



Faculté de médecine

Année 2025/2026

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Victor THENET

Étude épidémiologique des conduites d'automutilation chez les femmes majeures consultant aux UMJ en région Centre-Val de Loire

Présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2025 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Pauline SAINT-MARTIN, Médecine légale et droit de la santé, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Norbert TELMON, Institut Médico-Légal – Unité Médico-Judiciaire de Toulouse, Hôpital Purpan - Toulouse

Docteur Arsène GAMBIER, Médecine légale et droit de la santé, PH, CHU - Tours

Docteur Eulalie PEFFERKORN, PHC, Institut Médico-Légal – Unité Médico-Judiciaire de Toulouse, Hôpital Purpan - Toulouse

Résumé

Introduction : Cette étude explore le lien entre violences subies et conduites automutilatoires chez les femmes majeures consultant dans des unités médico-judiciaires (UMJ) de la région Centre-Val de Loire. Les automutilations, définies comme des atteintes volontaires à l'intégrité corporelle sans intention suicidaire, sont fréquentes chez les adolescents et les patients suivis en psychiatrie. Elles sont souvent interprétées comme un mécanisme de régulation émotionnelle ou comme une manifestation d'un mal-être lié à des traumatismes, notamment des violences. L'objectif de ce travail était d'analyser ce lien dans une population de femmes victimes de violences, en précisant les types de violences en cause et l'effet de leur répétition.

Matériels et méthodes : L'étude a inclus 540 femmes majeures entre novembre 2024 et mai 2025 dans quatre centres. Ont été exclues les mineures, les femmes non victimes de violences volontaires et les urgences de nuit et week-end. Les données ont été recueillies par hétéro-questionnaire anonyme, portant sur l'historique des violences et des conduites automutilatoires. Les analyses statistiques comprenaient tests comparatifs, régressions logistiques et analyse des correspondances multiples.

Résultats : Au total, 21 % des femmes rapportaient des antécédents d'automutilations, principalement sous forme de scarifications localisées sur les avant-bras. L'âge médian des femmes automutilées était de 24 ans contre 39 ans pour les autres. Dans 82 % des cas, des violences avaient précédé le premier épisode d'automutilation. La comparaison entre groupes a montré que les femmes automutilées avaient subi en moyenne davantage d'épisodes de violences (2,45 contre 1,59) et étaient plus souvent suivies sur le plan psychologique (84 % contre 54 %). Les régressions logistiques multivariées ont identifié trois facteurs indépendants associés aux automutilations : un âge plus jeune ($OR = 0,92$), l'existence d'un suivi psychologique ($OR = 3,26$) et la multiplicité des épisodes de violences ($OR = 2,40$). En revanche, les antécédents de violences sexuelles, significatifs en univarié, ne l'étaient plus en multivarié ($p = 0,16$).

Discussion : La prévalence élevée d'automutilations dans la population étudiée est cohérente avec son exposition généralisée à des violences. La majorité des automutilations débutaient avant 18 ans et tendaient à diminuer à l'âge adulte. Le lien entre automutilations et comorbidités psychiatriques, bien établi dans la littérature, est retrouvé dans notre étude, bien que la direction causale de ce lien reste incertaine. Les résultats confirment également le rôle déterminant de la répétition traumatique. Cette étude plaide pour un dépistage systématique des violences en présence d'automutilations et pour une prise en charge renforcée des femmes concernées. Des recherches complémentaires seraient nécessaires pour affiner ces résultats et mieux comprendre les mécanismes psychologiques en jeu. En pratique médico-légale, l'imputabilité de lésions auto-infligées à des violences subies est donc plausible et nécessite une appréciation au cas par cas. Cependant, au vu des difficultés à quantifier la gêne occasionnée par la souffrance psychologique, souvent multifactorielle, la notion d'ITT reste mal adaptée pour quantifier le retentissement psychologique.

Mots-clés : Médecine légale - Automutilations - Violences - Scarifications - Examen de victimes

Epidemiological study of self-harm behaviors among adult women presenting to medico-legal units in the Centre-Val de Loire region of France

Introduction: This study explores the relationship between experienced violence and self-harming behaviors among adult women attending medico-legal units in the Centre-Val de Loire region. Self-harm, defined as voluntary injury to one's own body without suicidal intent, is common among adolescents and patients receiving psychiatric care. It is often interpreted as a mechanism of emotional regulation or as an expression of distress related to trauma, particularly violence. The aim of this study was to analyze this relationship in a population of women who were victims of violence, specifying the types of violence involved and the effect of their repetition.

Materials and Methods: The study included 540 adult women between November 2024 and May 2025 across four centers. Exclusion criteria were minors, women who were not victims of intentional violence, and emergency consultations at night or on weekends. Data were collected through an anonymous hetero-questionnaire covering the history of violence and self-harming behaviors. Statistical analyses included comparative tests, logistic regressions, and multiple correspondence analysis.

Results: Overall, 21% of women reported a history of self-harm, mainly in the form of forearm cutting. The median age of women with self-harm was 24 years compared with 39 years for the others. In 82% of cases, episodes of violence had preceded the first act of self-harm. Group comparisons showed that women with self-harm had experienced on average more episodes of violence (2.45 vs. 1.59) and were more often followed-up psychologically (84% vs. 54%). Multivariate logistic regression identified three independent factors associated with self-harm: younger age (OR = 0.92), psychological follow-up (OR = 3.26), and multiple episodes of violence (OR = 2.40). Conversely, a history of sexual violence, significant in univariate analysis, was no longer significant in multivariate analysis ($p = 0.16$).

Discussion: The high prevalence of self-harm in this population is consistent with its generalized exposure to violence. Most self-harm behaviors began before the age of 18 and tended to decrease in adulthood. The link between self-harm and psychiatric comorbidities, well established in the literature, was confirmed, although the causal direction remains uncertain. The results also confirm the decisive role of repeated traumatic events. This study argues for systematic screening of violence in cases of self-harm and for strengthened care of affected women. Further research is needed to refine these findings and to better understand the psychological mechanisms involved. In medico-legal practice, attributing self-inflicted injuries to previous violence appears plausible and justifies a specific study. However, given the difficulty of quantifying the burden of psychological suffering, which is often multifactorial, the concept of "total incapacity to work" (ITT) remains poorly suited to assess psychological impact.

Keywords: Forensic medicine – Self-harm – Self-injury - NSSI - Violence – Cutting – Victim examination

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN
Pr David BAKHOS

ASSESSEURS
Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Alexandra AUDEMARD-VERGER, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gilles PAINTAUD
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

D.ALISON – P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – M. AUPART – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – G. CALAIS – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric.....	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BISSON Arnaud.....	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire.....	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat, informatique médical et technologies de communication
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CARVAJAL-ALEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHAUMIER François.....	Médecine palliative
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE LUCA Arnaud.....	Nutrition
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie et biologie du vieillissement
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
JOUAN Youenn.....	Médecine intensive-réanimation
KERVERREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie

LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée.....	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre
PAUTRAT Maxime

PROFESSEURS ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....Médecine Générale
LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs
SAMKO Boris.....Médecine générale
RUIZ Christophe.....Médecine générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Chirurgie vasculaire
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
EYMIEUX Sébastien	Biologie cellulaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KHANNA Raoul Kanav	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LE TILLY Olivier	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEROY Victoire	Médecine interne
MORICE Anne	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PASTUSZKA Adeline	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VALLET Nicolas	Hématologie, transfusion
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
AUBRY Jean-Denis	Sciences infirmières
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BALAND Thierry	Médecine Générale
CHALEIX Lysiane	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
DUMAS Adrien	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BLOCH Solal.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directeur de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
LEONARD Thomas.....	Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....	Praticien Hospitalier
-------------------	-----------------------

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....	Orthophoniste
CABANNE-Hardy Marie-Charlotte.....	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....	Orthophoniste
GLAIE Axelle.....	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....	Orthophoniste
MORIN Eléonore.....	Orthophoniste
NAL Emmanuel.....	Praticien Hospitalier
PILLER Anne-Gaëlle.....	Orthophoniste
PUJOLE Dorine.....	Orthophoniste
ROUVRE Olivier.....	Orthophoniste
SIZARET Eva.....	Orthophoniste
TAMIATTO Zinaïda.....	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour la santé au travail

MONMOUSSEAU Fanny.....	Praticien Hospitalier
NGUYEN Duc Qui.....	Dirigeant d'entreprise

Pour la Médecine Générale

LOISON Clotilde.....	Médecin Généraliste
----------------------	---------------------

Serment d'Hippocrate

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Remerciements

Aux Membres du Jury,

À Madame le Professeur Pauline SAINT-MARTIN, merci de me faire l'honneur de présider ce jury et de transmettre perpétuellement votre savoir et votre passion pour la médecine légale.

À Monsieur le Professeur Norbert TELMON, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, de l'intérêt porté à cette étude et de vos précieux conseils au moment de la rédaction.

À Monsieur le Docteur Arsène GAMBIER, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et pour tous tes conseils et connaissances transmis dès mon premier jour d'internat.

À Madame le Docteur Eulalie PEFFERKORN, merci pour ton soutien sans failles et ta réactivité à toute épreuve au cours de ce travail. Merci de m'avoir appris 90 % de mes connaissances en médecine légale.

Aux médecins de l'IML de Tours,

À Madame le Docteur Céline BARRAULT, merci pour m'avoir transmis tes connaissances.

À Madame le Docteur Estelle BONNOT, merci pour tous tes conseils, ta confiance et ta bienveillance au cours de cette année à l'UMJ de Blois.

À Madame le Docteur Émilie COURTINE, merci de toujours me pousser à la réflexion jusque dans les moindres détails.

À Madame le Docteur Céline DURFORT, merci pour la complétion très fine des questionnaires de cette étude.

À Madame le Docteur Marie-Noé FERRANDI, merci pour tes avis et conseils toujours pertinents.

À Monsieur le Docteur Olivier JAZERON, merci pour ta confiance et tes avis toujours précis.

À Madame le Docteur Julie LEJEUNE-VIALART, merci pour ta bienveillance, pour les plannings et pour tes conseils toujours justes et précieux.

À celles et ceux qui m'ont accompagné durant mes études de médecine,

Aux secrétaires et AS de l'IML de Tours.

À l'équipe du CMPR Bel Air.

À l'équipe du service de psychiatrie de Château-Renault.

À l'équipe de l'UMJ de Blois.

À tous mes co-internes.

À Monsieur le Docteur Rachid BENAMROUCHE.

À ma famille.

Table des matières

Résumé.....	2
Abstract	3
Serment d'Hippocrate	9
Remerciements	10
Table des figures.....	12
Table des tableaux.....	13
Introduction.....	14
Matériels et méthodes	16
1. Population d'étude.....	16
2. Recueil des données.....	16
3. Analyses statistiques	16
4. Considérations éthiques.....	17
Résultats	18
1. Caractéristiques de l'échantillon global	18
2. Caractéristiques des automutilées.....	20
3. Statistiques comparatives	21
3.1. Comparaisons entre le groupe des automutilées et celui des non-automutilées	21
3.2. Prédications et mesures d'association.....	23
3.3. Comparaisons au sein du groupe des automutilées	24
3.4. Analyse des correspondances multiples	26
Discussion	28
1. Caractéristiques des automutilées.....	28
2. Automutilations et comorbidités psychiatriques.....	28
3. Automutilations et violences.....	29
4. Perspectives et limites.....	30
5. Application à la pratique médico-légale.....	31
6. Conclusion	32
Bibliographie	33
Annexe : questionnaire d'étude.....	37

Table des figures

Figure 1 : Carte de la région Centre-Val de Loire et centres d'étude.....	18
Figure 2 : Localisations des automutilations	20
Figure 3 : Types de violences subies pour chacun des deux groupes	21
Figure 4 : Nombre d'épisodes de violences subies pour chacun des deux groupes	22
Figure 5 : Proportion de femmes suivies ou ayant été suivies sur le plan psychologique dans chacun des deux groupes	22
Figure 6 : Contexte du premier épisode de violences chez les automutilées.....	25
Figure 7 : Représentation graphique de l'ACM	27

Table des tableaux

Tableau 1 : Historique des violences antérieures à l'épisode de violences motivant la consultation..	19
Tableau 2 : Types et contextes des violences subies avant les premières automutilations	21
Tableau 3 : Comparaison entre les automutilées et les non-automutilées	23
Tableau 4 : Comparaison entre les automutilées et les non-automutilées à l'aide d'une régression logistique multivariée.....	24
Tableau 5 : Comparaison entre les automutilées rapportant des violences subies avant les premières automutilations et celles n'en rapportant pas.....	25
Tableau 6 : Comparaison entre les automutilées ayant des antécédents de violences sexuelles et les automutilées sans antécédents de violences sexuelles	26

Introduction

Les automutilations peuvent être définies comme des atteintes volontaires à sa propre intégrité physique sans intention suicidaire [1]. Selon plusieurs études, ces comportements auto-agressifs concernent jusqu'à 18 % des adolescents entre 10 et 19 ans et jusqu'à 60 % de celles et ceux suivis sur le plan psychiatrique [1-9]. Les mécanismes vulnérants mis en cause sont variés et comprennent entre autres des scarifications, des coups, des brûlures, des grattages et des pincements [2]. Des théories psychologiques, telles que celle de la régulation émotionnelle, suggèrent que les automutilations peuvent servir de mécanisme d'adaptation face à des émotions intenses ou à des situations de stress [1, 4, 5, 10]. L'atteinte de l'enveloppe corporelle serait un moyen dans ces situations d'extérioriser les débordements émotionnels. Dans les cas, souvent plus impressionnants, d'automutilations chez des individus souffrant de troubles psychotiques, d'autres mécanismes semblent impliqués [11, 12]. Ces comportements sont parfois aussi un moyen, pour les adolescents en particulier, de signifier leur mal-être à leur entourage [10].

De nombreuses études ont mis en évidence une association significative entre la survenue d'automutilations et la présence de comorbidités psychiatriques [4, 13]. Cette association est largement décrite dans les cas de troubles de la personnalité et particulièrement dans le cas du trouble de la personnalité borderline [1, 14, 15-19]. D'autres travaux menés sur des cohortes d'individus pris en charge pour des troubles psychiatriques ont mis en évidence un lien entre ces comportements et des antécédents de violence subie [5, 9, 10, 20-23]. Une étude menée en 2009 sur 737 adolescents a mis en évidence que 6 % d'entre eux avaient eu des comportements auto-agressifs avec pour seul facteur de risque indépendant retrouvé un antécédent d'abus sexuels dans l'enfance [3]. Cependant, une méta-analyse de 2008 sur 156 études a remis en cause l'indépendance de cette corrélation et concluait que « les deux sont modestement liés car ils sont corrélés aux mêmes facteurs de risque psychiatriques » [20].

S'il semble exister un lien entre la survenue d'automutilations et des antécédents de violence subie, aucune étude à notre connaissance n'a été menée sur une population consultant dans des unités médico-judiciaires (UMJ). Or l'une des missions du médecin légiste lors des consultations dans les UMJ est de déterminer l'imputabilité des lésions ou symptômes constatés par rapport à l'histoire traumatique. L'affirmation de l'imputabilité ou de la compatibilité, c'est-à-dire le fait de dire si oui ou non une lésion ou un symptôme peut être consécutif aux violences rapportées, est l'une des principales valeurs ajoutées du médecin légiste. Elle est largement admise et documentée pour les lésions physiques, visibles. En revanche, elle l'est nettement moins en ce qui concerne le retentissement psychologique des violences subies, qui tend à être de plus en plus considéré et reconnu [24].

Une autre mission du médecin légiste est souvent de déterminer une incapacité totale de travail (ITT) à l'issue de la consultation. Cette notion de droit pénal, sans lien avec le travail au sens professionnel, correspond à la durée pendant laquelle une personne n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante. Si sa définition peut paraître claire, son interprétation et sa détermination font souvent l'objet de disparités au sein du corps médical, parfois même parmi les médecins légistes, spécialistes de la question. Ainsi, les

automutilations témoignant d'une souffrance psychique intense et entraînant parfois des soins, si un lien d'imputabilité peut être établi entre leur survenue et des violences subies, il serait possible de les prendre en compte dans la détermination de l'ITT.

L'objectif principal de notre travail est donc de rechercher une corrélation entre l'exposition à des violences et la survenue d'automutilations chez les femmes majeures consultant dans des unités médico-judiciaires de la région Centre-Val de Loire. En parallèle, nous avons souhaité identifier les types et contextes de violences les plus à risque d'entraîner des automutilations et rechercher si la multiplicité des épisodes de violences majorait ce risque. Cette étude a pour ambition d'enrichir les connaissances dans ce domaine afin d'étayer les conclusions des certificats médico-légaux et de contribuer à une meilleure prise en charge des femmes victimes de violences.

Matériels et méthodes

1. Population d'étude

L'étude a été menée sur les femmes majeures consultant dans les unités médico-judiciaires de l'Institut Médico-Légal (IML) du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Tours (site Trousseau), de la Maison des Femmes du CHRU de Tours (site Bretonneau), du Centre Hospitalier de Blois et du Centre Hospitalier de Bourges, entre le 4 novembre 2024 et le 6 mai 2025.

Ont été exclues de l'étude les mineures, les femmes refusant d'être incluses dans l'étude, les femmes ne rapportant pas de violences volontaires, c'est-à-dire celles consultant dans le cadre d'accidents du travail ou de la voie publique ou d'une évaluation de la vulnérabilité et les femmes examinées en urgence la nuit ou les week-ends.

2. Recueil des données

Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un hétéro-questionnaire (Annexe 1), rempli par le praticien consultant suite à chaque consultation.

Le questionnaire était divisé en deux sections principales :

- la première reprenant l'historique des violences subies depuis l'enfance jusqu'au jour de la consultation en explicitant le type des violences (physiques, psychologiques, sexuelles), la date ou la période des faits, le caractère unique ou répété des faits et leur contexte (conjugal, intrafamilial, scolaire, professionnel) ;
- la seconde explorant les antécédents de comportements automutilatoires incluant notamment les mécanismes vulnérants, les localisations, le contexte de survenue, la présence de lésions au moment de la consultation et la temporalité du premier épisode d'automutilations par rapport aux épisodes de violences rapportés.

Par ailleurs, l'âge des victimes, la date de la consultation ainsi que les antécédents de prise en charge psychologique ont été collectés.

Les questionnaires étaient anonymes et seules les données citées ci-dessus ont été recueillies.

3. Analyses statistiques

Les données recueillies ont été saisies dans un fichier Microsoft Excel (2016, version Windows) puis analysées à l'aide du logiciel R (version 4.4.2, <https://cran.r-project.org/>).

Dans un premier temps, des statistiques descriptives (pourcentages, moyennes) sur l'ensemble de la population incluse ont été réalisées.

Dans un second temps, des statistiques analytiques et comparatives (tests de Fisher, tests de rang) ont été réalisées, d'abord entre les femmes automutilées et les femmes non-automutilées puis en distinguant différents sous-groupes parmi les femmes présentant des antécédents d'automutilations, en fonction de leurs antécédents de violences rapportés (type, contexte, temporalité par rapport aux premières automutilations). Des régressions logistiques multivariées ont été effectuées afin de quantifier l'association entre la survenue d'automutilations et les différents facteurs susceptibles de l'influencer. Les valeurs prédictives positive (VPP, probabilité de retrouver des antécédents de violences subies chez une femme automutilée) et négative (VPN, probabilité de ne pas retrouver d'antécédents de violences subies chez une femme non automutilée) ont également été calculées [25].

Enfin, pour représenter graphiquement les relations entre les différentes variables, nous avons réalisé une Analyse des Correspondances Multiples (ACM) sur le sous-groupe des automutilées en utilisant le package "FactoMineR" dans le logiciel R. Cet outil statistique permet de visualiser la proximité de plusieurs variables catégorielles ou nominales sur un graphique. Les deux axes de ce graphique correspondent à des dimensions qui représentent un pourcentage de la variabilité totale de la population, leur somme correspondant à la variabilité totale. À chaque variable étudiée est attribuée une valeur numérique projetée sur les dimensions formant les axes du graphique, ce qui permet de visualiser les variables proches les unes des autres, bien que la relation exacte entre elles ne puisse être quantifiée [26].

Des graphiques et tableaux explicatifs sont réalisés avec Microsoft Excel et R.

Les résultats sont considérés comme statistiquement significatifs à un niveau de $p < 0,05$.

4. Considérations éthiques

Le questionnaire, ses modalités de mise en œuvre et le traitement informatique des données recueillies ont été soumis et validés par le comité d'éthique du CHRU de Tours.

Le traitement informatique est également en conformité avec la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et est enregistré auprès du Health Data Hub dans le registre des recherches entrant dans le cadre d'une Méthodologie de Référence sous le numéro 21098137.

Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon global

Les données exploitables issues des questionnaires étaient :

- L'âge des femmes consultant ;
- L'historique des épisodes de violences subies : chronologie des épisodes, type des violences (physiques, psychologiques, sexuelles, autres) et contexte des violences (conjugal, intrafamilial, scolaire, professionnel, autre) ;
- L'existence ou non d'un suivi psychologique antérieur et/ou actuel et son lien éventuel avec des violences subies ;
- L'historique des conduites automutilatoires : mécanisme des automutilations (scarifications, brûlures, pincements, coups, autres), localisation des automutilations (avant-bras, bras, jambes, cuisses, poitrine, abdomen, autres), âge de survenue des automutilations (début avant ou après 18 ans), épisodes de violences précédant les premières automutilations, présence ou non de lésions visibles au moment de la consultation et localisation de ces lésions.

Les données manquantes, insuffisamment remplies dans les questionnaires, étaient celles concernant la temporalité des épisodes de violences (âge au moment des violences et durée des épisodes). Ces données étaient inexploitables dans 30 à 40 % des cas.

Au total, 540 femmes ont été incluses dans cette étude entre le 4 novembre 2024 et le 6 mai 2025, 264 à l'Institut Médico-Légal de Tours, 171 à Blois, 57 à Bourges et 48 à la Maison des Femmes de Tours (Figure 1).



Figure 1 : Carte de la région Centre-Val de Loire et centres d'étude

Parmi ces 540 femmes, 114 soit 21 % (IC 95% [17,74 - 24,80]) rapportaient des antécédents de conduites automutilatoires.

Le motif de consultation au moment du recueil était des violences conjugales dans 63 % des cas, intrafamiliales (hors couple) dans 9 % des cas, dans le cadre professionnel ou scolaire dans 9 % des cas et dans d'autres contextes dans 19 % des cas.

L'âge médian de l'ensemble de l'échantillon était de 36 ans. La femme la plus jeune incluse avait 18 ans et la plus âgée 94 ans.

Sur l'ensemble de la population étudiée, on relevait un nombre moyen d'épisodes de violences subies avant l'épisode de violences motivant la consultation de 0,77. 249 (46 %) femmes incluses ne rapportaient aucun épisode de violences autre que celui les amenant à consulter.

Au total, avant les violences motivant la consultation, 35,9 % des femmes avaient déjà subi des violences physiques, 42,6 % des violences psychologiques, 25 % des violences sexuelles et 1,3 % d'autres types de violences (financières, administratives par exemple).

29,3 % avaient subi des violences conjugales, 20,6 % des violences intrafamiliales, 6,5 % des violences scolaires, 2,6 % des violences dans le contexte professionnel et 11,7 % dans d'autres contextes.

On relevait un pourcentage de femmes étant ou ayant été suivies sur le plan psychologique de 60 % parmi lesquelles 73 % déclaraient ce suivi en lien au moins partiellement avec des violences subies.

Le Tableau 1 présente les principaux éléments descriptifs de l'étude concernant l'historique des violences antérieures à l'épisode de violences motivant la consultation.

	N	540
	Âge (médiane [IQR])	36.00 [25.00 ; 46.00]
Types des violences	Aucune (%)	249 (46.1)
	Violences physiques (%)	194 (35.9)
	Violences psychologiques (%)	230 (42.6)
	Violences sexuelles (%)	135 (25.0)
	Violences autres (%)	7 (1.3)
Contextes des violences	Violences conjugales (%)	158 (29.3)
	Violences intrafamiliales (%)	111 (20.6)
	Violences scolaires (%)	35 (6.5)
	Violences professionnelles (%)	14 (2.6)
	Violences autres contextes (%)	63 (11.7)
	Suivi psychologique antérieur et/ou actuel (%)	324 (60.0)
	Nombre d'épisodes de violences subies (moyenne)	0.77
	Automutilations (%)	114 (21.1)

Tableau 1 : Historique des violences antérieures à l'épisode de violences motivant la consultation

2. Caractéristiques des automutilées

Parmi les 114 femmes avec antécédents d'automutilations, 88 % rapportaient des scarifications (coupures), 6 % des brûlures, 6 % des pincements, 8 % des coups et 16 % d'autres mécanismes (grattages, morsures par exemple), sans que ces mécanismes soient exclusifs les uns des autres.

Les localisations des automutilations les plus fréquemment rapportées étaient les avant-bras (81 %) et les cuisses (38 %). La Figure 2 montre les différentes localisations retrouvées. Des lésions ou cicatrices étaient visibles au moment de la consultation dans 62 % des cas.

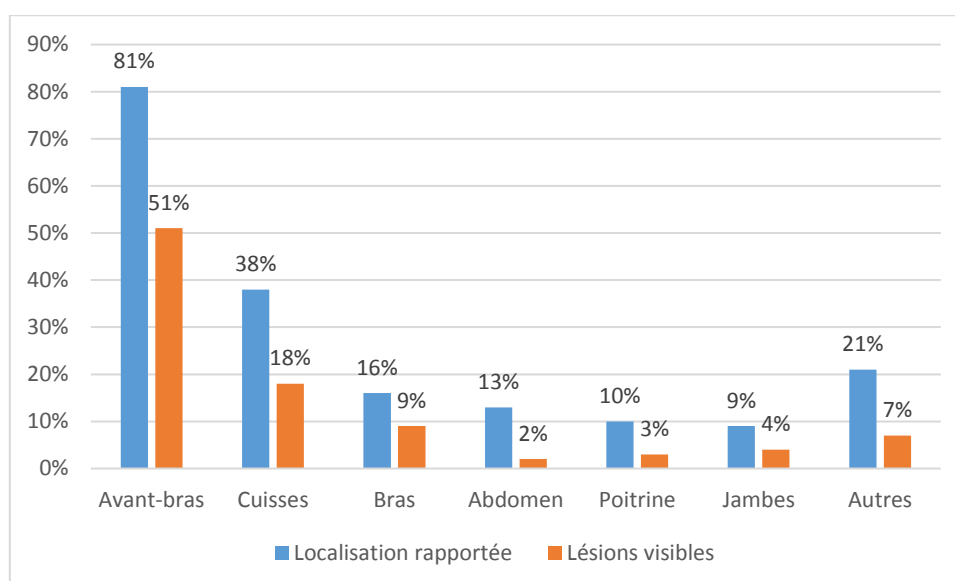


Figure 2 : Localisations des automutilations

Les automutilations survenaient uniquement avant l'âge de 18 ans chez 42% de ces femmes, 30% débutaient avant 18 ans et poursuivaient à l'âge adulte et 28% débutaient les automutilations à l'âge adulte.

Parmi les 114 femmes avec antécédents d'automutilations, 94 femmes (82 %) rapportaient avoir subi des violences avant le premier épisode d'automutilations. 24 % rapportaient un épisode de violences subies avant les premières automutilations, 46 % deux épisodes, 12 % trois épisodes et 1 % quatre épisodes. Le nombre moyen d'épisodes de violences subies après les premières automutilations pour celles en ayant subi avant était de 1,17.

Parmi ces 94 femmes ayant subi des violences avant les premières automutilations, 61 % rapportaient des violences physiques, 71 % des violences psychologiques et 56 % des violences sexuelles avant celles-ci. Des violences avaient eu lieu dans le cadre conjugal pour 35 % d'entre elles, dans le cadre intrafamilial pour 48 %, dans le cadre scolaire pour 23 % et dans un autre contexte pour 22 %. Le Tableau 2 reprend ces résultats.

Type	Physiques	57 (61%)
	Psychologiques	67 (71%)
	Sexuelles	53 (56%)
	Autres	5 (5%)
Contexte	Conjugal	33 (35%)
	Intrafamilial	45 (48%)
	Scolaire	22 (23%)
	Professionnel	0 (0%)
	Autre	21 (22%)

Tableau 2 : Types et contextes des violences subies avant les premières automutilations

3. Statistiques comparatives

3.1. Comparaisons entre le groupe des automutilées et celui des non-automutilées

L'âge médian était de 39 ans (de 18 à 94 ans) pour les femmes sans antécédents d'automutilations et de 24 ans (de 18 à 74 ans) pour celles avec antécédents d'automutilations. La différence est statistiquement significative ($p < 0,001$).

Aucune différence n'a été constatée entre les quatre centres d'étude concernant la proportion de femmes rapportant des automutilations.

Concernant le type des violences subies, les violences sexuelles étaient rapportées par 68 % des automutilées contre 39 % pour les non-automutilées, la différence est significative ($p < 0,001$).

La Figure 3 permet de visualiser cette répartition des types de violences entre les deux groupes.

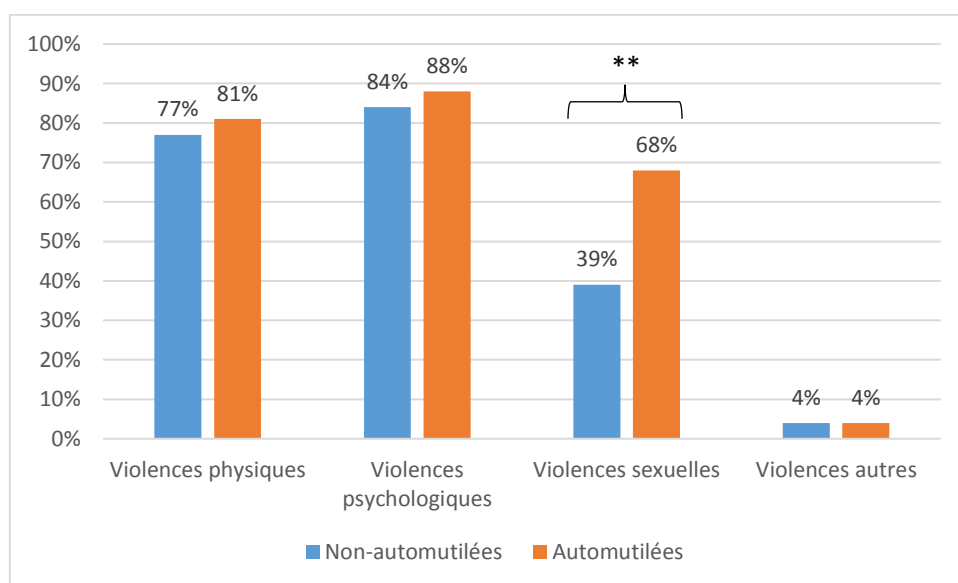


Figure 3 : Types de violences subies pour chacun des deux groupes

Chez les femmes avec antécédents d'automutilations, le nombre moyen d'épisodes de violences subies était de 2,45 avec un maximum de 6 épisodes (en comptant l'épisode de violences motivant la consultation). Chez les autres, il était de 1,59 avec un maximum de 4. La différence est statistiquement significative ($p < 0,001$). La Figure 4 permet de visualiser la répartition du nombre d'épisodes de violences subies chez les automutilées et chez les non-automutilées.

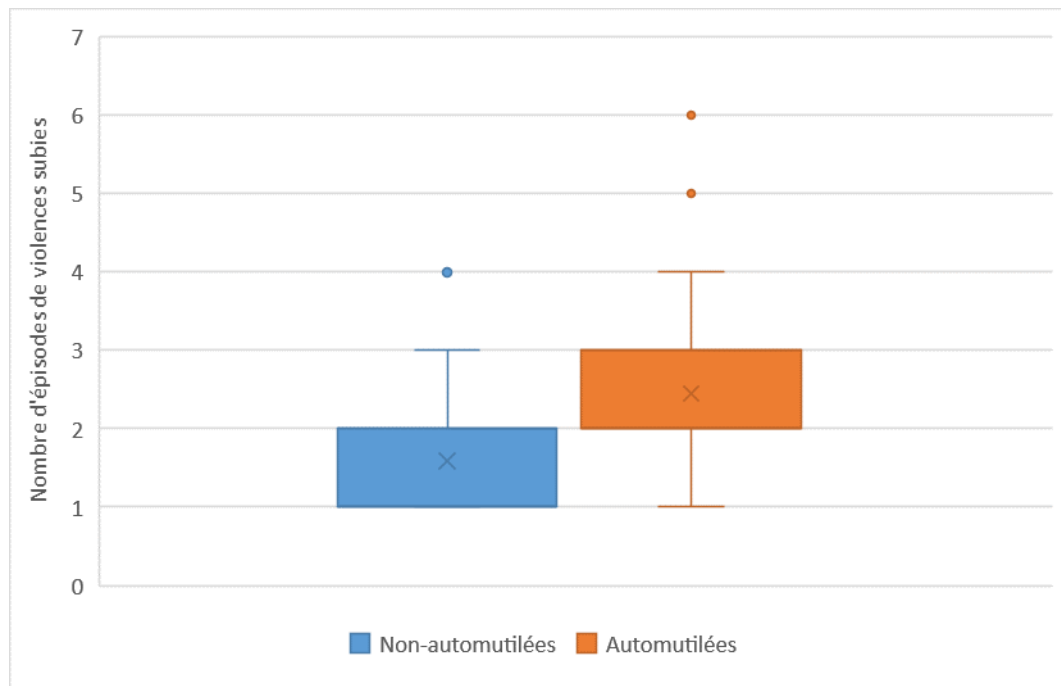


Figure 4 : Nombre d'épisodes de violences subies pour chacun des deux groupes

Chez les femmes avec antécédents d'automutilations, la fréquence du suivi psychologique était de 84 % contre 54 % chez les autres. La différence est statistiquement significative ($p < 0,001$). Ces résultats sont visibles sur la Figure 5.

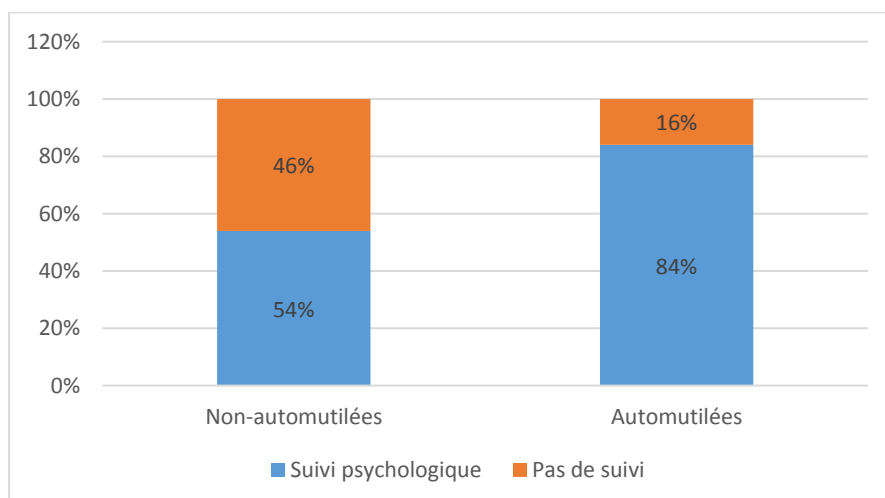


Figure 5 : Proportion de femmes suivies ou ayant été suivies sur le plan psychologique dans chacun des deux groupes

Le Tableau 3 synthétise ces éléments comparatifs entre les deux groupes.

		Total	Non-automutilées	Automutilées	p value
N		540	426	114	
Âge (médiane [IQR])		36.00 [25.00, 46.00]	39.00 [30.00, 48.00]	24.00 [20.00, 32.00]	<0.001
Centre (%)	Blois	171 (31.7)	140 (32.9)	31 (27.2)	0.653
	Bourges	57 (10.6)	43 (10.1)	14 (12.3)	
	IML	264 (48.9)	205 (48.1)	59 (51.8)	
	MDF	48 (8.9)	38 (8.9)	10 (8.8)	
Antécédents de violences physiques (%)	Non	120 (22.2)	98 (23.0)	22 (19.3)	0.448
	Oui	420 (77.8)	328 (77.0)	92 (80.7)	
Antécédents de violences psychologiques (%)	Non	83 (15.4)	69 (16.2)	14 (12.3)	0.380
	Oui	457 (84.6)	357 (83.8)	100 (87.7)	
Antécédents de violences sexuelles (%)	Non	295 (54.6)	259 (60.8)	36 (31.6)	<0.001
	Oui	245 (45.4)	167 (39.2)	78 (68.4)	
Antécédents de violences autres (%)	Non	517 (95.7)	408 (95.8)	109 (95.6)	1.000
	Oui	23 (4.3)	18 (4.2)	5 (4.4)	
Suivi psychologique antérieur et/ou actuel (%)	Non	216 (40.0)	198 (46.5)	18 (15.8)	<0.001
	Oui	324 (60.0)	228 (53.5)	96 (84.2)	
Automutilations (%)	Non	426 (78.9)	426 (100.0)	0 (0.0)	<0.001
	Oui	114 (21.1)	0 (0.0)	114 (100.0)	
Nombre d'épisodes de violences subies (moyenne)		1.77	1.59	2.45	<0.001

Tableau 3 : Comparaison entre les automutilées et les non-automutilées

3.2. Prédiction et mesures d'association

La VPP (probabilité de retrouver des antécédents de violences subies chez une femme automutilée) était de 82 %.

La VPN (probabilité de ne pas retrouver d'antécédents de violences subies chez une femme non automutilée) était de 54 %.

Concernant la présence ou non de lésions visibles au moment de la consultation, la VPP (probabilité de retrouver des antécédents de violences subies chez une femme présentant des lésions) était de 77 %. La VPN était de 50 %.

Les régressions logistiques multivariées ont mis en évidence que les facteurs associés aux antécédents d'automutilations étaient l'âge ($p < 0,001$), des antécédents de suivi psychologique ($p < 0,001$) et la multiplicité des épisodes de violences ($p < 0,001$). En revanche, l'association n'est pas significative ($p = 0,16$) en ce qui concerne les antécédents de violences sexuelles subies. L'*odds ratio* (OR) associé à l'âge était de 0,92, celui associé à la fréquence du suivi psychologique de 3,26 et celui associé au nombre d'épisodes de violences de 2,40. Les résultats sont présentés dans le Tableau 4.

Variable	OR	95% CI	p-value
Âge	0,92	[0,89 ; 0,94]	<0,001
Suivi psychologique	3,26	[1,79 ; 6,18]	<0,001
Nombre d'épisodes de violences	2,40	[1,74 ; 3,36]	<0,001
Violences physiques	0,83	[0,43 ; 1,64]	0,59
Violences psychologiques	1,27	[0,58 ; 2,93]	0,55
Violences sexuelles	1,51	[0,85 ; 2,68]	0,16
Violences autres	0,80	[0,21 ; 2,62]	0,72

Tableau 4 : Comparaison entre les automutilées et les non-automutilées à l'aide d'une régression logistique multivariée

3.3. Comparaisons au sein du groupe des automutilées

3.3.1. Comparaison en fonction de l'existence de violences subies avant les premières automutilations

Dans le groupe des automutilées, une comparaison a été réalisée entre le sous-groupe de celles rapportant des violences subies avant les premières automutilations et celles n'en rapportant pas.

Aucune différence significative n'a été mise en évidence concernant les mécanismes ou les localisations des automutilations.

Le nombre d'épisodes de violences subies sur l'ensemble de leur vie chez celles rapportant des violences avant les premières automutilations était supérieur ($p = 0,002$) à celui des autres (2,60 vs 1,70 en comptant l'épisode de violences motivant la consultation) et on retrouvait un nombre plus important d'épisodes de violences sexuelles chez elles ($p = 0,001$).

Le contexte du premier épisode chronologique de violences subies était différent ($p < 0,001$) entre celles rapportant des violences avant les premières automutilations et les autres (plus de violences intrafamiliales et moins de violences conjugales pour celles avec violences avant les premières automutilations). Cette différence est visualisée sur la Figure 6.

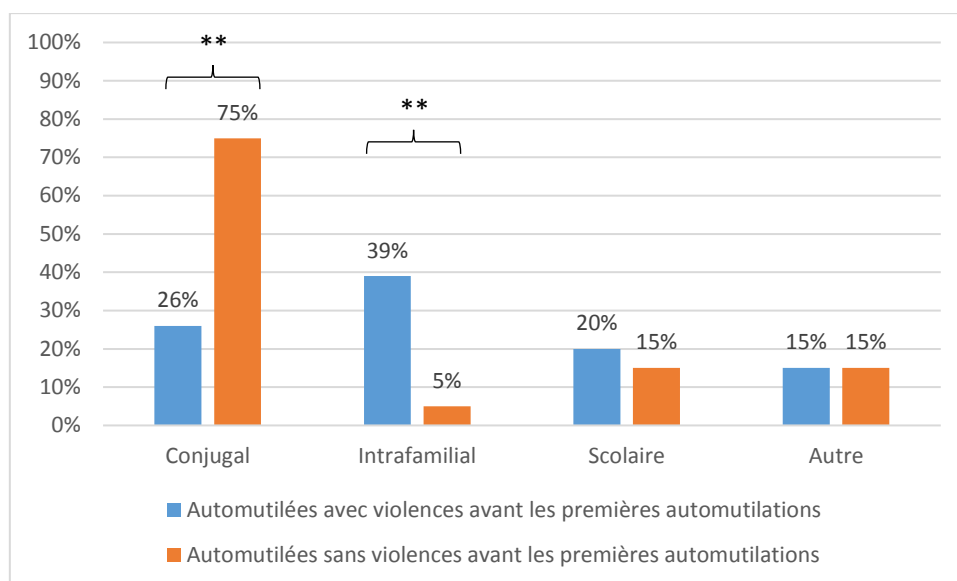


Figure 6 : Contexte du premier épisode de violences chez les automutilées

Le Tableau 5 regroupe les résultats de cette comparaison.

			Total	Pas de violences avant les premières automutilations	Violences avant les premières automutilations	p value
N			114	20	94	
Âge (médiane [IQR])			24.00 [20.00, 32.00]	28.00 [21.75, 32.00]	24.00 [20.00, 32.00]	0.476
Premier épisode de violences	Violences physiques (%)	Non	53 (46.5)	6 (30.0)	47 (50.0)	0.139
		Oui	61 (53.5)	14 (70.0)	47 (50.0)	
	Violences psychologiques (%)	Non	40 (35.1)	6 (30.0)	34 (36.2)	0.797
		Oui	74 (64.9)	14 (70.0)	60 (63.8)	
	Violences sexuelles (%)	Non	71 (62.3)	16 (80.0)	55 (58.5)	0.081
		Oui	43 (37.7)	4 (20.0)	39 (41.5)	
	Violences autres (%)	Non	111 (97.4)	20 (100.0)	91 (96.8)	1.000
		Oui	3 (2.6)	0 (0.0)	3 (3.2)	
	Contexte (%)	Autre	17 (14.9)	3 (15.0)	14 (14.9)	<0.001
		Conjugal	39 (34.2)	15 (75.0)	24 (25.5)	
		Intrafamilial	38 (33.3)	1 (5.0)	37 (39.4)	
		Scolaire	20 (17.5)	1 (5.0)	19 (20.2)	
		Travail	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	Antécédents de violences physiques (%)	Non	22 (19.3)	4 (20.0)	18 (19.1)	1.000
		Oui	92 (80.7)	16 (80.0)	76 (80.9)	
	Antécédents de violences psychologiques (%)	Non	14 (12.3)	3 (15.0)	11 (11.7)	0.710
		Oui	100 (87.7)	17 (85.0)	83 (88.3)	
Antécédents de violences sexuelles (%)	Non	36 (31.6)	13 (65.0)	23 (24.5)	0.001	
	Oui	78 (68.4)	7 (35.0)	71 (75.5)		
Antécédents de violences autres (%)	Non	109 (95.6)	20 (100.0)	89 (94.7)	0.585	
	Oui	5 (4.4)	0 (0.0)	5 (5.3)		
Suivi psychologique (%)	Non	18 (15.8)	3 (15.0)	15 (16.0)	1.000	
	Oui	96 (84.2)	17 (85.0)	79 (84.0)		
Suivi psychologique en rapport avec des violences (%)	Non	17 (17.7)	10 (58.8)	7 (8.9)	<0.001	
	Oui	79 (82.3)	7 (41.2)	72 (91.1)		
Âge de survenue des automutilations (%)	Début avant 18 ans et poursuite après	34 (29.8)	3 (15.0)	31 (33.0)	0.031	
	Quand majeure uniquement	32 (28.1)	3 (15.0)	29 (30.9)		
	Quand mineure uniquement	48 (42.1)	14 (70.0)	34 (36.2)		
Nombre d'épisodes de violences subies (moyenne)			2.45	1.70	2.60	0.002

Tableau 5 : Comparaison entre les automutilées rapportant des violences subies avant les premières automutilations et celles n'en rapportant pas

3.3.2. Comparaison en fonction de l'existence d'antécédents de violences sexuelles

Dans le groupe des automutilées, une comparaison a été réalisée entre le sous-groupe de celles rapportant des antécédents de violences sexuelles et celles n'en rapportant pas. L'âge de celles rapportant des violences sexuelles était inférieur à celui des autres ($p = 0,025$), le nombre moyen d'épisodes de violences subies avant les premières automutilations était supérieur (1,74 vs 1,14 ; $p = 0,003$). Le Tableau 6 permet de visualiser ces résultats.

Aucune différence significative n'a été mise en évidence concernant les mécanismes ou les localisations des automutilations.

		Violences sexuelles		p value
		Non	Oui	
N		36	78	
Âge (médiane [IQR])		29.00 [22.75, 32.25]	22.50 [19.00, 31.75]	0.025
Antécédents de violences physiques (%)	Non	5 (13.9)	17 (21.8)	0.445
	Oui	31 (86.1)	61 (78.2)	
Antécédents de violences psychologiques (%)	Non	2 (5.6)	12 (15.4)	0.219
	Oui	34 (94.4)	66 (84.6)	
Antécédents de violences sexuelles (%)	Non	36 (100.0)	0 (0.0)	<0.001
	Oui	0 (0.0)	78 (100.0)	
Antécédents de violences autres (%)	Non	35 (97.2)	74 (94.9)	1.000
	Oui	1 (2.8)	4 (5.1)	
Suivi psychologique (%)	Non	7 (19.4)	11 (14.1)	0.581
	Oui	29 (80.6)	67 (85.9)	
Types d'automutilations	Scarifications (%)	Non	6 (16.7)	0.365
		Oui	30 (83.3)	
	Brûlures (%)	Non	35 (97.2)	0.429
		Oui	1 (2.8)	
	Pincements (%)	Non	36 (100.0)	0.096
		Oui	0 (0.0)	
	Coups (%)	Non	34 (94.4)	0.717
		Oui	2 (5.6)	
	Autre (%)	Non	32 (88.9)	0.419
		Oui	4 (11.1)	
Localisations des automutilations	Avant-bras (%)	Non	5 (13.9)	0.445
		Oui	31 (86.1)	
	Bras (%)	Non	32 (88.9)	0.419
		Oui	4 (11.1)	
	Jambes (%)	Non	33 (91.7)	1.000
		Oui	3 (8.3)	
	Cuisses (%)	Non	23 (63.9)	0.839
		Oui	13 (36.1)	
	Poitrine (%)	Non	34 (94.4)	0.498
		Oui	2 (5.6)	
	Abdomen (%)	Non	33 (91.7)	0.382
		Oui	3 (8.3)	
	Autre (%)	Non	30 (83.3)	0.622
		Oui	6 (16.7)	
Survenue des automutilations (%)	Début avant 18 ans et poursuite après	4 (11.1)	30 (38.5)	0.007
	Uniquement après 18 ans	14 (38.9)	18 (23.1)	
	Uniquement avant 18 ans	18 (50.0)	30 (38.5)	
Nombre d'épisodes de violences avant les premières automutilations (moyenne)		1.14	1.74	0.003

Tableau 6 : Comparaison entre les automutilées ayant des antécédents de violences sexuelles et les automutilées sans antécédents de violences sexuelles

3.4. Analyse des correspondances multiples

Une analyse des correspondances multiples a été réalisée sur le groupe des automutilées. La Figure 7 représente la distribution des variables sur les dimensions 1 et 2 qui expliquent plus

de 40 % de la variabilité totale. On constate que les localisations des automutilations autres que les avant-bras sont éloignées du reste des variables et qu'il y a une proximité entre violences physiques, violences psychologiques et automutilations des avant-bras.

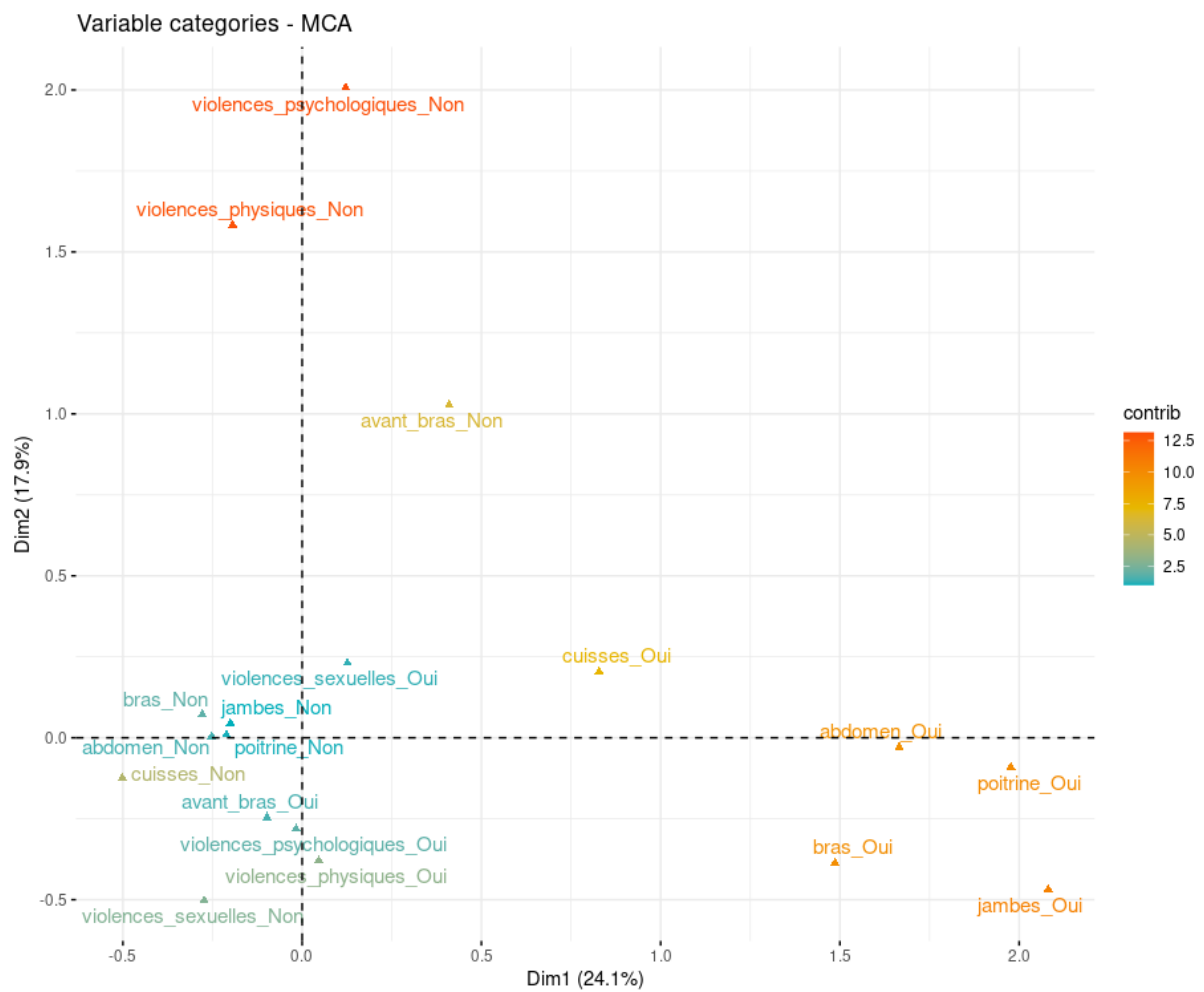


Figure 7 : Représentation graphique de l'ACM

Discussion

1. Caractéristiques des automutilées

Sur les 540 femmes incluses dans l'étude, 21 % (soit 114 femmes) rapportaient des antécédents d'automutilations. Aucune différence significative n'a été observée concernant cette proportion entre les quatre centres d'étude, suggérant que la prévalence des automutilations est relativement homogène dans la région Centre-Val de Loire et que les questionnaires ont été remplis avec une fréquence similaire dans les différents centres. Cette proportion plus élevée que celle observée dans les cohortes précédemment étudiées dans la littérature pourrait être expliquée par les spécificités de la population étudiée, qui diffère de la population générale [1-8]. En effet, s'il existe un lien entre violences subies et automutilations, étant donné que toutes les femmes incluses dans l'étude ont subi par définition au moins une fois des violences, cette surreprésentation semble logique.

L'âge médian des femmes ayant des antécédents d'automutilations était significativement inférieur à celui des femmes sans automutilations, ce qui pourrait suggérer que les automutilations sont un phénomène relativement récent. Ce constat est renforcé par le fait que ce symptôme a été reconnu en tant que tel dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) seulement en 2013 (version 5), ce qui en fait une entité diagnostique relativement récente [27]. Cependant, un biais de classement (ou de mémorisation) n'est pas à exclure concernant cette différence d'âge entre les deux groupes. En effet, il est possible que des femmes automutilées dans leur jeunesse aient oublié - volontairement ou non - ces automutilations et que les jeunes adultes automutilées s'en souviennent mieux ou aient moins de difficultés à les évoquer. Nous avons également constaté que sur les 114 automutilées, 82 (72 %) avaient débuté les automutilations avant l'âge de 18 ans et parmi celles-ci, seulement 34 (30 %) ont poursuivi à l'âge adulte. Cette diminution de ces comportements à l'âge adulte a déjà été retrouvée dans une méta-analyse de Plener et al. en 2015 [28]. Cela pourrait aller dans le sens de gestes « à la fois transgressifs et agressifs », souvent considérés comme caractéristiques de l'adolescence alors qu'ils peuvent être la conséquence de violences subies comme le suggère notre étude et les données de la science ayant déjà établi le lien entre violences subies dans l'enfance et les conduites automutilatoires à l'adolescence [29-33].

2. Automutilations et comorbidités psychiatriques

Un suivi psychologique antérieur ou actuel a été observé plus fréquemment dans le groupe des automutilées, ce qui suggère que ces femmes sont davantage en contact avec des soins psychologiques et/ou psychiatriques. Le sens du lien de causalité entre le suivi psychologique et les automutilations est difficile à établir. D'une part, les automutilations pourraient survenir sur un terrain psychologique fragilisé par des violences subies et/ou par une pathologie psychiatrique sous-jacente tel qu'un trouble de la personnalité, dont le diagnostic n'est souvent posé qu'à l'âge adulte. D'autre part, le suivi psychologique pourrait être une

conséquence de la survenue d'automutilations, soit suite à la constatation de lésions par des proches (parents, amis), soit spontanément par l'intéressée.

Même si le lien entre trouble de la personnalité, borderline notamment, et comportements auto-agressifs, semble établi et est retrouvé parmi les critères diagnostiques, l'apparition de ce trouble est fortement corrélée à une exposition antérieure à des violences [1, 10, 14, 18, 19, 27, 33-35]. Selon les études, les chiffres varient entre 60 et 100 % d'antécédents de violences et/ou de négligence subies dans l'enfance chez les personnes présentant un trouble de la personnalité borderline. En 1989, Herman et al. ont montré que 81 % des personnes étudiées souffrant d'un trouble de la personnalité borderline rapportaient des maltraitances dans l'enfance [36]. Une méta-analyse de Porter et al. en 2020 portant sur 97 études a montré que les individus avec un trouble de la personnalité borderline rapportaient 13 fois plus de violences subies dans l'enfance que les autres [37]. Une étude plus récente de 2023 a également montré une différence significative, en univarié comme en multivarié, en ce qui concerne l'exposition à des violences / négligences pendant l'enfance et l'apparition d'un tel trouble [38]. En conséquence, certains travaux évoquaient le fait de considérer le trouble de la personnalité borderline comme un trouble de stress post-traumatique complexe, ce qui est pour le moment réfuté [39]. La présence de lésions auto-infligées ou la suspicion d'un trouble de la personnalité doivent donc faire évoquer et rechercher des antécédents de violences.

Par ailleurs, certaines études ont mis en évidence que les automutilations sur les localisations moins fréquentes (autres que les membres supérieurs) sont en lien avec une symptomatologie psychiatrique plus sévère [49-51]. Aucune association n'a été relevée dans notre étude entre les localisations des automutilations et un éventuel suivi psychologique. Gardner et al. ont mis en évidence que les localisations « cachées » sont plus à risque de répétition des conduites automutilatoires et peuvent survenir après des automutilations sur des localisations visibles, ce qui impose un examen physique exhaustif quel que soit le ou les sites lésionnels rapportés ou constatés [50].

3. Automutilations et violences

Nous avons établi un lien significatif entre nombre d'épisodes de violences subies et la survenue d'automutilations (OR = 2,40), ce qui renforce les conclusions d'études antérieures sur l'importance de la répétition traumatique dans la genèse des automutilations [33, 43, 44]. Toutefois, cette association pourrait être modulée par la perception subjective de ce qui constitue ou non un acte violent. En effet, un événement jugé violent par une personne pourrait ne pas l'être pour une autre. Cet élément est également à confronter à la banalisation de certaines violences, par exemple les violences sexuelles ou sexistes « ordinaires » et les violences au sein du couple, notamment psychologiques et sexuelles. Ainsi, il serait pertinent d'explorer cette « frontière », variable d'un individu à l'autre, entre violence et non-violence, qui constitue un biais de notre étude.

Concernant les types de violences subies, seules les violences sexuelles apparaissent comme un facteur de risque notable pour les automutilations. Bien que l'association soit significative

en analyse univariée, elle perd son caractère significatif en analyse multivariée ($p = 0,16$), suggérant un manque de puissance statistique. Cette association a déjà été établie dans plusieurs études [5, 20, 21, 23, 30, 45, 46]. L'indépendance de ce facteur de risque reste donc à établir, ce qui avait été le cas dans une étude prospective d'une cohorte de 737 adolescents âgés de 15 à 16 ans, évalués au temps initial et 6 mois après où le seul facteur de risque indépendant en lien avec un premier épisode d'automutilation retrouvé était d'avoir des antécédents d'abus sexuel [3].

Dans notre étude, 82 % des femmes ayant des antécédents d'automutilations rapportaient avoir été victimes de violences avant la survenue des premières automutilations. Cette chronologie (violences avant automutilations) rejoint les résultats observés dans plusieurs études précédentes [5, 9, 10, 20-23, 33]. Les violences intrafamiliales et sexuelles sont prédominantes chez les femmes ayant développé des comportements automutilatoires après des violences. De plus, ces femmes ont en moyenne subi davantage d'épisodes de violences dans leur histoire de vie que celles qui n'ont pas rapporté de violences antérieures aux premières automutilations. En revanche, aucune différence n'a été constatée entre le nombre d'épisodes de violences postérieurs aux premières automutilations et le nombre d'épisodes de violences subies par les non-automutilées, ce qui suggère dans notre étude et par rapport aux non-automutilées, une absence de « revictimisation » après le début des automutilations, revictimisation qui a été retrouvée comme facteur de risque d'idées suicidaires et d'automutilations [47].

Les automutilations observées dans cette étude étaient le plus souvent de type scarifications, localisées principalement sur les avant-bras, comme cela a été observé dans d'autres études [48-50]. Des lésions étaient visibles dans 62 % des cas chez les automutilées. L'absence de lésions dans 38 % des cas peut être la conséquence du délai séparant les automutilations et la consultation et/ou de la gravité des blessures initiales. Concernant les localisations et les mécanismes lésionnels rapportés, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les différents types de violences dans notre étude. Alors que quelques études évoquent un lien entre automutilations des cuisses et de la poitrine et antécédents de violences sexuelles, cette association n'a pas été retrouvée dans notre étude [51].

4. Perspectives et limites

Alors même que le lien entre automutilations et violences subies avait été largement étudié, cette étude a permis d'étudier un échantillon de population inédit mais pertinent en ce qui concerne l'exploration des conduites automutilatoires étant donné que ces personnes consultant aux UMJ sont victimes de violences par définition. Cependant, cette étude est susceptible de présenter plusieurs biais potentiels. Le biais de sélection est important, notamment en raison de l'exclusion des mineures pour des considérations éthiques et à cause des contraintes temporelles régissant ce type d'étude. Ainsi, une inclusion des adolescentes aurait pu contribuer à affiner les résultats obtenus. Un biais d'information est également à prendre en compte, car l'historique des violences et des automutilations repose uniquement

sur des déclarations personnelles, ce qui peut induire des erreurs de mémorisation ou des biais de rappel. De plus, les données manquantes lors du remplissage de certains questionnaires sur la temporalité des violences (distinction des violences subies avant ou après 18 ans, temporalité des épisodes de violences) auraient pu apporter des informations supplémentaires pour affiner les analyses. Des facteurs socio-économiques ou des comorbidités psychiatriques plus détaillés auraient aussi pu enrichir les résultats. De plus, bien que l'échantillon total soit relativement large, certains sous-groupes demeurent d'effectifs trop faibles pour tirer des conclusions robustes, ce qui suggère que des études futures devraient viser des effectifs plus importants pour améliorer la puissance statistique.

Une étude plus approfondie, en incluant cette fois-ci les mineures, pourrait aider à mieux cerner la complexité de ce phénomène et les mécanismes mis en jeu. L'inclusion des individus de sexe masculin pourrait être également utile, comme cela a été fait dans certaines études [43, 50, 52, 53]. Par ailleurs, d'autres formes de conduites à risque, moins fréquemment considérées comme des comportements auto-agressifs, seraient intéressantes à explorer. Par exemple, deux études de 2017 et 2023 avaient étudié le sexe et les pratiques sexuelles à risque en tant que conduites auto-agressives [54, 55]. Enfin, les mécanismes psychologiques à l'origine du passage à l'acte automutilatoires méritent d'être étudiés plus précisément. Une étude publiée en 2021 menée sur 1574 jeunes adultes avait soumis une classification en cinq « groupes » en fonction de la sévérité, de la fréquence, de l'âge de début et du but recherché des automutilations [56]. Un travail de recherche conjoint avec les services de psychiatrie pourrait donc être pertinent.

5. Application à la pratique médico-légale

Nous avons pu mettre en évidence que la présence de cicatrices d'allure auto-infligée ou des allégations de tels comportements témoignent dans la plupart des cas de plusieurs antécédents de violences subies, parmi lesquelles sont souvent retrouvées des violences sexuelles. Il paraît donc raisonnable de questionner l'imputabilité de tels comportements à une exposition à des violences, d'autant plus si la victime déclare les automutilations en lien avec de telles violences. Selon les six critères d'imputabilité définis en 1925 par Müller et Cordonnier, il faut :

- Une vraisemblance scientifique : l'enchaînement anatomo-clinique dans le cas des automutilations a bien été établi dans la littérature et dans notre étude avec un lien plus fort pour certains types de violences ;
- Un diagnostic certain de l'affection : la présence de lésions ou cicatrices est préférable d'autant plus que comme pour beaucoup des éléments de l'évaluation du retentissement psychologique, les éléments restent déclaratifs ;
- Une intégrité préalable : il est difficile de statuer sur ce point étant donné les comorbidités psychiatriques évoquées précédemment et le fait que nous avons montré que les automutilées étaient plus souvent exposées à des violences ;

- La concordance de siège : ce critère ne semble pas adapté à notre cas. De plus, l'association entre les localisations des automutilations et les caractéristiques des violences subies est à prouver ;
- Le délai d'apparition : il existe souvent un intervalle silencieux entre les violences subies et la survenue des automutilations qui peut donc rendre difficile l'imputabilité au seul événement traumatique rapporté ;
- La réalité, la nature et l'intensité du traumatisme : bien que les automutilations peuvent être le résultat de violences subies, nous n'avons pas mis en évidence de lien entre la gravité des automutilations et la gravité des violences, sachant que la gradation de la violence reste subjective et difficilement évaluable.

Dans le cas des automutilations et des conséquences psychologiques en général de violences subies, la notion d'imputabilité se heurte donc aux aspects spécifiques de la santé mentale [57].

Dans notre étude, aucune association n'a été retrouvée entre la localisation ou les mécanismes lésionnels et un type ou contexte de violences en particulier. Ces constatations, la multiplicité des épisodes de violences dans l'histoire de vie des automutilées et l'association fréquente avec un état antérieur psychiatrique, notamment les troubles de la personnalité, questionnent sur la prise en compte des automutilations dans la détermination de l'ITT. Il s'avère que, au vu des difficultés à quantifier la gêne occasionnée par la souffrance psychologique, qui est souvent multifactorielle comme nous l'avons montré, l'ITT n'est définitivement pas un outil adapté pour quantifier le retentissement psychologique des violences subies. Toutefois les automutilations peuvent parfois nécessiter des soins spécifiques, qu'il convient de prendre en compte, notamment si plusieurs critères d'imputabilité sont retrouvés ou rapportés par la victime.

Il convient donc d'être prudent en terme d'imputabilité mais au cas par cas, il est possible de retenir un lien s'il est documenté par des éléments médicaux (observations médicales aux urgences, comptes-rendus d'hospitalisation en psychiatrie par exemple).

6. Conclusion

Les résultats de cette étude rappellent l'importance du dépistage systématique des violences, particulièrement en cas d'allégations ou de constatations de lésions auto-infligées. Cette approche pourrait permettre de mieux identifier les femmes à risque et d'intervenir plus précocement étant donné que les comportements automutilatoires sans intention suicidaire sont reconnus comme un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire [3, 13, 16, 40, 41]. Une étude multicentrique et de plus grande ampleur pourrait permettre d'augmenter la puissance de nos résultats et élargir leurs applications.

Bibliographie

1. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Vol. 379, The Lancet. 2012.
2. Laukkanen E, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylmä J, Tolmunen T, Hintikka J. The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2009;44(1).
3. O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Predicting Deliberate Self-Harm in Adolescents: A Six Month Prospective Study. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2009;39(4).
4. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. Vol. 19, Current Psychiatry Reports. 2017.
5. Zhang J, Song J, Wang J. Adolescent self-harm and risk factors. Asia-Pacific Psychiatry. 2016;8(4).
6. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, Featherston OJ, Rapti I, Garcia-Anguita A, et al. Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990–2015. Vol. 57, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2018.
7. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Vol. 6, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2012.
8. O'Connor RC, Rasmussen S, Miles J, Hawton K. Self-harm in adolescents: Self-report survey in schools in Scotland. British Journal of Psychiatry. 2009;194(1).
9. Kaess M, Parzer P, Mattern M, Plener PL, Bifulco A, Resch F, et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. Psychiatry Research. 2013;206(2–3).
10. Nock MK. Why do people hurt themselves?: New insights into the nature and functions of self-injury. Current Directions in Psychological Science. 2009;18(2).
11. Yang HK, Brown GC, Magargal LE. Self-inflicted ocular mutilation. American Journal of Ophthalmology. 1981;91(5).
12. Gössler R, Vesely C, Friedrich MH. [Autocastration of a young schizophrenic man]. Psychiatrische Praxis. 2002;29(4).
13. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. Psychiatry Research. 2006;144(1).
14. Hintikka J, Tolmunen T, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylmä J, Laukkanen E. Mental Disorders in Self-Cutting Adolescents. Journal of Adolescent Health. 2009;44(5).

15. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. Vol. 181, *British Journal of Psychiatry*. 2002.
16. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. Vol. 54, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2015.
17. Andreasson K, Krogh J, Wenneberg C, Jessen HKL, Krakauer K, Gluud C, et al. Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder—a randomized observer-blinded clinical trial. *Depression and Anxiety*. 2016;33(6).
18. Reichl C, Kaess M. Self-harm in the context of borderline personality disorder. Vol. 37, *Current Opinion in Psychology*. 2021.
19. Ayodeji E, Green J, Roberts C, Trainor G, Rothwell J, Woodham A, et al. The influence of personality disorder on outcome in adolescent self-harm. Vol. 207, *British Journal of Psychiatry*. 2015.
20. Klonsky ED, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: Meta-analysis. Vol. 192, *British Journal of Psychiatry*. 2008.
21. Rahman F, Webb RT, Wittkowski A. Risk factors for self-harm repetition in adolescents: A systematic review. Vol. 88, *Clinical Psychology Review*. 2021.
22. McEvoy D, Brannigan R, Cooke L, Butler E, Walsh C, Arensman E, et al. Risk and protective factors for self-harm in adolescents and young adults: An umbrella review of systematic reviews. Vol. 168, *Journal of Psychiatric Research*. 2023.
23. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2002;72(1).
24. Popa MS. Domestic violence and its consequences on health. *Management in Health*. 2009;XIII(3).
25. Chl. Introduction à R. aliquote.org; [cited august 29 2025]. Available from: <https://aliquote.org/pub/intro-r.pdf>.
26. Sébastien LÊ, Julie Josse FH. FactoMineR: An R Package for Multivariate Analysis. *Environ Int*. 2009;35(2):253–8.
27. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013;12(2).
28. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: A systematic review of the literature. Vol. 2, *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2015.
29. Jacquin P, Picherot G. Les scarifications chez l'adolescent : quand s'inquiéter ? *La Revue du praticien*. 2016;66(10).

30. Calvo N, Lugo-Marín J, Oriol M, Pérez-Galbarro C, Restoy D, Ramos-Quiroga JA, Ferrer M. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury in adolescent population: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 2024 Nov;157.
31. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. Vol. 29, *Clinical Psychology Review.* 2009.
32. Maniglio R. Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. Vol. 27, *Depression and Anxiety.* 2010.
33. Liu RT, Scopelliti KM, Pittman SK, Zamora AS. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry.* 2018;5(1).
34. Chen XC, Xu JJ, Yin XT, Qiu YF, Yang R, Wang ZY, et al. Mediating role of anxiety and impulsivity in the association between child maltreatment and lifetime non-suicidal self-injury with and without suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders.* 2024;347.
35. Vanwoerden S, Leavitt J, Gallagher MW, Temple JR, Sharp C. Dating violence victimization and borderline personality pathology: Temporal associations from late adolescence to early adulthood. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2019;10(2).
36. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry.* 1989;146(4).
37. Porter C, Palmier-Claus J, Branitsky A, Mansell W, Warwick H, Varese F. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. Vol. 141, *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2020.
38. Zashchirinskaia O, Isagulova E. Childhood Trauma as a Risk Factor for High Risk Behaviors in Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry.* 2023;18(1).
39. Cloitre M, Garvert DW, Weiss B, Carlson EB, Bryant RA. Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology.* 2014;5.
40. Laukkanen E, Rissanen ML, Tolmunen T, Kylmä J, Hintikka J. Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *European Child and Adolescent Psychiatry.* 2013;22(8).
41. Gardner KJ, Bickley H, Turnbull P, Kapur N, Taylor P, Clements C. The significance of site of cut in self-harm in young people. *Journal of Affective Disorders.* 2020;266.
42. Geulayov G, Casey D, Bale E, Brand F, Clements C, Farooq B, et al. Risk of suicide in patients who present to hospital after self-cutting according to site of injury: Findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *Psychological Medicine.* 2023;53(4).
43. Rajhvajn Bulat L, Sušac N, Ajduković M. Predicting prolonged non-suicidal self-injury behaviour and suicidal ideations in adolescence – the role of personal and environmental factors. *Current Psychology.* 2024;43(2).

44. Canol T, Sapmaz SY, Barut EA, Cakir ADU, Bilac O, Kandemir H. Nonsuicidal self-injury in adolescents: Role of sociodemographic and clinical factors, emotion regulation, and maladaptive personality traits. *Dusunen Adam - The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2022;35(3).
45. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal self-injury: A systematic review. Vol. 8, *Frontiers in Psychology*. 2017.
46. Quiroga-Garza A, José Almela-Ojeda M. Sexual Abuse in Childhood: Emerging Syndromes in Adulthood. In: *An International Collection of Multidisciplinary Approaches to Violence and Aggression*. 2023.
47. Unlu G, Cakaloz B. Effects of perpetrator identity on suicidality and nonsuicidal self-injury in sexually victimized female adolescents. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016;12.
48. Bout A, Kettani N, Berhili N, Aarab C, Rammouz I, Aalouane R. Non-suicidal self-harm: A study on 100 inpatients. *Annales Medico-Psychologiques*. 2022;180(6).
49. Baguelin-Pinaud A, Seguy C, Thibaut F. Self-mutilating behaviour: A study on 30 inpatients. *Encephale*. 2009;35(6).
50. Karrouri R. Self-injury in hospitalized patients: Concerning 19 cases. *L'automutilation chez les patients hospitalisés : à propos de 19 cas*. 2017;43(3).
51. Ernoul A, Orsat M, Dubois de Prisque G. Agressions sexuelles et scarifications à l'adolescence. *Annales Medico-Psychologiques*. 2016;174(6).
52. Sornberger MJ, Heath NL, Toste JR, McLouth R. Nonsuicidal self-injury and gender: Patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012;42(3).
53. Victor SE, Muehlenkamp JJ, Hayes NA, Lengel GJ, Styer DM, Washburn JJ. Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. *Comprehensive Psychiatry*. 2018;82.
54. Hedén L, Jonsson LS, Fredlund C. The Connection Between Sex as Self-Injury and Sexual Violence. *Archives of Sexual Behavior*. 2023;52(8).
55. Fredlund C, Svedin CG, Priebe G, Jonsson L, Wadsby M. Self-reported frequency of sex as self-injury (SASI) in a national study of Swedish adolescents and association to sociodemographic factors, sexual behaviors, abuse and mental health. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2017;11(1).
56. Singhal N, Bhola P, Reddi VSK, Bhaskarapillai B, Joseph S. Non-suicidal self-injury (NSSI) among emerging adults: Sub-group profiles and their clinical relevance. *Psychiatry Research*. 2021;300.
57. Advenier F, Sinanian A, Wulfman R, Edel Y. Could immutability of an addiction be regarded as due to a post-traumatic disorder in an assessment of body injury? *Annales Medico-Psychologiques*. 2023;181(3).

Annexe : questionnaire d'étude

Date de l'examen :

N°IML :

Âge :

HISTORIQUE DES VIOLENCES

Situation de violences (unique ou répétées) motivant la consultation de ce jour				
N°	Type de violences	Date ou période des faits	Caractère chronique	Contexte des violences
1	☐ Physiques ☐ Psychologiques ☐ Sexuelles ☐ Autres	Le OU De à	☐ Épisode unique ☐ Répétés	☐ Conjugal ☐ Intra-familial (hors conjugal) ☐ Scolaire ☐ Travail ☐ Autre Auteur désigné :

Précisions/commentaires :

Situation(s) de violences antérieures				
<u>Survenue quand victime mineure</u>				
N°	Type de violences	Date ou période des faits	Caractère chronique	Contexte des violences
2	☐ Physiques ☐ Psychologiques ☐ Sexuelles ☐ Autres	Le OU De à	☐ Épisode unique ☐ Répétés	☐ Conjugal ☐ Intra-familial (hors conjugal) ☐ Scolaire ☐ Travail ☐ Autre Auteur désigné :
3	☐ Physiques ☐ Psychologiques ☐ Sexuelles ☐ Autres	Le OU De à	☐ Épisode unique ☐ Répétés	☐ Conjugal ☐ Intra-familial (hors conjugal) ☐ Scolaire ☐ Travail ☐ Autre Auteur désigné :
4	☐ Physiques ☐ Psychologiques ☐ Sexuelles ☐ Autres	Le OU De à	☐ Épisode unique ☐ Répétés	☐ Conjugal ☐ Intra-familial (hors conjugal) ☐ Scolaire ☐ Travail ☐ Autre Auteur désigné :
5	☐ Physiques ☐ Psychologiques ☐ Sexuelles ☐ Autres	Le OU De à	☐ Épisode unique ☐ Répétés	☐ Conjugal ☐ Intra-familial (hors conjugal) ☐ Scolaire ☐ Travail ☐ Autre Auteur désigné :
<u>Survenue quand victime majeure</u>				
6	☐ Physiques ☐ Psychologiques ☐ Sexuelles ☐ Autres	Le OU De à	☐ Épisode unique ☐ Répétés	☐ Conjugal ☐ Intra-familial (hors conjugal) ☐ Scolaire ☐ Travail ☐ Autre Auteur désigné :
7	☐ Physiques ☐ Psychologiques ☐ Sexuelles ☐ Autres	Le OU De à	☐ Épisode unique ☐ Répétés	☐ Conjugal ☐ Intra-familial (hors conjugal) ☐ Scolaire ☐ Travail ☐ Autre Auteur désigné :
8	☐ Physiques ☐ Psychologiques ☐ Sexuelles ☐ Autres	Le OU De à	☐ Épisode unique ☐ Répétés	☐ Conjugal ☐ Intra-familial (hors conjugal) ☐ Scolaire ☐ Travail ☐ Autre Auteur désigné :
9	☐ Physiques ☐ Psychologiques ☐ Sexuelles ☐ Autres	Le OU De à	☐ Épisode unique ☐ Répétés	☐ Conjugal ☐ Intra-familial (hors conjugal) ☐ Scolaire ☐ Travail ☐ Autre Auteur désigné :

Précisions/commentaires :

Suivi psychologique ou psychiatrique en cours ou passé ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, était-ce en rapport, au moins partiellement, avec des violences subies ? Oui ☐ Non ☐

AUTOMUTILATIONS

La victime s'est-elle déjà automutilée ? Oui ☐ Non ☐

Si non : STOP

Si oui :

1- Quel(s) étai(en)t les mécanismes d'automutilation ? Scarifications ☐ Brûlures ☐ Auto pincements ☐ Coups ☐ Autres :.....

2- Sur quelle(s) partie(s) du corps ? Avant-bras ☐ Bras ☐ Jambes ☐ Cuisses ☐ Poitrine ☐ Abdomen ☐ Autres :.....

3- Survenues d'automutilations :

- ☐ Quand la victime était mineure uniquement
- ☐ Quand la victime était majeure uniquement
- ☐ Début des automutilations quand était mineure et poursuite après 18 ans

4- Les premières automutilations ont eu lieu :

- Après l'épisode de violences numéro [____] (**cf. tableau**)
- Ne sait plus ☐

5- Les dernières automutilations ont eu lieu :

- Après l'épisode de violences numéro [____] (**cf. tableau**)
- Ne sait plus ☐

6- Met-elle les automutilations en lien avec les violences subies ? Oui ☐ Non ☐

7- Présence de lésion(s) en lien avec les automutilations ? Oui ☐ Non ☐

Si oui :

7.1- Sur quelle(s) partie(s) du corps ? Avant-bras ☐ Bras ☐ Jambes ☐ Cuisses ☐ Poitrine ☐ Abdomen ☐ Autres :.....

7.2- Datation des lésions : Anciennes ☐ Semi-récentes ☐ Récentes ☐

7.3- Profondeur maximale estimée : Épiderme ☐ Derme ☐ Hypoderme et structures sous-jacentes ☐

Commentaires/précisions :

Vu, le Directeur de Thèse

Docteur Eulalie PEFFERKORN
Médecin Légiste
Institut Médico-Légal - URIS Médico-Judiciaire
Hôpital PURPAN - TSA 40031
Place du Docteur Baylac - 31059 TOULOUSE Cedex 9



Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

THENET Victor

40 pages – 6 tableaux – 7 figures

Résumé :

Introduction : Cette étude explore le lien entre violences subies et conduites automutilatoires chez les femmes majeures consultant dans des unités médico-judiciaires (UMJ) de la région Centre-Val de Loire. Les automutilations, définies comme des atteintes volontaires à l'intégrité corporelle sans intention suicidaire, sont fréquentes chez les adolescents et les patients suivis en psychiatrie. Elles sont souvent interprétées comme un mécanisme de régulation émotionnelle ou comme une manifestation d'un mal-être lié à des traumatismes, notamment des violences. L'objectif de ce travail était d'analyser ce lien dans une population de femmes victimes de violences, en précisant les types de violences en cause et l'effet de leur répétition.

Matériels et méthodes : L'étude a inclus 540 femmes majeures entre novembre 2024 et mai 2025 dans quatre centres. Ont été exclues les mineures, les femmes non victimes de violences volontaires et les urgences de nuit et week-end. Les données ont été recueillies par hétéro-questionnaire anonyme, portant sur l'historique des violences et des conduites automutilatoires. Les analyses statistiques comprenaient tests comparatifs, régressions logistiques et analyse des correspondances multiples.

Résultats : Au total, 21 % des femmes rapportaient des antécédents d'automutilations, principalement sous forme de scarifications localisées sur les avant-bras. L'âge médian des femmes automutilées était de 24 ans contre 39 ans pour les autres. Dans 82 % des cas, des violences avaient précédé le premier épisode d'automutilation. La comparaison entre groupes a montré que les femmes automutilées avaient subi en moyenne davantage d'épisodes de violences (2,45 contre 1,59) et étaient plus souvent suivies sur le plan psychologique (84 % contre 54 %). Les régressions logistiques multivariées ont identifié trois facteurs indépendants associés aux automutilations : un âge plus jeune (OR = 0,92), l'existence d'un suivi psychologique (OR = 3,26) et la multiplicité des épisodes de violences (OR = 2,40). En revanche, les antécédents de violences sexuelles, significatifs en univarié, ne l'étaient plus en multivarié ($p = 0,16$).

Discussion : La prévalence élevée d'automutilations dans la population étudiée est cohérente avec son exposition généralisée à des violences. La majorité des automutilations débutaient avant 18 ans et tendaient à diminuer à l'âge adulte. Le lien entre automutilations et comorbidités psychiatriques, bien établi dans la littérature, est retrouvé dans notre étude, bien que la direction causale de ce lien reste incertaine. Les résultats confirment également le rôle déterminant de la répétition traumatique. Cette étude plaide pour un dépistage systématique des violences en présence d'automutilations et pour une prise en charge renforcée des femmes concernées. Des recherches complémentaires seraient nécessaires pour affiner ces résultats et mieux comprendre les mécanismes psychologiques en jeu. En pratique médico-légale, l'imputabilité de lésions auto-infligées à des violences subies est donc plausible et nécessite une appréciation au cas par cas. Cependant, au vu des difficultés à quantifier la gêne occasionnée par la souffrance psychologique, souvent multifactorielle, la notion d'ITT reste mal adaptée pour quantifier le retentissement psychologique.

Mots-clés : Médecine légale - Automutilations - Violences - Scarifications - Examen de victimes

Jury :

Président du Jury : Professeur Pauline SAINT-MARTIN

Directeur de thèse : Docteur Eulalie PEFFERKORN

Membres du Jury : Professeur Norbert TELMON

Docteur Arsène GAMBIER

Date de soutenance : 29 septembre 2025