

\_\_\_\_\_ **Rapport de recherche** \_\_\_\_\_

**L'automutilation : analyse documentaire et  
répercussions sur les services correctionnels**

This report is also available in English. Should a copy be required, it can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave. West, Ottawa, Ontario K1A 0P9.

Le présent rapport est également disponible en anglais. Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.



**L'automutilation : analyse documentaire et répercussions sur les services correctionnels**

Jenelle Power  
Service correctionnel du Canada

et

Shelley L. Brown  
Université Carleton

Service correctionnel du Canada

Février 2010



## **Remerciements**

Nous tenons à remercier Andrew Harris, Lynn Stewart et Brian Grant pour leurs commentaires judicieux et leurs observations sur les versions antérieures du présent rapport. Merci également à Amy Usher et à Patrick Savoie, qui ont contribué à sa préparation.



## Résumé

Le Service correctionnel du Canada (SCC) a la responsabilité de fournir aux délinquants un milieu de vie sécuritaire où ils peuvent s'employer à devenir des citoyens respectueux des lois. L'automutilation entrave gravement la capacité du SCC d'offrir un milieu sécuritaire aux détenus et au personnel de ses établissements. L'automutilation peut être définie ainsi : toute forme de blessure physique ou de défigurement direct qu'un individu s'inflige délibérément et que la société juge inacceptable, comme le fait de se couper, de se frapper la tête contre une surface rigide, de s'arracher les cheveux ou d'essayer de s'étrangler. L'analyse documentaire qui suit a été effectuée dans le but de déterminer l'état actuel des connaissances sur l'automutilation ainsi que les brèches à combler, et de guider ainsi la recherche et l'élaboration de stratégies d'intervention dans les établissements fédéraux.

Plusieurs tentatives ont été faites pour concevoir un système de classification qui serait utile aux chercheurs et aux cliniciens. Pour l'instant, aucun système adéquat n'a encore été mis au point et aucun système n'est largement utilisé. Un système de classification dérivé de données empiriques et tenant compte de l'environnement particulier d'un établissement correctionnel aiderait à mieux comprendre l'automutilation et à orienter le traitement vers les besoins particuliers des individus à risque.

Il est difficile d'établir avec précision un taux de prévalence de l'automutilation non suicidaire. Chez la population adulte générale, la meilleure estimation du taux de prévalence est de 4 %. Ce taux, chez la population carcérale générale, fluctue entre 1 % et 5 %. Chez les délinquantes, il est probablement plus élevé, les meilleures estimations le situant autour de 23 %. Chez les délinquants qui ont des problèmes de santé mentale, il peut grimper jusqu'à 53 %. Il a été observé que les coupures de la peau sont la forme la plus fréquente d'automutilation non suicidaire.

L'automutilation a été mise en corrélation avec de nombreux autres comportements et affections, notamment le trouble de la personnalité limite, les antécédents de traumatismes et de mauvais traitements, le trouble du stress post-traumatique, la dépression, les troubles alimentaires, l'attirance vers des personnes de même sexe, l'homosexualité, l'impulsivité, la colère et l'agression. Une corrélation a également été établie avec le suicide, mais il s'agit là d'un comportement distinct de l'automutilation non suicidaire. Il faudra d'autres études pour cerner le processus qui déclenche et maintient un comportement automutilatoire.

On a proposé toutes sortes de motifs pour expliquer les comportements d'automutilation, mais peu ont été empiriquement validés. La thèse du recours à l'automutilation pour composer avec des émotions négatives est celle qui obtient le plus grand nombre d'appuis. Il y a probablement de multiples recouvrements des motifs sous-jacents à l'automutilation entre la population carcérale et la population non emprisonnée, mais il existe peut-être aussi des motivations propres aux personnes incarcérées.

La documentation existante ne comprend pas suffisamment d'études empiriques à grande échelle comportant une évaluation adéquate du phénomène de l'automutilation non suicidaire chez les populations incarcérées. Une meilleure compréhension de ce phénomène dans les établissements fédéraux pourrait aider à améliorer la sécurité des détenus et du personnel ainsi que le traitement, la gestion et la prévention de l'automutilation non suicidaire en milieu carcéral. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer la prévalence de l'automutilation non suicidaire, pour mettre en place un système de classification qui pourrait être utilisé auprès de la population carcérale et pour cerner les effets, s'il y en a, de l'incarcération sur ce type de comportement. Plus important encore, il est impératif de mieux comprendre l'émergence et la persistance de l'automutilation non suicidaire afin d'être en mesure d'élaborer des stratégies appropriées pour gérer ce comportement, ce qui comprend des efforts pour le réduire et ultimement le prévenir. Des études sont actuellement en cours au SCC afin de corriger ces lacunes.

## Table des matières

Remerciements.....	ii
Résumé .....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures .....	vii
Introduction .....	1
Définition de l'automutilation .....	3
Différenciation des termes fréquemment utilisés.....	3
Classification .....	6
Le classement par catégorie dans les établissements correctionnels .....	11
La prévalence de l'automutilation .....	15
Les difficultés liées à l'estimation des taux de prévalence.....	15
Les meilleures estimations des taux de prévalence.....	15
Les différences entre les sexes.....	17
Les différences ethniques .....	18
Facteurs associés à l'automutilation non suicidaire.....	19
Le trouble de la personnalité limite.....	19
Les événements traumatisants, les mauvais traitements et les familles dysfonctionnelles .....	20
La toxicomanie.....	21
Le trouble de stress post-traumatique.....	21
La dépression et l'anxiété .....	22
Les troubles alimentaires .....	22
L'impulsivité, la colère et l'agression .....	23
L'attirance pour les personnes de même sexe et l'homosexualité .....	23
Le suicide.....	24
Les motivations à l'origine de l'automutilation : pourquoi certaines personnes ont-elles un comportement automutilatoire? .....	26
Les modèles des motivations à l'origine de l'automutilation.....	26
Les effets de l'institutionnalisation sur l'automutilation non suicidaire .....	35
Résumé des motifs à l'origine de l'automutilation .....	36
Résumé de la recherche actuelle.....	37
Le comportement automutilatoire dans les établissements du SCC : les approches et les politiques existantes .....	38
Les répercussions sur les politiques et la recherche : conclusions et orientations futures.....	39
Bibliographie .....	41
Descriptions du lecteur-écran pour les graphiques et les figures.....	59



## Liste des tableaux

Tableau 1	<i>Résumé des systèmes de classification des actes d'automutilation non suicidaire</i> .....	8
-----------	--	---



## Liste des figures

<i>Figure 1.</i> Différenciation des termes couramment utilisés pour désigner l'automutilation.....	5
<i>Figure 2.</i> Un modèle fonctionnel de l'automutilation .....	28



## **Introduction**

Le Service correctionnel du Canada (SCC) a la responsabilité de fournir aux détenus un milieu de vie sécuritaire où ils peuvent s'employer à devenir des citoyens respectueux des lois. L'automutilation est un comportement qui entrave la capacité du SCC d'assurer la sécurité des délinquants. Elle peut être définie ainsi : toute forme de blessure physique ou de défigurement direct qu'un individu s'inflige délibérément et que la société juge inacceptable (Favazza, 1998, 1999; Simeon et Favazza, 2001; Walsh et Rosen, 1988). L'automutilation englobe des comportements tels que les coupures, les tentatives de strangulation, les brûlures, les coups sur le corps, le fait d'avaler des objets coupants ou non digestibles, de s'insérer des objets dans le corps et de les retirer, et de se frapper la tête contre une surface rigide. Par définition, l'automutilation est un acte commis dans l'intention délibérée de se faire du mal – l'individu est donc responsable de son acte – mais il est de la plus haute importance que le SCC comprenne ces comportements afin d'en réduire la fréquence et de prodiguer la meilleure protection possible aux détenus enclins à l'autodestruction. De plus, le comportement automutilatoire peut constituer une menace à la sécurité du personnel. La recherche a en effet montré que les délinquants qui se mutilent sont plus à risque d'agresser le personnel soignant (Young, Justice et Erdberg, 2006).

Dans les établissements correctionnels, les membres du personnel sont régulièrement confrontés à des incidents d'automutilation qui soulèvent des problèmes éthiques, juridiques et cliniques susceptibles de compromettre leur capacité de gérer et de traiter les détenus de manière sécuritaire (Amicus Brief to the U.S. Supreme Court, 2005; Gaseau et Mandeville, 2005; Groves, 2004; Lanes, 2009; McCarthy, 1992; Metzner et coll., 2007). L'automutilation contraint souvent le personnel à une utilisation progressive de moyens de contention (Groves, 2004; Metzner et coll., 2007; National Institute of Corrections, 2004), une situation potentiellement problématique que le SCC cherche à éviter dans la mesure du possible. L'automutilation engendre des coûts importants sur les plans personnel et financier, en particulier parce que les détenus qui ont ce genre de comportement doivent recevoir des soins médicaux et psychiatriques (O'Sullivan, Lawlor, Corcoran et Kellehar, 1999; Runeson et Wasserman, 1994; Sinclair, Gray et Hawton, 2006). Bien que difficiles à quantifier, les coûts humains de l'automutilation sont importants, tant pour ceux qui la pratiquent que pour les membres du personnel qui interagissent avec eux. Dans les prisons, l'automutilation menace la santé physique et mentale des détenus et du personnel en

plus de mobiliser des ressources considérables pour examiner et gérer ces comportements (DeHart, Smith, et Kaminski, 2009; Favazza, 1998).

En dépit d'un intérêt populaire et universitaire de longue date concernant ce comportement, l'automutilation n'est pas bien comprise. Plusieurs difficultés ont contribué à cette piètre compréhension du phénomène, notamment la complexité du comportement, le manque de cohérence dans la terminologie et les définitions, la confusion concernant les actes considérés comme de l'automutilation et le secret entourant le comportement automutilatoire, qui complique la collecte de données fiables. De nombreux articles et chapitres de livres ont été publiés sur le sujet, mais peu d'études empiriques ont été réalisées à l'aide de méthodes fiables (Lanes, 2009). Par conséquent, même si le problème de l'automutilation chez les détenus est reconnu depuis trente ans dans les milieux universitaires, juridiques et professionnels, la documentation sur cette question est loin d'être suffisante.

Le présent rapport passe en revue les écrits existants sur l'automutilation. Il s'intéresse tout d'abord aux problèmes de définition de l'automutilation, puis à la nature de l'automutilation (c.-à-d. aux types de comportements qui la caractérisent) ainsi qu'aux efforts qui ont été déployés pour concevoir des systèmes de classification. Y sont ensuite présentées les études menées sur les taux de prévalence, les corrélats et les théories concernant les motivations des personnes qui se mutilent. En dernier lieu, les auteurs examinent les conséquences de l'automutilation pour le SCC et proposent des voies de recherche. Les failles qu'ils relèvent serviront à orienter de futures études qui seront effectuées au sein du SCC.

## Définition de l'automutilation

### Différenciation des termes fréquemment utilisés

**Termes préférés : automutilation et automutilation non suicidaire.** La difficulté de définir l'automutilation est bien connue. Cette difficulté tient en partie aux nombreux termes utilisés pour désigner l'automutilation et au manque d'homogénéité de leurs définitions (p. ex., le parasuicide, les comportements suicidaires, l'autoagression, l'autodestruction, l'automutilation, la simulation de suicide, la lacération des poignets, l'acte autodestructeur délibéré, le comportement automutilatoire, la mutilation non suicidaire et les blessures volontaires). Beaucoup de gens estiment improbable que des critères et des définitions universels et dénués d'ambiguïté puissent être adoptés, mais il est important de définir explicitement la terminologie pour les besoins de la recherche (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, et Bille-Brahe, 2006; Hasley et coll., 2008).

Des efforts ont été faits pour redéfinir les termes et différencier les comportements en fonction de leur catégorie, de l'intention et du résultat (O'Carroll, Berman, Maris, et Moscicki, 1996; Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, et Joiner, 2007; Simeon et Favazza, 2001), mais aucun de ces termes n'est largement utilisé dans les sphères des soins cliniques ou de la recherche. La définition globale suivante de l'automutilation non suicidaire a récemment été proposée par l'International Network for the Study of Self-injury (ISSS) :

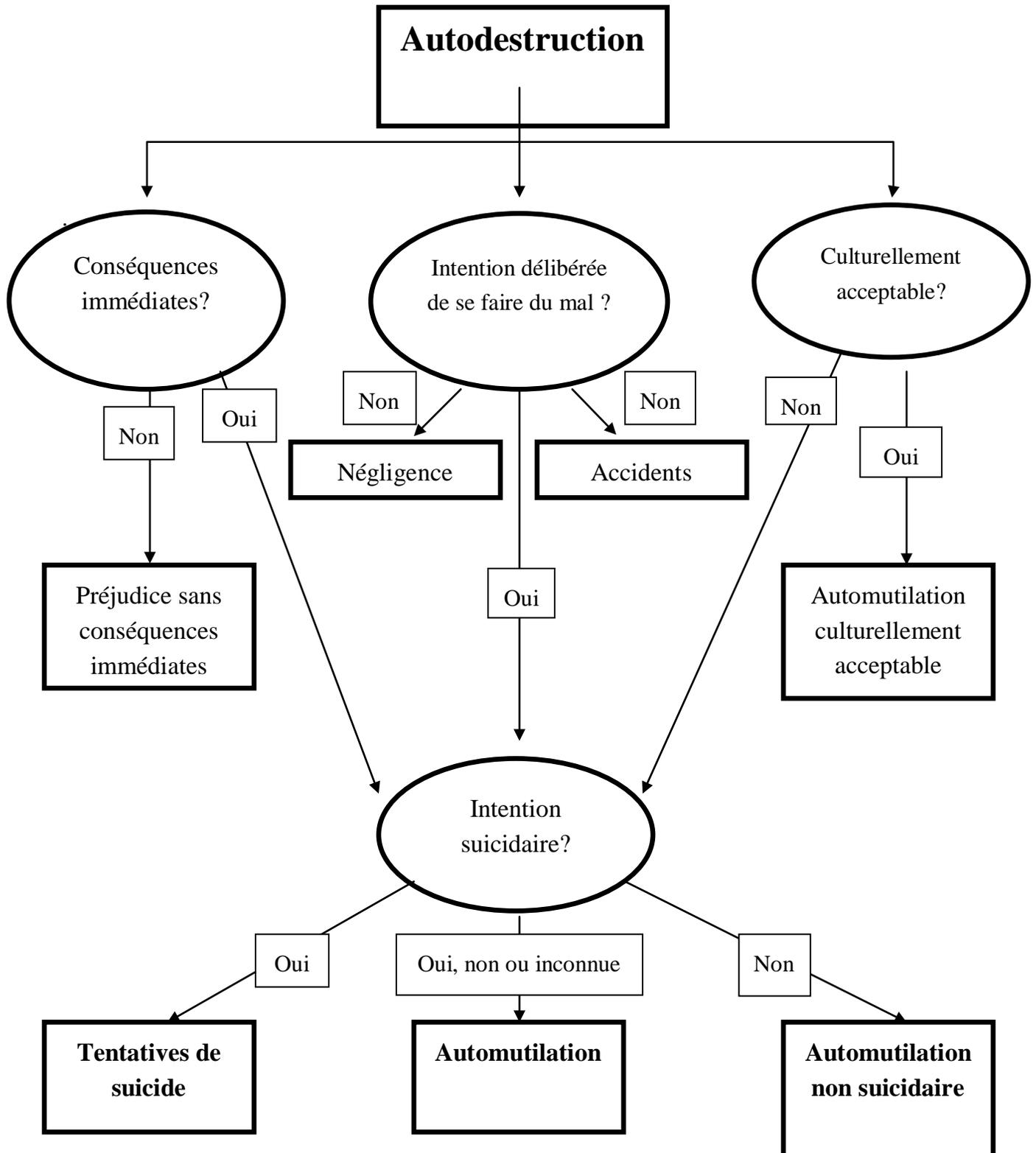
L'autodestruction délibérée du tissu de l'organisme causant une blessure immédiate, sans intention suicidaire et pour des motifs socialement inacceptables. C'est donc dire que ce comportement se distingue des comportements suicidaires avec intention de mourir, des surdoses de drogues et des autres formes de comportements automutilatoires, notamment des comportements culturellement acceptables pour en faire étalage ou pour des motifs esthétiques; des formes d'automutilation répétitives et stéréotypées observées chez des personnes souffrant de troubles du comportement et de déficiences cognitives, et des formes graves d'automutilation (p. ex., l'auto-immolation et l'autocastration) chez les victimes d'une psychose (ISSS, 2007, tel que cité dans Heath, Toste, Nedecheva et Charlebois, 2008). [TRADUCTION]

Dans le présent document, c'est l'expression automutilation non suicidaire qui sera utilisée le plus souvent possible, car elle a le mérite d'être plus claire selon la définition fournie ci-dessus. Toutefois, l'intention suicidaire est souvent très difficile, voire impossible, à détecter dans la pratique (Claes et Vandereycken, 2007). Autant que possible, la distinction entre l'automutilation non suicidaire et les tentatives de suicide sera établie tout au long de la présente analyse documentaire, car les données disponibles confirment l'existence de différences importantes entre les deux types de comportement. Dans les situations où l'intention suicidaire n'est pas claire, c'est le terme automutilation qui sera utilisé. Il fera référence à une blessure physique directe qui a des conséquences immédiates et non ambiguës (p. ex., les coupures, les brûlures et les tentatives de strangulation; Smith, Cox et Saradjian, 1999), sans intention suicidaire connue ou déterminable.

En dernier lieu, il importe d'établir la différence entre l'automutilation et l'autodestruction. Dans le présent document, l'expression « acte autodestructeur » sera employée dans un sens plus large afin d'englober de nombreux comportements exclus de notre définition de l'automutilation (Claes et Vandereycken, 2007). Par exemple, certaines études incluent les actes autodestructeurs qu'une personne commet sans intention consciente de se faire du mal (p. ex., un accident responsable), les modifications corporelles culturellement acceptables (p. ex., le tatouage, le perçage et les rituels culturels), les chirurgies multiples, la négligence de sa propre santé, la propension à prendre des risques ou la recherche de sensations fortes, les troubles alimentaires, les troubles factices (c.-à-d., se faire du mal pour simuler une maladie) et les dommages corporels qui ne sont pas immédiats, mais qui peuvent résulter des effets cumulatifs de comportements nocifs (p. ex., l'habitude de fumer, la toxicomanie; Claes et Vandereycken, 2007; Favazza, 1998; Simeon et Favazza, 2001; Turp, 2003).

Bref, dans le présent document, l'expression *automutilation non suicidaire* sera utilisée pour désigner les comportements délibérés qui ont des conséquences immédiates, mais sans intention de suicide, *tentative de suicide* sera utilisée dans les cas où l'intention suicidaire est explicite et *automutilation* sera utilisée lorsque l'intention est inconnue ou ambiguë. L'automutilation peut donc englober l'automutilation non suicidaire et les tentatives de suicide. De plus, le terme *autodestruction* sera utilisé dans son sens le plus large afin d'englober l'automutilation et les autres comportements qui sont exclus de notre définition. La figure 1 présente une conceptualisation visuelle de la relation entre ces différents termes.

Figure 1. Différenciation des termes couramment utilisés pour désigner l'automutilation



## Classification

La classification de l'automutilation non suicidaire est importante car elle constitue un outil clair et précis que les professionnels et les chercheurs peuvent utiliser dans leurs communications au sujet d'un comportement automutilatoire. En outre, un système utile de classification peut faciliter l'élaboration de stratégies de prévention et de traitement fondées sur des faits et ciblant un type particulier d'automutilation non suicidaire (Prinstein, 2008). Les efforts de classification ont débuté avec Menninger en 1935 et ont subi par la suite de multiples permutations, mais l'adoption à grande échelle d'un système de classification ayant une utilité pour les cliniciens et les chercheurs n'est pas encore une réalité. En fait, ceux-ci doivent d'abord en venir à un consensus sur les éléments à inclure dans les descriptions de l'automutilation et sur la façon de classer les manifestations de l'automutilation non suicidaire en groupes cohérents (Claes et Vandereycken, 2007; Simeon et Favazza, 2001). De nombreux chercheurs continuent de confondre l'automutilation non suicidaire et le comportement suicidaire, mais un virage a néanmoins été effectué en faveur de la différenciation et du classement par catégories détaillées, fondés sur la létalité, l'intention, et la chronicité (Yates, 2004).

Claes et Vandereycken (2007) ont recensé les neuf critères suivants, qui ont été utilisés en différentes combinaisons dans les systèmes de classification proposés (même si aucun système de classification n'intègre les neuf critères) :

1. Le type d'acte à l'origine de l'automutilation (p. ex., coupures, brûlures, tentatives de strangulation)
2. La localisation de la blessure sur le corps (p. ex., à la tête, au bras)
3. La fréquence de l'automutilation non suicidaire durant une période précise (p. ex., nombre de répétitions du comportement au cours d'une journée, d'une semaine ou d'un mois)
4. L'importance des dommages corporels causés par l'automutilation non suicidaire (c.-à-d., évaluation du type de blessure, nombre de blessures ou gravité de la blessure)
5. L'état psychologique de la personne au moment de l'automutilation non suicidaire (p. ex., déficience mentale, maladie organique, psychose)
6. Les fonctions de l'automutilation non suicidaire (p. ex., obtenir plus d'attention, assumer moins de responsabilités, composer avec des émotions négatives)

7. La non-acceptabilité sociale de l'automutilation non suicidaire (c.-à-d. exclut l'automutilation culturellement acceptable)
8. La létalité réelle ou potentielle de la blessure
9. Le caractère direct ou indirect des dommages corporels (p. ex., si le dommage est immédiatement apparent, comme la coupure, ou si les effets peuvent se manifester plus tard, comme la toxicomanie)

En dépit du nombre de systèmes de classification proposés, aucun n'est largement accepté. Un résumé de certains systèmes de classification et de leurs limites est présenté au tableau 1.

Le degré de létalité est un aspect du comportement qui peut être particulièrement difficile à évaluer. La létalité potentielle est souvent évaluée en fonction de la gravité des blessures, mais la gravité des blessures ne reflète pas toujours suffisamment la véritable possibilité de mortalité. Par exemple, dans le cas d'une tentative de strangulation, le potentiel de létalité est élevé si l'acte est mené à terme, mais une personne qui est interrompue juste avant de se pendre peut n'avoir subi aucun dommage corporel. Lohner et Konrad (2006) ont proposé d'évaluer la gravité de deux façons 1) la gravité médicale (la gravité des blessures et le risque de mourir après avoir commis l'acte en question); 2) l'intensité de la motivation (puissance du désir de mourir au moment où l'acte a été commis). En évaluant la gravité de ces deux façons, il devient possible d'obtenir un portrait plus juste de la létalité de l'acte.

Le système de classification des actes d'automutilation non suicidaire le plus souvent cité est celui proposé par Favazza (Favazza, 1996; Favazza et Rosenthal, 1990; Favazza et Simeon, 1995). Ce système est beaucoup plus détaillé que ceux qui ont été conçus antérieurement, ce qui accroît son utilité pour la recherche et la pratique clinique. Toutefois, il ne tient pas compte d'aspects tels que la motivation ou le facteur déclencheur de la plupart des actes d'automutilation non suicidaire. Par exemple, les motifs à l'origine de l'automutilation non suicidaire stéréotypée chez les personnes autistes ou souffrant d'une déficience mentale sont implicites (c.-à-d. que ces troubles poussent à l'automutilation non suicidaire), mais les motivations sous-jacentes à d'autres types d'automutilation non suicidaire (comme le fait de se couper de manière impulsive) ne sont pas prises en compte. Bien que fréquemment mentionné dans les écrits, ce système de classification n'a pas été empiriquement validé et n'est pas utilisé dans la recherche ou la pratique clinique.

Tableau 1

*Résumé des systèmes de classification des actes d'automutilation non suicidaire*

Source	Catégories	Limites
Menninger (1935)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Névrose</li> <li>2. Psychose</li> <li>3. Maladie organique</li> <li>4. Religion</li> <li>5. Rites de la puberté</li> <li>6. D'usage chez les personnes normales</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A précédé le début de l'intérêt des chercheurs pour le sujet</li> <li>• À l'époque, la plupart considéraient l'automutilation comme un comportement suicidaire (Favazza, 1996; 1998)</li> </ul>
Ross et McKay (1979)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coupure</li> <li>2. Morsure</li> <li>3. Abrasion</li> <li>4. Amputation de parties du corps</li> <li>5. Insertion dans le corps</li> <li>6. Brûlure</li> <li>7. Ingestion ou inhalation</li> <li>8. Coups</li> <li>9. Constriction</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas suffisamment détaillé pour être utile</li> <li>• Ne tient aucun compte des facteurs autres que le type d'automutilation</li> </ul>
Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Révision du texte (DSM-IV-TR) (2000)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trichotillomanie</li> <li>2. Trouble de la personnalité limite</li> <li>3. Trouble des mouvements stéréotypés accompagné d'actes d'automutilation</li> <li>4. Trouble du contrôle des impulsions non autrement précisé</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les catégories sont problématiques en raison de leur diversité, du risque d'arbitraire et du manque de cohérence dans la façon d'aborder l'étiologie (Simeon et Favazza, 2001)</li> <li>• N'indique pas clairement où situer les formes extrêmes d'automutilation non suicidaire (p. ex., la castration et l'énucléation de l'œil)</li> </ul>

Source	Catégories	Limites
Pattison et Kahan (1983)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentative de suicide (épisode unique)</li> <li>2. Arrêt d'un traitement vital comme la dialyse</li> <li>3. Tentatives de suicide (épisodes multiples)</li> <li>4. Activités à haut risque telles que les cascades</li> <li>5. Acte autodestructeur délibéré atypique (épisode unique)</li> <li>6. Ivresse aiguë (épisode unique)</li> <li>7. Syndrome de l'autodestruction délibérée (épisodes multiples)</li> <li>8. Comportements présentant un faible taux de létalité et causant des dommages indirects, tels que l'alcoolisme chronique, l'obésité morbide, l'habitude de fumer</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'entaille des poignets est considérée comme faisant partie d'une catégorie non classée qui englobe les cas où l'intention et la létalité sont ambiguës</li> <li>• Certains facteurs essentiels ne sont pas pris en compte (p. ex., la motivation à l'origine du comportement)</li> </ul>
Walsh et Rosen (1988)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formes communes d'altération corporelle volontaire (se faire percer les oreilles, se ronger les ongles)</li> <li>2. Altérations corporelles liées à des rituels (perçage faisant partie de la culture punk-rock, cicatrices chez certains clans africains)</li> <li>3. Altérations corporelles volontaires causant des dommages moyens (coupures, brûlures)</li> <li>4. Altérations corporelles volontaires causant des dommages graves (amputation, énucléation de l'œil)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Failles importantes dans le système (p. ex., la motivation à l'origine de l'automutilation non suicidaire et la fréquence du comportement)</li> <li>• Définition large de l'automutilation non suicidaire</li> </ul>

Source	Catégories	Limites
Winchel et Stanley (1991)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Déficience mentale</li> <li>2. Psychose</li> <li>3. Placement dans un établissement pénitentiaire</li> <li>4. Trouble caractériel (p. ex., l'asphyxie autoérotique)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trop simple pour être d'une grande utilité pratique</li> </ul>
Fazazza et Rosenthal (1993)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stéréotypé</li> <li>2. Majeur</li> <li>3. Compulsif</li> <li>4. Impulsif</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne tient pas compte de la motivation à l'origine de l'automutilation</li> <li>• Ne s'intéresse pas au développement de l'automutilation</li> </ul>

## **Le classement par catégorie dans les établissements correctionnels**

Bon nombre des facteurs liés à la classification des comportements automutilatoires dans la collectivité ou chez les malades mentaux valent aussi pour les populations incarcérées. Toutefois, les circonstances particulières qui prévalent dans les établissements correctionnels peuvent nécessiter l'utilisation d'une typologie qui tient également compte de la dynamique de ces milieux. Le manque de contrôle sur leur vie que les détenus éprouvent et les motivations extérieures qui n'existent que dans les établissements correctionnels doivent être pris en compte. Toute personne peut recourir à l'automutilation non suicidaire comme moyen de manipulation, mais les détenus qui affichent un tel comportement peuvent en retirer des « avantages » propres à leur milieu de vie. Par exemple, le détenu peut recourir à l'automutilation non suicidaire pour attirer l'attention du personnel ou pour être retiré de la population carcérale générale (pour être placé en isolement ou hospitalisé à l'extérieur dans une chambre privée). Le retrait peut revêtir une importance particulière si le détenu ne se sent pas en sécurité à l'intérieur de l'établissement.

Sur le plan théorique, trois types distincts d'automutilation ont été observés chez les détenus, bien que ce modèle n'ait pas été empiriquement validé : 1) les comportements suicidaires (automutilation pratiquée avec une véritable intention de se suicider); 2) l'automutilation et 3) la simulation (Weekes et Morison, 1992). Selon le DSM-IV-TR, la simulation se manifeste par des symptômes physiques ou psychologiques intentionnellement simulés ou très exagérés et est motivée par des facteurs externes. Dans le cas des populations incarcérées, les détenus peuvent feindre une tentative de suicide en s'infligeant une blessure superficielle en l'absence de motivation interne pour ce faire. L'automutilation non suicidaire est donc vue comme une simulation lorsqu'elle est motivée par des facteurs externes, plutôt qu'internes, et que le sujet n'a pas vraiment l'intention de s'enlever la vie. La simulation et l'automutilation n'ont ni l'une ni l'autre de visée suicidaire, mais l'automutilation s'appuie sur des motivations internes (p. ex., composer avec des émotions difficiles). Chez les détenus, l'automutilation non suicidaire peut être motivée par un désir de survie qui est en fait tout le contraire de l'intention suicidaire. Les détenus qui pratiquent l'automutilation non suicidaire pour cette raison présentent habituellement un faible risque de suicide.

Coid, Wilkins, Coid et Everitt (1992) ont réalisé la seule étude qui a tenté de dégager un système de classification quantitatif des actes d'automutilation chez les femmes incarcérées. Son

unicité en fait une étude importante, mais qui comporte des limites qui doivent être prises en compte, notamment les suivantes : les données proviennent, entre autres, d'autodéclarations rétrospectives, les instruments utilisés ne sont pas validés, les auteurs n'établissent pas de distinction entre l'automutilation non suicidaire et les tentatives de suicide, et les participantes à l'étude sont relativement peu nombreuses. Les auteurs de cette étude ont effectué une analyse typologique portant sur 25 variables chez 74 détenues qui s'étaient mutilées, l'objectif étant de les diviser en deux groupes distincts. Avant de recourir à l'automutilation, les détenues du groupe I (n = 51) avaient cumulé des symptômes sans qu'il soit possible de relever un élément instigateur en particulier, et les manifestations atteignaient leur point culminant le soir ou la nuit. Parmi les émotions ressenties avant le recours à l'automutilation figuraient diverses combinaisons d'anxiété, de tension, de colère, de dépression, d'irritabilité et de vide, susceptibles de mener à un état de dépersonnalisation ou de déréalisation. Chez les femmes de ce groupe, le désir d'atténuer ces émotions était la motivation principale à l'origine de l'automutilation. Elles risquaient davantage de faire l'objet d'un diagnostic de trouble de la personnalité limite ou de trouble de la personnalité antisociale. Les femmes du groupe II (n= 23) ont habituellement eu recours à l'automutilation en réaction à des événements stressants de la vie, un petit nombre d'entre elles souffrant cependant d'une maladie mentale grave qui avait provoqué leur geste (p. ex., après avoir entendu des voix hallucinatoires). Les femmes du groupe II, bien que très hétérogènes, étaient généralement plus âgées lors du premier épisode d'automutilation, présentaient peu d'antécédents d'automutilation ou même aucun, et certaines s'étaient infligées des blessures suffisamment graves pour mettre leur vie en danger. Cette étude donne à penser qu'il existe différents groupes de personnes enclines à l'automutilation dans les populations incarcérées, mais il faudrait pousser plus loin la recherche pour déterminer la nature de ces groupes.

Fillmore et Dell (2000) ont publié une étude examinant le phénomène de l'autodestruction chez les Canadiennes incarcérées dans un pénitencier fédéral dans la région des Prairies. Les chercheurs ont utilisé la définition suivante de l'autodestruction : « Tout comportement, qu'il soit physique, émotionnel ou social, qu'une femme adopte avec l'intention de se faire du mal » [TRADUCTION]. Cette définition englobe la blessure corporelle volontaire (coupure, brûlure), le comportement autodestructeur (toxicomanie, relations sexuelles à risque, troubles alimentaires), les relations autodestructrices (partenaire intime, famille), les expressions

du suicide (pensées, tentatives), l'embellissement du corps (tatouage, perçage) et l'automutilation attribuable à des problèmes médicaux ou psychiatriques. Les données recueillies pour cette étude étaient entièrement qualitatives et provenaient de sources multiples. Les participantes à l'étude ont déclaré que l'automutilation était souvent utilisée comme un mécanisme d'adaptation et qu'elle remplissait les fonctions suivantes : recherche d'attention, autopunition, tromper la solitude, échapper à la souffrance émotionnelle, réagir à un partenaire violent, exprimer une souffrance émotionnelle, occasion d'éprouver une sensation, exprimer des expériences de vie douloureuses et prendre le contrôle de soi-même.

À quelques exceptions près, il y avait des recoupements considérables entre les raisons invoquées par les délinquantes pour justifier leurs actes autodestructeurs et celles perçues par les membres du personnel pour expliquer ce comportement. Les membres du personnel avaient tendance à minimiser le besoin d'attention, insistaient sur le désir des femmes d'influencer les autres afin de reprendre leur vie en mains et accordaient beaucoup moins d'importance au besoin de composer avec l'isolement. Ils ne voyaient pas dans l'acte autodestructeur une expression des expériences douloureuses antérieures, mais le considéraient plutôt comme une forme de manipulation. Tant les détenues que le personnel attribuaient les actes autodestructeurs aux situations vécues dans la famille d'origine (c.-à-d., la violence). Cette étude réunit des données exploratoires importantes qui guideront la recherche future. Cependant, la définition large de l'acte autodestructeur et la nature qualitative des données font ressortir la nécessité d'autres recherches quantitatives pour enrichir ces résultats.

En guise de suivi à l'étude de Fillmore et Dell (2000), une enquête a été menée auprès des fournisseurs de services (travailleurs communautaires et personnel correctionnel) qui travaillent auprès des femmes et des jeunes filles qui ont maille à partir avec la justice (Fillmore et Dell, 2005). Vingt-et-un pour cent des fournisseurs de services dans les établissements avaient l'impression que leurs clientes commettaient davantage d'actes autodestructeurs (de nouveau au sens large du terme), même s'il n'existe aucune donnée vérifiable pour appuyer cette impression, et que la période au cours de laquelle se serait produite cette augmentation n'est pas définie.

Certains faits militent en faveur de l'existence d'un aspect manipulateur distinct dans la simulation en milieu carcéral. Des femmes incarcérées ont reconnu avoir eu recours à l'automutilation non suicidaire pour obtenir de l'attention ou des médicaments et être relogées dans un secteur plus agréable de l'établissement (Cookson, 1977; Fillmore et Dell, 2000). Même

si l'attention obtenue du personnel à la suite du comportement automutilatoire est souvent loin d'être positive, bien des femmes peuvent la juger encourageante parce que leurs expériences antérieures de violence les ont habituées à l'attention négative (Gratz et Chapman, 2009). La documentation existante analysée dans cette section, combinée avec les différences théoriques associées à l'automutilation non suicidaire chez les populations incarcérées, porte à croire qu'il y a lieu de modifier la classification des actes automutilatoires utilisée pour l'ensemble de la population afin de l'adapter aux réalités particulières des populations incarcérées.

## **La prévalence de l'automutilation**

### **Les difficultés liées à l'estimation des taux de prévalence**

Pour diverses raisons, il est difficile d'établir avec précision le taux de prévalence de l'automutilation non suicidaire, surtout dans les établissements correctionnels. Premièrement, comme ce type de données provient largement d'autodéclarations et s'accompagne de sentiments de honte parce que l'automutilation non suicidaire est socialement inacceptable, il se peut que tous les cas ne soient pas signalés. Deuxièmement, les incohérences dans la façon de définir l'automutilation non suicidaire risquent de mener à des surestimations lorsque les définitions sont trop générales ou à des sous-estimations lorsqu'elles sont trop restreintes. Troisièmement, il a été constaté que le recours à différentes sources de renseignements pour déterminer les taux de prévalence produisait des estimations fort variables (Whitehead, Johnson et Ferrence, 1973). Quatrièmement, les articles sur l'automutilation non suicidaire sont parfois difficiles à retracer, car ils sont publiés dans diverses revues spécialisées allant de la chirurgie esthétique à la criminologie (Feldman, 1988). Enfin, il n'est pas facile d'établir des estimations précises au sein des populations incarcérées en raison du taux de roulement élevé des détenus à l'intérieur des établissements (Gallagher et Dobrin, 2007). Pour calculer les taux de prévalence, les chercheurs peuvent utiliser le nombre moyen de places occupées, le nombre d'admissions dans les établissements, la population quotidienne moyenne ou la durée moyenne du séjour en milieu carcéral, ce qui donne des estimations disparates.

### **Les meilleures estimations des taux de prévalence**

L'étude la plus fiable portant sur l'estimation de la prévalence dans la population adulte générale est celle de Briere et Gil (1998). 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 = 64 %; 50 % d'hommes et 50 % de femmes). Quatre pour cent des répondants ont déclaré s'infliger occasionnellement des blessures, et seulement 0,3 % ont reconnu se livrer fréquemment à ce genre de pratique. Klonsky, Oltmanns et Turkheimer (2003) ont aussi relevé un taux de prévalence de 4 % dans un échantillon composé de 1 986 recrues militaires (62 % d'hommes), 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 non incarcérés, la prévalence de l'automutilation non suicidaire est plus élevée que chez les adultes. Les estimations de la prévalence dans ces populations vont de 6 % à 47 % (De Leo et Heller, 2004; Laye-Gindhu et Schonert-Reichl, 2005; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker et Kelley, 2007; Nixon, Cloutier et Jansson, 2008; Ross et Heath, 2002; Whitlock, Eckenrode et Silverman, 2006; Zoroglu et coll., 2003). Outre les difficultés générales concernant les taux de prévalence et mentionnées plus haut, les différences culturelles peuvent aussi être un facteur pertinent, étant donné que les études ont été réalisées dans plusieurs pays (p. ex., États-Unis, Australie, Canada et Turquie).

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. Les estimations des taux de prévalence chez les adolescents, dans les hôpitaux psychiatriques, sont même plus élevées, soit de 40 % à 80 % (Darche, 1990; DiClemente, Ponton et Hartley, 1991; Nock et Prinstein, 2004). Les patients d'établissements psychiatriques de 18 à 24 ans présentent des taux de prévalence élevés comparativement aux autres groupes d'âge (Sansone, Gaither, et Songer, 2002), ce qui ajoute du poids à la thèse voulant que l'automutilation non suicidaire soit plus fréquente chez les adolescents et les jeunes adultes.

**Les taux de prévalence dans les populations incarcérées.** Les populations incarcérées présentent un risque élevé de pratiquer l'automutilation non suicidaire comparativement à l'ensemble de la population. En effet, les taux de prévalence au sein de la population carcérale générale varient entre 1 % et 5 % (Fotiadou, Livaditis, Manou, Kaniotou, et Xenitidis, 2006; Maden, Chamberlain, et Gunn, 2000; Maden, Swinton, et Gunn, 1994; Smith et Kiminski, 2009; Toch, 1975; Western Australia Department of Justice, 2002). Toutefois, les estimations pour les délinquants qui reçoivent des services psychiatriques alors qu'ils sont incarcérés sont beaucoup plus élevées, allant de 15 % à 18 % (Western Australia Department of Justice, 2002; Young et coll., 2006). Des taux pouvant atteindre 53 % ont été relevés chez les détenus atteints de troubles mentaux (Gray et coll., 2003). Les personnes incarcérées ont probablement un penchant plus marqué pour l'automutilation non suicidaire avant même d'être admises dans un établissement correctionnel. Chez les détenus, les taux de prévalence de l'automutilation non suicidaire au

cours de leur vie se situent entre 15 % et 32 % (Fotiadou et coll., 2006; Maden, Chamberlain, et Gunn, 2000; Maden et al, 1994).

Bien qu'il ait été établi que l'automutilation risque d'être plus fréquente chez les populations plus jeunes, il est difficile de mesurer l'influence de l'âge sur l'automutilation chez les populations incarcérées, en raison de la surreprésentation générale des jeunes dans les prisons (Livingston, 1997). Les résultats des études sur la relation entre l'âge et l'automutilation chez les détenus sont variables : la relation est tour à tour corrélée négativement (SCC, 1981; Wilkins et Coid, 1991), corrélée positivement (Franklin, 1988) et non existante (Beto et Claghorn, 1968; Jones, 1986).

Il est encore plus difficile d'établir les taux de prévalence chez les femmes incarcérées que chez les détenus de sexe masculin, parce que les échantillons de femmes qui participent aux études sont habituellement de très petite taille (Howard League, 1999; Shea et Shea, 1991). Les recherches donnent à penser que les femmes incarcérées peuvent être jusqu'à 5,5 fois plus enclines à l'automutilation non suicidaire que les détenus de sexe masculin (Howard League, 1999). Dans le cadre d'une étude réalisée au SCC, McDonagh, Noël et Wichmann (2002) ont constaté que 25 % des 74 détenues sous responsabilité fédérale qui avaient participé à l'étude étaient à risque de se mutiler. De façon semblable, au Royaume-Uni, 23 % des femmes emprisonnées depuis deux ans ou plus ont déclaré avoir commis des actes l'automutilation non suicidaire au cours de leur peine (Howard League, 1999).

**La prévalence des différents types d'automutilation non suicidaire.** La prévalence des différents types d'automutilation reste encore à établir; toutefois, la vaste majorité des études indiquent que les blessures corporelles infligées sur la peau, surtout les coupures, sont la forme la plus fréquente de l'automutilation non suicidaire (p. ex., Briere et Gil, 1998; De Leo et Heller, 2004; Favazza et Conterio, 1989; Heney, 1990; Howard League, 1999; Langbehn et Pfohl, 1993; Maden, Chamberlain et Gunn, 2000; Nixon, Cloutier et Aggarwal, 2002; Rodham, Hawton et Evans, 2004). Les personnes qui s'infligent délibérément des blessures utilisent, pour la plupart, plus d'une méthode (Favazza et Conterio, 1989; Gratz, 2001; Herpertz, 1995; Whitlock et coll., 2006).

### **Les différences entre les sexes**

Il est généralement reconnu que les femmes sont plus portées que les hommes à se

mutiler, 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 (p. ex., Claes, Vandereycken et Vertommen, 2007; De Leo et Heller, 2004; Myers, 1982; Nixon et coll., 2008; Nock et Prinstein, 2004; Ross et Heath, 2002; Shea et Shea, 1991), 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 (Claes et coll., 2007; Howard League, 1999; Yates, 2004). Certaines études n'ont pas relevé de différences entre les sexes dans les taux de prévalence (Briere et Gil, 1998; Callias et Carpenter, 1994; DiClemente et coll., 1991; Jones, 1986; Klonsky et coll., 2003). Les stéréotypes culturels peuvent aussi contribuer à donner l'impression que les hommes ont moins souvent recours à l'automutilation non suicidaire parce 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 stéréotypes féminins fournissent peu d'excuses crédibles aux femmes pour expliquer leurs cicatrices (Favazza, 1996).

Les types d'automutilation non suicidaire que choisissent les femmes peuvent différer de ceux qui sont privilégiés par les hommes. Certaines données portent à croire 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; toutefois, ces différences ne sont pas établies hors de tout doute (Claes et coll., 2007; Laye-Gindhu et Schonert-Reichl, 2005; Nixon et coll., 2002). Selon les idées reçues, les hommes sont plus portés que les femmes à utiliser des moyens violents pour se mutiler (Hawton, 2000). Si les blessures que s'infligent les hommes sont plus graves, c'est peut-être que leur intention suicidaire est plus forte, que le défigurement les inquiète moins, qu'ils sont plus agressifs ou qu'ils savent mieux utiliser la violence comme moyen d'automutilation (Hawton, 2000).

### **Les différences ethniques**

Plusieurs études ont permis d'observer des différences ethniques dans la prévalence de l'automutilation non suicidaire, c'est-à-dire que 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 (Gratz, 2006; Guertin, Lloyd-Richardson, et Spiritio, 2001; Jones 1986; Maden, Chamberlain, et Gunn, 2000; Ross et Heath, 2002; Shea et Shea, 1991; Turell et

Armsworth, 2000). Certaines études n'ont pas relevé de taux plus élevés chez les Blancs (Whitlock et coll., 2006), mais aucune n'a démontré que ces derniers affichaient un taux de prévalence plus faible que les non-Blancs (Klonsky et Muehlenkamp, 2007).

### **Facteurs associés à l'automutilation non suicidaire**

Les symptômes et les diagnostics de maladie mentale sont relativement fréquents chez les personnes qui se mutilent, celles-ci formant un groupe hétérogène aux prises avec toutes sortes de problèmes psychologiques (Klonsky et coll., 2003; Nock et coll., 2006).

### **Le trouble de la personnalité limite**

Le trouble de la personnalité limite est un syndrome complexe de la maladie mentale, caractérisé par l'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et de l'affect, ainsi que par une impulsivité marquée (American Psychiatric Association, 2000; Paris, 2005). 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 les gestes, les menaces ou les comportements suicidaires récurrents ou le comportement automutilatoire.

Puisque le comportement automutilatoire et le comportement suicidaire sont l'un et l'autre un critère du trouble de la personnalité limite (selon le DSM-IV-TR), une forte corrélation entre le trouble de la personnalité limite et l'automutilation n'a rien d'étonnant. Dans une étude réalisée auprès de 1 986 recrues militaires, les sujets ayant des antécédents d'automutilation non suicidaire étaient deux fois plus nombreux à déclarer des symptômes du trouble de la personnalité limite (en excluant les critères de l'automutilation afin d'éviter toute confusion dans les résultats) que ceux qui n'avaient pas d'antécédents d'automutilation non suicidaire (Klonsky et coll., 2003). Une corrélation entre l'automutilation non suicidaire et le trouble de la personnalité limite a également été établie par d'autres études (Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico, et Gibb, 2005; Young et coll., 2006). Parmi les patients des hôpitaux psychiatriques qui se mutilent, ceux chez qui a été diagnostiqué un trouble de la personnalité limite souffrent parfois de troubles psychiatriques plus graves que ceux qui présentent d'autres troubles de la personnalité (Herpertz, 1995). La théorie donne à penser que les personnes qui répondent aux critères de diagnostic du trouble de la personnalité limite peuvent être moins aptes à contrôler leurs émotions et afficher des degrés plus élevés de réactivité émotionnelle, ce qui accroît le risque d'automutilation non suicidaire (Linehan, 1993).

## **Les événements traumatisants, les mauvais traitements et les familles dysfonctionnelles**

Une corrélation entre l'automutilation et des expériences de violence durant l'enfance a été relevée dans une pléthore d'études (p. ex., Borrill, Snow, Medlicott et Paton, 2003; Favazza et Conterio, 1989; Fillmore et Dell, 2000, 2005; Gladstone et coll., 2004; Gratz, Conrad et Roemer, 2002; Himber, 1994; Langbehn et Pfohl, 1993; Liebling, Chipchase et Velangi., 1997; Lipschitz et coll., 1999; Matsumoto et coll., 2005; Roe-Sepowitz, 2007; Shapiro, 1987; Turell et Armsworth, 2003; van der Kolk, Perry et Herman, 1991; Wiederman, Sansone et Sansone, 1999; Zlotnick et coll., 1996). Dans les échantillons provenant de la population générale et dans les échantillons cliniques, ceux qui pratiquent l'automutilation non suicidaire sont plus susceptibles d'avoir été victimes d'exploitation sexuelle durant l'enfance (Briere et Gil, 1998; Briere et Zaidi, 1989; DiClemente et coll., 1991). Cependant, une méta-analyse récente a révélé que la relation entre l'exploitation sexuelle durant l'enfance et l'automutilation non suicidaire était ténue et probablement attribuable au fait que cette violence sexuelle et l'automutilation non suicidaire sont corrélées avec les mêmes facteurs de risque (p. ex., les mauvais traitements physiques durant l'enfance, la démographie, les antécédents familiaux (Klonsky et Moyer, 2008). Un lien a également été constaté entre les femmes qui se mutilent et la violence conjugale (Fillmore et Dell, 2005).

Le mécanisme par lequel les mauvais traitements peuvent conduire à l'automutilation ne sont 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 (Prinstein et coll., 2008; Weierich et Nock, 2008). Il n'a pas été établi clairement si les sujets utilisent l'automutilation non suicidaire comme une façon de composer avec les émotions négatives associées à la violence, comme une façon d'imiter la violence dont ils ont été victimes dans le passé (le comportement violent devient « normal » pour la personne) ou si l'automutilation non suicidaire est le résultat d'un ou de plusieurs autres facteurs associés à l'expérience de mauvais traitements. De nombreuses personnes, victimes de violence alors qu'elles étaient enfants, ont un sentiment diminué de leur propre valeur et comprennent mal l'importance de prendre soin d'elles-mêmes, notamment de satisfaire leurs besoins fondamentaux pour assurer leur bien-être physique (Chu, 1998). Les types de blessures que s'infligent les personnes ayant de tels antécédents imitent parfois directement les actes de violence dont elles ont été victimes et sont en quelque sorte une façon de revivre le traumatisme initial (Connors, 1996). 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. Les sentiments d'impuissance que ressentent les enfants violentés se traduisent souvent, à l'âge adulte, par une incapacité d'autoguérison intérieure; l'automutilation devient alors une méthode extérieure d'autoguérison qu'ils utilisent pour composer avec les émotions extrêmement négatives résultant de l'événement traumatisant passé (Gallop, 2002).

### **La toxicomanie**

Les toxicomanes sont plus enclins à l'automutilation non suicidaire (Borrill et coll., 2003; Langbehn et Pfohl, 1993; Young, Justice et Erdberg, 2006). Comme c'est le cas pour les troubles alimentaires, certains auteurs considèrent la toxicomanie comme une forme d'autodestruction. La recherche n'a pas encore établi pourquoi il y a corrélation entre la toxicomanie et l'automutilation non suicidaire. La toxicomanie est particulièrement fréquente chez les populations carcérales : environ 69 % des détenus sous responsabilité fédérale ont des problèmes de toxicomanie (Kunic et Grant, 2006).

### **Le trouble de stress post-traumatique**

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est une perturbation psychologique qui se caractérise notamment par un ensemble de symptômes découlant d'une exposition à un événement extrêmement traumatisant (American Psychiatric Association, 2000). Une corrélation entre l'automutilation non suicidaire et le TPST a été constatée par de nombreuses études (Albach et Everaerd, 1992; Kisiel et Lyons, 2001; Prinstein et coll., 2008; Salina, Lesondak, Razzano et Weilbaecher, 2007; Weaver, Cahrd, Mechanic et Etzel, 2004; Weierich et Nock, 2008; Zlotnick, Mattia et Zimmerman, 1999). Une étude sur les victimes d'inceste a montré que 25 % des personnes répondant aux critères du TSPT se livrent également à l'automutilation non suicidaire (Albach et Everaerd, 1992).

Un lien entre le TSPT et l'automutilation non suicidaire a aussi été constaté chez les populations incarcérées. Il n'est pas étonnant de recenser des taux élevés de TSPT dans une population carcérale, car des données récentes donnent à penser que 86 % des femmes purgeant une peine de ressort fédéral ont été victimes de violence physique et 68 % de violence sexuelle, deux types de violence qui peuvent mener à un TSPT (SCC, 2008). Selon une étude américaine,

75 % des femmes toxicomanes qui ont des démêlés avec le système de justice pénale présentent aussi des symptômes du TSPT (Salina et coll., 2007). Compte tenu des taux élevés de TSPT, de violence antérieure et de toxicomanie chez les populations carcérales, les détenus sont probablement plus à risque de recourir à l'automutilation non suicidaire.

### **La dépression et l'anxiété**

Des études communautaires et médico-légales (Andover et coll., 2005; Klonsky et coll., 2003; Roe-Sepowitz, 2007; Ross et Heath, 2002) ont associé la dépression, l'anxiété et l'automutilation non suicidaire. 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 des patients traités pour une dépression à des personnes qui se mutilent n'a révélé aucune différence significative quant à la gravité de la dépression, telle que mesurée par l'inventaire de dépression de Beck, mais d'importantes différences quant aux types de symptômes dépressifs déclarés (Bennum, 1983). Par exemple, les patients (surtout des femmes) qui étaient traités pour une dépression 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 la perte de libido, tandis que les personnes pratiquant l'automutilation non suicidaire 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.

### **Les troubles alimentaires**

Les troubles alimentaires ont été associés aux tendances suicidaires et à l'automutilation non suicidaire, en particulier chez les personnes souffrant de boulimie et du type d'anorexie en deux phases – frénésie alimentaire / purgation (Baral, Kora, Yuksel et Sezgin, 1998; Claes, Vandereycken, et Vertommen, 2001, 2003; Favaro, Ferrara et Santonastaso, 2007; Favaro et Santonastaso, 1997 1998, 1999, 2000; Favazza, DeRosear et Conterio, 1989; Paul, Schroeter, Dahme et Nutzinger, 2002; Roe-Sepowitz, 2007; Turell et Armsworth, 2003; Whitlock et coll., 2006). Le pourcentage de personnes qui se mutilent et qui présentent aussi un trouble alimentaire se situerait entre 38 % et 79 % (Baral et coll., 1998; Favazza et Conterio, 1989; Turell et Armsworth, 2000).

Le lien entre les troubles alimentaires et l'automutilation non suicidaire n'est pas étonnant. À vrai dire, 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 (van der Kolk et coll., 1991). L'obsession pour les exercices physiques et les vomissements peut être utilisée comme une stratégie d'adaptation par l'évitement ou pour se libérer d'émotions négatives (défoulement) telles que la colère et la tension, de la même façon qu'est utilisée l'automutilation, et les deux peuvent mettre la vie d'une personne en danger (Goodsitt, 1983).

### **L'impulsivité, la colère et l'agression**

L'impulsivité combinée avec l'agression ou la colère peut précipiter les actes d'automutilation. Par exemple, 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.

Les hommes qui se mutilent, tant dans les hôpitaux psychiatriques que dans les établissements correctionnels, ont plus fréquemment recours à l'agression verbale et physique que ceux qui ne se livrent pas à cette pratique (Chowanec, Josephson, Coleman et Davis, 1991; Hillbrand, Krystal, Sharpe et Foster, 1994; Matsumoto et coll., 2005). Chez ces groupes, de faibles aptitudes à la résolution de problèmes non verbale peuvent contribuer au recours à l'agression dans les situations difficiles (Chowenac et coll., 1991). Des corrélats semblables ont été observés dans la collectivité (Laye-Gindhu et Schonert-Reichl, 2005).

### **L'attirance pour les personnes de même sexe et l'homosexualité**

Des études ont mis au jour une corrélation entre les tendances suicidaires, l'automutilation non suicidaire et l'attirance pour les personnes de même sexe dans divers échantillons de sujets et en utilisant différentes mesures de l'attirance pour les personnes de même sexe et de l'homosexualité. Dans un échantillon aléatoire stratifié 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, mais 63 % de ceux qui avaient des antécédents d'automutilation (Bagley et

Tremblay, 1997). Skegg, Nada-Raja, Dickson, Paul et Williams (2003) ont constaté que l'attrance pour des personnes de même sexe (sans activité homosexuelle) augmentait le risque d'automutilation tant chez les hommes que chez les femmes.

Une étude fondée sur l'auto-déclaration, à laquelle a participé un échantillon représentatif de la population hollandaise, a permis de constater qu'après prise en compte de la morbidité psychiatrique, la relation entre les tendances suicidaires et l'activité sexuelle récente avec une personne de même sexe disparaissait chez les femmes, mais demeurait importante chez les hommes (de Graaf, Sandfort et Have, 2006). Les hommes, même ceux qui déclaraient une faible attrance pour les autres hommes, étaient encore beaucoup plus nombreux à se mutiler que ceux qui disaient ne pas ressentir ce genre d'attrance, même en tenant compte de la morbidité psychiatrique. Des corrélations semblables ont été observées chez les adultes (Cochran et Mays, 2000; Herrell et coll., 1999) et les adolescents (DuRant, Krowchuk et Sinal, 1998; Faulkner et Cranston, 1998; Fergusson, Horwood et Beautrais, 1999; Garofalo, Wolf, Wissow, Woods et Goodman, 1999; Remafedi, French, Story, Resnick et Blum, 1998), bien que les faits témoignent d'une corrélation plus forte chez les hommes que chez les femmes.

## **Le suicide**

En dépit d'un certain recoupement des facteurs de risque (Muehlenkamp, 2005; Walsh, 2006), les différences entre les comportements suicidaires et l'automutilation non suicidaire ont été établies. Les détenus qui avaient fait des tentatives de suicide affichaient des symptômes et des antécédents cliniques différents de ceux qui s'étaient mutilés (Fulwiler, Forbes, Santangelo, et Folstein, 1997). L'automutilation non suicidaire et les tentatives de suicide sont des comportements distincts, mais il existe une corrélation entre les deux. Certaines données portent à croire que l'automutilation antérieure est de loin le meilleur prédicteur d'un éventuel suicide (Prinstein, 2008). Dans plusieurs études, (Matsumoto et coll., 2004; Matsumoto et coll., 2005; Nixon et coll., 2002; Pattison et Kahan, 1983), une corrélation a été établie entre l'automutilation non suicidaire, d'une part, et les tentatives de suicide passées et les idées suicidaires, d'autre part. De plus, le niveau d'intensité de l'intention suicidaire que déclare un détenu lorsqu'il se mutiler peut varier considérablement et ne coïncide pas nécessairement avec la gravité de la blessure (Dear, Thomson, et Hills, 2000). Brown, Comtois et Linehan (2002) ont relevé des différences entre les motifs avoués de l'automutilation non suicidaire et ceux d'une tentative de suicide.

Dans leur étude, l'automutilation non suicidaire est associée à un désir d'exprimer sa colère, de se punir, de faire naître des sentiments normaux et de fuir les émotions, tandis que les tentatives de suicide sont plus souvent attribuées à l'intention d'améliorer la vie des autres (c.-à-d. « de leur foutre la paix »). Toutefois, un recoupement a été observé dans un domaine : les deux groupes ont attribué leur comportement au besoin d'échapper à des émotions négatives.

Les individus qui se mutilent sont plus à risque de tenter de se suicider, mais bon nombre d'entre eux n'ont jamais essayé de s'enlever la vie. Une étude longitudinale portant sur un échantillon de 11 583 personnes qui se sont présentées à l'hôpital après avoir commis un acte d'automutilation non suicidaire, en Angleterre et au Pays de Galles, a révélé qu'après un an, 0,7 % des participants s'étaient suicidés et, qu'après 15 ans, 3 % des participants en avaient fait autant (Hawton, Zahl et Weatherall, 2003). Ces pourcentages sont beaucoup plus élevés que dans l'ensemble de la population (0,01% de la population canadienne se suicide chaque année; Statistique Canada, 2010), mais la vaste majorité des personnes qui sont allées à l'hôpital à la suite d'une acte d'automutilation non suicidaire ne sont pas mortes par suicide. Cependant, la même étude a révélé que les individus ayant à leur actif plusieurs actes d'automutilation non suicidaire étaient plus susceptibles de finir par se suicider que ceux qui n'en avaient qu'un seul (Hawton et coll., 2003; Zahl et Hawton, 2004).

Un examen systématique a permis de constater que, parmi les personnes qui s'étaient déjà mutilées, entre 15 % et 16 % avaient répété leur geste, sans qu'il soit mortel, cours de l'année suivante et entre 20 et 25 % au cours des quatre années suivantes (Owens, Horrocks, et House, 2002). Cet examen a également établi que le risque de suicide est beaucoup plus élevé chez les personnes qui se sont mutilées que dans l'ensemble de la population, mais que le pourcentage de suicide parmi celles qui s'infligent volontairement des blessures demeure faible, soit environ 1 % (Owens et coll., 2002). De plus, les détenus qui meurent par suicide sont proportionnellement plus nombreux à avoir des antécédents d'automutilation que les membres de la population générale (Eyland, Corben et Barton, 1997) et les détenus qui ont des comportements automutilatoires ont plus souvent des idées suicidaires que ceux qui ne le font pas. (Dear, Slattery et Hillan, 2001). Bien que les individus qui se mutilent peuvent avoir des tendances suicidaires, l'automutilation non suicidaire est distincte du comportement suicidaire (Allen, 1995; Battle et Pollitt, 1964).

## **Les motivations à l'origine de l'automutilation : pourquoi certaines personnes ont-elles un comportement automutilatoire?**

En dépit du grand nombre d'écrits sur la question, les essais de classification ne font aucunement mention des motivations possibles à l'origine de l'automutilation non suicidaire, car les études portent principalement sur les corrélats et les facteurs de risque (Nock et Prinstein, 2004). Outre la pénurie de recherches empiriques, il reste qu'une personne peut avoir plusieurs raisons de se mutiler, ce qui rend les motivations d'autant plus difficiles à cerner et que ces raisons peuvent changer au fil du temps (Kleindienst et coll., 2008; Klonsky et Muehlenkamp, 2007). Pourtant, il peut être essentiel de connaître ces motivations, si l'on veut traiter efficacement la personne et réduire le risque qu'elle répète le comportement.

## **Les modèles des motivations à l'origine de l'automutilation**

La section qui suit passe en revue les théories concernant la motivation à l'origine de l'automutilation et les preuves empiriques qui appuient chacune d'entre elles. La figure 2 présente un modèle de ces motivations, modèle basé principalement sur les travaux de Suyemoto (1998) et Klonsky (2007).

**Les modèles 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 non suicidaire et le milieu de vie d'une personne (Suyemoto, 1998). Le renforcement, la contagion et le comportement appris sont des modèles environnementaux.

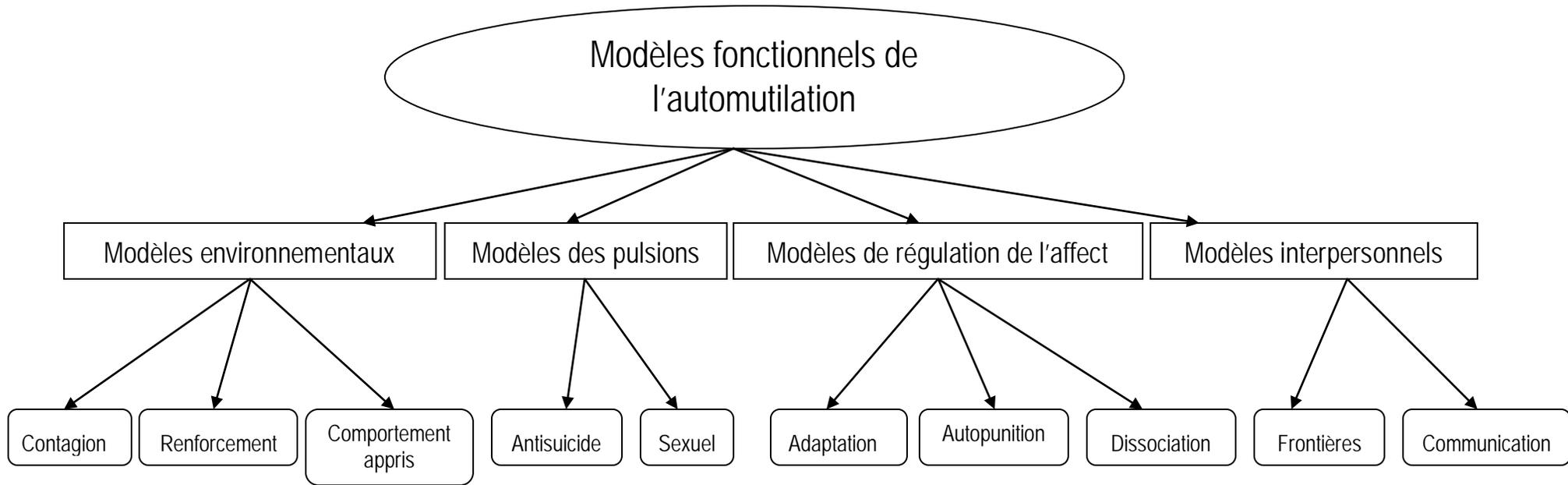
**Le modèle du renforcement.** Ce modèle pose comme hypothèse que les personnes pratiquent parfois l'automutilation afin d'en tirer des gratifications secondaires (p. ex., l'attention de la famille, des pairs et du personnel soignant; Suyemoto, 1998). Ces gratifications renforcent le comportement automutilatoire non suicidaire par conditionnement opérant (Skinner, 1938). Par exemple, certains recourront plus fréquemment à l'automutilation non suicidaire en raison du renforcement qu'ils ont reçu, qui peut être l'ajout d'une conséquence positive (p. ex., l'attention des proches) ou le retrait d'une conséquence négative (p. ex., une diminution des responsabilités). Les éléments probants les plus favorables à cette explication viennent de Brown et coll. (2002), qui ont constaté que des 75 femmes souffrant du trouble de la personnalité limite visées par leur étude, 61 % avaient avoué se mutiler pour accroître leur influence personnelle

(c.-à-d., pour communiquer avec les autres, pour obtenir l'aide des autres). Entre 17 et 40 % ont expliqué leurs gestes par le renforcement qu'elles en tiraient (Briere et Gil, 1998; Herpertz, 1995; Laye-Ginhu et Schonert-Reichl, 2005; Nock et Prinstein, 2004; Shearer, 1994).

L'influence interpersonnelle est parfois un facteur, mais n'est habituellement pas la principale motivation à l'origine de ce comportement. Collectivement, ces études fournissent un certain appui aux fonctions de renforcement de l'automutilation non suicidaire, bien que la majorité portent sur des populations d'adolescents; il faut donc réaliser de nouvelles recherches empiriques pour renforcer les éléments probants existants.

***Le modèle de la contagion.*** Les cas d'automutilation non suicidaire impliquant une personne qui a été témoin de tels comportements sont classés dans la catégorie « effet de contagion » (Walsh et Rosen, 1985). Les rapports sur le caractère contagieux de l'automutilation remontent à près d'un siècle, le premier rapport connu étant une description (Holdin-Davis, 1914) d'une épidémie de trichotillomanie dans un orphelinat. Depuis lors, d'autres comptes rendus d'épidémies semblables ont été publiés (Cookson, 1977; Matthews, 1968; Menninger, 1935; Offer et Barglow, 1960; Rosen et Walsh, 1989; Walsh et Rosen, 1985). De plus, une étude menée en laboratoire donne à penser que certaines personnes peuvent imiter le comportement agressif d'une autre personne (Berman et Walley, 2003), ce qui tend à confirmer l'existence de l'effet de contagion.

Figure 2. *Un modèle fonctionnel de l'automutilation*



Heney (1996) a constaté que des femmes purgeant une peine de ressort fédéral à la Prison des femmes de Kingston, en Ontario, ainsi que des membres du personnel de cet établissement, avaient signalé des épidémies d'automutilation sans pour autant attribuer ce phénomène à l'effet de contagion. Bon nombre de ces personnes estimaient que la « tension » ou des facteurs situationnels étaient largement à blâmer pour ces épidémies d'automutilation non suicidaire. Ainsi, dans la plupart des cas, les femmes ne copiaient pas le comportement des autres, mais étaient collectivement confrontées aux mêmes facteurs de stress, et leurs actes coïncidaient avec ces éléments déclencheurs. Ces épidémies n'ont cependant pas été confirmées quantitativement.

L'existence même de l'effet de contagion suscite encore des débats, car il n'y a pas suffisamment de preuves empiriques pour démontrer hors de tout doute l'existence d'un tel phénomène. Des études ont révélé que la majorité des participants (entre 73 % et 91 %) avouent avoir tout simplement songé à l'automutilation (c.-à-d. que cette idée ne venait pas d'une autre personne, des médias ou de leurs lectures; Favazza et Conterio, 1989; Nixon et coll., 2002; Nixon et coll., 2008). 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.

***Le modèle du comportement appris.*** La théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1973) est particulièrement pertinente dans le modèle du comportement appris, car elle met l'accent sur le renforcement vicariant, l'autorenforcement, les relations familiales et l'apprentissage par observation. Ce modèle pose comme hypothèse que les comportements automutilatoires non suicidaires 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 (Himber, 1994; Suyemoto, 1998). 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.

***Le modèle des pulsions.*** Le modèle des pulsions conceptualise l'automutilation non suicidaire 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 (Suyemoto, 1998). Le modèle des pulsions comprend le modèle antisuicide et le modèle sexuel.

***Le modèle antisuicide.*** Il n'est pas rare que les auteurs expliquent l'automutilation non suicidaire par une opposition au suicide (p. ex., Fillmore et Dell, 2000; Himber, 1994;

Menninger, 1938). Ici, l'automutilation non suicidaire est vue comme une stratégie d'adaptation active qui canalise les impulsions destructrices vers l'automutilation afin *d'éviter* le suicide (Firestone et Seiden, 1990), bien que ce type de comportement puisse accroître le risque de suicide accidentel. Quelques études quantitatives portant sur la fonction antisuicide de l'automutilation non suicidaire ont révélé qu'entre 41 % et 48 % des sujets étaient d'accord avec cette explication de leur comportement (Laye-Ginhu et Schonert-Reichl, 2005; Nixon et coll., 2002). Dans un échantillon de femmes chez qui avait été diagnostiqué le trouble de la personnalité limite, la fonction antisuicide a été classée au septième rang des dix-sept fonctions possibles (Shearer, 1994). Il existe donc des éléments probants de la motivation antisuicide, mais ils sont plutôt modestes (Klonsky, 2007).

**Le modèle sexuel.** Selon le modèle sexuel, l'automutilation non suicidaire peut être l'expression d'une attitude saine par rapport à la sexualité (p. ex., la gratification sexuelle qu'elle procure) ou d'une attitude malsaine (p. ex., utilisée pour éviter ou contrôler des pulsions sexuelles ou se punir pour avoir éprouvé des sensations sexuelles), les deux fonctions pouvant être présentes simultanément (Daldin, 1988; Friedman, Glasser, Laufer, Laufer et Wohl, 1972; Siomopoulos, 1974; Woods, 1988). Certaines personnes ont de la difficulté 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 (Cross, 1993). L'automutilation peut aussi être utilisée comme un moyen de purifier le corps de la saleté des sensations sexuelles ou de souvenirs traumatiques (Hewitt, 1997; Himber, 1994). La majorité des études qui soutiennent la thèse des motivations sexuelles pour expliquer l'automutilation non suicidaire sont des études de cas (Daldin, 1988; Himber, 1994; Kafka, 1969; Siomopoulos, 1974; Woods, 1988), des études théoriques (Cross, 1993; Hewitt, 1997) ou des rapports de données cliniques et d'observation obtenues dans un établissement psychiatrique et recueillies de manière non systématique (Friedman et coll., 1972; Pao, 1969). D'autres études seraient donc nécessaires pour déterminer la validité de ces hypothèses.

**Les modèles de régulation de l'affect.** Les modèles de régulation de l'affect sont omniprésents dans les écrits sur l'automutilation non suicidaire, et les éléments probants tendent à confirmer que la régulation de l'affect est la fonction la plus courante de l'automutilation non suicidaire (Klonsky et Muehlenkamp, 2007). De nombreux auteurs voient dans la régulation de l'affect la principale finalité de l'automutilation non suicidaire (p. ex., Claes, et coll., 2007;

Linehan, 1993; Nixon et coll., 2002; Nock et Prinstein, 2004; Rodham et coll., 2004). Cette explication englobe le modèle de l'adaptation, qui porte sur l'expression des émotions intenses et le soulagement que l'automutilation procure, et le modèle de la dissociation, qui considère l'automutilation non suicidaire comme une façon de mettre fin aux impressions désagréables de dissociation.

***Le modèle de l'adaptation.*** On estime généralement que l'automutilation non suicidaire est précédée par une période d'émotions négatives intenses (p. ex., la colère, la détresse, la tension) et est suivie d'une période de soulagement (Allen, 1995; Chu, 1998; Favazza et Conterio, 1989; Gardner et Gardner, 1975; Himber, 1994; Klonsky, 2007). Le recours à l'automutilation non suicidaire est donc une stratégie d'adaptation mésadaptée utilisée pour diminuer l'intensité de pensées et de sensations dérangeantes (Favazza, 1999). Le désir d'adaptation est le motif le plus largement reconnu de l'automutilation non suicidaire (Klonsky, 2007). Après avoir analysé 18 études empiriques sur les motivations à l'origine de l'automutilation non suicidaire, Klonsky (2007) a dégagé les conclusions suivantes :

- a) l'affect négatif aigu précède l'automutilation; b) après l'automutilation, l'affect est moins négatif et l'individu éprouve un soulagement; c) l'automutilation est le plus souvent pratiquée avec l'intention d'atténuer l'affect négatif; d) les simulations d'automutilation en laboratoire réduisent l'affect négatif et le niveau d'excitation.

[TRADUCTION]

Lorsqu'elles sont confrontées à un stresser qui pourrait précipiter le recours à l'automutilation non suicidaire, certaines personnes peuvent opter pour des stratégies d'adaptation moins efficaces, bien qu'il n'y ait pas de consensus clair sur ce qui constitue une « stratégie d'adaptation efficace », et que le processus d'adaptation soit considéré comme un processus multidimensionnel qui varie selon les situations (Folkman et Lazarus, 1980). Des études ont donné à penser que les détenus qui se mutilent utilisent des stratégies d'adaptation moins efficaces (Bonner et Rich, 1990; Liebling, 1992; Liebling et Krarup, 1993). Toutefois, les auteurs de ces études laissent entendre que l'inefficacité des stratégies d'adaptation est attribuable à d'autres facteurs (p. ex., davantage de problèmes avec les autres détenus, niveau de stress plus élevé, peu de soutiens sociaux) et n'ont pas évalué directement les stratégies d'adaptation, d'où l'impossibilité de déterminer la différence dans les stratégies d'adaptation

utilisées par les personnes qui se mutilent et celles qui ne le font pas.

Des études portant sur les populations incarcérées appuient également le modèle de l'adaptation. Dear, Thomson, Hall et Howells (1998) ont comparé 71 délinquants (64 hommes et 7 femmes) qui s'étaient mutilés à des témoins appariés et ont constaté que ceux qui s'étaient mutilés ont recours à des stratégies d'adaptation passablement différentes de celles choisies par ceux qui ne se mutilent pas. Les premiers étaient proportionnellement moins nombreux à utiliser une stratégie de résolution de problèmes ou une stratégie d'adaptation cognitive active, toutes deux considérées comme des stratégies plus adaptatives, et leur réaction d'adaptation était jugée moins efficace que celle du groupe témoin. Lors d'un suivi de cette étude, des évaluateurs à l'aveugle ont jugé que les stratégies utilisées par ceux qui s'étaient mutilés étaient moins appropriées aux situations avec lesquelles ils devaient composer (Dear et coll., 2001).

**Le modèle de l'autopunition.** Nombreux sont les écrits qui laissent entendre que l'automutilation non suicidaire est utilisée comme une forme d'autopunition. En fait, dans l'exposé de synthèse de Klonsky (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. Le pourcentage des participants aux études qui avaient fait état de ce motif était extrêmement variable, allant de 10 % à 83 % (Briere et Gil, 1998; Herpertz, 1995). Selon les données disponibles, l'autopunition est un motif à l'origine de l'automutilation non suicidaire, sans toutefois en être le *principal*, et de nombreuses études mettent l'accent sur *le principal* motif ou sur un classement par ordre d'importance des motifs qui conduisent à l'automutilation non suicidaire (Klonsky, 2007; Kumar, Pepe et Steer, 2004; Osuch, Noll et Putnam, 1999).

Selon les résultats des recherches effectuées à ce jour, les femmes sont plus portées que les hommes à se mutiler pour se punir (Claes et coll., 2007; Rodham et coll., 2004). 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 blâmer elles-mêmes et à se sentir responsables du mal qui leur a été fait (Motz, 2001; Shapiro, 1987).

**Le modèle de la dissociation.** Le modèle de la dissociation voit aussi l'automutilation non suicidaire 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

intenses qu'elle préférerait fuir, ou lorsqu'elle est confrontée à une expérience désagréable qu'elle préférerait éviter (Briere et Gil, 1998). Selon certains auteurs, l'automutilation non suicidaire peut provoquer ou accroître la dissociation (Himber, 1994; Kemperman, Russ et Shearin, 1997), mais la majorité d'entre eux sont d'avis que l'automutilation non suicidaire est utilisée pour mettre fin aux sentiments de dissociation en centrant l'attention sur l'expérience physique de la blessure (Allen, 1995; Briere et Gil, 1998; Pao, 1969; Simpson, 1975). En particulier, la vue du sang facilite la fin de l'expérience dissociative pour certains et peut donc être spécifiquement rattachée aux coupures comme forme d'automutilation non suicidaire (Simpson, 1975; van der Kolk et coll., 1991).

Les constatations empiriques au sujet du modèle de la dissociation sont multiples (Klonsky, 2007). Dans les études, les adhésions à ce modèle vont de 7 % à 9 % (Herpertz, 1995; Shearer, 1994) à 54 % ou 60 % (Brown et coll., 2002; Favazza et Conterio, 1989; Penn, Esposito, Schaeffer, Fritz et Spirito, 2003). Des études ont permis de constater que les personnes qui se mutilent sont plus susceptibles de vivre une expérience de dissociation (Gratz et coll., 2002; Zlotnick et coll., 1996). Dans une étude phénoménologique (étude qui explore la signification subjective des faits et des expériences décrits par les participants au lieu de tenter de valider des hypothèses préexistantes) portant sur des femmes incarcérées, 26 % des participantes ont déclaré avoir éprouvé un sentiment de dépersonnalisation ou de déréalisation immédiatement après s'être mutilées (Smith et Osbourne, 2003; Wilkins et Coid, 1991).

**Les modèles interpersonnels.** Selon les modèles interpersonnels, l'automutilation non suicidaire 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.

**Le modèle des frontières.** Le modèle des frontières s'articule autour du besoin d'affirmer les frontières du soi face à des émotions qui sont tellement intenses que la personne a l'impression qu'elle pourrait se faire engouffrer par elles (Carroll, Shaffer, Spensley et Abramowitz, 1980; Kafka, 1969; Woods 1988). Lorsque confrontés à une situation d'abandon, certains éprouvent de la colère à l'endroit de la personne qui les abandonne et se reprochent aussi les besoins qu'ils ont (Woods, 1988). La colère qui est simultanément dirigée vers l'extérieur et vers l'intérieur peut créer un sentiment de confusion auquel l'automutilation non suicidaire met fin. Les preuves empiriques de cette fonction de l'automutilation non suicidaire sont plutôt

modestes (Klonsky, 2007); entre 22 % et 26 % des participants à des études sur le phénomène de l'automutilation non suicidaire attribuent leur comportement à ce motif (Briere et Gil, 1998; Shearer, 1994).

En plus de permettre d'échapper aux sentiments négatifs, l'automutilation non suicidaire peut même être une source de satisfaction (Himber, 1994). La colère ressentie à l'endroit 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 (Briere et Gil, 1998; Friedman et coll., 1972; Offer et Barglow, 1960; Woods, 1988). Certains souhaitent éprouver une douleur physique pour remplacer la douleur émotionnelle qu'ils ressentent ou encore pour l'exprimer ou la rendre légitime (Leibenluft, Gardner et Cowdry, 1987). La douleur physique peut aussi être perçue comme plus facile à contrôler, et le fait de transformer la douleur émotionnelle en douleur physique peut donner au sujet l'impression qu'elle est moins écrasante (Friedman et coll., 1972).

***Le modèle de la communication.*** Pour certains, l'automutilation non suicidaire 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 (Himber, 1994; Liebling et coll., 1997; Rosen, Walsh et Rode, 1990). Nombreux sont ceux qui gardent secrets leurs actes d'automutilation et en ont honte, mais certains veulent que les autres soient témoins des blessures qu'ils se sont infligées, comme s'il s'agissait d'une forme de communication (Himber, 1994; Liebling et coll., 1997).

L'automutilation non suicidaire peut aussi communiquer un besoin ou un désir d'être pris en charge, ce que traduit fort bien l'expression courante « appeler à l'aide » (Fillmore et Dell, 2000). 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 dommages corporels, notamment les blessures et les cicatrices, 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 non suicidaire, 63 % ont indiqué vouloir ainsi communiquer leur détresse aux autres. Une autre étude auprès de femmes pour qui l'automutilation était devenue une habitude a révélé que la moitié s'infligeaient des blessures en présence d'une autre personne, ce qui peut indiquer un désir irrésistible de se mutiler sur-le-champ ou d'utiliser l'automutilation pour manipuler les autres ou communiquer avec eux (Favazza et Conterio, 1989).

## **Les effets de l'institutionnalisation sur l'automutilation non suicidaire**

Certains sont d'avis que le phénomène de l'automutilation non suicidaire est le même syndrome quel que soit l'endroit où il se produit, mais les populations institutionnalisées (c.-à-d. celles des établissements correctionnels ou psychiatriques) sont uniques à bien des égards. Comme on l'a mentionné plus haut, les personnes incarcérées sont plus à risque de se mutiler. Les populations institutionnalisées sont les seules à être entourées d'autres personnes qui présentent un risque accru de se livrer à des actes d'automutilation non suicidaire et d'éprouver d'autres problèmes de santé mentale, alors qu'elles résident dans un milieu sur lequel elles n'ont guère de contrôle. Il a également été démontré que la prévalence de l'automutilation non suicidaire chez les délinquants avant leur incarcération pouvait être supérieure à celle observée chez des échantillons constitués de membres de la collectivité (Jones, 1986).

Certains auteurs ont laissé entendre que le milieu correctionnel et la façon de réagir à l'automutilation dans les établissements correctionnels pourraient être des causes directes de l'automutilation non suicidaire (Kilty, 2006; Thomas, Leaf, Kazmierczak, et Stone, 2006). Certaines données révèlent que les comportements automutilatoires peuvent débuter après l'arrivée en prison (Ross, McKay, Palmer et Kenny, 1978; Snow, 1997). Théoriquement, de nombreuses raisons peuvent expliquer pourquoi l'incarcération risque d'accroître les incidents d'automutilation non suicidaire, ce qui comprend la peur, le manque de contrôle sur sa vie, l'isolement et la privation de drogues ou d'alcool (Howard League, 1999). Des femmes incarcérées et des patientes d'hôpitaux psychiatriques ont attribué leurs actes d'automutilation à la colère ressentie à l'endroit des membres du personnel, à leur sentiment de perte de contrôle et de liberté, à leur désir de manipuler les autres et à leur manque d'accès à d'autres formes de distraction de leurs pensées négatives (Fillmore et Dell, 2000; Franklin, 1988; Liebling et coll., 1997).

Il est difficile de dire si l'incarcération est la cause de l'automutilation non suicidaire ou si les personnes incarcérées sont proportionnellement plus nombreuses à s'être déjà mutilées avant leur prise en charge par le système correctionnel. Comme il est impossible de désigner au hasard les personnes qui seront incarcérées, aucune déclaration causale ne peut être faite au sujet des effets de l'institutionnalisation sur l'automutilation non suicidaire. La meilleure approche en ce domaine consisterait à réaliser des études longitudinales à cycles multiples qui permettraient aux chercheurs d'inférer la causalité, mais aucune étude de ce genre n'a encore été menée. Selon

Maden, Chamberlain et Gunn (2000), le lien entre l'automutilation et le milieu correctionnel est trop complexe pour être expliqué par une relation causale directe. Dans leur échantillon de 1 741 détenus de sexe masculin, ces chercheurs ont constaté que l'automutilation était rattachée au trouble névrotique et au trouble de la personnalité, et qu'elle ne pouvait pas être expliquée seulement par le stress environnemental. Le petit nombre d'études sur ce sujet et les conclusions contradictoires des études existantes mettent en lumière une faille importante dans les recherches : l'inventaire des cheminements individuels qui mènent à l'automutilation non suicidaire et l'effet (s'il y a lieu) du milieu correctionnel sur ces cheminements.

Le fait de savoir si les délinquants commencent à se mutiler avant ou après leur admission dans un établissement et de pouvoir cerner les changements de comportement qui s'opèrent après l'admission, procurerait des renseignements clés sur l'effet du milieu correctionnel sur l'automutilation. Certains délinquants peuvent utiliser l'automutilation comme moyen de faire face à des sentiments négatifs et, par conséquent, recourir à l'automutilation non suicidaire pour composer avec les sentiments négatifs liés à l'incarcération. L'automutilation non suicidaire n'est peut-être donc pas un nouveau comportement, mais le fait d'être incarcéré peut simplement constituer une autre source de sentiments négatifs avec lesquels le délinquant doit composer. Il est fort possible que les personnes présentant un risque plus élevé d'être incarcérées ou d'être internées soient également plus à risque de se mutiler (c.-à-d. que l'automutilation non suicidaire et l'institutionnalisation peuvent tout simplement avoir des corrélats similaires). Il faut réunir d'autres éléments probants pour comprendre la relation entre l'automutilation non suicidaire et l'institutionnalisation.

### **Résumé des motifs à l'origine de l'automutilation**

De nombreux modèles théoriques ont été proposés pour expliquer les motifs à l'origine de l'automutilation non suicidaire. Bien qu'il faille réaliser d'autres études pour mieux valider certains de ces modèles, la recherche actuelle semble appuyer la thèse des cheminements et des motivations multiples qui déclenchent et font perdurer ce comportement. À ce jour, un seul article publié a tenté de valider empiriquement les cheminements qui mènent à l'automutilation, et l'échantillon utilisé pour cette étude était exclusivement constitué de femmes dépressives ayant été victimes de mauvais traitements sexuels durant leur enfance (Gladstone et coll., 2004). Les personnes qui se mutilent forment fort probablement un groupe hétérogène. Une typologie

empirique pourrait aider à organiser cette diversité en un système plus utile pour orienter l'évaluation du risque et le traitement de ces personnes.

### **Résumé de la recherche actuelle**

En dépit des nombreux rapports qui portent sur l'automutilation, il faudrait pousser plus loin la recherche afin d'en arriver à une compréhension exacte et complète de ce comportement. Il n'y a guère d'études empiriques à grande échelle qui évaluent correctement l'automutilation non suicidaire chez les populations incarcérées. L'information de base telle que la prévalence du comportement n'est pas encore bien établie. Les meilleures estimations situent ce taux de prévalence à 4 % chez la population adulte générale et à entre 1 % et 5 % chez la population carcérale générale. Chez les femmes incarcérées, ces taux seraient plus élevés, soit 23 % selon les meilleures estimations. Les délinquants aux prises avec des problèmes de santé mentale ont le plus haut taux de prévalence déclaré; les estimations pour ce groupe atteignent jusqu'à 53 %. Indépendamment du taux de prévalence, les coupures sont la forme la plus fréquente d'automutilation non suicidaire.

On a tenté à plusieurs reprises de mettre au point un système de classification qui serait utile aux chercheurs et aux cliniciens, mais aucun système efficace n'a encore été créé et aucun système n'est largement utilisé. Un système de classification dérivé de données empiriques et tenant compte de l'environnement particulier d'un établissement correctionnel aiderait à mieux comprendre l'automutilation et à orienter le traitement vers les besoins particuliers des individus à risque.

Bien que le processus menant à l'adoption et au maintien d'un comportement automutilatoire n'ait pas encore été établi par la recherche, ce type de comportement a été mis en corrélation avec de nombreux autres comportements et affections, y compris le trouble de la personnalité limite, les antécédents de traumatisme et de mauvais traitements, le trouble du stress post-traumatique, la dépression, les troubles alimentaires, l'attirance vers des personnes de même sexe, l'homosexualité, l'impulsivité, la colère et l'agression. Une corrélation a également été établie avec le suicide, mais il s'agit là d'un comportement distinct de l'automutilation non suicidaire.

On a proposé toutes sortes de motifs pour expliquer l'automutilation, mais peu ont été empiriquement validés. La thèse du recours à l'automutilation pour composer avec des émotions

négatives est celle qui obtient le plus d'appui. Il y a probablement de nombreux motifs sous-jacents à l'automutilation qui se recoupent entre la population carcérale et la population non emprisonnée, mais il existe peut-être aussi des motivations propres aux personnes incarcérées.

La présente analyse documentaire a été menée dans le but de déterminer l'état actuel des connaissances sur l'automutilation ainsi que les brèches à combler pour guider la recherche future sur ce phénomène dans les établissements du SCC. À la lumière des études disponibles, les approches et les politiques actuelles du SCC concernant l'automutilation non suicidaire seront analysées, et les résultats de cette analyse serviront à élaborer un plan réaliste de recherches futures. La section qui suit passe brièvement en revue la politique qui guide présentement la réaction du SCC face à un comportement automutilatoire.

### **Le comportement automutilatoire dans les établissements du SCC : les approches et les politiques existantes**

Au SCC, c'est la Directive du commissaire n° 843 qui définit la politique officielle concernant la prévention et la gestion du suicide et des actes d'automutilation ainsi que la façon d'y réagir à l'intérieur des établissements correctionnels (SCC, 2009). Conformément à ce document, les délinquants suicidaires ou portés à se mutiler ne doivent pas être punis pour leurs actes d'automutilation. Cependant, tout détenu présentant un risque élevé de suicide ou d'automutilation peut être placé dans une cellule d'observation (une forme d'isolement) lorsque l'on estime qu'il y a un risque imminent de suicide ou d'automutilation, ou lorsque d'autres mesures n'ont pas permis ou ne permettront pas de réduire ce risque à un niveau acceptable. Cet isolement vise à assurer la sécurité du détenu en facilitant l'observation de son comportement, mais est souvent perçu comme une punition par l'intéressé ou par d'autres qui n'ont pas de connaissance approfondie du cas. Le placement d'une personne en isolement peut être vu comme une mesure punitive et accroître son sentiment de solitude et, par conséquent, exacerber le problème, car les détenus peuvent être portés à se mutiler en réaction à la solitude qu'ils ressentent (Fillmore et Dell, 2000; Kilty, 2006; Lanes, 2009). L'isolement peut même avoir pour effet de rapprocher dans le temps les épisodes d'automutilation non suicidaire (Lanes, 2009).

Les membres du personnel sont autorisés à utiliser du matériel de contrainte pour réduire le risque d'automutilation (SCC, 2008). Ce matériel n'est utilisé que dans les cas où des interventions moins restrictives, par exemple des interventions verbales, sont jugées inefficaces

et que le détenu risque de se blesser gravement. Comme pour les cellules d'observation, le recours au matériel de contrainte est souvent perçu comme une mesure punitive par la personne portée à se mutiler et d'autres personnes qui ne connaissent pas le cas, en dépit du fait que ce genre de matériel est parfois fort utile pour assurer la sécurité de la personne en cause. En ce qui concerne l'automutilation, la priorité actuelle du SCC est de réduire la gravité des blessures qu'une personne s'inflige; il faut donc établir un équilibre entre les perceptions négatives qu'ont les détenus de ces genres d'interventions et la priorité d'assurer leur sécurité.

La politique du SCC décrit également en détail le processus de communication qui doit être mis en place dès que l'on constate qu'un détenu a des pensées suicidaires et songe à l'automutilation (SCC, 2009). Ce processus de communication permet de s'assurer que le personnel est au courant du risque accru de suicide que présente le détenu et que sont prises les mesures de traitement et de surveillance appropriées. Tous les membres du personnel qui sont régulièrement en interaction avec les détenus sont tenus de suivre la formation sur la sensibilisation au suicide (SCC, 2009), qui vise, entre autres, à les aider à reconnaître les signes précurseurs de l'automutilation et à intervenir de façon efficace.

### **Les répercussions sur les politiques et la recherche : conclusions et orientations futures**

Le présent document présente un résumé des écrits existants sur l'automutilation. Même si de nombreuses études ont été réalisées, il reste d'importants points à examiner. Les systèmes de classification actuels sont insuffisants, en particulier pour les populations incarcérées; pourtant, un système empirique fournirait un cadre de travail fort utile pour traiter et gérer les détenus qui se mutilent. Des renseignements fiables sur la prévalence de l'automutilation non suicidaire dans les établissements du SCC permettraient de définir avec plus d'exactitude la quantité et la nature des ressources nécessaires pour s'attaquer à ce problème, en plus de fournir un point de référence qui pourrait être utilisé pour déterminer si les taux d'automutilation non suicidaire changent au fil du temps. Les actes d'automutilation non suicidaire ne sont probablement pas les mêmes chez les hommes et chez les femmes et, peut-être aussi, chez les différents groupes ethniques. D'autres recherches sur ces différences permettraient d'élaborer des stratégies de traitement et de gestion des comportements automutilatoires non suicidaires mieux adaptées aux besoins des hommes et des femmes ainsi qu'aux différentes cultures.

Plus important encore, on ne connaît pas encore de façon claire les motifs qui incitent à l'automutilation non suicidaire et on ignore aussi comment ce comportement est déclenché et perdure au fil du temps. Le recours à l'automutilation non suicidaire comme mécanisme d'adaptation est probablement une motivation importante, mais cette seule explication est trop simpliste pour donner un portrait global de ce phénomène dans les établissements correctionnels. Il faut aussi élucider l'effet, s'il y a lieu, de l'institutionnalisation sur ce type de comportement. Pour être en mesure d'élaborer des stratégies efficaces de lutte contre l'automutilation, ce qui comprend le déploiement d'efforts pour la réduire et, au bout du compte, la prévenir, il est essentiel de mieux comprendre comment le comportement automutilatoire non suicidaire se développe et se maintient.

Les recherches effectuées par le SCC sur l'automutilation sont probablement trop anciennes pour refléter le milieu actuel et pour permettre de répondre aux questions clés (SCC, 1981; Heney, 1990; Wichmann et coll., 2002). La sécurité du personnel et des détenus dans les établissements et la capacité de répondre aux besoins en santé mentale des détenus sont deux des priorités du SCC. Le suicide et l'automutilation dans les établissements du SCC constituent une menace pour la santé mentale et la sécurité physique des détenus et du personnel. D'autres études sont nécessaires pour accroître la sécurité dans les établissements correctionnels ainsi que la capacité du personnel d'intervenir efficacement auprès des détenus qui adoptent ces comportements. La Direction de la recherche du SCC mène présentement des études nationales sur l'automutilation non suicidaire chez les délinquants et les délinquantes. Ces études cherchent à remédier à l'insuffisance actuelle des connaissances et à orienter les traitements et les politiques futurs en matière d'automutilation non suicidaire.

## Bibliographie

- ALBACH, F. et W. EVERAERD. « Posttraumatic stress symptoms in victims of childhood incest », *Psychotherapy and psychosomatics*, vol. 57, n° 4, p. 143-151, 1992.
- ALLEN, C. « Helping with deliberate self-harm: some practical guidelines », *Journal of Mental Health*, vol. 4, n° 3, p. 243-250, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 2003.
- AMICUS BRIEF TO THE SUPREME COURT OF THE UNITED STATES. Brief of professors and practitioners of psychology and psychiatry as amicus curiae in support of respondents, *Supreme Court of the United States* (N° 04-495), 2005.
- ANDOVER, M., C. PEPPER, K. RYABCHENKO, E. ORRICO et B. GIBB. « Self-Mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder », *Suicide & life-threatening behaviour*, vol. 35, n° 5, 581-591, 2005.
- BAGLEY, C. et P. TREMBLAY. « Suicidal behaviors in homosexual and bisexual males », *Crisis*, vol. 18, n° 1, p. 24-34, 1997.
- BANDURA, A. *Aggression: A social learning analysis*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1973.
- BARAL, I., K. KORA, S. YUKSEL et U. SEZGIN. « Self-Mutilating Behavior of Sexually Abused Female Adults in Turkey », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 13, n° 4, p. 427-437, 1998.
- BATTLE, R. J. V. et J. D. POLLITT. « Self-inflicted injuries », *British Journal of Plastic Surgery*, n° 17, p. 400-412, 1964.
- BENNUM, I. « Depression and hostility in self-mutilation », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, n° 13, p. 71-84, 1983.
- BERMAN, M. E. et J. C. WALLEY. « Imitation of Self-Aggressive Behavior: An Experimental Test of the Contagion Hypothesis », *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 33, n° 5, p. 1036-1031 et 1057, 2003.

- BETO, D. R. et J. L. CLAGHORN. « Factors associated with self-mutilation within the Texas Department of Corrections », *American Journal of Correction*, n° 5, p. 25-27, 1968.
- BONNER, R.L. et A.R. RICH. « Psychosocial vulnerability, life stress, and suicide ideation in a jail population: A cross-validation study », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, n° 20, p. 213-224, 1990.
- BORRILL, J., L. SNOW, R.T. MEDLICOTT et J. PATON. « Learning from ‘Near Misses’: Interviews with Women who Survived an Incident of Severe Self-Harm in Prison », *The Howard Journal*, vol. 44, n° 1, p. 57-69, 2003.
- BRIERE, J. et E. GIL. « Self-mutilation in clinical and general population sample: prevalence, correlates, and functions. », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 68, n° 4, p. 609-620, 1998.
- BRIERE, J. et L. Y. ZAIDI. « Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 146, n° 12, p. 1602-1606, 1989.
- BROWN, M. Z., K. A. COMTOIS et M. M. LINEHAN. « Reasons for Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in Women With Borderline Personality Disorder », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 111, n° 1, p. 198-202, 2002.
- CALLIAS, C. G. et M. D. CARPENTER. « Self-injurious behavior in a state psychiatric hospital », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 45, n° 2, p. 170-172, 1994.
- CARROLL, J., C. SCHAFFER, J. SPENSLEY et A. I. ABRAMOWITZ. « Family Experiences of Self-Mutilating Patients », *American Journal of Psychiatry*, vol. 137, n° 7, p. 852-853, 1980.
- CHOWANEC, G. D., A. M. JOSEPHSON, C. COLEMAN et H. DAVIS. « Self-harming behavior in incarcerated male delinquent adolescents », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 30, n° 2, p. 202-207, 1991.
- 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.
- CLAES, L. et W. VANDEREYCKEN. « Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation », *Comprehensive Psychiatry*, n° 48, p. 137-144, 2007.
- CLAES, L., W. VANDEREYCKEN et H. VERTOMMEN. « Self-injurious behaviors in eating-disordered patients », *Eating Behaviors*, n° 2, p. 263-272, 2001.

- CLAES, L., W. VANDEREYCKEN et H. VERTOMMEN. « Eating-disordered Patients With and Without Self-injurious Behaviours: A Comparison of Psychopathological Features », *European Eating Disorders Review*, n° 11, p. 379-396, 2003.
- CLAES, L., W. VANDEREYCKEN et H. VERTOMMEN. « Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation », *Personality and Individual Differences*, n° 42, p. 611-621, 2007.
- COCHRAN, S. D. et V. M. MAYS. « Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III », *American Journal of Public Health*, vol. 90, n° 4, p. 573-578, 2000.
- CONNORS, R. « Self-injury in trauma survivors: 1. Functions and Meanings », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 66, n° 2, p. 197-206, 1996.
- COID, J., J. WILKINS, B. COID et B. EVERITT. « Self-mutilation in female remanded prisoners II: a cluster analytic approach towards identification of a behavioural syndrome », *Criminal Behaviour and Mental Health*, n° 2, p. 1-14, 1992.
- COOKSON, H. M. « A survey of self-injury in a closed prison for women », *British Journal of Criminology*, vol. 17, n° 4, p. 332-347, 1977.
- CROSS, L. « Body and self in feminine development: Implications for eating disorders and delicate self-mutilation », *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 57, n° 1, p. 41-68, 1993.
- DALDIN, H. J. « A contribution to the understanding of self-mutilating behaviour in adolescence », *Journal of Child Psychotherapy*, n° 14, p. 61-66, 1988.
- DARCHE, M.A. « Psychological factors differentiation self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females », *Psychiatric Hospital*, n° 21, p. 31-35, 1990.
- DE GRAAF, R., T. G. M. SANDFORT et M. HAVE. « Suicidality and sexual orientation: differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands », *Archives of Sexual Behavior*, vol. 35, n° 3, p. 253-262, 2006.
- DEHART, D.D., H.P. SMITH et R.J. KAMINSKI. « Institutional responses to self-injurious behaviour among inmates », *Journal of Correctional Health Care*, vol. 15, n° 2, p. 129-141, 2009.
- DE LEO, D. et T. S. HELLER. « Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. », *The Medical Journal of Australia*, vol. 181, n° 3, p. 140-144, 2004.

- DE LEO, D., S. BURGIS, J.M. BERTOLOTE, A.J.F.M. KERKHOF et U. BILLE-BRAHE. « Definitions of Suicidal Behavior », *Crisis*, vol. 27, n° 1, p. 4-15, 2006.
- DEAR, G. E., J.L. SLATTERY et R.J. HILLAN. « Evaluations of the quality of coping reported by prisoners who have self-harmed and those who have not », *Suicide and Life Threatening Behaviour*, vol 31, n° 4, p. 442-450, 2001.
- DEAR, G. E., D. M. THOMSON, G. J. HALL et K. HOWELLS. « Self-inflicted injury and coping behaviours in prisons », *Suicide Prevention* (p. 189-199). New York: Plenum Press, R. J. Kosky, H. S. Eshkevvari, R. D. Goldney, R. Hassan (sous la dir.), 1998.
- DEAR, G. E., D.M THOMSON et A.M. HILLS. « Self-harm in prison: Manipulators can also be suicide attempters », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 27, n° 2, p. 160-175, 2000.
- DICLEMENTE, R. J., L.E. PONTON et D. HARTLEY. « Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 30, n° 5, p. 735-739, 1991.
- DURANT, R. H., D. P. KROWCHUK (M.D.) et S. H. SINAL. « Victimization, use of violence, and drug use at school among male adolescents who engage in same-sex sexual behavior », *Journal of Pediatrics*, vol. 133, n° 1, p. 113-118, 1998.
- EYLAND, S., S. CORBEN et J. BARTON. « Suicide Prevention in New South Wales Correctional Centres », *Crisis*, vol. 18, n° 4, p. 163-169, 1997.
- FAULKNER, A. H. et K. CRANSTON. « Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students », *American Journal of Public Health*, n° 88, p. 262-266, 1998.
- 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, n° 1, p. 122-131, 2007.
- FAVARO, A. et P. SANTONASTASO. « Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates », *Acat Psychiatrica Scandinavica*, n° 95, p. 508-514, 1997.
- 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, n° 3, p 157-165, 1998.

- FAVARO, A. et P. SANTONASTASO. Different Types of Self-Injurious Behavior in Bulimia Nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 40, n° 1, p. 57-60, 1999.
- FAVARO, A. et P. SANTONASTASO. « Self-injurious behavior in anorexia nervosa », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 188, n° 8, p. 537-542, 2000.
- FAVAZZA, A. R. *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2<sup>e</sup> édition), Londres, John Hopkins University Press Ltd, 1996.
- FAVAZZA, A. R. « The Coming of Age of Self-Mutilation », *The Journal of Nervous & Mental Disease*, vol. 186, n° 5, p. 259-268, 1998.
- 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.
- FAVAZZA, A. R. et K. CONTERIO. « Female habitual self-mutilators », *Acat Psychiatrica Scandinavica*, n° 79, p. 283-289, 1989.
- FAVAZZA, A. R., L. DEROSEAR et K. CONTERIO. « Self-mutilation and eating disorders », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 19, n° 4, p. 352-361, 1989.
- FAVAZZA, A. R. et D. SIMEON. « Self-mutilation », *Impulsivity and aggression*, New York, John Wiley, E. Hollander et D. Stein (sous la dir.), p. 185-200, 1995.
- FAVAZZA, A.R. et R.J. ROSENTHAL. « Varieties of pathological self-mutilation », *Behavioural Neurology*, vol. 3, no. 2, p. 77-85, 1990.
- FELDMAN, M. D. « The Challenge of Self-Mutilation: A Review ». *Comprehensive Psychiatry*, vol. 29, no 3, p. 252-269, 1988.
- FERGUSON, D. M., L. J. HORWOOD et A. L. BEAUTRAIS. « Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? », *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, p. 876-880, 1999.
- FILLMORE, C. et C. A. Dell. *Prairie women, violence and self-harm*, Winnipeg, Elizabeth Fry Society of Manitoba, 2000.
- FILLMORE, C. J. et C. A. DELL. *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.

- FIRESTONE, R. W. et R. H. SEIDEN. Suicide and the Continuum of Self-Destructive Behavior. *Journal of American College Health*, n° 38, 207-213, 1990.
- FOLKMAN, S. et R. S. LAZARUS. « An analysis of coping in a middle-aged community sample », *Journal of Health and Social Behavior*, n° 21, p. 219-239, 1980.
- FOTIADOU, M., M. LIVADITIS, I. MANOU, E. KANIOTOU et K. XENITIDIS. « Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners », *International Journal of Law and Psychiatry*, n° 29, p. 68-73, 2006.
- FRANKLIN, R. K. « Deliberate self-harm: Self-injurious behaviour within a correctional mental health population », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 15, n° 2, p. 210-218, 1988.
- FRIEDMAN, M., M. GLASSER, E. LAUFER, M. LAUFER et M. WOHL. « Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from a psychoanalytic research project », *International Journal of Psycho-Analysis*, n° 53, 179-183, 1972.
- FULWILER, C., C. FORBES, S. L. SANTANGELO et M. FOLSTEIN. « Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners », *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 25, n° 1, 69-77, 1997.
- GALLAGHER, C. A. et A. DOBRIN. « Risk of suicide in juvenile justice facilities: the problem of rate calculations in high-turnover populations », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 34, n° 10, p. 1363-1376, 2007.
- 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, n° 1, p. 20-26, 2002.
- GARDNER, A. R. et A. J. GARDNER. « Self-mutilation, obsessionality and narcissism », *British Journal of Psychiatry*, n° 127, p. 127-132, 1975.
- GAROFALO, R., R. C. WOLF, L. S. WISSOW, E. R. WOODS et E. GOODMAN. « Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, n° 153, 487-493, 1999.
- GASEAU, M. et M. MANDEVILLE. « New directions in community corrections: The move towards evidence-based practices », *Corrections Connection*, p. 1-8, 2005.

- GLADSTONE, G. L., G. B. PARKER, P. B. MITCHELL, G. S. MALHI, K. WILHELM et 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*, n° 161, p. 1417-1425, 2004.
- GOODSITT, A. « Self-Regulatory Disturbances in Eating Disorders », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 2, n° 3, p. 51-60, 1983.
- GRATZ, K.L. « Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory », *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, vol. 23, n° 4, 253-263, 2001.
- 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, n° 2, 238-250, 2006.
- GRATZ, K. L. et A. J. CHAPMAN. *Freedom from self-harm: overcoming self-injury with skills from DMT and other treatments*, New Harbinger Publications Inc, 2009.
- GRATZ, K. L., S. D. CONRAD et L. ROEMER. « Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among College Students », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 72, n° 1, p. 128-140, 2002.
- GRAY, N.S., C. HILL, A. MCGLEISH, D. TIMMONS, M.J. MACCULLOCH et R.J. SNOWDEN. « Prediction of violence and self-harm in mentally disordered offenders: A prospective study of the efficacy of HCR-20 , PCL-R, and psychiatric symptomatology », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, n° 3, p. 443-451, 2003.
- GROVES, A. « Blood on the Walls: Self-mutilation in Prisons », *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, vol. 37, n° 1, 49-64, 2004.
- GUERTIN, T., E. E. LLOYD-RICHARDSON, A. SPIRITO, D. DONALDSON et J. BOERGERS. « Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n° 40, p. 1062-1069, 2001.
- HASLEY, J.P., B. GHOSH, J. HUGGINS, M.R. BELL, L.E. ADLER et A.L.W. SHROYER. « A review of “suicidal intent” within the existing suicide literature », *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, vol. 38, n° 5, p. 576-591, 2008.
- HAWTON, K. « Sex and suicide: gender differences in suicidal behaviour », *British Journal of Psychiatry*, n° 177, p. 484-485, 2000.

- HAWTON, K., D. ZAHL et R. WEATHERALL. « Suicide following deliberate self-harm: Long term follow-up of patients who presented to a general hospital », *British Journal of Psychiatry*, n° 182, p. 537-542, 2003.
- HEATH, N.L., J.R. TOSTE, T. NEDECHEVA et A. CHARLEBOIS. « An Examination of Nonsuicidal Self-Injury Among College Students », *Journal of Mental Health Counseling*, vol. 30, n° 2, p. 137-156, 2008.
- HENEY, J. « *Rapport sur les cas d'automutilation à la Prison des femmes de Kingston* », Ottawa, Service correctionnel Canada, 1990.
- HENEY, J. *Dying on the inside: suicide and suicidal feelings among federally incarcerated women*. Carleton University, Ottawa, Ontario, 1996.
- HERPERTZ, S. « Self-injurious behaviour: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, n° 91, 57-68, 1995.
- HERRELL, R., J. GOLDBERG, W. R. TRUE, V. RAMAKRISHNAN, M. LYONS, S. EISEN et coll. « Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. », *Archives of General Psychiatry*, n° 56, p. 867-874, 1999.
- HEWITT, K. *Mutilating the Body: Identity in Blood and Ink*, Bowling Green: Bowling Green State University Popular Press, 1997.
- HILLBRAND, M., J. H. KRYSTAL, J. S. SHARPE, H. G. FOSTER. « Clinical Predictors of Self-Mutilation in Hospitalized Forensic Patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* » vol. 182, n° 1, p. 10-13, 1994.
- HIMBER, J. « Blood rituals: self-cutting in female psychiatric inpatients », *Psychotherapy*, vol. 31, n° 4, p. 620-631, 1994.
- HOLDIN-DAVIS. « An epidemic of hair-pulling in an orphanage », *British Journal of Dermatology*, n° 26, p. 207-210, 1914.
- 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.
- JONES, A. « Self-Mutilation in Prison: A Comparison of Mutilators and Nonmutilators », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 13, n° 3, p. 286-296, 1986.

- KAFKA, J. S. « The body as transitional object: a psychoanalytic study of a self-mutilating patient », *Journal of Medical Psychology*, n° 42, p. 207-212, 1969.
- KEMPERMAN, I., M. J. RUSS et E. SHEARIN. « Self-injurious behavior and mood regulation in borderline patients », *Journal of Personality Disorders*, vol. 11, n° 2, p. 146-157, 1997.
- KILTY, J. M. « Under the barred umbrella: is there room for a women-centered self-injury policy in Canadian corrections? », *Criminology & Public Policy*, vol. 5, n° 1, p. 161-182, 2006.
- KISIEL, C. L. et J. S. LYONS. « Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents », *American Journal of Psychiatry*, n° 158, p. 1034-1039, 2001.
- KLEINDIENST, N., M. BOHUS, P. LUDAËSCHER, M. F. LIMBERGER, K. KUENKELE, U. W. EBNER-PRIEMER et coll. « Motives for nonsuicidal self-injury among women with Borderline Personality Disorder », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 196, n° 3, p. 230-236, 2008.
- KLONSKY, E.D. « The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence », *Clinical Psychology Review*, n° 27, p. 226-239, 2007.
- KLONSKY, E.D. et A. MOYER. « Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: Meta-analysis », *British Journal of Psychiatry*, n° 192, 166-170, 2008.
- KLONSKY, E.D. et J.J. MUEHLENKAMP. « Self-injury: A research review for the practitioner », *Journal of Clinical Psychology: In Session*, vol. 63, n° 11, p. 1045-1056, 2007.
- KLONSKY, E. D., T. F. OLTMANN et E. TURKHEIMER. « Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates », *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, n° 8, p. 1501-1508, 2003.
- KUMAR, G., D. PEPE et R. A. STEER « Adolescent Psychiatric Inpatients' Self-Reported Reasons for Cutting Themselves », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 192, n° 12, p. 830-836, 2004.
- KUNIC, D. et B. A. GRANT. *Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT) : résultats du projet pilote*, Ottawa, Ontario, Service correctionnel du Canada, 2006.
- LANES, E., « Identification of Risk Factors for Self-Injurious Behavior in Male Prisoners », *Journal of Forensic Science*, vol. 54, n° 3, p. 692-298, 2009.

- LANGBEHN, D. R. et B. PFOHL. « Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric patients », *Annals of Clinical Psychiatry*, n° 5, p. 45-51, 1993.
- LAYE-GINDHU, A. et K. A. SCHONERT-REICHL. « Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 34, n° 5, p. 447-457.
- LEIBENLUFT, E., D. L. GARDNER et R. W. COWDRY. « The inner experience of the borderline self-mutilator », *Journal of Personality Disorders*, vol. 1, n° 4, p. 317-324, 1987.
- LIEBLING, A. *Suicides in prison*, New York, Routledge, 1992.
- LIEBLING, A. et H. KRARUP. *Suicide attempts and self-injury in male prisons*, Londres, Royaume-Uni, Great Britain Home Office, 1993.
- LIEBLING, H., H. CHIPCHASE et R. VELANGI. « Why do women harm themselves? – Surviving special hospitals », *Feminism & Psychology*, vol. 7, n° 3, p. 427-437, 1997.
- LINEHAN, M. M. *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*. Genève, Médecine et hygiène, 2000.
- LIPSCHITZ, D. S., R. K. WINEGAR, A. L. NICOLAOU, E. HARTNICK, M. WOLFSON et S. M. SOUTHWICK. « Perceived Abuse and Neglect as Risk Factors for Suicidal Behavior in Adolescent Inpatients », *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(1), p. 32-39, 1999.
- LIVINGSTON, M. « A review of the literature on self-injurious behavior amongst prisoners », *Suicide and self-injury in prisons: Research directions in the 1990s*, Leicester, Royaume-Uni, British Psychological Society for the Division of Criminological and Legal Psychology, G. J. Towl (sous la dir.), p. 21-35. 1997.
- LLOYD-RICHARDON, E. E., N. PERRINE, L. DIERKER et M. L. KELLEY. « Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents », *Psychological Medicine*, n° 37, p. 1183-1192, 2007.
- LOHNER, J. et N. KONRAD. « Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in male inmates' self-injurious behaviour », *International Journal of Law and Psychiatry*, n° 29, p. 370-385, 2006.

- 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*, n° 10, p. 199-204, 2000.
- MADEN, A., M. SWINTON et J. GUNN. « A criminological and psychiatric survey of women serving a prison sentence », *British Journal of Criminology*, vol. 34, n° 2, p. 172-191, 1994.
- MATSUMOTO T, T. AZEKAWA, A. YAMAGUCHI, T. ASAMI et E. ISEKI. « Habitual self-mutilation in Japan », *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, n° 58, p. 191-198, 2004.
- MATSUMOTO, T., A. YAMAGUCHI, T. ASAMI, T. OKADA, K. YOSHIKAWA et Y. HIRAYASU. « Characteristics of self-cutters among male inmates: Association with bulimia and dissociation. », *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, n° 59, 319-326, 2005.
- MATTHEWS, P. C. « Epidemic Self-Injury in an Adolescent Unit », *International Journal of Psychiatry*, n° 14, p. 125-133, 1968.
- MCCARTHY, E. *Suicide precaution report*, Risdon, Tasmanie, Australie, H. M. Prison, 1992.
- MCDONAGH, D., C. NOËL et C. WICHMANN. « Analyse des besoins en santé mentale des délinquantes en vue de l'élaboration d'une stratégie d'intervention intensive », *Forum-Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 14, n° 2, p. 31-34, 2002.
- MENNINGER, K. A. « A psychoanalytic study of the significance of self-mutilations », *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 4, n° 3, p. 408-466, 1935.
- MENNINGER, K. A. *Man against himself*, Oxford, Angleterre, Harcourt, Brace, 1938.
- METZNER, J. L., K. TARDIFF, J. LION, W.H. REID, P. RYAN RECUPERO et D.H. SCHETKY. « The Use of Restraint and Seclusion in Correctional Mental Health Care », Arlington, Virginie, The American Psychiatric Association, 2007.
- MOTZ, A. « Deliberate self-harm, *The Psychology of Female Violence*, Padstow, Cornwall, Royaume-Uni, TJ International Ltd, 2001.
- MUEHLENKAMP, J. J. « Self-Injurious behaviour as a separate clinical syndrome », *American Journal of Orthopsychiatry*, n° 75, p. 1-10, 2005.

- MYERS, E. D. « Subsequent deliberate self-harm in patients referred to a psychiatrist: a prospective study », *British Journal of Psychiatry*, p. 140, 132-137, 1982.
- NATIONAL INSTITUTE OF CORRECTIONS. *Classification of high-risk and special management of prisoners: A national assessment of current practices*, Washington, D.C., département de la Justice des États-Unis, 2004.
- 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, n° 11, p. 1333-1341, 2002.
- NIXON, M. K., P. F. CLOUTIER et 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° 3, p. 306-312, 2008.
- NOCK, M. K., T. E. JOINER, K. H. GORDON, E. LLOYD-RICHARDSON et M. J. PRINSTEIN. « Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts », *Psychiatry Research*, vol. 144, n° 1, p. 65-72, 2006.
- 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, n° 5, p. 885-890, 2004.
- O'CARROLL, P., A. BERMAN, R. MARIS et E. MOSCICKI. « Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, n° 26, p. 237-252, 1996.
- O'SULLIVAN, M., M. LAWLOR, P. CORCORAN et M. J. KELLEHAR. « The cost of hospital care in the year before and after parasuicide », *Crisis*, vol. 20, n° 4, p. 178-183, 1999.
- OFFER, D. et P. BARGLOW. « Adolescent and Young Adult Self-Mutilation Incidents in a General Psychiatric Hospital », *Archives of General Psychiatry*, n° 3, p. 194-204, 1960.
- OSUCH, E. A., J. G. NOLL et F. W. PUTNAM. « The motivations for self-injury in psychiatric inpatients », *Psychiatry*, n° 62, p. 334-346, 1999.
- OWENS, D., J. HORROCKS et A. HOUSE. « Fatal and non-fatal repetition of self-harm », *British Journal of Psychiatry*, 181, p. 193-199, 2002.
- PAO, P. « The syndrome of delicate self-cutting », *British Journal of Psychiatry*, n° 42, p. 195-206, 1969.

- PARIS, J. « Borderline Personality Disorder », *Canadian Medical Association Journal / Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 172, n° 12, p. 1579-1583, 2005.
- PATTISON, E. M. et J. KAHAN. « The deliberate self-harm syndrome », *American Journal of Psychiatry*, vol. 140, n° 7, p. 867-872, 1983.
- PAUL, T., K. SCHROETER, B. DAHME et D. O. NUTZINGER. « Self-Injurious Behavior in Women With Eating Disorders », *American Journal of Psychiatry*, n°159, p. 408-411, 2002.
- PENN, J. V., C. L. ESPOSITO, L. E. SCHAEFFER, G. K. FRITZ et A. SPIRITO. « Suicide attempts and self-mutilative behavior in a juvenile correctional facility », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n° 42, p. 762-769, 2003.
- PRINSTEIN, M. J. « Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal self-injury: A review of unique challenges and important directions for self-injury science », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 76, n° 1, p. 1-8, 2008.
- PRINSTEIN, M. J., M. K. NOCK, V. SIMON, J. W. AIKINS, C. S. L. CHEAH et A. SPIRITO. « Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 76, n° 1, 92-103, 2008.
- REMAFEDI, G., S. FRENCH, M. STORY, M. D. RESNICK et R. BLUM. « The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study », *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 1, p. 57-70.
- RODHAM, K., K. HAWTON et 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, n° 1, p. 80-87, 2004.
- ROE-SEPOWITZ, D. « Characteristics and predictors of self-mutilation: a study of incarcerated women », *Criminal Behaviour and Mental Health*, n° 17, p. 312-321, 2007.
- ROSEN, P. M. et B. W. WALSH. « Patterns of Contagion in Self-Mutilation Epidemics », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 146, n° 5, p. 656-658, 1989.
- ROSEN, P. M., B. W. WALSH et S. A. RODE. « Interpersonal loss and self-mutilation », *Suicide Life Threatening Behavior*, n° 20, p. 177-184, 1990.
- ROSS, R. R. et H. B. MCKAY. *Self-mutilation*, Lexington, Massachusetts, Lexington Books, 1979.

- ROSS, R. R., H. B. MCKAY, W. R. PALMER et C. J. KENNY. Self-Mutilation in Adolescent Female Offenders. *Canadian Journal of Criminology / Revue canadienne de criminologie*, vol. 20, n° 4, p. 375-392, 1978.
- ROSS, S. et N. HEATH. « A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 31, n° 1, p. 67-77, 2002.
- RUNESON, B. et D. WASSERMAN. « Management of suicide attempters: what are the routines and the costs? », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, n° 90, p. 222-228, 1994.
- SALINA, D. D., L. M. LESONDAK, L. A. RAZZANO et 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.
- SANSONE, R. A., G. A. GAITHER et D. A. SONGER. « Self-Harm Behaviors Across the Life Cycle: A Pilot Study of Inpatients With Borderline Personality Disorder », *Comprehensive Psychiatry*, vol.43, n° 3, p. 215-218, 2002.
- SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. *Les automutilations et les suicides*, Ottawa, Ontario, Service correctionnel du Canada, 1981.
- SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. *Directive du commissaire 844: Utilisation de matériel de contrainte pour des raisons de santé*, [en ligne], consulté le 6 avril 2009 sur le site Web de Service correctionnel Canada : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/844-cd-fra.shtml>, 2008.
- SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. *Directive du commissaire 843: Prévention, gestion et intervention en matière de suicide et d'automutilations*, consulté le 9 septembre 2009 sur le site Web de Service correctionnel Canada : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/843-cde-fra.shtml>, 2009.
- SHAPIRO, S. « Self-mutilation and self-blame in incest victims », *American Journal of Psychotherapy*, vol. 41, 1, p. 46-54, 1987.
- SHEA, S. J. et M. C. SHEA. « Self-mutilatory behavior in a correctional setting », *Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavior Technology Method and Therapy*, vol. 37, n° 4, p. 64-67, 1991.
- SHEARER, S. L. « Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, n° 182, p. 524-526, 1994.

- SILVERMAN, M.M., A.L. BERMAN, M. SANDDAL, P.W. O'CARROL et Jr. JOINER. « Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 37, n° 3, p. 264-277, 2007.
- SIMEON, D. et A. R. FAVAZZA. « Self-injurious behaviours: phenomenology and assessment », *Self-injurious behaviors: assessment and treatment*, D. Simeon et E. Hollander (sous la dir.), (p. 1-28). Washington, D.C., American Psychiatric Publishing, Inc., 2001.
- SIMEON, D., B. STANLEY, A. FRANCES, J.J. MANN, R. WINCHEL et M. STANLEY. « Self-mutilation in personality disorders: Psychological and biological correlates », *American Journal of Psychiatry*, vol. 149, p. 221-226, 1992.
- 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, n° 6, p. 429-433, 1975.
- SINCLAIR, J. M. A., A. GRAY et K. HAWTON. « Systematic review of resource utilization in the hospital management of deliberate self-harm », *Psychological Medicine*, n° 36, p. 1681-1693, 2006.
- SIOMOPOULOS, V. « Repeated self-cutting: an impulse neurosis », *American Journal of Psychotherapy*, vol. 28, n° 1, p. 85-94, 1974.
- SKINNER, B. F. *The behavior of organisms*, New York, Appleton-Century, 1938.
- SKEGG, K., S. NADA-RAJA, N. DICKSON, C. PAUL et S. WILLIAMS. « Sexual orientation and self-harm in men and women », *American Journal of Psychiatry*, n° 160, p. 541-546, 2003.
- SMITH, H.P. et R.J. KAMINSKI. « Inmate self-injurious behaviours: Distinguishing characteristics within a retrospective study », *Criminal Justice and Behaviour*, Octobre, p. 1-16, 2009.
- SMITH, G. et D. COX, J. Saradjian *Women and self-harm: understanding, coping, and healing from self-mutilation*, New York, Routledge, 1999.
- SMITH, J. A. et M. OSBOURNE. « Interpretative Phenomenological Analysis », *Doing Social Psychology*, G.M. Breakwell (sous la dir.), Oxford: Blackwell Publishing, p. 229-254, 2003.

- SNOW, L. « A pilot study of self-injury amongst women prisoners », *Issues in Criminological & Legal Psychology*, n° 28, p. 50-59, 1997.
- STATISTIQUE CANADA. « Suicides et taux de suicide selon le sexe et l'âge », site Web de Statistique Canada : <http://www40.statcan.gc.ca/102/cst01/hlth66a-fra.htm>, (page consultée le 2 mars 2010).
- SUYEMOTO, K. L. « The functions of self-mutilation », *Clinical Psychology Review*, vol. 18, n° 5, p. 531-554, 1998.
- THOMAS, J., M. LEAF, S. KAZMIERCZAK et J. STONE. « Self-injury in correctional settings: "Pathology" of prison or of prisoners? », *Criminology and Public Policy*, vol. 5, n° 1, p. 193-202, 2006).
- TURELL, S. C. et M. W. ARMSWORTH. « Differentiating incest survivors who self-mutilate », *Child Abuse & Neglect*, vol. 24, n° 3, p. 237-249, 2000.
- TURELL, S. C. et 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, n° 4, p. 487-512, 2003.
- TURP, M. *Hidden self-harm: narratives from psychotherapy*, Londre, Angleterre, Jessica Kingsley Publishers, 2003.
- VAN DER KOLK, B. A., J. C. PERRY et J. L. HERMAN. « Childhood Origins of Self-Destructive Behavior », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 148, n° 12, p. 1665-1671, 1991.
- WALSH, B. W. « Treating Self-Injury: A Practical Guide », *Clinical Social Work Journal*, vol. 35, n° 1, p. 69-70, 2006.
- WALSH, B. W. et P. M. ROSEN. Self-Mutilation and Contagion: An Empirical Test. *American Journal of Psychiatry*, n° 142, p. 119-120, 1985.
- WALSH, B. W. et P. M. ROSEN. « Self-Mutilation: Theory Research and Treatment », New York, Guildford Press, 1988.
- WEAVER, T. L., K. M. CAHRD, M. B., MECHANIC et 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, n° 5, p. 558-575, 2004.

- WEEKES, J. R. et S. J. MORISON. « La violence autocentrée : distinctions entre les tendances suicidaires, la simulation et l'automutilation », *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, n° 4, p. 16-19, 1992, septembre.
- WEIERICH, M. R. et 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, n° 1, p. 39-44, 2008.
- WESTERN AUSTRALIA DEPARTMENT OF JUSTICE. *Report of Performance*, Perth, Washington, auteur.
- WHITEHEAD, P. C., F. G. JOHNSON et R. FERRENCE. « Measuring the incidence of self-injury: some methodological and design considerations. », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 43, n° 1, p. 142-148, 2002, 1973.
- WHITLOCK, J., J. ECKENRODE et D. SILVERMAN. « Self-injurious behaviors in a college population », *Pediatrics*, vol. 117, n° 6, p. 1939-1948, 2006.
- WICHMANN, C., R. SERIN et J. ABRACEN. *Les délinquantes ayant un comportement d'autodestruction*, Ottawa, Ontario, Service correctionnel du Canada, 2002.
- WICHMANN, C., R. SERIN et L. MOTIUK. *La prévision des tentatives de suicide chez les délinquants dans les pénitenciers fédéraux*, Ottawa, Ontario, Service correctionnel du Canada, 2002.
- WIEDERMAN, M. W., R.A. SANSONE et L. A. SANSONE. « Bodily Self-Harm and Its Relationship to Childhood Abuse Among Women in a Primary Care Setting », *Violence Against Women*, n° 5, p. 155-163.
- WILKINS, J. et J. COID. « Self-mutilation in female remanded prisoners: I. An indicator of severe psychopathology », *Criminal Behaviour and Mental Health*, n° 1, 247-267, 1991.
- WINCHEL, R. M. et M. STANLEY. « Self-injurious behaviour: a review of the behaviour and biology of self-mutilation », *American Journal of Psychiatry*, n° 148, p. 306-317, 1991.
- WOODS, J. « Layers of meaning in self-cutting », *Journal of Child Psychotherapy*, n° 14, 51-60, 1988.

- YATES, T. M. « The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation », *Clinical Psychology Review*, n° 24, p. 35-74, 2004.
- YOUNG, M.H., J.V. JUSTICE et P. ERDBERG. « Risk of harm: Inmates who harm themselves while in prison psychiatric treatment », *Journal of Forensic Science*, vol. 51, n° 1, p. 156-162, 2006.
- ZAHL, D.L. et K. HAWTON. « Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: Long-term follow-up study of 11 583 patients », *British Journal of Psychiatry*, vol. 185, p. 70-75, 2004.
- ZLOTNICK, C., J. I. MATTIA et M. ZIMMERMAN. « Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients », *The Journal of Nervous & Mental Disease*, vol. 187, n° 5, p. 296-301, 1999.
- ZLOTNICK, C., M. T. SHEA, T. PEARLSTEIN, E. SIMPSON, E. COSTELLO et A. BEGIN. « The Relationship Between Dissociative Symptoms, Alexithymia, Impulsivity, Sexual Abuse, and Self-Mutilation », *Comprehensive Psychiatry*, vol. 37, n° 1, p. 12-16, 1996.
- ZOROGLU, S. S., U. TUZUN, V. SAR, H. TUTKUN, H. A. SAVA, M. OZTURK et coll. « Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation », *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, n° 57, 119–126, 2003.

Descriptions du lecteur-écran pour les graphiques et les figures  
(À l'intention des personnes ayant une déficience visuelle)

**Figure 1.** Différentiation des termes couramment utilisés pour désigner l'automutilation.

Cet ordiogramme décrit brièvement comment les termes autodestruction, automutilation, tentatives de suicide et automutilation non suicidaire sont utilisés dans le rapport.

**Figure 2.** Un modèle fonctionnel de l'automutilation.

Cette figure présente les modèles des fonctions attribuées à l'automutilation non suicidaire, basés principalement sur les travaux de Suyemoto (1998) et de Klonsky (2007). Les catégories comprennent les modèles environnementaux, les modèles des pulsions, les modèles de régulation de l'affect et les modèles interpersonnels. Le graphique contient également une liste des modèles individuels qui entrent dans chacune des catégories.