



Automutilation non suicidaire auprès des personnes ayant des antécédents de violences sexuelles subies dans l'enfance

Non-suicidal self-harm in people with a history of childhood sexual abuse

BARCHICHE N.¹ et THOMAS P.^{1,2}

¹Département de Médecine générale, Faculté de Médecine (ULB)

²Unité de Recherche en Soins primaires URSP-ULB

RÉSUMÉ

Introduction : L'automutilation et la violence sexuelle à l'encontre des enfants sont des problèmes majeurs de santé publique. Cependant, la nature exacte de l'association de ces deux entités n'est pas claire. Notre question de recherche est de savoir s'il existe un risque majoré de recours à l'automutilation non suicidaire chez des patients ayant des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance.

Méthode : Nous avons effectué une umbrella review, en se basant sur 3 bases de données (PsycINFO, Pubmed et Scopus), limitée aux personnes n'ayant pas subi d'autres abus et celles ne présentant pas d'intention suicidaire, ni d'antécédents de tentative de suicide. La qualité des revues systématiques et des méta-analyses a été évaluée à l'aide des outils AMSTAR-2 et PRISMA 2020. Nous avons extrait les Odds Ratio (OR) des méta-analyses ainsi que les données nous permettant d'évaluer l'hétérogénéité et les biais de publication.

Résultats : Cinq études étaient éligibles et regroupaient 168.549 participants. Deux méta-analyses présentaient un niveau élevé de qualité. Les autres études ont obtenu un niveau faible de qualité. Les deux méta-analyses les plus récentes concluaient à une association significative (OR 2,65; Intervalle de confiance [IC] 95% 2,53-3,03 et OR 2,3; IC95% 2,1-2,7), tout comme les revues systématiques.

Conclusion : Les antécédents d'abus sexuels subis dans l'enfance sont associés à un risque accru d'automutilation non suicidaire.

Rev Med Brux 2024; 45 : 607-613

Doi : 10.30637/2024.23-076

Mots-clés : automutilation, comportement d'automutilation, automutilation délibérée, automutilation, comportement d'automutilation, abus sexuel sur enfant, délits sexuels, abus sur enfant

ABSTRACT

Introduction: Self-harm and child sexual abuse are major public health problems. However, the exact nature of the association between these two entities is unclear. Our research question is whether there is an increased risk of non-suicidal self-harm in patients with a history of childhood sexual abuse.

Method: We carried out an umbrella review, using 3 databases (PsycINFO, Pubmed and Scopus), limited to people who had not suffered other abuse and those with no suicidal intent or history of suicide attempts. The quality of systematic reviews and meta-analyses was assessed using the AMSTAR-2 and PRISMA 2020 tools. We extracted Odds Ratios (OR) from meta-analyses, as well as data enabling us to assess heterogeneity and publication bias.

Results: Five studies were eligible, involving 168,549 participants. Two meta-analyses were of high quality. The other studies were of low quality. The two most recent meta-analyses found a significant association (OR 2.65; 95% confidence interval [CI] 2.53-3.03 and OR 2.3; 95% CI 2.1-2.7), as did the systematic reviews.

Conclusion: A history of childhood sexual abuse is associated with an increased risk of non-suicidal self-harm.

Rev Med Brux 2024; 45 : 607-613

Doi : 10.30637/2024.23-076

Keywords: self-injury, self-injurious behaviour, deliberate self-harm, self-mutilation, selfmutilative behaviour, sexual child abuse, sex offenses, childhood abuse

INTRODUCTION

L'automutilation non suicidaire (ANS) est un diagnostic récent et un problème de santé publique important. Sa prévalence mondiale est de 17,2% chez les adolescents, 13,4% chez les jeunes adultes et 5,5% chez les adultes¹. Elle est définie par le DSM-5² à travers plusieurs critères diagnostiques : il s'agit d'une pratique de 5 jours ou plus dans l'année écoulée avec des attentes du patient qui voit dans cet acte une résolution d'un problème interpersonnel, qui soulagera les pensées ou les émotions déplaisantes ou qui induira un état émotionnel positif. On notera la présence de détresse cliniquement significative ou d'interférence dans différents domaines du fonctionnement (ex : relations, travail). Il est important de préciser que l'ANS ne survient pas exclusivement dans un contexte de psychose ou de consommation/sevrage.

Par ailleurs, la maltraitance infantile a fait l'objet de nombreuses recherches, en particulier dans le cas des abus sexuels pendant l'enfance (CSA). En outre, les abus sexuels subis pendant l'enfance occupent une place majeure dans plusieurs conceptions théoriques de l'ANS³. L'abus sexuel durant l'enfance peut être défini comme l'implication d'un enfant dans une activité sexuelle qu'il ne comprend pas pleinement, pour laquelle il n'est pas en mesure de donner un consentement éclairé ou pour laquelle l'enfant n'est pas prêt sur le plan du développement ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société⁴.

La méta-analyse de Stoltenborgh *et al.*⁵ a démontré que la prévalence globale estimée de l'abus sexuel dans l'enfance à travers le monde était de 12,7% dans les études sur base autodéclarative et de 0,4% dans les études avec un examinateur. Cela confirme que la violence sexuelle à l'égard des enfants est un problème mondial d'une ampleur considérable, mais aussi que les questions méthodologiques influencent radicalement sa prévalence.

Un comportement d'automutilation prédispose aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide⁶. Cela souligne combien il est important que les médecins généralistes sachent comment évaluer et prendre en charge cette situation et leurs conséquences.

Notre travail consiste à évaluer s'il existe un risque majoré de recours à l'automutilation non suicidaire chez des patients ayant des antécédents de violences sexuelles subies dans l'enfance en comparaison à une population non exposée à ces mêmes violences. Nous avons émis l'hypothèse que les abus sexuels dans l'enfance sont associés à une vulnérabilité accrue à l'automutilation, bien que nous concevions que cette association pourrait être modérée et être le résultat de facteurs médiateurs entre ces deux entités. Ainsi, notre objectif est de pouvoir conforter ce lien statistique entre ANS et CSA afin d'optimiser une détection la plus précoce possible des individus à risque.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons effectué une *umbrella review* complète des abus sexuels subis durant l'enfance en associa-

tion avec les comportements non suicidaires d'automutilation. Une *umbrella review* consiste en une évaluation et une synthèse des données disponibles sur un sujet de recherche spécifique en ne prenant en compte que des niveaux de preuve élevés, à savoir des études issues de la recherche secondaire comme les revues systématiques et les méta-analyses. L'intégration des données fournit une vue d'ensemble du plus haut niveau de preuve disponible⁷⁻⁹.

Trois bases de données ont été consultées (PubMed, Scopus et PsycINFO), à la recherche d'articles publiés depuis la création de la base de données jusqu'au 1^{er} avril 2023 avec une restriction linguistique français/anglais. La formulation de la question de recherche s'est appuyée sur le modèle PEO (*Population, Exposition, Outcome*). L'équation de recherche suivante a été utilisée : (self-injury OR self-injurious behaviour OR deliberate self-harm OR self-mutilation OR selfmutilative behaviour OR self-destructive) AND ((sexual child abuse) OR (molestation, sexual child) OR (incest) OR (rape) OR (abuse, sexual) OR (sex offenses) OR (sexual crime) OR (childhood abuse)).

Sélection des études

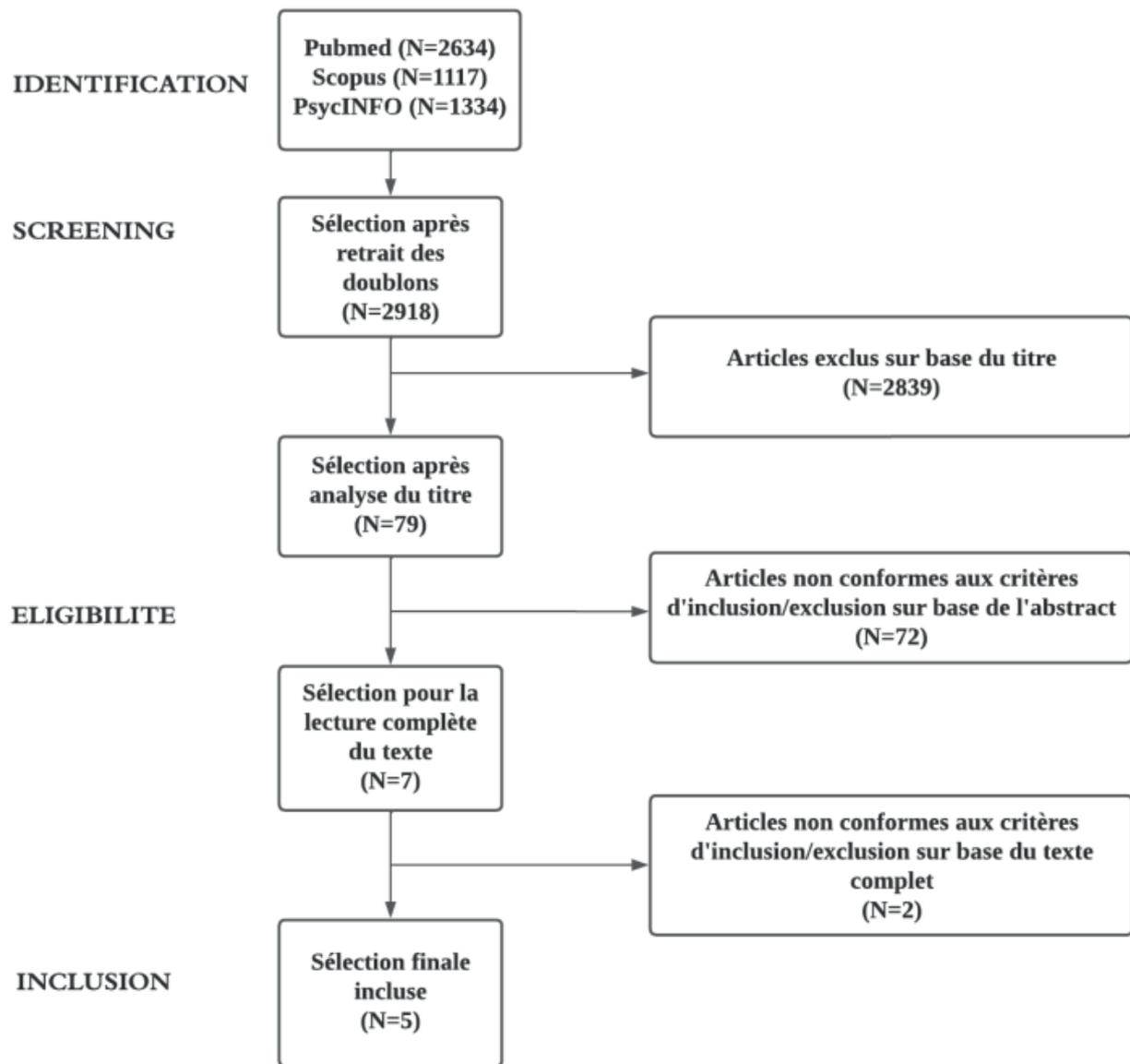
Les résultats de la recherche ont été limités aux personnes n'ayant pas subi d'autres forme d'abus que les abus sexuels (c'est-à-dire des abus physiques, psychologiques et les formes de négligence) et aux personnes ne présentant pas d'intention suicidaire, ni d'antécédents de tentative de suicide. Les critères d'inclusion portaient sur des études de littérature secondaire (revue systématiques ou méta-analyses) qui rapportaient des données sur les adultes (âge supérieur à 18 ans) avec antécédents d'abus sexuel dans l'enfance (âge au moment de l'abus inférieur à 18 ans), présentant des comportements non suicidaires de mutilation volontaire.

Extraction des données

Après élimination des doublons et exclusion sur base de l'analyse des titres et des abstracts, nous avons examiné le texte intégral des différentes études encore en lice (figure 1). Nous avons tenu compte des informations détaillées sur les participants de l'étude (âge, type de maltraitance). Nous avons extrait les Odds Ratio (OR) des différentes méta-analyses et les données nous permettant d'évaluer l'hétérogénéité (I²) et les biais de publication (quand celles-ci étaient disponibles : test d'Egger, fail-safe-N, excess significance test et small study effects).

Évaluation de la qualité

La qualité méthodologique des revues systématiques et des méta-analyses a été évaluée par l'outil AMSTAR-2. Cela nous a permis d'estimer le niveau de fiabilité qu'il convient d'accorder à l'étude. Nous avons tenu compte des 16 critères qui composent l'outil AMSTAR-2. Les résultats ont été compilés à l'aide du logiciel gratuit AMSTAR Checklist. Le score est défini selon 4 niveaux, soit le niveau de confiance est élevé, modéré, faible ou significativement faible¹⁰ en tenant compte de la présence ou non de critères



majeurs et mineurs. De plus, la qualité des revues systématiques a été évaluée selon les 27 critères de la check-list PRISMA 2020.

RÉSULTATS

La base de données initiale nous a permis d'obtenir 5 études. Nous avons identifié 3 méta-analyses et 2 revues systématiques éligibles avec 168.549 participants répartis sur 154 études (figure 1). Toutes les méta-analyses ont été publiées entre 2008 et 2019 et les études primaires incluses dans ces méta-analyses correspondaient à une période allant de 1980 à 2017. Le nombre d'études primaires dans chaque méta-analyse variait de 43 à 63 et le nombre de participants variait de 13687 à 48246. Toutes les revues systématiques ont été publiées entre 2009 et 2017 et les études primaires incluses dans ces revues systématiques correspondaient à une période allant

de 1980 à 2016. Le nombre d'études primaires dans chaque revue systématique variait de 22 à 26 et le nombre de participants variait de 20282 à 86334.

Qualité des études

Aucune des études incluses ne répondaient à tous les critères de qualité de l'outil AMSTAR2. Deux méta-analyses présentaient un niveau élevé de qualité (soit le plus haut niveau attribuable par l'outil AMSTAR-2). Une méta-analyse a été évaluée avec un niveau faible de qualité car elle présentait plusieurs manquements (dont un critère majeur : absence d'une liste reprenant les études exclues et la justification de leur exclusion). Les deux revues systématiques présentaient également un niveau faible de qualité. La qualité des revues systématiques^{11,12} a également été évaluée selon la check-list PRISMA 2020, obtenant respectivement un score de 25/27 et 23/27.

Premier auteur	Objectif	Type d'étude	Année	Nombre d'étude primaire	Nombre de participants	Statistiques (OR et IC)	Grille d'évaluation
Liu R.T. ¹⁴	<i>Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury</i>	Méta-analyse	2018	71	48.246	2,65 [2,53-3,03]	AMSTAR-2 15/16
Klonsky E.D. ¹³	<i>Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury</i>	Méta-analyse	2008	43	13.687	/	AMSTAR-2 12/16
Hailes H.P. ¹⁵	<i>Long-term outcomes of childhood sexual abuse</i>	Méta-analyse	2019	43	13.687	2,3 [2,1-2,7]	AMSTAR-2 15/16
Serafini G. ¹¹	<i>The Relationship between Childhood Maltreatment and NonSuicidal Selfinjury</i>	Systematic Review	2017	26	86.334	/	PRISMA 12/13
Fliege H. ¹²	<i>Risk factors and correlates of deliberate selfharm behavior</i>	Systematic Review	2009	59	20.282	/	PRISMA 9/13

OR : Odds Ratio ; IC : intervalle de confiance

Méta-analyses et revues systématiques

Toutes les études mettent en évidence une association modeste mais significative entre des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance et un comportement d'automutilation non suicidaire (Tableau). Dans les deux méta-analyses les plus récentes, les Odds Ratio (OR) étaient respectivement de 2,65 (Intervalle de Confiance [IC] 95% 2,53-3,03) et 2,3 (IC 95% 2,1-2,7)^{14,15}.

Les résultats de l'étude de Fliege rapportent que 21 études rétrospectives faisaient état d'une association entre CSA et ANS. Une seule étude n'a pas rapporté cette association. Les auteurs attribuaient ce fait à la faible puissance statistique de cette 22ème étude.

L'étude de Serafini démontre que la maltraitance dans l'enfance (plusieurs volets y étaient étudiés, y compris le CSA) semblait augmenter le risque d'ANS, soit directement, ou par l'intermédiaire d'autres facteurs de risque comme la dépression et la dissociation.

Analyses de sous-groupes et hétérogénéité

L'hétérogénéité est définie comme l'incohérence relative des études regroupées dans une méta-analyse donnée. Elle peut être mesurée à l'aide de la statistique I² qui est exprimée en pourcentage. Les scores inférieurs à 50% sont considérés comme une faible hétérogénéité¹⁶. Elle était importante dans toutes les méta-analyses. Elle n'a pas été évaluée dans les revues systématiques.

Dans la méta-analyse de Liu, le CSA a été associé à la gravité de l'automutilation (OR 2,24 ; IC_{95%} 1,14-4,43, I² = 83,60%). Les analyses modératrices ont indiqué qu'il est peu probable que la prévalence féminine plus importante d'ANS soit due à des différences entre les sexes.

Dans l'étude de Klonsky, la relation CSA-ANS était plus forte dans les échantillons cliniques en comparaison aux échantillons communautaires. Ce résultat

va à l'encontre de celui de la méta-analyse de Liu qui décrivait une association plus forte entre CSA et ANS dans le milieu communautaire (OR 3,29 ; IC 95% 2,64-4,11) que dans le milieu hospitalier (OR 1,78 ; IC 95% 1,56-2,04).

L'étude de Serafini a conclu à des différences significatives entre les sexes sur base d'une étude longitudinale¹⁷ et d'une étude transversale qui traitait un échantillon de 11423 adultes¹⁸. Les femmes ayant subi des abus sexuels dans leur enfance étaient plus vulnérables face à l'ANS et aux comportements suicidaires que les hommes. Néanmoins, lorsque les abus physiques et sexuels coexistaient, ou lorsque l'expérience de l'abus était prolongée, les hommes et les femmes étaient tous deux à risque d'ANS et de comportements suicidaires.

Biais de publication

Le test de régression d' Egger de l'étude de Liu a démontré qu'il n'y avait pas de biais de publication. Le graphique en entonnoir confirmait l'absence de biais de publication. Le fail-safe-N d'Orwin indiquait que 583 études avec un OR de 1 seraient nécessaires pour réduire l'ampleur de l'effet concernant la relation entre CSA et l'ANS à 1,1. Cela suggère que l'ampleur de l'effet observé est robuste.

Le test d' Egger de l'étude de Klonsky concluait à l'existence d'un biais de publication. Cependant, ce test ne permet pas d'isoler la source du biais. Le fail-safe-N d'Orwin a indiqué qu'il faudrait inclure 5462 études nulles pour annuler l'effet constaté.

Concernant l'étude de Hailes, le « *small study effects* » et l'« *excess significance test* » indiquaient un biais de publication. Ce dernier est défini comme le rapport de l'OR global de chaque méta-analyse sur l'OR de la plus grande étude primaire incluse dans cette méta-analyse¹⁹. Un ratio supérieur à 1 s'interprète comme un nombre excessif de résultats significatifs dans la littérature.

En ce qui concerne les revues systématiques, le biais de publication n'a pas été évalué. Par ailleurs, l'étude de Serafini a utilisé 3 chercheurs indépendants pour minimiser les biais.

DISCUSSION

Cette umbrella review portant sur 3 méta-analyses et 2 revues systématiques, incluant 168.549 participants, a mis en évidence une association modeste entre les abus sexuels dans l'enfance et l'automutilation non suicidaire. Les Odds Ratio bien que significatifs étaient associés à une forte hétérogénéité. Les méta-analyses mettent en évidence des OR variant entre 2,3 et 2,6. Cela indique qu'une personne qui a subi des violences sexuelles dans l'enfance a entre 2,3 et 2,6 fois plus de risque de s'automutiler. La troisième méta-analyse, celle de Klonsky, met en évidence que l'association est modérée. Ce qui est intéressant pour le clinicien face à des personnes présentant des stigmates d'automutilation, c'est d'envisager que ces personnes ont plus de risque d'avoir subi des abus sexuels dans leur enfance que les personnes ne s'étant pas automutilées.

La méta-analyse de Paras *et al.*²⁰ a trouvé une association entre des antécédents d'abus sexuels et plusieurs troubles somatiques (troubles gastro-intestinaux fonctionnels, douleurs pelviennes chroniques, etc.). La méta-analyse de Chen *et al.*²¹ a démontré qu'un certain nombre de troubles psychiatriques étaient associés à des antécédents de CSA. Combinés aux résultats présentés dans notre umbrella review, cela nous amène à conclure que plusieurs troubles somatiques et psychiatriques (notamment les tentatives de suicide) y compris l'ANS sont associés à des antécédents d'abus sexuels. Nombre de ces associations persistent indépendamment de l'âge et du sexe de la victime. En outre, des recherches antérieures ont démontré que les abus émotionnels, physiques et sexuels ont tendance à coexister²².

Par ailleurs, il y a une tendance actuelle à étudier la génétique et l'épigénétique dans la genèse des pathologies psychiatriques. Plusieurs études ont montré que la région répétée dégénérée 5-HTTLPR du gène SLC6A4 - qui code pour le transporteur de la sérotonine - était significativement associée à l'automutilation sans pour autant faire état d'une association directe. Le mécanisme génétique sous-jacent augmenterait le risque d'automutilation par la modulation des traits impulsifs-agressifs ainsi que des traits liés à l'anxiété²³. Ce polymorphisme a été associé à d'autres caractéristiques psychiatriques, notamment le comportement suicidaire²⁴.

Par ailleurs, il a été montré que la psychothérapie basée sur les thérapies cognitives et comportementales (TCC) peut aider à prévenir la répétition des ANS. D'autres interventions visant à réduire la fréquence des ANS ont donné des résultats encourageants notamment la psychothérapie de groupe axée sur la régulation des émotions, la mentalisation et les thérapies comportementales dialectiques²⁵.

Compte tenu de la faible qualité des preuves disponibles, il n'est pas possible de tirer des conclusions définitives concernant les interventions pharmacologiques chez les patients atteints d'ANS. D'autres recherches pourraient inclure l'évaluation d'une pharmacothérapie seule ou combinée à un traitement psychologique²⁶.

La plupart des études incluses dans notre travail étaient rétrospectives. Une étude prospective, ce qui est rare dans ce domaine si particulier, a été menée pendant 17 ans. Elle a pu mettre en évidence une nette majoration de tentatives de suicide auprès d'adolescents ayant subi des abus sexuels²⁷.

Les survivants d'abus sexuels représentent un pourcentage non négligeable des patients suivis en soins primaires et qui consomment davantage de soins médicaux en comparaison de la population générale^{28,29}. Malgré cette utilisation accrue des soins de santé, le sujet de l'abus en lui-même est rarement abordé en consultation. Pourtant, les études montrent que les patients considèrent qu'il est approprié que les médecins questionnent les antécédents d'abus sexuels mais que cette interrogation n'est pas toujours posée³⁰. Compte tenu des preuves de la forte prévalence des CSA, de leur association avec l'automutilation et les tentatives de suicide et des options thérapeutiques à notre disposition (TCC notamment), nous encourageons les praticiens à aborder la question des antécédents d'abus sexuels que l'on peut considérer comme un indicateur de risque auprès des patients présentant des signes d'automutilation. Une meilleure connaissance du lien entre les antécédents d'abus sexuel durant l'enfance et des troubles d'automutilation pourrait améliorer l'identification des survivants d'abus et conduire à une prise en charge thérapeutique plus efficace. D'autres recherches sont néanmoins nécessaires pour mieux comprendre et élucider la pathogenèse.

Nos résultats suggèrent que le dépistage des antécédents de CSA dans l'enfance peut être décisif dans l'évaluation du risque d'ANS. De plus, la constatation que l'association avec l'ANS est plus forte dans les échantillons communautaires suggère que le dépistage des antécédents de CSA pourrait être encore plus bénéfique dans le milieu communautaire.

Forces et limites de l'étude

Les points forts de la présente étude sont multiples. Elle s'appuie sur la littérature antérieure en mettant à jour les données les plus pertinentes disponibles sur l'association entre ANS et CSA. Les études précédentes se contredisaient quant à l'existence ou non d'une association entre ces deux entités. Cette umbrella review permet de trancher en tenant compte des études sur le sujet correspondant au plus haut niveau de preuve. De plus, notre étude a été plus complète sur le plan temporel puisqu'elle a porté sur des articles publiés entre 1980 et 2019. Enfin, nous avons évalué la qualité de chaque méta-analyse et de chaque revue systématique avec des outils reconnus et validés (AMSTAR-2 et PRISMA 2020).

La principale limite de l'étude actuelle est l'utilisation de données susceptibles d'être biaisées. Tout d'abord, nous avons étudié les abus sexuels de façon isolée et bien souvent, les violences sont enchevêtrées les unes aux autres. Ensuite, aucune étude incluse ne répondait à tous les critères de qualité AMSTAR-2. Très peu d'études ont exploré les sources d'hétérogénéité. Deux méta-analyses ont conclu à la présence de biais de publication. Les études portant sur des échantillons de petite taille ont tendance à faire état de relations plus importantes. Ce résultat pourrait s'expliquer par la possibilité d'un biais en faveur de la publication d'études présentant des résultats statistiquement significatifs qui seraient plus susceptibles d'être publiées que les études présentant des résultats non significatifs. De plus, les données collectées sur base déclarative peuvent entraîner un biais de mémorisation. Des études antérieures montrent une grande variabilité au niveau du pourcentage de survivants qui se souviennent de l'abus à l'âge adulte³¹. La conséquence d'une éven-

tuelle sous-déclaration serait d'inclure des survivants d'abus sexuels dans le groupe contrôle, ce qui pourrait avoir comme conséquence de diminuer la taille d'effet de l'association entre CSA et ANS.

Par ailleurs, nous avons constamment abordé la notion d'automutilation non suicidaire mais il est important de relever le fait qu'il reste difficile d'évaluer et de quantifier « l'intention suicidaire ». Enfin, nous ne nous sommes intéressés qu'aux abus sexuels et pas aux autres formes de maltraitements. Quand on parcourt la littérature, on se rend compte de l'importance des autres formes d'abus dont les abus émotionnels dans la pathogenèse de l'automutilation³².

Un autre aspect pouvant potentiellement avoir apporté un biais dans les conclusions est l'absence de considération préalable des études primaires en double dans les méta-analyses de Klonsky et de Hailes. Ces duplications sont par contre représentatives du peu d'études de bonne qualité qui sont disponibles à l'heure actuelle.

CONCLUSION

Les survivants d'abus sexuels subis dans l'enfance constituent un profil de patients fréquemment rencontrés dans les cabinets de médecine générale. Cette patientèle est confrontée à de nombreux problèmes de santé physique et mentale. Cela implique un recours accru aux soins de santé. Cette umbrella review démontre que les abus sexuels dans l'enfance sont associés à l'automutilation non suicidaire. Une meilleure connaissance de la pathogenèse et du lien qui unit l'abus sexuel durant l'enfance et l'automutilation non suicidaire pourrait conduire à une meilleure identification et une prise en charge biopsychosociale optimale de ces patients. Pour ce faire, d'autres recherches sont nécessaires (notamment des études longitudinales) pour déterminer les mécanismes médiateurs qui sous-tendent cette association.

Il serait aussi intéressant que les recherches futures explorent le rôle des facteurs de vulnérabilité (gènes, environnement) ainsi que des facteurs protecteurs qui peuvent agir en augmentant ou en atténuant l'association entre les abus sexuels subis dans l'enfance et l'automutilation non suicidaire.

Conflits d'intérêt : néant.



SCANNEZ CE QR-Code pour répondre aux questions et obtenir 1 point d'accréditation

BIBLIOGRAPHIE

- 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;15;44(3):273-303.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Gratz KL. Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clin Psychol.* 2003;10(2):192-205.
- Kloppen K, Maehle M, Kvello Ø, Haugland S, Breivik K. Prevalence of Intrafamilial Child Maltreatment in the Nordic countries: A Review. *Child Abuse Rev.* 2014;24(1):51-66.
- Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment.* 2011;16(2):79-101.
- Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP *et al.* Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med.* 2015;46(2):225-36.
- Aromataris E, Fernandez R, Godfrey CM, Holly C, Khalil H, Tungpunkom P. Summarizing systematic reviews. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):132-40.
- Ioannidis JP. Integration of evidence from multiple meta-analyses: a primer on umbrella reviews, treatment networks and multiple treatments meta-analyses. *Can Med Assoc J.* 2009;181(8):488-93.
- Papatheodorou S. Umbrella reviews: what they are and why we need them. *Eur J Epidemiology.* 2019;34(6):543-6.
- Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J *et al.* AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised

- studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017;358:j4008.
11. Serafini G, Canepa G, Adavastro G, Nebbia J, Belvederi Murri M, Erbuto D *et al*. The Relationship between Childhood Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2017;8(149):1-11.
 12. Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2009;66(6):477-93.
 13. Klonsky ED, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2008;192(3):166-70.
 14. Liu RT, Scopelliti KM, Pittman SK, Zamora AS. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(1):51-64.
 15. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(10):830-9.
 16. Ioannidis JP, Patsopoulos NA, Evangelou E. Uncertainty in heterogeneity estimates in meta-analyses. *BMJ*. 2007;335(7626):914-6.
 17. Isohookana R, Riala K, Hakko H, Räsänen P. Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients. *Eur Child Amp Adolesc Psychiatry*. 2012;22(1):13-22.
 18. Swannell S, Martin G, Page A, Hasking P, Hazell P, Taylor A *et al*. Child maltreatment, subsequent non-suicidal selfinjury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abus Amp Negl*. 2012;36(7-8):572-84.
 19. Ioannidis JP, Trikalinos TA. An exploratory test for an excess of significant findings. *Clin Trials*. 2007;4(3):245-53.
 20. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM *et al*. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Somatic Disorders. *JAMA*. 2009;302(5):550.
 21. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN *et al*. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(7):618-29.
 22. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study. *Am J Psychiatry*. 2003;160(8):1453-60.
 23. Dell'Osso L, Mandelli L, Carlini M, Bouanani S, Rotondo A, Conversano C *et al*. Temperamental and Genetic Predictors of Suicide Attempt and Self-Mutilation. *Neuropsychobiology*. 2013;68(4):250-7.
 24. Serretti A, Calati R, Mandelli L, De Ronchi D. Serotonin Transporter Gene Variants and Behavior: A Comprehensive Review. *Curr Drug Targets*. 2006;7(12):1659-69.
 25. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E *et al*. Psychosocial interventions for selfharm in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;2021(4).
 26. Hawton K, Witt KG, Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P *et al*. Pharmacological interventions for self-harm in adults. *BJPsych Adv*. 2016;22(1):2.
 27. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(12):1490-6. doi: 10.1097/00004583-199912000-00009. PMID: 10596248.
 28. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Cannon EA, Fishman PA, Carrell D *et al*. Health Care Utilization and Costs Associated with Childhood Abuse. *J Gen Intern Med*. 2008;23(3):294-9.
 29. Chartier M, Walker J, Naimark B. Childhood Abuse, Adult Health, and Health Care Utilization: Results from a Representative Community Sample. *Am J Epidemiology*. 2007;165(9):1031-8.
 30. Wendt E, Hildingh C, Lidell E, Westerståhl A, Baigi A, Marklund B. Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(5):590-5.
 31. Goodman GS, Ghetti S, Quas JA, Edelstein RS, Alexander KW, Redlich AD *et al*. A Prospective Study of Memory for Child Sexual Abuse. *Psychol Sci*. 2003;14(2):113-8.
 32. Brown RC, Heines S, Witt A, Braehler E, Fegert JM, Harsch D, Plener PL. The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: data from a representative sample of the general population. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):181. doi: 10.1186/s12888-018-1754-3. PMID: 29884152; PMCID: PMC5994090.

Travail reçu le 20 septembre 2023 ; accepté dans sa version définitive le 28 mars 2024.

AUTEUR CORRESPONDANT :

P. THOMAS
 Faculté de Médecine (ULB)
 Campus Erasme
 Route de Lennik, 808 - 1070 Bruxelles
 E-mail : Pol.Thomas@ulb.be