

Les automutilations à l'adolescence

Non-suicidal self-injury in adolescence

MUNGO A. et DELHAYE M.

Service de Psychiatrie infanto-juvénile, Hôpital Erasme, Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

Les automutilations sont un comportement fréquent à l'adolescence et montrent un pic vers 15-16 ans pour diminuer jusqu'à la fin l'adolescence vers 18 ans. Plusieurs parties du corps peuvent être concernées par les automutilations mais certaines régions vont être privilégiées tels que les bras et les poignets. Les automutilations ont différentes fonctions qu'elle soit intrapersonnelle qu'interpersonnelle. La différence entre des automutilations et une tentative suicide n'est pas toujours claire. La principale différence est la présence ou non d'une intention suicidaire. Le médecin généraliste a une place privilégiée dans sa prise en charge. Une évaluation physique et globale au niveau du fonctionnement individuel, social et familial est impérative et permettra de prendre les décisions adéquates. La présence d'idées suicidaires lors des automutilations ou des facteurs de gravité conduira le médecin traitant à référer le patient vers des structures spécialisées. L'inclusion de la famille sera une ressource pour le jeune ainsi que pour le médecin traitant. Il n'y a pas actuellement pas de traitement médicamenteux mais la thérapie dialectique de Linehan ainsi que la thérapie de mentalisation adaptées aux adolescents se sont avérées efficaces dans la prise en charge des automutilations.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 343-350

ABSTRACT

Non-suicidal self-injury (NSSI) is a frequent behavior in adolescence and appears at a peak around 15-16 years old and then decreases until the end of adolescence around 18 years old. Several parts of the body can be affected by NSSI but certain regions will be privileged, such as the arms and the wrists. NSSI has different functions, both intrapersonal and interpersonal. The difference between self-harm and a suicide attempt is not always clear. The main difference is whether or not there is suicidal intent. The general practitioner has a privileged place in his care. A physical and global assessment at the level of individual, social and family functioning is imperative and will allow appropriate decisions to be made. The presence of suicidal thoughts during NSSI or seriousness factors will lead the attending physician to refer the patient to specialized structures. The inclusion of the family will be a resource for the young person as well as for the attending physician. There is currently no drug treatment, but Linehan's dialectical therapy and mentalizing therapy adapted to adolescents have proven effective in the management of self-harm.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 343-350

Key words : Nonsuicidal self-injury, adolescent, primary health care

INTRODUCTION

Les automutilations sont un comportement fréquent à l'adolescence et montrent un pic vers 15-16 ans pour diminuer jusqu'à la fin l'adolescence vers 18 ans¹. La prévalence sur la vie pour un épisode d'automutilation est de l'ordre de 17 à 18 % à l'adolescence et chez le jeune adulte².

Le risque de tentative de suicide et de suicide réussi est plus important chez les jeunes présentant des automutilations³ et plus particulièrement si ces automutilations concernent d'autres régions que les bras et les poignets⁴. Le suicide est un problème de santé publique important chez les adolescents et est une des deuxièmes causes de décès entre 15 et 29 ans⁵.

Le premier contact passe souvent par le médecin généraliste. Celui-ci permet d'apporter le soutien nécessaire dans les difficultés de ces adolescents et de

leur famille. Des interventions spécifiques peuvent être proposées en particulier si la problématique devient sévère, se prolonge dans le temps ou lorsque les méthodes de scarifications deviennent plus dangereuses. La présence d'une intention suicidaire lors du passage à l'acte est aussi un facteur à prendre en compte pour proposer une intervention. Beaucoup d'adolescents craignent d'être stigmatisés s'ils demandent de l'aide : ils craignent que cela se sache au niveau de leurs pairs mais ils redoutent également d'être catalogués comme des malades mentaux⁶. Il est donc important d'être attentif à la présence de signes physiques d'automutilations et de questionner le patient sur sa santé mentale lors d'une visite en médecine générale.

Cet article a pour but de rappeler l'importance des comportements d'automutilations dans la population des adolescents et aussi de proposer des pistes de prise en charge pour la première ligne.

DÉFINITION

Le terme automutilations fait débat en langue française. Selon la définition de Herpertz, l'automutilation est un comportement dont le but est délibérément de se faire du mal, de manière physique mais sans intention suicidaire. En général, les automutilations n'aboutissent pas à des blessures menaçant la vie⁷. D'autres termes tels que les scarifications, passages à l'acte auto agressif, sont aussi utilisés.

Les automutilations regroupent des comportements de formes multiples. La classification de Favazza distingue trois types⁸⁻⁹ :

- Les **automutilations majeures** qui concernent des actes d'énucléation (extraction du globe oculaire), d'amputation et de castration. Elles surviennent généralement dans le cadre de décompensation psychotique ;
- Les **automutilations stéréotypiques** que l'on observe dans les troubles du spectre autistique, les retards mentaux et des syndromes neurologiques. Il s'agit essentiellement de comportement rythmique de type : se cogner la tête ou les membres, se mordre ou se comprimer les yeux ;
- Les **automutilations modérées et superficielles** qui sont les plus fréquentes. Elles se subdivisent en deux catégories :
 - Les **automutilations compulsives** : elles apparaissent de manière répétitive, ritualisée et parfois plusieurs fois sur une même journée. Il s'agit notamment de l'onychophagie, la trichotillomanie, d'empêcher par grattage la cicatrisation d'une plaie, l'arrachage des peaux autour des ongles et le fait de se pincer ;
 - Les **automutilations impulsives** qui peuvent être épisodiques mais également régulières. Il s'agit des coupures, des brûlures ou de coups auto infligés. Elles correspondent dans la littérature anglophone aux « *Non-suicidal self-injury* » (NSSI).

Nous nous intéresserons plus particulièrement aux automutilations impulsives.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence pour un épisode d'automutilations, est de l'ordre de 17 à 18 %² mais ce taux peut monter jusqu'à 25-35 % dans certains pays européens¹⁰. La prévalence des automutilations selon les critères du DSM-V ne sont, quant à eux que de 1,5 à 6,7 %¹¹. Dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – version 5 (DSM-V), les automutilations sont une entité diagnostique indépendante¹². Néanmoins, la majorité des automutilations se rencontrent dans de nombreux troubles psychiatriques tels que les troubles de l'humeur, le trouble de personnalité borderline, le trouble des comportements alimentaires, les troubles anxieux, les états de stress post-traumatique et les abus de substances¹³. On rencontre fréquemment ce type de problématique dans une population d'adolescents hospitalisés où la prévalence peut atteindre 35 %¹⁴.

Néanmoins, seulement un jeune sur 8 concerné va se présenter à l'hôpital pour demander de l'aide dans ce contexte⁶.

Il y actuellement peu d'études concernant les automutilations chez les jeunes de moins de 12 ans. La plupart des chiffres sont basés sur une population adolescente. Entre 12 et 15 ans, les automutilations concernent 5 à 6 fois plus les filles que les garçons. Cette proportion diminue avec l'âge et à la fin de l'adolescence le sex-ratio est équivalent pour les filles et les garçons^{6,14}. Les hospitalisations pour cette problématique se font plus fréquemment chez les filles que chez les garçons⁶. De plus, les automutilations apparaissent souvent au début de la puberté. Elles sont plus fréquentes dans une population au niveau socio-économique faible⁶.

CLINIQUE

Plusieurs parties du corps peuvent être concernées par les automutilations mais certaines régions vont être privilégiées telles que les bras et les poignets. Les autres parties peuvent être les cuisses, les lèvres, les mains, les doigts parfois, ainsi que le cuir chevelu. Ces lésions sont superficielles mais laissent des cicatrices¹⁵. Les méthodes sont également assez hétérogènes, cela va de la scarification (se couper), à se taper et se brûler mais la méthode la plus couramment utilisée est la coupure⁶. Les jeunes filles ont plus tendance à se couper tandis que les garçons vont plutôt se frapper¹⁶.

Les critères du DSM-V sont disponibles dans le tableau 1¹². L'adolescence est une période de vulnérabilité dans l'apparition d'automutilations car il s'agit d'une période où le niveau d'impulsivité et de réactivité émotionnelle est au plus haut niveau. En effet, l'adolescence est une période de maturation différentielle des structures limbiques et frontales, liée à la myélinisation tardive du cortex préfrontal. L'adolescent présente donc une réactivité émotionnelle accrue mais une régulation préfrontale limitée sur le système limbique^{13,17}.

Il semble également que l'engagement dans ce type de conduite puisse être hautement influencé par un phénomène de contagion sociale (amis, médias et plus particulièrement les réseaux sociaux) mais aussi que la poursuite de ces conduites soit plutôt liée à un fonctionnement propre à l'individu¹³.

FACTEURS DE RISQUE

Les automutilations sont la conséquence d'une interaction complexe entre des facteurs génétiques, biologiques, psychiatriques, psychologiques, sociaux et culturels.

Selon la revue de Hawton *et al.*, plusieurs facteurs de risque sont associés à l'émergence de ce type de passage à l'acte. Ils sont repris dans le tableau 2⁶.

FONCTIONS DES AUTOMUTILATIONS

Différents modèles ont essayé d'expliquer l'émergence d'automutilations. Nous nous baserons sur le modèle

théorique utilisé le plus fréquemment dans la recherche et la littérature. Ce modèle propose deux types de fonctions : une fonction intrapersonnelle et une fonction interpersonnelle. La fonction intrapersonnelle a pour but de réguler les émotions ou pensées pénibles

en les évitant, les remplaçant ou les modifiant tandis que la fonction interpersonnelle a pour but d'influencer l'autre, le punir ou de communiquer sa détresse. Ce modèle est expliqué dans la figure¹⁸.

Tableau 1

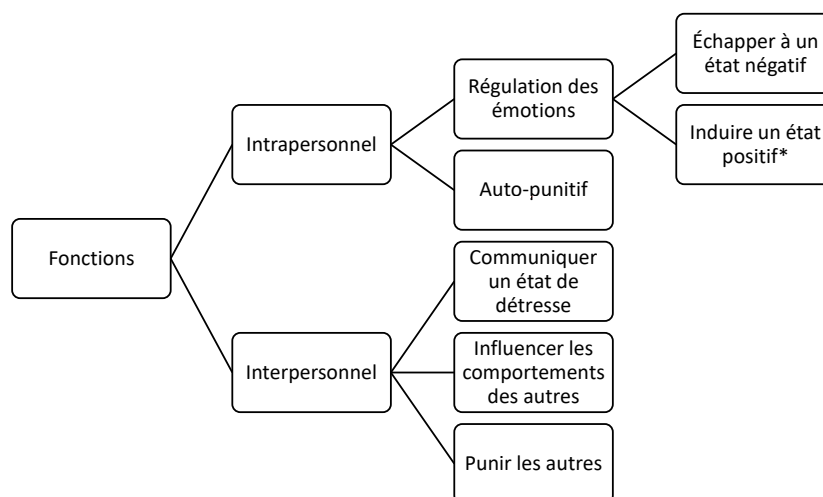
Critères diagnostiques de lésions auto infligées non suicidaires selon le DSM-V, section 3¹³.

A.	Au cours de l'année écoulée, le sujet a provoqué, pendant au moins 5 jours, des lésions auto-infligées intentionnelles sur la surface de son corps susceptibles de provoquer saignement, contusion ou douleur (exemples : coupure, brûlure, coup de couteau, coup, frottement excessif), en supposant que la blessure ne conduirait qu'à un dommage physique mineur ou modéré (c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'intentionnalité suicidaire). NB : L'absence d'intentionnalité suicidaire a été indiquée par le sujet ou peut être déduite par l'accomplissement répété par le sujet d'un comportement dont il sait, ou a appris, qu'il est peu probable qu'il entraîne la mort.
B.	Le sujet se livre à un comportement de blessure auto-infligée avec au moins une des attentes suivantes : – Obtenir un soulagement d'émotions ou d'états cognitifs négatifs. – Résoudre une difficulté interpersonnelle. – Entraîner un état émotionnel positif. NB : Le soulagement désiré, ou la réponse, est ressenti pendant ou peu après la blessure auto-infligée, et le sujet peut manifester des tendances comportementales faisant suggérer une dépendance à s'y livrer à maintes reprises.
C.	La blessure auto-infligée est associée à au moins une des manifestations suivantes : – Difficultés interpersonnelles ou émotions ou pensées négatives telles que dépression, anxiété, tension, colère, détresse générale ou autocritique, survenant dans la période précédant immédiatement l'acte de blessure auto-infligée. – Avant de se livrer à l'acte, une période de préoccupation liée à la difficulté de contrôler l'acte prévu. – Survenue fréquente de pensées relatives à la blessure auto-infligée, même lorsque l'acte n'est pas exécuté.
D.	Le comportement n'est pas approuvé socialement (p.ex. piercing corporel, tatouage, partie d'un rituel religieux ou culturel) et n'est pas limité au fait de se gratter des croûtes ou de se ronger les ongles.
E.	Le comportement ou ses conséquences causent une souffrance cliniquement significative ou interfèrent avec le fonctionnement interpersonnel scolaire ou dans d'autres domaines importants.
F.	Le comportement ne survient pas exclusivement lors d'épisodes psychotiques, confusionnels, d'intoxication à une substance ou de sevrage d'une substance. Chez les sujets ayant un trouble neurodéveloppemental, le comportement ne fait pas partie d'un système répétitif de stéréotypies. Le comportement n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental ou par une affection médicale (p.ex. trouble psychotique, trouble du spectre de l'autisme, handicap intellectuel, syndrome de Lesch-Nyhan, mouvements stéréotypés avec blessures auto-infligées, trichotillomanie, dermatillomanie).

Tableau 2

Facteurs de risque pour automutilations⁶.

Facteurs socio-démographiques et éducationnel : - Sexe féminin - Niveau socio-économique faible - Homosexualité, bisexualité et transgenre.
Événements de vie négatifs individuel et familial : - Séparation ou divorce parental - Expériences négatives durant l'enfance - Abus sexuel et physique durant l'enfance ou l'adolescence - Harcèlement - Histoire familiale de suicide ou d'automutilation - Exposition par des pairs à des automutilations ou de suicide avec risque de contagion.
Facteurs psychologiques et psychiatriques : - Présence d'un trouble mental comme la dépression ou un trouble de personnalité borderline - Difficulté à résoudre des problèmes au niveau social - Perfectionnisme - Tendance à la dépréciation de soi - Estime de soi basse - Isolement social - Impulsivité - Perte d'espoir - Problème d'attachement - Consommation de substances tels que le tabac ou l'alcool.



(*) Effet anti-dissociatif

Selon la méta-analyse de Taylor *et al.*, la fonction intrapersonnelle concerne 66 à 81 % des automutilations, plus particulièrement dans un but de régulation des émotions. Les adolescents cherchent plus fréquemment à soulager un état interne pénible plutôt que de rechercher une sensation positive. De plus, contrairement aux croyances, la fonction interpersonnelle est moins courante (32 à 56 % des individus) et les automutilations sont rarement utilisées dans un but de manipuler l'autre. Plusieurs fonctions aux automutilations peuvent être utilisées par un individu¹⁸. Mieux comprendre la fonction de ces comportements et les rechercher permet de proposer une prise en charge plus individualisée et d'offrir la possibilité de développer d'autres stratégies et de mécanismes d'adaptation.

RISQUES ET CONSÉQUENCES

Dans la plupart des cas, les comportements d'automutilations s'apaisent au début de l'âge adulte¹⁹. S'ils persistent, ils sont associés à des passages à l'acte répétitifs avec une intention suicidaire beaucoup plus importante²⁰. De plus, la présence d'automutilations à l'adolescence est un facteur de risque à l'émergence de trouble de l'humeur au début de l'âge adulte²⁰ mais également de difficultés dans la régulation des émotions, même après l'arrêt des automutilations¹³. Il est probable également, que malgré l'arrêt, ces adolescents continuent d'être à risque de mésusage de substances²¹. Il existe également une association entre l'augmentation du risque de développer un trouble de la personnalité borderline et le fait de se mutiler à un âge précoce²¹.

AUTOMUTILATIONS ET SUICIDE

Environ 70 % des jeunes ayant une histoire d'automutilations vont faire une tentative de suicide et 55 % d'entre eux vont la répéter¹⁴. Le risque de mort par suicide est le plus élevé pendant les 6 premiers mois qui suivent le premier épisode d'automutilations²². Il est donc important de toujours questionner sur la

présence d'idées suicidaires. La différence entre des automutilations et une tentative suicide n'est pas toujours claire. La principale différence est la présence ou non d'une intention suicidaire. Le tableau 3 évalue les critères principaux des deux comportements et ce qui les distingue selon la revue de littérature de Halicka J *et al.*²³.

TRAITEMENT

Actuellement, il n'existe pas de traitement médicamenteux. Une prise en charge psychothérapeutique est à privilégier.

Il s'avère important d'évaluer la présence de comorbidités associées et de mettre en place un traitement médicamenteux si cela s'avère nécessaire en cas de dépression associée, d'anxiété, de décompensation psychotique⁶. Pour rappel, le seul traitement médicamenteux actuellement reconnu comme efficace pour la dépression chez l'adolescent est la fluoxétine²⁴. Lorsqu'il s'agit d'adolescents présentant un trouble de personnalité borderline, la mise en place de petites doses d'aripiprazole a montré une réduction des automutilations²⁵. Dans certains cas, un traitement sédatif peut être utilisé si le patient présente un état de tension interne très important. Ce traitement est à utiliser sur une très courte durée¹³.

Les interventions psychothérapeutiques à mettre en place sont essentiellement des prises en charge qui vont permettre d'apprendre aux jeunes à développer une tolérance au stress ainsi qu'à réguler leurs émotions. Ces stratégies sont développées dans la thérapie dialectique de Linehan²⁶. Dans une méta-analyse récente, la thérapie dialectique de Linehan adaptée aux adolescents montre une efficacité significative dans la réduction des automutilations²⁷. Une autre revue systématique a également démontré que la thérapie dialectique adaptée aux adolescents, la thérapie par mentalisation adaptée aux adolescents ainsi que la thérapie cognitivo-comportementale sont efficaces dans la réduction des comportements d'automutilations dans cette population²⁸.

Critères	Automutilations	Suicide
Intention primaire	Destructivité mais pas d'intention de mourir	Intention de mourir
Intention générale	Echapper à une douleur morale et la transformer en douleur physique	Échapper à une douleur morale
Mortalité	Faible degré	Haut degré
Nombre de méthodes utilisées	Habituellement plusieurs	Habituellement une
Chronicité	Souvent	Rare
Douleur morale	Discontinu	Persistante
Rétrécissement cognitif	Faible	Elevé, le suicide est la seule solution
Perte d'espoir	Variable	Constant
Conséquences en termes de reconnaissance de l'inconfort	Inconfort diminue après l'automutilation	L'inconfort s'intensifie après la tentative
Problème principal	Image de soi négative	Dépression, douleur morale intense

Selon des recommandations australiennes²⁹, les programmes de prise en charge pour diminuer les automutilations doivent comprendre ces différentes interventions :

- Favoriser la motivation au changement ;
- Soutenir « l'abstinence » ;
- Soutenir la famille et les pairs ;
- Renforcer les affects positifs ;
- Se focaliser sur une bonne hygiène de sommeil.

En effet, un sommeil de mauvaise qualité favorise un sentiment de tension interne qui risque de s'accroître tout au long de la journée si des événements stressants apparaissent, favorisant le risque de passage à l'acte²⁹. D'autres éléments sont également importants tels que :

- Être clair sur la manière de procéder en présence d'idées suicidaires actives : communication aux parents, nécessité éventuelle de consultations rapprochées ou d'hospitalisation de crise... ;
- La psychoéducation ;
- Identifier les facteurs déclenchants et qui perpétuent les automutilations ;
- Apprendre aux patients des stratégies pour modifier ces comportements ainsi que pour la résolution de conflits ;
- Travailler en multidisciplinarité ;
- Inclure les familles ;
- Rendre acteur le jeune dans ses soins¹⁶.

PRISE EN CHARGE EN 1^{ÈRE} LIGNE

Le médecin généraliste a une place centrale dans la prise en charge de ce type de passage à l'acte. Il est souvent le premier professionnel à entrer en contact avec ces patients et a souvent pu tisser un lien de confiance³⁰.

Les adolescents ont tendance à faire part de leurs comportements d'automutilations à leur famille mais souvent, ce sont les connaissances sur internet qui sont les premiers à en prendre connaissance. À condition que le jeune ait accès aux soins de santé, les médecins traitants sont logiquement la prochaine personne la plus susceptible de découvrir le comportement d'automutilations via un examen physique ou à la suite d'une plainte liée à l'automutilation. Dans d'autres cas, l'adolescent va en faire part directement à son médecin traitant qui sera la première personne à en prendre connaissance³¹.

Dans ce type de comportement, il est préférable de réaliser, dans un premier temps, l'entretien seul avec l'adolescent puis d'inclure dans un second temps les parents. La communication avec l'adolescent est importante³². Le mieux serait de ne pas prendre un ton paternaliste et de ne pas être dans une position de jugement, le jeune doit pouvoir se sentir en confiance et non stigmatisé. Il n'est pas nécessaire de dramatiser la situation ni de la négliger, il est important de garder une juste distance tout en se montrant disponible³³. Il faut garder à l'esprit qu'il s'agit souvent d'une situation où l'aide est régulièrement repoussée, il faut donc créer un climat de confiance afin que le jeune puisse exprimer ses difficultés³⁷. Il ne faut pas non plus, exclure les parents qui seront une source précieuse dans l'anamnèse mais également une ressource pour le jeune (si absence de maltraitance). Ils doivent être intégrés dès le premier contact établi avec le jeune³¹.

La première étape dans la prise en charge d'un adolescent venant consulter dans le cadre d'un épisode d'automutilations est avant tout de faire un examen physique et de procéder aux soins médicaux. Il est nécessaire de recourir aux premiers soins de plaie et de vérifier le statut vaccinal au niveau du tétanos. Des sutures peuvent s'avérer nécessaires. Il faudra également rechercher des cicatrices anciennes ou récentes et évaluer si elles nécessitent des

soins médicaux^{16,32}. Cette étape ne doit pas prendre l'ensemble du temps de la consultation car la deuxième étape est primordiale dans le processus de soins.

Cette seconde étape consiste à faire une évaluation psychopathologique en incluant l'exploration des idées suicidaires³². Il faut privilégier la communication directe lors de cette évaluation et ne pas hésiter à parler du suicide. Il faudra questionner l'adolescent sur la période d'apparition des premières automutilations, la durée et les fonctions de ces dernières. Il est également important d'évaluer la méthode utilisée et de questionner sur les facteurs familiaux et extrafamiliaux influençant le passage à l'acte ainsi que les conséquences sur l'adolescent et sur l'environnement familial et social¹⁶. D'autres conduites à risque peuvent être présentes conjointement telles que la prise de substances et des tentatives de suicide. Une évaluation familiale, scolaire et sociale est de rigueur. Il faut également évaluer si les automutilations existent dans un contexte de trouble de personnalité borderline, de trouble de l'humeur ou de trouble du comportement alimentaire³⁴.

Il est important de garder en tête que les automutilations et les tentatives de suicide sont des entités distinctes ayant des intentions et des fonctions différentes l'une de l'autre³⁵. En cas de suicidalité aiguë, l'adolescent et sa famille devront être référés vers une consultation urgente de pédopsychiatrie afin d'évaluer l'importance de la crise et si une hospitalisation est nécessaire¹⁶. En cas d'absence d'idées suicidaires et s'il s'agit du premier épisode, un soutien en consultation chez le médecin généraliste ou chez une psychologue peut être suffisant. S'il y a des présences de signes de gravité, il s'avère nécessaire de référer le patient et sa famille vers une structure spécialisée en psychiatrie de l'adolescent. Dans ce cas, il est conseillé d'avoir un contact rapide endéans la semaine^{16,31}. Il est également essentiel de mettre en place un soutien familial dans le plan de prise en charge. Les signes de gravité sont présentés dans le tableau 4^{30,31,36}.

Tableau 4

Signes de gravité^{30,35,36}

Pensées intenses de suicide pendant le passage à l'acte
Présence de multiples méthodes
Apparition d'automutilations à un âge précoce
Durée de plus de 6 mois
Nécessité de points de suture ou d'hospitalisation
Fréquence importante (plusieurs fois par semaine)
Présence de comorbidités
Localisation sur le visage, cou, organes sexuels, ventre et autre orifice

En tant que médecin généraliste, il est important d'encourager la réflexion sur les conséquences négatives de ce comportement mais également de questionner sur les conséquences positives. Cette réflexion permettra de travailler sur les ressources nécessaires à l'adolescent pour l'arrêt³¹. Il peut être intéressant de fixer un contrat de soins avec des objectifs clairs en partenariat avec le patient³⁷.

Le médecin peut s'appuyer sur des techniques d'entretien motivationnel afin de favoriser le changement³⁸ ainsi que des techniques de validation. En effet, la relation avec l'adolescent sera renforcée si ce dernier se sent « validé », reconnu dans ses émotions³¹.

Voici des exemples permettant d'explorer et de favoriser le changement³¹:

- « Quelle conséquence cela a-t-il sur ta vie ? » ;
- « Il semble que l'automutilation ait une fonction pour toi. Y a-t-il selon toi des inconvénients à continuer ? » ;
- « Y a-t-il quelque chose qui te motiverait à arrêter ? » ;
- « J'ai l'impression qu'il est difficile pour toi de gérer le stress sans avoir la possibilité de te mutiler. Comment serait ta vie si tu ne te mutilais plus ? » ;
- « Qu'aurais-tu besoin pour arrêter de te mutiler ? »

La validation, quant à elle, implique de communiquer notre compréhension des expériences du patient et de leurs ressentis selon leur point de vue et le contexte et de les avoir pris au sérieux. Elle implique également d'identifier les émotions en jeu chez l'adolescent. Elle permet de confirmer les pensées, les sentiments et les comportements de l'adolescent. Il ne s'agit pas d'approuver les comportements et les décisions prises mais de communiquer que d'autres, dans le même contexte, auraient pu avoir les mêmes comportements³¹.

Voici quelques exemples :

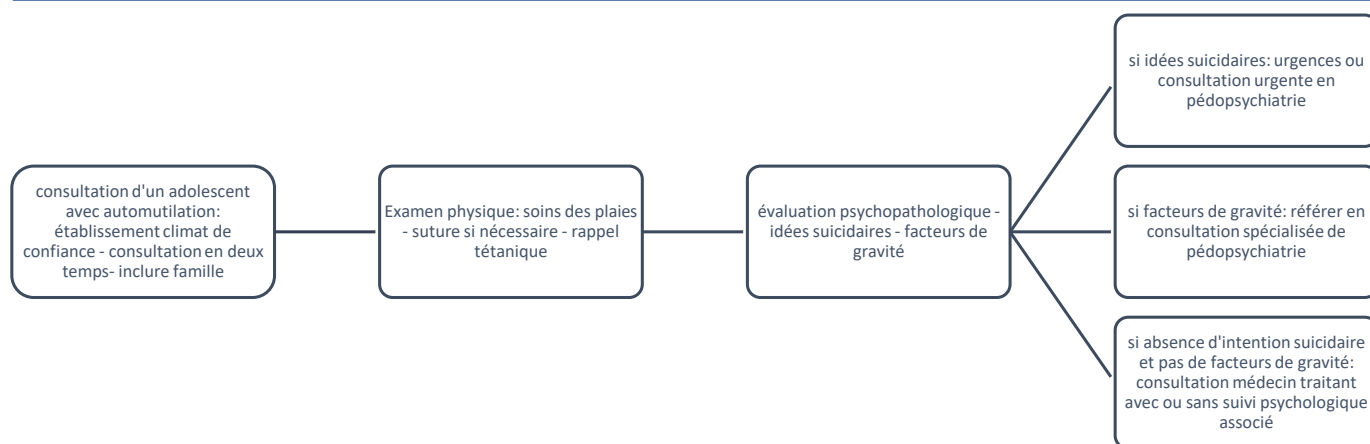
- « On dirait que les choses ont été vraiment difficiles pour toi ces derniers jours et il y a des moments où tu ne savais plus comment gérer le stress » ;
- « J'ai l'impression que tu te sens souvent en colère avant que tu te coupes » ;

Il est important également de transmettre nos observations sur leurs comportements non verbaux³¹ :

« J'ai remarqué que tu détournais le regard lorsque nous parlions de ça, j'imagine que ça doit être difficile pour toi de parler de tes automutilations ».

Il faut aider le patient à trouver ses ressources et à travailler sur ses compétences. Il convient également de s'assurer de la sécurité du jeune en limitant l'accès aux moyens de se mutiler dans un premier temps, dans une communication partagée avec les parents mais surtout en motivant son abstinence³⁰. Il faudra expliquer aux parents ce geste, les rassurer et faire en sorte qu'ils participent au projet de soins³¹.

Un résumé de la prise en charge est proposé à la figure 2.



CONCLUSION

Les automutilations sont fréquentes à l'adolescence et chez les jeunes adultes. Différents troubles mentaux peuvent parfois y être associés. Elles peuvent différer en localisation, en méthode et dans leur fonction.

Le médecin généraliste a une place centrale dans leur prise en charge. Cela nécessite d'établir un climat de confiance afin de permettre une évaluation et un processus de changement. L'évaluation du risque suicidaire est impérative car ces adolescents sont plus à risque de tentative de suicide. Il convient en fonction de l'intentionnalité suicidaire et de certains facteurs de gravité d'effectuer un trajet de soins pour ces jeunes et leur famille.

Il n'y actuellement pas de traitement médicamenteux spécifique et il convient de proposer des prises en charge de type psychothérapie de mentalisation ou comportementale dialectique adaptées aux adolescents.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

- Plener P, Schumacher T, Munz L, Groschwitz R. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm : a systematic review of the literature. *Borderline Personl Disord Emot Dysregul.* 2015;9:31.
- Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples : systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav.* 2014;44(3):273-303.
- Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents : diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):65-72.
- Carroll R, Thomas KH, Bramley K, Williams S, Griffin L, Potokar J *et al.* Selfcutting and risk of subsequent suicide. *J Affect Disord.* 2016;192:8-10.
- World Health Organization. Preventing suicide : a global imperative [internet]. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data ; 2014. Available : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf
- Hawton K, Saunders K, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet.* 2012;379:2373-82.
- Herpetz S. Self injurious behaviour: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta psychiatr scand.* 1995;91:57-68.
- Favazza AR, Rosenthal RJ. Varieties of pathological self mutilation. *Behav Neurol.* 1990; 3:77-85.
- Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186:259-68.
- Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW *et al.* Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior : a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry.* 2014;55:337-48.
- Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of non suicidal self-injury disorder : a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015;9:31.
- Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19:20.
- American Psychiatric Association. DSM-5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS;2015.
- Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and suicidal behavior in adolescence : a systematic review. *Plos One.* 2016;11(4):e0153760.
- Rosenthal RJ, Rinzler C, Walsh R, Klausner E. Whrist-cutting syndrome : the meaning of a gesture. *Am J Psychiatry.* 1972;128:1363-8.
- Plener PL, Kaess M, Schmal C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;115:23-30.
- Blakemore SJ. The social brain in adolescence. *Nat Rev Neurosci.* 2008;9:267-77.
- Taylor PJ, Jomar K, Dhingra K, Forrester R, Shahmalak U, Dickson JM. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders.* 2018;227:759-69.

19. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB *et al.* The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood : a population-based cohort study. *Lancet.* 2012;379:236-43.
20. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychol Med.* 2005;35:983-93.
21. Nakar O, Brunner R, Schilling O, Chanan A, Fischer G, Parzer P *et al.* Developmental trajectories of self-injurious behavior, suicidal behavior and substance misuse and their association with adolescent borderline personality pathology. *J Affect Disord.* 2016;197:231-8.
22. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K *et al.* Suicide after deliberate self-harm : a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):297-303.
23. Halick J and Kiejna A. Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal : criteria differentiation. *Adv Clin Exp Med.* 2018;27(2):257-61.
24. Zhou X, Teng T, Zhang Y, Del Giovane C, Furukawa TA, Weisz JR *et al.* Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet.* 2020 ;7(7):581-601.
25. Nickel MK, Muehlbacher M, Nickel C, Kettler C, Pedrosa Gil F, Bachler E *et al.* Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder : a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry.* 2006;163:833-8.
26. Lockwood J, Daley D, Townsend E, Sayal K. Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26:387-402.
27. Kothgassner OD, Goreis A, Robinson K, Huscsava MH, Schmahl C, Plener PL. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation : a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine.* 2021;51:1057-67.
28. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents : a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54(2):97-107.
29. Carter G, Page A, Large M, Hetrick S, Milner AJ, Bendit N *et al.* Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm. *Aust N Z J Psychiatry.* 2016;50:939-1000.
30. Hornor G. Nonsuicidal Self-Injury. *J Pediatr Health Care.* 2016;30(3):261-7.
31. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury : a review of current research for family medicine and primary care physicians. *J Am Board Fam Med.* 2010;23(2):240-59.
32. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. (Consulté le 7 mai 2022). Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence [Internet]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg16/resources/selfharm-in-over-8s-shortterm-management-and-prevention-of-recurrence-pdf-975268985029>
33. Fournier L, Malchair A. L'automutilation, ce symptôme qui retient notre attention. *Rev Med Liège.* 2017;72(4):199-204.
34. Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Schaffer D. Emergency treatment of young people following self-harm. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:1122-8.
35. Groschwitz RC, Kaess M, Fischer G, Ameis N, Schulze UM, Brunner R *et al.* The association of nonsuicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.* 2015;228:454-61.
36. Walsh B. Clinical Assessment of self-injury: a practical guide. *J Clin Psychol.* 2007;63(11):1057-68.
37. Kelly CM, Jorm AF, Kitchener BA, Langlands RL. Development of mental health first aid guidelines for deliberate non-suicidal self-injury: a Delphi study. *BMC Psychiatry.* 2008;8:62.
38. Hu T, Watson W. Automutilation non suicidaire chez les adolescents. *Can Fam Physician.* 2018;64(3):195-7.

Travail reçu le 17 mai 2022 ; accepté dans sa version définitive le 26 juillet 2022.

CORRESPONDANCE :

A. MUNGO

Hôpital Erasme (ULB)

Service de Psychiatrie infanto-juvénile

Route de Lennik, 808 - 1070 Bruxelles

E-mail : anais.mungo@erasme.ulb.ac.be