



Article
scientifique

Revue de la
littérature

2023

Published
version

Open
Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Comportements auto-dommageables sans intention suicidaire et conduites suicidaires chez les jeunes: une revue de littérature narrative à la lumière du modèle d'Hamza et al. (2012)

Cebe, Yasmine; Bornand, Ludovic; Edan, Anne; Piguet, Camille Marie

How to cite

CEBE, Yasmine et al. Comportements auto-dommageables sans intention suicidaire et conduites suicidaires chez les jeunes: une revue de littérature narrative à la lumière du modèle d'Hamza et al. (2012). In: Annales médico-psychologiques, 2023, vol. 181, n° 4, p. 336–346. doi: 10.1016/j.amp.2022.09.003

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:169830>

Publication DOI: [10.1016/j.amp.2022.09.003](https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.09.003)



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Article original

Comportements auto-dommageables sans intention suicidaire et conduites suicidaires chez les jeunes: une revue de littérature narrative à la lumière du modèle d'Hamza et al. (2012)

Non-suicidal self-injuries and suicidal conducts among young people: A narrative review of literature in the light of the model of Hamza et al. (2012)

Yasmine Cebe^{a,*}, Ludovic Bornand^a, Dre Anne Edan^a, Camille Piguet^{b,c}^a Malatavie unité de crise, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, hôpitaux Universitaires de Genève, Rue Willy Donzé 6, 1205 Genève, Suisse^b Département de psychiatrie, faculté de médecine, université de Genève, Rue Michel-Servet 1, 1206 Genève, Suisse^c Unité Santé Jeunes, département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, hôpitaux Universitaires de Genève, Rue Willy Donzé 6, 1205 Genève, Suisse

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 21 mars 2022

Accepté le 9 juin 2022

Disponible sur Internet le 24 septembre 2022

Mots clés :

Adolescence

Jeune adulte

Comportement à risque

Conduite suicidaire

R É S U M É

Les comportements auto-dommageables sans intention suicidaire (CADSIS) et les conduites suicidaires (CS), incluant le suicide accompli, sont des problèmes de santé publique majeurs chez les adolescents et les jeunes adultes. Ils sont constatés de manière ubiquitaire, aussi bien dans des populations cliniques que communautaires. Bien que ces deux comportements coexistent fréquemment, les distinguer clairement reste complexe. En effet, les différences entre CADSIS et CS ont été davantage investiguées que leurs liens sous-jacents, tout comme les facteurs contribuant à la transition entre CADSIS et CS. Cette revue de littérature narrative vise à rendre compte de l'état actuel des connaissances concernant les articulations entre CADSIS et CS, à la lumière du modèle intégré de Hamza et al. qui propose des hypothèses de liens entre ces comportements. En addition à cet article, notre revue se base sur des articles postérieurs ou non-cités par Hamza et al., décrivant des études transversales, longitudinales et des méta-analyses ciblant les liens et/ou les différences entre CADSIS et CS chez des adolescents et jeunes adultes âgés de 12 à 25 ans. Au vu des différents résultats, le modèle d'Hamza et al. est intéressant car il intègre des facteurs de risques communs et une forme d'habitation pour expliquer la progression fréquente des CADSIS vers des CS. Cependant, si cette trajectoire est fréquente, elle n'est pas la règle. Il s'agirait dès lors de tester les liens et variables qui caractérisent potentiellement la relation CADSIS-CS selon leur modèle.

© 2022 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

A B S T R A C T

Non-suicidal self-injuries (NSSI) and suicidal conduct (SC), including completed suicide, are major public health problems among adolescents and young adults. They are seen ubiquitously in both clinical and community populations. Although these two behaviors frequently co-exist, distinguishing them clearly remains complex. Indeed, the differences between NSSI and SC have been investigated more than their underlying relationships, as have the factors contributing to the transition between NSSI and SC. This narrative literature review aims to report on the current state of knowledge regarding the articulations between NSSI and SC, in light of Hamza et al.'s integrated model that proposes hypotheses of links between these behaviors. In addition to this article, our review is based on later articles or articles not cited by Hamza et al., describing cross-sectional, longitudinal, and meta-analyses targeting the links and/or differences between CADSIS and CS in adolescents and young adults aged 12 to 25 years. Based on the

Keywords:

Adolescence

Non-suicidal self-injuries

Suicide

Youth

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Yasmine.Cebe@hcuge.ch (Y. Cebe).

various findings, Hamza et al.'s model seems interesting because it incorporates common risk factors and a form of habituation to explain the frequent progression from CADSIS to CS. However, if this trajectory is frequent, it is not the rule. It would therefore be necessary to test all the links and variables that potentially mediate the CADSIS-CS relationship according to their model.

© 2022 The Authors. Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Les comportements auto-dommageables sans intention suicidaire (CADSIS) et les conduites suicidaires (CS), incluant le suicide accompli, sont des problèmes de santé publique majeurs chez les adolescents et les jeunes adultes. Les CADSIS débutent le plus souvent à l'adolescence [20], et le suicide représente la seconde cause de décès chez les jeunes du monde entier [3]. Les résultats de Plener et al. [18], issus d'une étude menée auprès d'un large groupe d'élèves allemands et américains, montrent que 25 % des participants rapportent au moins un épisode de CADSIS au cours de leur vie et 6.5 % des élèves évoquent un antécédent de tentative de suicide (TS).

L'étude des CS et des CADSIS est partiellement limitée en raison du manque de nomenclature standardisée et de définitions opérationnelles claires, créant ainsi une certaine confusion entre ces deux concepts [2]. Récemment, une catégorie à l'étude intitulée « trouble de conduite suicidaire » a fait son apparition dans le DSM-5 [6]. Il s'agit d'un premier pas vers la reconnaissance d'une spécificité des conduites suicidaires, trouble qui est défini par l'existence d'une tentative de suicide dans les deux ans. Il se distingue des idées de suicide, des automutilations réalisées dans le seul but de soulager des émotions négatives et sans intention de mourir, et des actes se déroulant dans un contexte de confusion ou pour des motifs politiques ou religieux. Actuellement, le DSM-5 [1] distingue les comportements auto-dommageables non suicidaires (en anglais: *Non Suicidal Self Injury NSSI*) qui désignent tout geste auto-dommageable sans intention suicidaire, du trouble de conduite suicidaire correspondant à la tentative de suicide en tant que telle (*Suicidal Behavior Disorder*). Cette classification fait débat dans la mesure où l'intentionnalité suicidaire est davantage dimensionnelle que catégorielle et où ces deux catégories ne semblent pas identifier de populations clairement différentes sur le plan du pronostic [15]. Le terme anglais *self-harm* a ainsi pour vocation de réunir ces deux catégories.

Bien que les recherches récentes aient différencié les comportements auto-dommageables sans intention suicidaire (CADSIS) et les conduites suicidaires (CS) par l'intentionnalité, la fréquence et la létalité du comportement, les chercheurs ont aussi montré que ces comportements coexistent souvent. Malgré cette co-occurrence, les possibles liens entre ces deux types de comportements ont peu été étudiés, à l'exception de la revue de Hamza et al. de 2012 [8]. Ainsi, notre revue de littérature narrative vise à rendre compte de l'état actuel des connaissances concernant les articulations entre CADSIS et CS, à la lumière du modèle intégré de Hamza et al. qui propose des hypothèses de liens entre ces comportements. Elle se base sur des articles postérieurs ou non cités par ces auteurs décrivant des études transversales, longitudinales et des méta-analyses ciblant les liens et/ou les différences entre CADSIS et CS chez des adolescents et jeunes adultes âgés de 12 à 25 ans.

1.1. Modèle intégré de Hamza et al., 2012

Dans leur article de 2012, Hamza et al. [8] mentionnent que les CADSIS semblent plus fréquents chez les filles, avec

cependant des différences qualitatives selon les sexes. De même, ces comportements sont plus fréquents dans les populations caucasiennes, tout en soulignant que la plupart des études sont effectuées au sein de cette population. Différents échantillons cliniques montrent que 4 à 8 % des adolescents et adultes ont exprimé avoir déjà fait au moins une tentative de suicide (TS), avec une incidence plus importante chez les plus de 45 ans, notamment de suicide accompli chez les hommes. Si les CS apparaissent en général à l'adolescence, l'âge moyen de vie adulte (± 45 ans) est une période à haut risque de décès par suicide. Les femmes font plus de TS mais les hommes décèdent davantage par suicide. Par ailleurs, les femmes recourent plus aux CADSIS que les hommes. Les populations caucasiennes et indigènes sont plus à risque de décéder par suicide.

Depuis plusieurs années, le CADSIS est considéré comme étant un facteur de risque pour la CS, sur la base de recherches ayant montré qu'un antécédent de comportement auto-dommageable est un des plus forts prédicteurs de TS. Ainsi, Hamza et al. [8] montrent que les CADSIS sont des prédicteurs robustes des pensées et des conduites suicidaires. Les personnes qui recourent aux CADSIS ont significativement plus de risque de faire une TS que celles qui n'y recourent pas, et ce également à plus long terme. Plus le recours aux CADSIS est fréquent, plus le risque suicidaire augmente. L'association entre CADSIS et CS est encore plus forte chez les personnes qui recourent à des formes sévères de CADSIS. Les auteurs rappellent que ces études ciblent spécifiquement des populations adolescentes et adultes qui sont suivies en traitement ambulatoire ou hospitalier, et ne peuvent donc pas être généralisées aux populations adolescente et adulte tout-venants. De plus, elles incluent seulement des périodes brèves entre les différents moments d'évaluation (p. e. sur 24 semaines de suivi). Bien que peu d'études aient examiné les facteurs individuels différenciant les personnes qui recourent aux CADSIS et celles qui présentent des CS, il ressort que les adolescents présentant ces deux types de comportements sont plus à risque de faire une TS, présentent des formes plus sévères de psychopathologies et ont davantage de risques psychosociaux.

Afin d'expliquer les liens entre CADSIS et CS, Hamza et al. ont retenu les trois théories suivantes:

- *La Gateway Theory « Théorie de la passerelle »*: de nombreux chercheurs suggèrent que les CADSIS et les CS existent le long d'un continuum, avec les CADSIS à un extrême et le suicide accompli à l'autre. Selon cette théorie, le CADSIS est une sorte de passerelle qui mène à des formes plus dangereuses de comportements auto-dommageables tels les CS, avec des qualités expérientielles similaires. Cette théorie est soutenue par des recherches montrant que le CADSIS prédit la CS à la fois de manière transversale et longitudinale chez les adolescents et les adultes, ainsi que par celles montrant que la fréquence des CADSIS est prédictive de la fréquence et de la létalité des TS. Plusieurs de ces études montrent qu'il semble exister un facteur spécifique dans le CADSIS qui contribue à augmenter le risque de CS. Par ailleurs, des études montrent que le CADSIS (âge d'apparition vers 13 ans) tend à apparaître à un plus jeune âge que la CS (vers 16 ans), suggérant ainsi que le CADSIS précède la

CS d'un point de vue développemental. Hamza et al. [8] relèvent qu'il manque des recherches longitudinales permettant d'appuyer ces résultats. Celles existant montrent toutefois que le CADSIS s'est avéré être un prédicteur unidirectionnel de la CS, suggérant ainsi que le CADSIS peut être un prédicteur plus fort de la CS, que la CS n'est un prédicteur du CADSIS.

- *La Third Variable Theory « Théorie de la 3^e variable »* : selon cette théorie, l'association entre les CADSIS et les CS est erronée, et il existe une troisième variable prenant en compte la co-occurrence des deux comportements. Ainsi, ce ne serait pas le CADSIS qui augmenterait le risque de CS, mais par exemple le fait d'avoir un trouble psychiatrique, le niveau de détresse perçue ou un facteur biologique. Néanmoins, certaines études ne vont pas dans le sens de cette théorie. Elles montrent que les individus ayant des CADSIS restent plus à risque de CS après avoir contrôlé différentes variables (âge, genre, trouble psychique, fonctionnement familial, etc.) qui peuvent potentiellement être des facteurs médiateurs de la relation CADSIS-CS.
- *La théorie de la capacité suicidaire acquise de Joiner et al.* : selon Joiner, dont la théorie a reçu un soutien empirique croissant ces dernières années, le CADSIS est un des comportements qui peut augmenter ce qu'il nomme la « capacité suicidaire acquise » chez les individus. En effet, le CADSIS peut désensibiliser une personne à la peur et à la souffrance associées aux comportements auto-dommageables, avec une intentionnalité suicidaire. Par ailleurs, l'auteur souligne que l'envie de mourir la plus dangereuse est nourrie par la présence simultanée de deux dimensions interpersonnelles : le sentiment de ne pas appartenir à son groupe social (appartenance frustrée, solitude) et le sentiment d'être un fardeau pour les autres. C'est seulement quand le CADSIS mène à la capacité suicidaire acquise, et que cette capacité acquise est couplée aux deux sentiments décrits ci-dessus, que des TS peuvent survenir.

Bien que ces trois théories proposent différentes raisons pour lesquelles les CADSIS et les CS peuvent être reliés, la recherche existant sur ces comportements ne donne pas de soutien clair à l'une de ces théories plutôt qu'une autre. En se basant sur leur revue de littérature, Hamza et al. [8] proposent un modèle intégré avec des prédictions spécifiques testables concernant le lien entre CADSIS et CS, qui peuvent servir à éclairer les futurs efforts de recherche dans ce domaine et étendre le développement théorique. Ce modèle intègre différents aspects des trois théories décrites plus haut :

- En lien avec la théorie de la passerelle : le modèle d'Hamza et al. [8] propose que le CADSIS peut prédire de manière univoque et directe les CS.
- En lien avec la théorie de la 3^e variable : le modèle d'Hamza et al. propose qu'il existe des facteurs de risque partagés entre les CADSIS et les CS, qui contribuent à la co-occurrence élevée de ces deux formes de comportements auto-dommageables (p. e. avoir des traits du trouble de la personnalité borderline). Cependant, contrairement à la théorie de la 3^e variable, les auteurs proposent que le CADSIS prédit la CS même après avoir contrôlé des prédicteurs partagés significatifs (âge, genre, niveau socio-économique, etc.), leur lien direct ne s'annulant pas.
- En lien avec la théorie de la capacité suicidaire acquise de Joiner : le modèle d'Hamza et al. prédit que la capacité suicidaire acquise sera au moins partiellement un facteur médiateur de la relation entre CADSIS et CS. Les auteurs s'attendent à ce que le lien entre CADSIS et capacité acquise soit modéré par le degré de sévérité des CADSIS, de sorte qu'il y aura une association plus forte entre CADSIS et capacité suicidaire acquise chez les individus qui recourent à des formes sévères de CADSIS.

2. Méthode

Nous avons inclus des articles décrivant des études transversales, longitudinales et des méta-analyses ciblant les liens et/ou les différences entre CADSIS et CS chez des adolescents et jeunes adultes âgés de 12 à 25 ans, datant d'après 2012 ou non cités par Hamza et al. [8]. Les mots-clés utilisés incluaient : « adolescence », « jeunes », « suicide » et « comportement auto-dommageable non suicidaire » (« NSSI » en anglais). Seuls les articles publiés dans des journaux à politique éditoriale en anglais et en français ont été retenus. Le CADSIS était considéré, selon la définition de Nock et Favazza [16], comme étant une destruction directe, délibérée du tissu corporel (se couper, se brûler, se frapper, etc.) en l'absence de toute intentionnalité suicidaire. Les CS étaient définies comme tout comportement visant à attenter délibérément à la vie, y compris les tentatives de suicide. Tous les articles inclus ont fait l'objet d'un examen par les pairs (*peer-reviewed articles*). Les recherches d'articles ont été effectuées sur les bases de données PUBMED, PsychInfo, MEDLINE et dans les bibliographies. Nous avons retenu des références de la littérature récente allant de 2012 à 2022, avec la dernière recherche effectuée le 3 février 2022. Les articles ciblant spécifiquement les articulations entre comportements auto-dommageables sans intention suicidaire et conduites suicidaires chez l'adolescent et le jeune adulte sont répertoriés et détaillés dans le [Tableau 1](#).

3. Résultats

Suite à la parution de la revue d'Hamza et al. [8], un certain nombre d'articles ciblant les articulations entre comportements auto-dommageables sans intention suicidaire et conduites suicidaires chez les adolescents et les jeunes adultes ont été publiés. D'autres, antérieurs à la revue, n'avaient pas été cités par les auteurs. Dès lors, nous proposons maintenant une synthèse des différents résultats de ces études, à la lumière du modèle intégré d'Hamza et al. ainsi que des trois théories précédemment décrites.

Plusieurs études confirment la survenue des CADSIS chronologiquement avant celle des tentatives de suicides, notamment dans un échantillon clinique [5] et chez des jeunes hospitalisés en psychiatrie [7], mais aussi chez des jeunes toutvenants [21]. Par la suite, une étude longitudinale a confirmé que la probabilité d'avoir des CS était augmentée pour les sujets ayant des CADSIS en début d'étude, au sein d'une cohorte de jeunes toutvenants suivis sur cinq ans [9]. De nouvelles études ont aussi confirmés l'association forte entre CADSIS et CS chez des jeunes avec idées suicidaires [11,12], dans des échantillons aussi bien cliniques que communautaires [11,16], soutenant l'idée que les CADSIS sont un facteur de risque pour les CS.

Plusieurs études révèlent aussi la possibilité d'une troisième variable commune. Par exemple, le groupe d'adolescents présentant à la fois des CADSIS et des CS ont le plus haut niveau de psychopathologie, notamment en termes de dépression [5]. Les jeunes de ce groupe présentent en effet plus d'adversités dans leurs parcours de vie, de symptômes traumatiques, de détresse, de pensées auto-accablantes et de difficultés socio-économiques, qui pourraient tous correspondre à une 3^e variable médiatrice de la relation CADSIS-CS en termes psychopathologique et développemental. En effet, dans une étude rétrospective portant sur des adolescents hospitalisés en psychiatrie, le niveau de dépression expliquait le lien entre CADSIS et CS [13]. Cela était également le cas du diagnostic de trouble affectif dans une autre étude portant sur une population similaire [7]. Cependant ces études soulignent aussi que le genre féminin pourrait être une variable importante, puisqu'il y a plus de filles dans les groupes qui présentent des CADSIS et des CS [7,22]. D'autres auteurs [12,19] ont aussi observé

Tableau 1

Articles ciblant les articulations entre comportements auto-dommageables sans intention suicidaire et conduites suicidaires chez l'adolescent et le jeune adultes, non cités par la revue de Hamza et al., 2012 ou publiés après 2012.

Auteurs	Design	Durée	Population	Genre(% filles)	Critères d'inclusion et d'exclusion	Mesures admin.	Groupes de comparaisons	Facteurs différenciant AMNS et TS	Facteurs similaires AMNS et TS	Autres Résultats
Cloutier et al., 2010 [5]	Prospective		Clinique: Dossiers de 468 adolescents se présentant à des services d'urgence de santé mentale Âge moyen = 14,81 ans	63,5		CAPI CDI Carac. démog.	Pas de CADSIS délibéré vs CADSIS délibéré as de CADSIS vs CADSIS seulement vs TS seulement vs CADSIS + TS	Le groupe TS seulement est plus âgé que le groupe CADSIS seulement. Les adolescents ayant fait une TS (avec ou sans CADSIS) vivent plus souvent dans des familles biologiques « intactes »; prennent davantage de psychotropes; ont plus souvent été hospitalisés par le passé. Le groupe CADSIS +TS présente le plus haut niveau de psychopathologie; plus de diagnostic de dépression; est plus souvent suivi par les services de protection de l'enfant. Le groupe CADSIS seulement a moins d'IS que les groupes TS seulement et CADSIS + TS Pas de différence entre le groupe CADSIS seulement et le groupe sans CADSIS en termes d'IS. Cela suggère que les processus et intentions sous-jacents aux AMNS et aux TS ne sont pas les mêmes.		Les filles présentent plus de CADSIS que les garçons. Sur les
			468 adolescents, la moitié s'est scarifiée dans les 24 h précédant leur venue aux urgences. Pour 91 %, ce geste était un CADSIS seulement; pour 5 %, une TS; pour 4 %, un CADSIS et une TS à la fois.							

Tableau 1 (Suite)

Auteurs	Design	Durée	Population	Genre(% filles)	Critères d'inclusion et d'exclusion	Mesures admin.	Groupes de comparaisons	Facteurs différenciant AMNS et TS	Facteurs similaires AMNS et TS	Autres Résultats
Zetterqvist et al., 2013 [22]	Transversale		Communautaire: 2964 adolescents suédois de 15 à 17 ans (âge moyen = NA)	50,6	Exclusion: TED dont autisme et retard mental; arrivée récente en Suède, réfugié ou migrant	FASM SITBI-SF-SR LYLES TSCC Données démog.	Pas de CADSIS vs. CADSIS seulement (se sont scarifiés durant leur vie 1-4 fois, 5-10 fois, >= 11 fois) vs. TS seulement vs CADSIS + TS	Par rapport au groupe CADSIS seulement, le groupe CADSIS + TS comporte plus de filles que de garçons; a un niveau d'éducation comportant moins d'apports théoriques; montre plus de difficultés financières dans la famille; vit plus souvent avec un seul parent (plein temps ou alternance); a plus souvent les deux parents qui travaillent; a un niveau plus élevé d'adversités et de symptômes traumatiques Le groupe CADSIS + TS paraît particulièrement accablé et en détresse; a plus de pensées auto-accablantes et de difficultés socio-économiques que les groupe CADSIS seulement		Il y a une relation quasi-linéaire entre le nombre d'adversités, le nombre de symptômes traumatiques et la fréquence des CADSIS. Le groupe CADSIS seulement avec ≥
LEQAndrews et al., 2013 [3]	Longitudinale prospective (T1 puis T2 à 11,7 mois)	11,7 mois	Communautaire: T1: 2640 adolescents âge moyen=13,9 ans T2: 1973 adolescents âge moyen = 14,9 ans	71,6		SHBQ GHQ ERQ ACS-short form MSPSS RSE Données socio-démo.	Antécédent de	CADSIS + poursuite CADSIS à T2 Vs. Antécédent de CADSIS mais pas de recours aux CADSID depuis au moins 12 mois		Fréquence, létalité potentielle et nombre de moyens utilisés pour les CADSIS augmentent chez les adolescents avec CADSIS à T2

Tableau 1 (Suite)

Auteurs	Design	Durée	Population	Genre(% filles)	Critères d'inclusion et d'exclusion	Mesures admin.	Groupes de comparaisons	Facteurs différenciant AMNS et TS	Facteurs similaires AMNS et TS	Autres Résultats
Données		sociodémographiques ne sont pas reliées à la poursuite des CADSIS Les adolescents qui poursuivent les CADSIS à T2 se blessent plus souvent volontairement; ont des blessures plus sérieuses; sont plus à risque de faire appel aux urgences. La scarification est la principale CADSIS rapportée (78 %); puis se frapper (13,3 %); se brûler (8,4 %); se gratter (7,2 %). Les capacités de réévaluation cognitive et de régulation émotionnelle aident diminuer les CADSIS.								
Groschwitz et al., 2015 [7]	Transversale		Clinique: 111 adolescents hospitalisés en psychiatrie âge moyen = 15,3 ans Diagnostic reçu: 52,3 % trouble de l'humeur/affectif; 31,5 % anxiété ou trouble lié au stress; 20,7 %: troubles comportementaux et émotionnels; 18 % trouble des conduites alimentaires	65,8	Exclusion: déficience cognitive; ne connaît pas assez allemand; symptômes psychotiques aigus	SITBI-G Données socio-biog. (via dossiers cliniques)	Pas de CADSIS ni TS vs. CADSIS seulement vs. CADSIS +TS	Les CADSIS apparaissent plus tôt (âge moyen=12,5 ans) que la 1 ^{re} TS (âge moyen =14,1 ans)	Les filles ont plus de critères des CADSIS et du trouble de conduite suicidaire définis par le DSM V que les garçons. Le genre féminin est un facteur de risque pour les CADSIS et les TS chez les adolescents. Le CADSIS est un facteur de risque fort de la TS. Les facteurs de risque mutuels entre CADSIS et TS sont le genre féminin et la présence d'un diagnostic de trouble affectif. Les CADSIS et les TS semblent surtout maintenus par des renforcements négatifs automatiques.	

Tableau 1 (Suite)

Auteurs	Design	Durée	Population	Genre(% filles)	Critères d'inclusion et d'exclusion	Mesures admin.	Groupes de comparaisons	Facteurs différenciant AMNS et TS	Facteurs similaires AMNS et TS	Autres Résultats
Mbroh et al., 2018 [13]	Transversale et rétrospective		Clinique: 289 ados hospitalisés en psychiatrie Âge moyen = 14,88 ans	79,58	Diagnostic posé: Épisode dépressif majeur (74,39 %); autres troubles de l'humeur (22,15 %); trouble anxieux (2,77 %); anorexie (0,69 %). Exclusion: facteurs limitant la participation ou le consentement éclairé.	INQ ACSS-FAD QIDS-ASR ISAS C-SSRS	1) association CADSIS- IS 2) corrélation entre CADSIS et TS au cours de la vie		Les symptômes dépressifs expliquent le lien entre CADSIS et IS. Ne pas avoir peur de la mort et avoir des IS explique le lien entre CADSIS et TS.	Les besoins
Taliaferro et al., 2012 [19]	Transversale	interpersonnels non satisfaits n'expliquent pas le lien entre CADSIS et TS. Les symptômes dépressifs et la tolérance à la douleur n'expliquent pas le lien entre CADSIS et TS.	Communautaire: 61330 étudiants étatsuniens du grade 9 à 12 âgés de 14–15ans à 17–18 ans (âge moyen = NA) Issus de la Minnesota Student Survey 2007	47,2		Réponse 3 items: 1. CADSIS? 2. IS? TS? Facteur risque Facteurs protecteur Conduite à risque	Pas de CADSIS vs. CADSIS seulement Vs. CADSIS+ TS		Facteurs qui augmentent le risque suicidaire chez les adolescents avec CADSIS: –Pour les filles et les garçons: problème de santé mentale; symptômes dépressifs; le désespoir, qui est le principal facteur de risque; les abus sexuels; fuguer. –Pour les garçons: spécifiquement: les abus physiques; avoir moins de liens avec ses parents.	Facteurs qui distinguent le groupe sans CADSIS et le groupe avec CADSIS seulement: chez les filles et les garçons: problème de santé mentale; symptômes dépressifs; désespoir; abus physiques; moins de liens avec ses parents; fuguer;

Tableau 1 (Suite)

Auteurs	Design	Durée	Population	Genre(% filles)	Critères d'inclusion et d'exclusion	Mesures admin.	Groupes de comparaisons	Facteurs différenciant AMNS et TS	Facteurs similaires AMNS et TS	Autres Résultats
Hamza et Willoughby, 2016 [9]	Longitudinale	5 ans	Communautaire: 940 étudiants canadiens en 1 ^{re} d'université Âge moyen 19,05 ans	70,8		Question. démog. ISAS SBQ-R	CADSIS vs sans CADSIS		La probabilité d'avoir des IS de T2 à T5 est 2,04 fois plus élevée pour les participants ayant des CADSIS en début d'étude, que pour ceux sans CADSIS. La probabilité de faire une TS de T2 à T5 est 3,46 fois plus élevée pour les participants ayant des CADSIS en début d'étude, que pour ceux sans CADSIS.	
Mars et al., 2019 [12]	Longitudinale T1=mesures prises à 16 ans; T2=mesures prises à 21 ans	5 ans	Cohorte de l'étude Avon (UK)	73	Exclusion: les sujets qui rapportent avoir fait une TS à 16 ans	Données socio-démog. WISC III TEA-Ch SST AISS IPIP LEQ BFIS DAWBA SMFQ CAPE	Analyse des facteurs prédicteurs de TS les sujets ayant eu des IS à 16 ans Analyse des facteurs prédicteurs de TS pour les sujets ayant eu des CADSIS à 16 ans		Pr les sujets ayant eu des CADSIS mais pas d'IS: les prédicteurs les plus forts de transition vers une TS sont la consommation de cannabis; la consommation d'autres drogues illicites; les problèmes de sommeil; des niveaux inférieurs d'extraversion en termes de personnalité.	Pour les participants ayant eu des IS: les prédicteurs les plus forts de transition vers une TS sont les CADSIS; la consommation de cannabis; la consommation d'autres drogues illicites; l'exposition à des CADSIS; des niveaux plus élevés de personnalité ouvertes à l'expérience.

Tableau 1 (Suite)

Auteurs	Design	Durée	Population	Genre(% filles)	Critères d'inclusion et d'exclusion	Mesures admin.	Groupes de comparaisons	Facteurs différenciant AMNS et TS	Facteurs similaires AMNS et TS	Autres Résultats
Klonsky et al., 2013 [11]	Transversale		Commu. et clinique: 139 ados (psy) Âge moyen = 15 .1 ans 426 collég. Âge moyen = 13 à 17 ans 1364 Uni Âge moyen = 20,7 ans 438 adultes tout venants âge moyen = 55,5 ans	Ado (en psy) 70 Collég. 61 Uni 56 Adultes 61	Exclusion: incapacité compléter protocole (psychose sévère; comportement agressif; déficit cognitif; comportement suicidaire trop extrême).	Ado (psy): YRBS, ISAS, MINI, UPPS, SIDP-IV Collég.: YRBS, ISAS, PHQ-A, UPPS, MSI-BPD Uni: YRBS, TSI, PHQ-A, UPPS, MSI-BPD Adultes: NCS, TSI	Ado (psy) vs Collég. vs Uni vs Adultes		Pour les 4 groupes: Le CADSIS a une relation solide avec les TS. C'est un facteur de risque suicidaire	
		particulièrement important. Les IS ont une relation plus forte avec la TS, mais les autres facteurs de risque connus (dépression, impulsivité, anxiété, trouble de la personnalité borderline) ont une relation moins forte.								
Whitlock et al., 2013 [21]	Longitudinale et prospective	2 ans (T1 à T3)	1466 étudiants Âge moyen = 20,3 ans	59,9	Avoir des antécédents d'idéations suicidaires	SSWB NSSI-AT Données socio-démog.	Évolution dans l'échantillon des CADSIS vers des pensées et des conduites suicidaires ultérieures	Le risque que les CADSIS transitent vers des IS et CI est diminué par un plus important sens de la vie et un lien de confiance avec les parents.	Les antécédents de CADSIS prédisent de manière significative les IS et les CS concomitants ou ultérieurs Parmi les personnes ayant des antécédents de CADSIS, le risque d'avoir des IS et des CS est prédit par un nombre > à 20 épisodes de CADSIS au cours de la vie, et par des antécédents de Traitement de santé mentale. Le CADSIS peut donc être une « passerelle » vers le suicide.	

ACSS-FAD: Revised Acquired Capability for Suicide Scale; ACS-short form: Adolescent Coping Scale Short Form; AHRBI: Adolescent Health related Risk Behaviors Inventory; AISS: Arnett inventory of sensation-seeking scale; ASLEC: Adolescent Self-rate Life Events Check List; BDI: Beck Depression Inventory; BFIS: Bullying and friendship interview schedule; BISS-11: Barratt Impulsiveness Scale-11; BSS: Beck Scale for Suicidal Ideation; CAPE: Community Assessment of Psychic Experience; CAPI: Childhood Acuity of Psychiatric Illness; CDI: Childhood Depression Inventory; CES-D: Center for Epidemiological Studies–Depression Scale; CTQ: Childhood trauma questionnaire; DAWBA: Development and Well-Being Assessment; ERQ: Emotion Regulation Questionnaire; FACES II-CV: Chinese Version of Family Cohesion and Adaptability Evaluation Scale; FASM: Functional Assessment of Self-Mutilation; GHQ: General Health Questionnaire; INQ: Interpersonal Needs Questionnaire; IPIP: International personality item pool; ISAS: Inventory of Statements About Self-injury; LEQ: Life events questionnaire; LYLES: Linköping Youth Life Experience Scale; MASC: Multidimensional anxiety scale for children; MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview; MINI-KID: Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents; MSI-BPD: McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder; MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support; NCS: National Comorbidity Survey; NSSI-AT: Non-Suicidal Self-Injury Assessment Tool; QIDS-ASR: Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Adolescent Version-Self Report; RBQ-A: Risky behavior questionnaire for adolescents; RSE: Rosenberg self-esteem scale; SHAPS: Snaith-hamilton pleasure scale; SHBQ: Self-Harm Behavior Questionnaire; SHQ: Self Harm Questionnaire; SIDP-IV: Structured Interview for DSM-IV Personality; SITBI-G: Self-Injurious-Thoughts- and-Behaviors-Interview; SITBI-SF-SR: Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview-Short Form-Self Report; SMFQ: Short Mood and Feelings Questionnaire; SST: Stop-signal task; SSWB: Survey of Student Wellbeing; TEA-Ch: The adapted Test-of-Everyday- Attention-for-Children; TSCC: Trauma Symptom Checklist for Children); TSI: Trauma Symptom Inventory; UPPS: UPPS impulsive behavior scale; WISC III: Wechsler Intelligence Test for Children, 3rd edition; YRBS: Youth Risk Behavior Survey

qu'un certain nombre de facteurs de risque (problèmes de santé mentale, désespoir, abus sexuels, fugue, consommation de substances, trouble du sommeil, niveau inférieur d'extraversion) augmentent le risque suicidaire chez les adolescents avec CADSIS et sont prédictors d'une transition vers une TS.

Tous ces résultats concordent avec le modèle intégré de Hamza et al. qui propose qu'il existe un lien direct entre CADSIS et CS ainsi que des facteurs de risque partagés contribuant à la co-occurrence élevée entre ces deux comportements. Mais il semble aussi qu'une certaine forme d'habitation prenne place, comme le montre une étude longitudinale chez des sujets tout-venants présentant un premier épisode de CADSIS, chez qui la létalité et la gravité des gestes augmentent au cours de l'année qui suit [3]. Mbroh et al. [13] soulignent que ne pas avoir peur de la mort et avoir des idées suicidaires explique le lien entre CADSIS et CS ; en revanche, ils constatent que la tolérance à la douleur n'explique pas ce lien. La théorie de la désensibilisation à la souffrance et à la peur de mourir peut donc faire partie du modèle mais n'est probablement pas centrale.

4. Discussion

Au vu des résultats précédemment mentionnés, le modèle intégré d'Hamza semble intéressant : il intègre des facteurs de risques communs et une forme d'habitation pour expliquer la progression habituelle des CADSIS vers des CS. Cependant, si cette trajectoire est fréquente, elle n'est pas la règle. Il s'agirait dès lors d'identifier et tester les liens/variables qui caractérisent potentiellement la relation CADSIS-CS selon leur modèle. Une meilleure caractérisation des sous-groupes de jeunes présentant des CS, notamment en lien avec le diagnostic, permettrait probablement de mieux comprendre l'étiologie de ces présentations, et donc d'y répondre de manière adéquate. Une TS dans un contexte de dépression mélancolique n'appelle pas la même réponse thérapeutique qu'une TS dans un contexte de trouble de personnalité borderline, où la difficulté à réguler ses émotions prédomine. À l'heure actuelle, les comportements suicidaires type self-harm ou CADSIS sont principalement étudiés dans le contexte du trouble de personnalité borderline, et souvent comme cible de traitement. Cependant, une compréhension plus fine des facteurs qui sous-tendent ces comportements permettrait aussi de mieux calibrer les traitements aux présentations cliniques plus larges, ainsi que les interventions précoces visant à limiter ces conduites.

Selon Ougrin et al. [17], les traitements thérapeutiques les plus efficaces auprès d'adolescents ayant des CADSIS et des CS sont la thérapie comportementale dialectique (TCD), la thérapie cognitive-comportementale (TCC) et la thérapie basée sur la mentalisation (TBM). Les facteurs familiaux et psychosociaux étant eux aussi centraux dans la gravité de la présentation des troubles, ils sont à évaluer afin de proposer des interventions adaptées. Comme le souligne la revue, une attention particulière devrait ainsi être accordée au genre féminin, aux événements de vie adverses et à un antécédent de tentative de suicide, afin de spécifier lesdites interventions et d'anticiper la survenue d'une CS. De plus, il serait intéressant d'examiner le temps entre le début des CADSIS et le début des CS chez les individus qui recourent aux deux types de comportements auto-dommageables, puis d'examiner si un individu qui s'engage dans des CADSIS à l'adolescence présente un risque plus important de CS à l'âge adulte, dans un setting de recherche longitudinale.

Dans le cadre de notre pratique clinique dans une unité de crise pour adolescents présentant des idées suicidaires, nous observons régulièrement que les adolescents ayant fait une tentative de suicide présentent des antécédents de CADSIS répétés, ainsi que des idéations suicidaires ayant commencé il y a déjà quelques mois

voire années. L'impact émotionnel négatif de la pandémie a certainement contribué à l'augmentation des demandes de prises en charge qui nous sont adressées. Étant donné que les CADSIS et les CS apparaissent le plus souvent à l'adolescence, l'étude de ces comportements durant cette période de vie devrait être spécialement investiguée. Il semble donc indispensable de proposer une offre de soins adaptée le plus tôt possible avant d'éviter l'aggravation des symptômes. Cette offre de soins ne demande pas forcément un programme spécialisé dans le traitement du trouble de personnalité borderline mais doit être adaptée à une population jeune [4]. Plusieurs options existent pour permettre une prise en charge précoce des difficultés de régulation émotionnelle [10], qui doivent être intégrées dans un contexte de facilitation de l'accès aux soins des adolescents [14]. Par ailleurs, il est important que les futures recherches ciblent et approfondissent les facteurs environnementaux de l'adolescent (p. ex. échec scolaire; famille séparée/monoparentale suivi par les services sociaux; etc.) comme potentiels facteurs médiateurs de la relation CADSIS-CS.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Les auteurs remercient la Fondation Children Action pour son précieux soutien à notre unité de crise Malatavie. Un grand merci également au Dr Nicolas Meyer et Mme Marina Malfanti pour leur relecture attentive de cette revue.

Références

- [1] American Psychiatric Association. In: American Psychiatric Association, editor. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
- [2] Andover MS, Morris BW, Wren A, Bruzese ME. The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health* 2012;6:11. <http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-6-11>.
- [3] Andrews T, Martin G, Hasking P, Page A. Predictors of continuation and cessation of non-suicidal self-injury. *J Adolesc Health* 2013;53:40–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.01.009>.
- [4] Chanen AM, Betts JK, Jackson H, Cotton SM, Gleeson J, Davey CG, et al. Effect of 3 forms of early intervention for young people with borderline personality disorder: the MOBY randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2022;79:109–19. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3637> [PMID: 34910093; PMCid: PMC8674805].
- [5] Cloutier P, Martin J, Kennedy A, Nixon MK, Muehlenkamp JJ. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *J Youth Adolesc* 2010;39:259–69. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-009-9465-1>.
- [6] Courtet P, Sèneque M, Olié EL. Le DSM-5 prend en compte les conduites suicidaires. *La Lettre du Psychiatre* 2014;10:46–9.
- [7] Groschwitz RC, Kaess M, Fischer G, Ameis N, Schulze UME, Brunner R, et al. The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Res* 2015;228:454–61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.019>.
- [8] Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between non-suicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clin Psychology Rev* 2012;32:482–95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>.
- [9] Hamza CA, Willoughby T. Non-suicidal self-injury and suicidal risk among emerging adults. *J Adolesc Health* 2016;59:411–5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.05.019>.
- [10] Ivanovna V, Celen Z, Piguet C. Stage-specific interventions for emotion dysregulation disorders in adolescents. *Swiss Arch Neurol Psychiatry Psychother* 2021. <http://dx.doi.org/10.4414/sanp.2021.03213>.
- [11] Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between non-suicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *J Abnorm Psychol* 2013;122:231–7. <https://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0030278>.
- [12] Mars B, Heron J, Klonsky ED, Moran P, O'Connor RC, Tilling K, et al. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry* 2019;6:327–37. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6).

- [13] Mbroh H, Zullo L, Westers N, Stone L, King J, Kennard B, et al. Double trouble: Nonsuicidal self-injury and its relationship to suicidal ideation and number of past suicide attempts in clinical adolescents. *J Affect Dis* 2018;238:579–85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.056>.
- [14] McGorry PD, Mei C, Chanan A, Hodges C, Alvarez-Jimenez M, Killackey E. Designing and scaling up integrated youth mental health care. *World Psychiatry* 2022;21:61–76. <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20938>. PMID: 35015367; PMCID: PMC8751571.
- [15] Michaud L, Bonsack C. *Prévention du suicide: rencontrer, évaluer, intervenir*. Genève: Médecine et Hygiène; 2017.
- [16] Nock MK, Favazza AR. Nonsuicidal self-injury: definition and classification. In: Nock MK, editor. *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment, and treatment*. Washington: American Psychological Association; 2009. p. 9–18. <http://dx.doi.org/10.1037/11875-001>.
- [17] 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. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54:97–10700. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>. Epub 2014 Oct 25. PMID: 25617250.
- [18] Plener PL, Libal G, Keller F, Fegert JM, Muehlenkamp JJ. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med* 2009;39:1549–58. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291708005114>.
- [19] Taliaferro LA, Oberstar JV, Borowsky IW. Prevention of youth suicide: the role of the primary care physician. *J Clin Outcomes Manag* 2012;19:270–85.
- [20] Valencia-Agudo F, Burcher GC, Ezpeleta L, Kramer T. Nonsuicidal self-injury in community adolescents: a systematic review of prospective predictors, mediators and moderators. *J Adolesc* 2018;65:25–38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.02.012>.
- [21] Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J, Purington A, Baral Abrams G, Barreira P, et al. Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *J Adolesc Health* 2013;52:486–92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.010>.
- [22] Zetterqvist M, Lundh L-G, Svedin CG. A comparison of adolescents engaging in self-injurious behaviors with and without suicidal intent: self-reported experiences of adverse life events and trauma symptoms. *J Youth Adolesc* 2013;42:1257–72. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-012-9872-6>.