1969.
101. Friedman, M., M. Glasser, E. Laufer, M. Laufer, M. Wohl. Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from a psychoanalytic research project. *International Journal of Psycho-Analysis*, no 53, 179-183, 1972.
102. Offer, D, P. Barglow. Adolescent and Young Adult Self-Mutilation Incidents in a General Psychiatric Hospital. *Archives of General Psychiatry*, no 3, p. 194-204, 1960.

103. Leibenluft, E., D. L. Gardner, R. W. Cowdry. The inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders*, vol. 1, no 4, p. 317-324, 1987.
104. Liebling, H., H. Chipchase, R. Velangi. Why do women harm themselves? – Surviving special hospitals. *Feminism & Psychology*, vol. 7, no 3, p. 427-437, 1997.
105. John O. Roaldset, Anne M. Bakken , Stål Bjørkly. A prospective study of lipids and serotonin as risk markers of violence and self-harm in acute psychiatric patients. *Psychiatry Research* 186 (2011) 293 –299
106. New A, Tresman R, Mitropoulou V et al. Serotonergic function and self injurious behavior in personality disorder patients. *Psychiatry Res*, 1997 Mar 3; 69 (1): 17-26.
107. Vézina, C. Traitement de l'automutilation chez les personnalités limites. Aspects théoriques et stratégies cliniques. Mémoire de maîtrise 1998, Université Laval, Québec, Canada.
108. Garel, P. L'automutilation, fracture de l'identité. *Prisme*, 2002, 37, 24-31.
109. Lebel, M. (1999). Automutilation: comprendre le phénomène et mieux aider. *Bulletin du Centre jeunesse de l'Outaouais*, 4, 7-10.
110. Skinner, B. F. *The behavior of organisms*, New York, Appleton-Century, 1938.
111. Herpertz, S. Self-injurious behaviour: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, no 91, 57-68, 1995.
112. Nock, M. K. M. J. Prinstein. A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 72, no 5, p. 885-890, 2004.
113. Walsh, B. W. et P. M. Rosen. Self-Mutilation and Contagion: An Empirical Test. *American Journal of Psychiatry*, no 142, p. 119-120, 1985.
114. Holdin-Davis. An epidemic of hair-pulling in an orphanage. *British Journal of Dermatology*, no 26, p. 207-210, 1914.
115. Cookson, H. M. A survey of self-injury in a closed prison for women. *British Journal of Criminology*, vol. 17, no 4, p. 332-347, 1977.
116. Matthews, P. C. Epidemic Self-Injury in an Adolescent Unit. *International Journal of Psychiatry*, no 14, p. 125-133, 1968.
117. Menninger, K. A. A psychoanalytic study of the significance of self-mutilations. *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 4, no 3, p. 408-466, 1935.
118. Rosen, P. M, B. W. Walsh. Patterns of Contagion in Self-Mutilation Epidemics. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 146, no 5, p. 656-658, 1989.
119. Paris, J. Borderline Personality Disorder. *Canadian Medical Association Journal / Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 172, no 12, p. 1579-1583, 2005.
120. Favazza, A. R. The Coming of Age of Self-Mutilation. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, vol. 186, no 5, p. 259-268, 1998.
121. Darche, M. A Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self mutilating adolescent inpatient females. *The Psychiatric Hospital*, 1990, 21, 31-35.
122. Laurence Claes, Walter Vandereycken, Hans Vertommen. Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. *Eating Behaviors* 2 (2001) 263 – 272
123. Van Der Kolk, B. A., J. C. Perry, J. L. HERMAN. Childhood Origins of Self-Destructive Behavior. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 148, no 12, p. 1665-1671, 1991.
124. Claes, L., W. Vandereycken, H. Vertommen. Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. *Eating Behaviors*, no 2, p. 263-272, 2001.

125. Claes, L., W. Vandereycken, H. Vertommen. Eating-disordered Patients With and Without Self-injurious Behaviours: A Comparison of Psychopathological Features. *European Eating Disorders Review*, no 11, p. 379-396, 2003.
126. Favaro, A., S. Ferrara et P. Santonastaso. Self-injurious behavior in a community sample of young women: relationship with childhood abuse and other types of self-damaging behaviors. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 68, no 1, p. 122-131, 2007.
127. Favaro, A. P. Santonastaso. Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. *Acat Psychiatrica Scandinavica*, no 95, p. 508-514, 1997.
128. Favaro, A. et P. Santonastaso. Impulsive and Compulsive Self-Injurious Behavior in Bulimia Nervosa: Prevalence and Psychological Correlates. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, vol. 186, no 3, p 157-165, 1998.
129. Favaro, A, P. Santonastaso. Different Types of Self-Injurious Behavior in Bulimia Nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 40, no 1, p. 57-60, 1999.
130. Favaro, A. P. Santonastaso. Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 188, no 8, p. 537-542, 2000.
131. Paul, T., K. Schroeter, B. Dahme, D. O. Nutzinger. Self-Injurious Behavior in Women With Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, no 159, p. 408-411, 2002.
132. Turell, S. C, M. W. Armsworth. A log-linear analysis of variables associated with self-mutilation behaviours of women with histories of childhood sexual abuse. *Violence Against Women*, vol. 9, no 4, p. 487-512, 2003.
133. Turell, S. C. M. W. Armsworth. Differentiating incest survivors who self-mutilate. *Child Abuse & Neglect*, vol. 24, no 3, p. 237-249, 2000.
134. Albach, F. W. Everaerd. Posttraumatic stress symptoms in victims of childhood incest. *Psychotherapy and psychosomatics*, vol. 57, no 4, p. 143-151, 1992.
135. Kisiel, C. L. J. S. Lyons. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, no 158, p. 1034-1039, 2001.
136. Salina, D. D., L. M. Lesondak, L. A. Razzano, A. WEILBAECHER. Co-Occurring mental disorders among incarcerated women: preliminary findings from an integrated health treatment study. *Mental Health Issues in the Criminal Justice System*, p. 207-225, 2007.
137. Weaver, T. L., K. M. Cahrd, M. B., Mechanic, J. C. Etzel. Self-Injurious behaviors, PTSD arousal, and general health complaints within a treatment-seeking sample of sexually abused women. *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 19, no 5, p. 558-575, 2004.
138. Laurence Claes, Walter Vandereycken . Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry* 48 (2007) 137 – 144.
139. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatr* 1993; 44:134 – 4.
140. Vanderlinden J, Vandereycken W. Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders. Philadelphia (PA) 7 Brunner/Mazel; 1997.
141. <http://sosinceste.skyrock.com/2412479191-Comment-evolue-l-automutilation.html>
142. T. Bigot Comportements d'automutilation : sens, détection et prise en charge
143. Bateman, A., & Fonagy, P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. London 2004: Oxford.
144. Simeon, D., & Hollander, E. *Self-Injurious behavior: Assessement and treatment*. Washington: American Psychiatry 2001.

145. Muehlenkamp, J. Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 2006, 28, 166-185.
146. Crowe, M., & Bunclark, J. Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry*, 2000, 12, 48-53.
147. A. Baguelin-Pinaud, C. Seguy, F. Thibau. Les conduites automutilatrices : étude portant sur 30 patients. *L'Encéphale* (2009) 35, 538—543
148. Nock, M. K., T. E. Joiner, K. H. Gordon, E. Lloyd – Richardson, M. J. Prinstein. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, vol. 144, no 1, p. 65- 72, 2006.
149. Gratz, K. L., & Chapman, A. L. The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 2007, 8 (1), 1– 14.
150. Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., & Nock, M. K. Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 2007, 45, 2483 – 2490.
151. Croyle, K. L., & Waltz, J. (2007). Subclinical self-harm: range of behaviors, extent, and associated characteristics. *Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 332 – 342.
152. Nijman H, Dautzenberg M, Merckelbach PJ. Self-mutilating behavior in psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry* 1999;14: 4—10.