



Volume 12, número 1, 2026, pp. 1-15

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

Les comportements d'automutilation non suicidaire chez les adolescents suivis en consultation de pédopsychiatrie au CHU Mohammed VI de Marrakech : étude rétrospective descriptive de 50 cas

Période d'étude : 2021-2026

Non-suicidal self-harm behaviors among adolescents attending the child and adolescent psychiatry clinic at the Mohammed VI University Hospital in Marrakesh: a retrospective descriptive study of 50 cases

Study period: 2021–2026

Conductas de autolesión no suicida en adolescentes atendidos en la consulta de psiquiatría infantil del Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech: estudio retrospectivo descriptivo de 50 casos

Periodo de estudio: 2021-2026

Ibtissam Hsaini¹, Bouchra Aabbassi^{1,2}, Fatiha Manoudi³

1 Équipe universitaire de pédopsychiatrie, CHU Mohamed VI de Marrakech, Maroc.

2 Centre de recherche « Santé, enfance et développement », Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc.

3 Équipe de recherche pour la santé mentale, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc.

Reçu : 02/10/2026

Accepté : [07/10/2026](#)

RÉSUMÉ

Objectif. Décrire le profil épidémiologique, clinique et psychosocial des adolescents présentant des comportements d'automutilation non suicidaire suivis en consultation de pédopsychiatrie au CHU Mohammed VI de Marrakech, ainsi que les caractéristiques des gestes, leur siège anatomique, les comorbidités psychiatriques, les facteurs psychosociaux et les modalités de prise en charge.

Matériel et méthodes. Étude rétrospective descriptive monocentrique portant sur 50 adolescents suivis en consultation de pédopsychiatrie entre 2021 et 2026. Les critères d'inclusion concernaient les patients âgés de 9 à 17 ans présentant une automutilation non suicidaire documentée. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux à l'aide d'une fiche d'exploitation standardisée et analysées de façon descriptive.

Résultats. Les 50 adolescents inclus étaient âgés de 13 à 17 ans. L'âge moyen était de $15,28 \pm 1,14$ ans et l'âge moyen de début des automutilations de $13,62 \pm 1,26$ ans. Les filles représentaient 68 % de l'échantillon. Les conduites étaient répétitives ou récurrentes chez 76 % des adolescents et un facteur déclenchant était identifiable chez 80 %. Les membres supérieurs étaient concernés chez 92 % des adolescents, avec une prédominance de l'avant-bras gauche. La fonction la plus fréquente était le soulagement d'une tension émotionnelle. Les troubles de l'humeur, les troubles du sommeil et les troubles anxieux constituaient les principales comorbidités. Les conflits familiaux et les difficultés

avec les pairs étaient fréquemment retrouvés.

Conclusion. Dans cette population clinique ambulatoire, l'automutilation non suicidaire apparaît comme une conduite précoce, souvent répétitive et fortement liée aux difficultés de régulation émotionnelle.

L'évaluation doit intégrer les comorbidités psychiatriques et le contexte familial et relationnel. La prise en charge repose sur un accueil clinique structuré, la recherche des facteurs sous-jacents, la psychothérapie, la psychoéducation, la guidance parentale, les ateliers thérapeutiques de groupe, le traitement des comorbidités et un suivi ambulatoire rapproché adapté au niveau de risque.

Mots-clés : automutilation ; adolescent ; pédopsychiatrie ; santé mentale.

ABSTRACT

Objective. To describe the epidemiological, clinical and psychosocial profile of adolescents exhibiting non-suicidal self-harm behaviours who are being treated at the child and adolescent psychiatry clinic at the Mohammed VI University Hospital in Marrakesh, as well as the characteristics of the acts, their anatomical location, psychiatric comorbidities, psychosocial factors and treatment approaches.

Materials and methods. A single-centre, retrospective, descriptive study involving 50 adolescents treated in the child and adolescent psychiatry clinic between 2021 and 2026. Inclusion criteria were patients aged between 9 and 17 years with documented non-suicidal self-harm. Data were collected from medical records using a standardised data collection form and analysed descriptively.

Results. The 50 adolescents included were aged between 13 and 17 years. The mean age was 15.28 ± 1.14 years and the mean age at onset of self-harm was 13.62 ± 1.26

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

years. Girls accounted for 68 per cent of the sample. The behaviours were repetitive or recurrent in 76 per cent of the adolescents, and a trigger was identifiable in 80 per cent. The upper limbs were involved in 92 per cent of adolescents, with a predominance of the left forearm. The most common purpose was to relieve emotional tension. Mood disorders, sleep disorders and anxiety disorders were the main comorbidities. Family conflicts and difficulties with peers were frequently reported.

Conclusion. In this outpatient clinical population, non-suicidal self-harm appears to be an early-onset behavior, often repetitive and strongly linked to difficulties with emotional regulation.

The assessment must consider psychiatric comorbidities and the family and relational context. Management is based on a structured clinical assessment, identification of underlying factors, psychotherapy, psychoeducation, parental guidance, therapeutic group workshops, treatment of comorbidities and close outpatient follow-up tailored to the level of risk.

Keywords: self-harm; adolescent; child and adolescent psychiatry; mental health

RESUMEN

Objetivo. Describir el perfil epidemiológico, clínico y psicosocial de los adolescentes que presentan conductas de autolesión no suicida y que son atendidos en la consulta de psiquiatría infantil del Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech, así como las características de las conductas, su localización anatómica, las comorbilidades psiquiátricas, los factores psicosociales y las modalidades de tratamiento.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo monocéntrico realizado con 50 adolescentes atendidos en la consulta de psiquiatría infantil entre 2021 y 2026.

Los criterios de inclusión se referían a pacientes de entre 9 y 17 años que presentaran una autolesión no suicida documentada. Los datos se recopilaban a partir de los historiales médicos mediante una ficha de registro estandarizada y se analizaron de forma descriptiva.

Resultados. Los 50 adolescentes incluidos tenían entre 13 y 17 años. La edad media era de $15,28 \pm 1,14$ años y la edad media de inicio de las autolesiones, de $13,62 \pm 1,26$ años. Las chicas representaban el 68 % de la muestra. Las conductas eran repetitivas o recurrentes en el 76 % de los adolescentes y se pudo identificar un factor desencadenante en el 80 %. Las extremidades superiores se veían afectadas en el 92 % de los adolescentes, con predominio del antebrazo izquierdo. La función más frecuente era el alivio de la tensión emocional. Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos del sueño y los trastornos de ansiedad constituían las principales comorbilidades. Los conflictos familiares y las dificultades con los compañeros eran frecuentes.

Conclusión. En esta población clínica ambulatoria, la autolesión no suicida se presenta como una conducta precoz, a menudo repetitiva y estrechamente relacionada con las dificultades de regulación emocional.

La evaluación debe tener en cuenta las comorbilidades psiquiátricas y el contexto familiar y relacional. El tratamiento se basa en una atención clínica estructurada, la identificación de los factores subyacentes, la psicoterapia, la psicoeducación, la orientación parental, los talleres terapéuticos en grupo, el tratamiento de las comorbilidades y un seguimiento ambulatorio estrecho adaptado al nivel de riesgo.

Palabras clave: autolesión; adolescente; psiquiatría infantil; salud mental.

INTRODUCTION

L'automutilation non suicidaire (Non-Suicidal Self-Injury, NSSI) correspond à une atteinte intentionnelle et directe de son propre corps, réalisée sans intention de mourir et en dehors de pratiques socialement ou culturellement admises [1]. Elle survient préférentiellement à l'adolescence, avec un pic de fréquence au milieu de cette période. Dans les populations psychiatriques adolescentes, les conduites répétitives sont particulièrement fréquentes [1,2].

Cette fréquence ne doit pas conduire à banaliser le comportement. Même en l'absence d'intention suicidaire au moment du geste, la NSSI peut survenir au cours d'une crise émotionnelle aiguë, devenir répétitive, provoquer des lésions somatiques, retentir sur le fonctionnement scolaire et relationnel et s'associer à des troubles psychiatriques ainsi qu'à un risque suicidaire ultérieur [1,3]. Certaines situations nécessitent donc une évaluation urgente de la gravité somatique, du niveau de crise, de l'intention du geste, des comorbidités et des capacités de protection de l'environnement. La NSSI est un phénomène multifactoriel et transdiagnostique. La régulation émotionnelle, l'autopunition et l'expression d'une

souffrance figurent parmi les fonctions les plus décrites [1,3,4]. Les expériences adverses de l'enfance, les difficultés familiales, le harcèlement et la symptomatologie dépressive sont également associés à ces conduites [5,6]. Dans la même unité de pédopsychiatrie du CHU Mohammed VI de Marrakech, des automutilations non suicidaires avaient été retrouvées chez 29,8 % des adolescents pris en charge pour tentative de suicide, illustrant le chevauchement clinique possible entre les deux phénomènes [7].

Dans ce contexte, notre travail vise à mieux caractériser les automutilations non suicidaires observées chez les adolescents suivis en consultation de pédopsychiatrie à Marrakech, afin d'en préciser les caractéristiques cliniques, les facteurs associés et les modalités de prise en charge dans notre pratique.

OBJECTIF

L'objectif principal était d'établir le profil épidémiologique, clinique et psychosocial des comportements d'automutilation non suicidaire chez les adolescents suivis en consultation de pédopsychiatrie au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Les objectifs secondaires étaient de décrire l'âge de début, le caractère répétitif et le siège anatomique des gestes, d'identifier les facteurs déclenchants et les fonctions rapportées, de rechercher les principales comorbidités psychiatriques et dimensions cliniques, d'explorer les facteurs familiaux et psychosociaux et de décrire les modali-

tés de prise en charge.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Type d'étude et période

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique réalisée à l'unité ambulatoire de pédopsychiatrie universitaire du CHU Mohammed VI de Marrakech, sur la période 2021-2026.

Population d'étude et critères d'inclusion

Ont été inclus les patients âgés de 9 à 17 ans reçus en consultation de pédopsychiatrie et présentant au moins un comportement d'automutilation non suicidaire documenté dans le dossier médical. Le caractère non suicidaire correspondait à l'absence d'intention de mourir au moment du geste. Les idées suicidaires ou antécédents de tentative de suicide, lorsqu'ils existaient à un autre moment de l'évolution, étaient distingués de l'intention associée au geste automutilatoire étudié.

Critères d'exclusion

Étaient exclus les patients âgés de moins de 9 ans ou de plus de 17 ans, les dossiers insuffisamment renseignés pour caractériser le comportement automutilatoire, les comportements auto-agressifs avec intention suicidaire au moment de l'acte, les conduites indirectes ne correspondant pas à une lésion corporelle intentionnelle directe ainsi que les pratiques socialement ou culturellement admises.

Recueil des données

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux archivés au moyen d'une fiche d'exploitation standardisée. Les variables étudiées concernaient :

- Les données sociodémographiques et scolaires : âge, sexe, lieu de résidence, situation parentale, niveau socioéconomique, rendement et absentéisme scolaires.
- Les caractéristiques des automutilations: âge de début, ancienneté, caractère répétitif ou récurrent, récurrence, nécessité de soins somatiques et siège anatomique.
- Les facteurs déclenchants, les fonctions rapportées, le soulagement après l'acte et le retentissement scolaire ou social.
- Les comorbidités psychiatriques et les dimensions cliniques: troubles de l'humeur, anxiété, psychotraumatisme, troubles alimentaires, troubles du sommeil, impulsivité, dysrégulation émotionnelle, estime de soi et irritabilité
- Les facteurs psychosociaux : traumatismes, maltraitance ou négligence, harcèlement, conflits familiaux, difficultés avec les pairs, isolement social, utilisation problématique d'Internet et soutien familial.
- Les modalités de prise en charge et le plan de suivi.

Pour l'analyse du siège anatomique, les formulations présentes dans les dossiers ont été regroupées en grandes régions : avant-bras, bras, association bras-avant-bras, membre inférieur et abdomen. La laté-

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

ralité a été conservée lorsqu'elle était précisée.

Analyse statistique

L'analyse était descriptive. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et en pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne $\pm$ écart-type et leurs extrêmes. Lorsque l'information était manquante, le dénominateur valide était pris en compte. Aucune analyse causale n'a été réalisée.

Aspects éthiques et conflits d'intérêts

L'anonymat et la confidentialité des données ont été strictement respectés. Le consentement des patients et de leurs parents ou représentants légaux a été recueilli pour l'utilisation des données cliniques à des fins de recherche. Les données ont été exploitées de manière

anonymisée. Aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré dans le cadre de ce travail.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques générales et socio-démographiques

Les 50 adolescents inclus étaient âgés de 13 à 17 ans, bien que les critères d'inclusion autorisent les âges de 9 à 17 ans. L'âge moyen était de $15,28 \pm 1,14$ ans et l'âge de 15 ans était le plus représenté (36%)

Les filles représentaient 68 % de la population. Trente et un adolescents (62 %) résidaient à Marrakech en milieu urbain. Les parents étaient mariés ou vivaient ensemble chez 58 % des adolescents. Le niveau socioéconomique était moyen chez 74 %. Parmi les dossiers renseignés, un rendement scolaire faible était retrouvé chez 40,4 % et un absentéisme modéré ou important chez 56,3%.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et scolaires de la population étudiée.

Variable	n	% / valeur
13 ans	1	2,0
14 ans	13	26,0
15 ans	18	36,0
16 ans	7	14,0
17 ans	11	22,0
Âge moyen $\pm$ ET	$15,28 \pm 1,14$	13-17 ans
Filles	34	68,0
Garçons	16	32,0
Marrakech urbain	31	62,0
Autres zones / environs	19	38,0
Parents mariés / ensemble	29	58,0
Parents séparés / divorcés	17	34,0
Parent décédé	4	8,0
Niveau socioéconomique moyen	37	74,0
Niveau socioéconomique faible	13	26,0
Rendement scolaire faible	19/47	40,4
Absentéisme modéré ou important	27/48	56,3

2. Caractéristiques des comportements d'automutilation

L'âge moyen de début des automutilations était de $13,62 \pm 1,26$ ans, avec des extrêmes de 11 et 16 ans. L'ancienneté moyenne était de $1,44 \pm 0,84$ an. Une automutilation au cours des 12 derniers mois était retrouvée chez 88 % des adolescents et un épisode récent chez 60 %. Le comportement était répétitif ou récurrent chez 76 %. Des soins somatiques avaient été nécessaires chez 16 %.

Un facteur déclenchant identifiable était retrouvé chez 80 % des adolescents. Le con-

flit familial était le facteur déclenchant principal le plus fréquent (24 %), suivi des conflits ou ruptures avec les pairs et des ruptures affectives (14 % chacun), puis du stress scolaire (10 %). La fonction principale était le soulagement d'une tension émotionnelle (34 %), suivie de la réduction de l'anxiété ou de la tristesse (18 %).

L'expression d'une souffrance et l'auto-punition représentaient chacune 12 %. Un soulagement temporaire après l'acte était rapporté chez 58 % des adolescents et le retentissement scolaire ou social était modéré ou important chez 60 %.

Tableau 2. Caractéristiques des comportements d'automutilation non suicidaire.

Variable	n	% / valeur
Âge de début, moyenne $\pm$ ET	$13,62 \pm 1,26$	11-16 ans
Ancienneté, moyenne $\pm$ ET	$1,44 \pm 0,84$	0-3 ans
Automutilation dans les 12 derniers mois	44	88,0
Épisode récent	30	60,0
Caractère répétitif/récurrent	38	76,0
Soins somatiques nécessaires	8	16,0
Déclencheur identifiable	40	80,0
Conflit familial comme déclencheur principal	12	24,0
Conflit/rupture avec les pairs	7	14,0
Rupture affective	7	14,0
Stress scolaire	5	10,0
Soulager une tension émotionnelle	17	34,0
Réduire anxiété/tristesse	9	18,0
Exprimer une souffrance	6	12,0
Auto-punition	6	12,0
Soulagement temporaire après l'acte	29	58,0
Retentissement modéré/important	30	60,0

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

3. Siège anatomique des automutilations

Les membres supérieurs constituaient de très loin la localisation prédominante. Une atteinte du membre supérieur était retrouvée chez 46 adolescents sur 50 (92 %). Chez 45 adolescents (90 %), les lésions étaient exclusivement localisées aux bras et/ou aux avant-

bras. L'avant-bras gauche constituait le siège précis le plus fréquent, retrouvé chez 13 adolescents (26 %). Une localisation exclusivement gauche du membre supérieur était observée chez 46 % des adolescents, tandis que les atteintes bilatérales concernaient 38 %.

Tableau 3. Répartition du siège anatomique des automutilations.

Variable	n	% / valeur
Avant-bras uniquement	19	38,0
Bras uniquement	15	30,0
Bras + avant-bras	11	22,0
Membre inférieur uniquement	3	6,0
Abdomen	1	2,0
Membre supérieur + membre inférieur	1	2,0
Atteinte d'un membre supérieur, toutes formes	46	92,0
Avant-bras gauche (siège précis)	13	26,0

4. Comorbidités psychiatriques et dimensions cliniques

Les troubles de l'humeur constituaient la principale comorbidité confirmée (54 %), suivis des troubles du sommeil (50 %), des troubles anxieux (38 %), du psychotraumatisme/TSPT (26 %) et des troubles du comportement alimentaire (16 %). La figure 4 présente les cinq principales comorbidités retenues.

Sur le plan dimensionnel, 86 % des adolescents présentaient une dysrégulation émotionnelle modérée ou élevée, 82 % une impulsivité modérée ou élevée, 84 % une estime de soi faible ou fragile et 84 % une irritabilité modérée ou importante. Le fonctionnement global était modérément ou sévèrement altéré chez 68 %.

Tableau 4. Principales comorbidités psychiatriques confirmées.

Variable	n	% / valeur
Troubles de l'humeur confirmés	27	54,0
Troubles du sommeil confirmés	25	50,0
Troubles anxieux confirmés	19	38,0
Psychotraumatisme/TSPT confirmé	13	26,0
Troubles du comportement alimentaire confirmés	8	16,0

5. Facteurs psychosociaux

Des conflits familiaux importants et des difficultés relationnelles avec les pairs étaient retrouvés chacun chez 46 % des adolescents. Un événement traumatique était documenté chez 34 %, un isolement social chez 36 %, une utilisation problématique d'Internet chez 38 %, un harcèlement sco-

laire ou cyberharcèlement chez 20 % et une maltraitance ou négligence chez 18 %. Le soutien familial était jugé faible chez 32 %, moyen chez 40 % et bon chez 20 % des adolescents ; il n'était pas évalué dans 8 % des dossiers.

Tableau 5. Principaux facteurs psychosociaux retrouvés.

Variable	n	% / valeur
Événement traumatique	17	34,0
Maltraitance/négligence documentée	9	18,0
Harcèlement scolaire/cyberharcèlement	10	20,0
Conflits familiaux importants	23	46,0
Difficultés relationnelles avec les pairs	23	46,0
Isolement social	18	36,0
Utilisation problématique d'Internet	19	38,0
Soutien familial faible	16	32,0

6. Prise en charge

Une intervention familiale était proposée ou réalisée chez 44 % des adolescents et un traitement médicamenteux chez 42 %. Une psychothérapie associée à une intervention familiale constituait le plan de suivi principal chez 24 %, un suivi ambulatoire rapproché chez 22 % et une psychothérapie individuelle chez 20 %. Une orientation hospitalière ou une évaluation urgente était indiquée

chez 16 % des adolescents.

Dans notre pratique, l'intervention familiale ne se limite pas à un entretien ponctuel : elle associe selon les besoins des entretiens avec les parents, une psychoéducation familiale, une guidance parentale et un travail sur la communication intrafamiliale et les facteurs déclenchants ou de maintien du comportement.

Tableau 6. Modalités de prise en charge documentées dans les dossiers.

Variable	n	% / valeur
Intervention familiale	22	44,0
Traitement médicamenteux	21	42,0
Hospitalisation indiquée / orientation urgente	8	16,0
Psychothérapie + intervention familiale	12	24,0
Suivi ambulatoire rapproché	11	22,0
Psychothérapie individuelle	10	20,0
Hospitalisation / évaluation urgente dans le plan	10	20,0
Suivi + traitement médicamenteux	5	10,0
Suivi multidisciplinaire	2	4,0

DISCUSSION

Notre étude met en évidence des comportements d'automutilation non suicidaire apparaissant au début de l'adolescence, souvent répétitifs, à prédominance féminine et très majoritairement localisés aux membres supérieurs. Ils s'inscrivent dans un contexte de dysrégulation émotionnelle importante, de comorbidités psychiatriques et de facteurs familiaux et relationnels fréquents. Ces résultats soutiennent une approche clinique globale, centrée à la fois sur le geste, sa fonction et le contexte psychopathologique.

Âge et prédominance féminine

L'âge moyen de 15,28 ans et l'âge moyen de début de 13,62 ans sont concordants avec les données situant le pic des NSSI au milieu de l'adolescence [1,2] et avec un âge médian de début de 14 ans rapporté en population clinique [3]. Cette période correspond à une phase de forte réactivité émotionnelle, de remaniements identitaires, de transformations corporelles et d'autonomisation encore incomplète. Lorsque les capacités de verbalisation et de régulation sont insuffisantes, le recours au corps peut devenir un moyen immédiat de gérer une tension difficilement tolérable. Ainsi, le début et le milieu de l'adolescence constituent une période particulièrement importante pour le dépistage précoce.

Les filles représentaient 68 % de notre échantillon. Une prédominance féminine est régulièrement retrouvée en population clinique [1,3]. Elle pourrait être liée à la

fréquence plus importante chez les adolescentes de manifestations internalisées telles que la dépression, l'anxiété, la rumination et certaines difficultés de régulation émotionnelle, mais aussi à des différences dans les modalités d'expression de la souffrance et de recours aux soins [6]. À l'inverse, des conduites plus externalisées chez certains garçons peuvent être moins facilement identifiées comme automutilatoires. Cette interprétation reste hypothétique : notre série clinique ne permet pas d'estimer une différence de prévalence entre les sexes dans la population générale. Ainsi, la prédominance féminine observée doit être comprise comme une caractéristique clinique de notre population plutôt que comme une conclusion épidémiologique générale.

Répétition des conduites et siège anatomique

Le caractère répétitif ou récurrent concernait 76 % des adolescents. Le soulagement temporaire observé après le geste chez 58 % peut contribuer à renforcer le comportement : lorsqu'un acte diminue rapidement la tension, même brièvement, il peut devenir une stratégie réutilisée lors de crises ultérieures. La répétition apparaît donc non seulement comme un marqueur de sévérité, mais également comme le reflet de l'installation progressive d'une stratégie dysfonctionnelle de régulation émotionnelle [1,3]. Ce résultat justifie d'intervenir précocement sur les alternatives au passage à l'acte avant que le comportement ne devienne une réponse habituelle à la détresse.

Les membres supérieurs étaient concernés dans 92 % des cas, avec une prédominance

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

de l'avant-bras gauche. Les zones accessibles, notamment les bras, sont fréquemment décrites dans les NSSI [1,3].

L'avant-bras est facilement accessible, permet un contrôle relativement précis du geste et peut être dissimulé sous les vêtements. La prédominance gauche pourrait correspondre à l'utilisation de la main droite dominante, mais la latéralité manuelle n'ayant pas été recueillie, cette hypothèse ne peut être vérifiée. Le choix de cette zone peut également traduire une ambivalence entre le souhait de dissimuler la lésion et la possibilité qu'elle devienne visible comme expression indirecte d'une souffrance difficile à verbaliser. Ainsi, l'avant-bras semble constituer un site privilégié par sa facilité d'accès, le contrôle qu'il autorise et sa possibilité de dissimulation.

Fonctions de l'automutilation et comorbidités

Le soulagement d'une tension émotionnelle était la fonction principale la plus fréquente, tandis que 86 % des adolescents présentaient une dysrégulation émotionnelle modérée ou élevée. Ces données concordent avec les modèles fonctionnels dans lesquels la NSSI sert à réduire rapidement des états émotionnels négatifs [1,3,4]. L'auto-punition et l'expression d'une souffrance peuvent par ailleurs s'inscrire dans un contexte de culpabilité, de dévalorisation ou d'impossibilité de communiquer directement la détresse. Ces résultats renforcent la nécessité de travailler en psychothérapie sur l'identification, la verbalisation et la régulation des émotions ainsi que sur des stratégies alternatives à l'automutilation.

Les troubles de l'humeur et anxieux étaient

fréquents, mais la diversité diagnostique confirme que la NSSI n'est pas spécifique d'un trouble donné [3]. Elle peut être comprise comme un marqueur transversal de difficulté de régulation émotionnelle et de souffrance psychique. L'évaluation ne doit donc pas s'arrêter à la lésion : elle doit rechercher une dépression, une anxiété, un psychotraumatisme, une impulsivité élevée, une faible estime de soi et les autres comorbidités susceptibles d'entretenir la conduite. En pratique, le traitement du trouble associé constitue un axe essentiel pour réduire la vulnérabilité qui entoure le comportement automutilatoire.

Facteurs familiaux, traumatiques et relationnels

Les conflits familiaux et les difficultés avec les pairs concernaient chacun 46 % de notre population. Les relations familiales et la qualité de la communication parents-adolescent sont régulièrement retrouvées parmi les facteurs associés aux NSSI [4]. Dans la même unité, une étude portant sur les tentatives de suicide avait également mis en évidence une fréquence élevée des conflits parentaux et des difficultés relationnelles [7]. La famille peut ainsi constituer à la fois un facteur de vulnérabilité et une ressource thérapeutique. Cette observation justifie la place importante accordée aux entretiens familiaux, à la psychoéducation et à la guidance parentale dans notre prise en charge.

Un événement traumatique était retrouvé chez 34 % et une maltraitance ou négligence chez 18 %. Une méta-analyse récente retrouve une association entre les différentes formes de maltraitance durant l'enfance et les NSSI, particulièrement pour la maltraitance émotionnelle et

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

sexuelle [5]. Notre étude ne comportant pas de groupe témoin, ces antécédents ne peuvent toutefois pas être interprétés comme des causes. Le harcèlement et les usages numériques doivent également être explorés, la victimisation étant associée à des profils combinant NSSI et symptômes dépressifs [6]. Ainsi, l'entretien clinique doit dépasser le comportement lui-même et explorer l'ensemble de l'environnement familial, scolaire, relationnel et numérique de l'adolescent.

Particularités cliniques : crise, gravité et risque de banalisation

La NSSI est parfois banalisée par l'adolescent, sa famille ou l'environnement parce que le geste n'a pas pour objectif immédiat de mourir. Cette banalisation peut pourtant retarder la demande de soins. La répétition des gestes, leur retentissement fonctionnel, les lésions somatiques, l'intensité de la dysrégulation émotionnelle et la coexistence possible d'une suicidalité au cours de l'évolution imposent une évaluation rigoureuse [1,7]. En pratique, chaque épisode doit être replacé dans son contexte de crise : intensité de la tension, contrôle du comportement, facteurs déclenchants, ressources disponibles et capacités de surveillance. Ainsi, le caractère « non suicidaire » du geste ne signifie pas absence de gravité et ne dispense jamais d'une évaluation du risque suicidaire.

Prise en charge dans notre unité

La prise en charge débute par un accueil de l'adolescent dans un cadre contenant, non jugeant et sécurisant. Ce premier temps vise à créer une alliance thérapeutique et à évaluer le signe fonctionnel : fréquence et

répétition des gestes, siège, circonstances, facteurs déclenchants, fonction recherchée, retentissement, gravité somatique et niveau de crise. Une évaluation du risque suicidaire est réalisée systématiquement afin de distinguer la NSSI d'un geste suicidaire et d'apprécier le niveau de sécurité nécessaire.

Dans un second temps, l'équipe recherche la cause clinique ou, plus précisément, les facteurs associés, sous-jacents ou de maintien : trouble dépressif ou anxieux, dysrégulation émotionnelle, impulsivité, psychotraumatisme, faible estime de soi, difficultés familiales, harcèlement, difficultés scolaires ou relationnelles. Cette démarche permet de ne pas traiter uniquement le symptôme mais également les mécanismes qui favorisent sa répétition.

La psychothérapie constitue l'axe central du traitement. Selon la formulation clinique, elle peut associer une psychothérapie de soutien, une approche cognitivo-comportementale, psychodynamique ou interpersonnelle. Le travail symptomatique porte sur l'identification et la verbalisation des émotions, l'apprentissage de stratégies alternatives à l'automutilation et la prévention des récidives. Le travail portant sur les facteurs sous-jacents explore les troubles associés, les expériences traumatiques et les difficultés familiales ou interpersonnelles.

Cette prise en charge individuelle est complétée par des thérapies de groupe hebdomadaires organisées dans le service : un atelier de gestion des émotions, un atelier consacré à la crise suicidaire et un atelier de l'adolescence. Ces espaces permettent de travailler la reconnaissance et

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

l'expression des émotions, les facteurs déclenchants, les stratégies d'adaptation, l'estime de soi, les relations avec les pairs et les problématiques identitaires propres à l'adolescence.

La psychoéducation est proposée à l'adolescent et à sa famille afin d'expliquer les fonctions possibles de l'automutilation, les facteurs déclenchants, les signes d'aggravation et les conduites à tenir. La guidance parentale vise à améliorer la communication intrafamiliale, à diminuer la banalisation comme les réactions excessives, à renforcer les capacités de soutien et à aider les parents à repérer les signes d'alerte. L'intervention familiale comprend donc les entretiens avec les parents, la psychoéducation, la guidance parentale et, lorsque cela est nécessaire, un travail conjoint sur les conflits et les interactions familiales.

Les médicaments ciblent les comorbidités et non l'automutilation elle-même. Dans notre pratique clinique, la sertraline à la dose de 50 mg/j peut être utilisée lorsque l'indication d'un traitement médicamenteux d'un trouble anxieux est retenue, tandis que la fluoxétine à la dose de 20 mg/j peut être prescrite dans les troubles dépressifs. Le choix thérapeutique, la posologie et la durée du traitement sont adaptés à l'évaluation clinique, à la tolérance et à l'évolution de chaque adolescent.

Lorsque la situation permet un maintien ambulatoire, le suivi peut être rapproché avec une réévaluation à 48 heures. Les situations complexes sont discutées dans le cadre d'une supervision clinique régulière avec la professeure responsable de l'unité, afin de réévaluer le diagnostic, le niveau de

risque, l'indication thérapeutique et l'intensité du suivi.

Une orientation vers l'hospitalisation est indiquée lorsque la sécurité ne peut être assurée en ambulatoire, notamment en cas de niveau de Risque-Urgence-Dangerosité (RUD) élevé, de risque suicidaire majeur, d'agitation extrême, de désorganisation psychopathologique importante, de gravité somatique ou d'impossibilité de surveillance familiale. L'absence d'unité dédiée d'hospitalisation pédopsychiatrique à Marrakech conduit alors à une orientation vers une structure adaptée [7].

Ainsi, la prise en charge développée dans notre unité suit une logique progressive : accueil et sécurisation, évaluation du signe fonctionnel, recherche des facteurs sous-jacents, psychothérapie, psychoéducation, guidance parentale, traitement des comorbidités, ateliers de groupe, suivi rapproché et supervision. Cette organisation vise à réduire la répétition du geste tout en améliorant les capacités de régulation émotionnelle et le fonctionnement global de l'adolescent.

Forces et limites

Cette étude apporte des données locales sur un phénomène encore peu documenté à Marrakech et décrit conjointement les caractéristiques des automutilations, leur siège anatomique, les comorbidités, les facteurs psychosociaux et les modalités de prise en charge. Son caractère rétrospectif expose cependant à des données manquantes et dépend de la qualité des dossiers. L'effectif de 50 adolescents, le caractère monocentrique et l'absence de groupe témoin limitent la généralisation et toute interprétation causale. La méthode précise

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

d'automutilation n'était pas systématiquement documentée. Enfin, la distinction entre NSSI et geste suicidaire repose sur la qualité de la documentation de l'intention au moment de l'acte.

CONCLUSION

Les comportements d'automutilation non suicidaire observés chez les adolescents suivis en consultation de pédopsychiatrie au CHU Mohammed VI de Marrakech apparaissent précocement, sont souvent répétitifs et concernent majoritairement les filles. Les membres supérieurs, en particulier les avant-bras, représentent le siège anatomique prédominant, probablement en raison de leur accessibilité, du contrôle possible du geste et de leur facilité de dissimulation.

La régulation émotionnelle occupe une place centrale dans ces conduites, dans un contexte marqué par la fréquence des troubles de l'humeur, de l'anxiété, de la dysrégulation émotionnelle et des difficultés familiales ou relationnelles. Le comportement

ne doit donc pas être banalisé : même lorsqu'il est non suicidaire, il peut traduire une crise psychique importante et s'inscrire dans une trajectoire de vulnérabilité.

La prise en charge doit être globale et individualisée. Dans notre unité, elle associe accueil et évaluation clinique, recherche des facteurs sous-jacents, psychothérapie individuelle, ateliers thérapeutiques de groupe, psychoéducation, guidance parentale, traitement des comorbidités, suivi ambulatoire rapproché avec possibilité de réévaluation à 48 heures et supervision clinique. L'hospitalisation est réservée aux situations dans lesquelles la sécurité ne peut être assurée en ambulatoire. Cette approche vise à réduire le recours à l'automutilation tout en renforçant les capacités de régulation émotionnelle et les ressources de l'adolescent et de sa famille.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

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



Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-15

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/x2m68837>

RÉFÉRENCES

1. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports*. 2017;19:20. doi: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>.
 2. Evseev VD, Bokhan NA, Mandel AI, Kadochnikova SV. Prevalence and risk factors of non-suicidal self-injury behavior. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2024;124(2):13-19. doi: <https://doi.org/10.17116/jnevro202412402113>.
 3. Khutoryanskaya YV, Pozdnyak VV, Grechanny SV. Nonsuicidal Self-Injury Behavior in Adolescents. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2023;53(6):973-980. doi: <https://doi.org/10.1007/s11055-023-01490-w>.
 4. Vafaei T, Samavi SA, Whisenhunt JL, Najarpourian S. An investigation of self-injury in female adolescents: a qualitative study. *Quality & Quantity*. 2023. doi: <https://doi.org/10.1007/s11135-023-01632-9>.
 5. 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 & Neglect*. 2024;157:107048. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107048>.
 6. Liang Y, Chen J, Xiong Y, Wang Q, Ren P. Profiles and Transitions of Non-Suicidal Self-Injury and Depressive Symptoms among Adolescent Boys and Girls: Predictive Role of Bullying Victimization. *Journal of Youth and Adolescence*. 2023;52:1705-1720. doi: <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01779-6>.
 7. Hafissi M, Aabbassi B, Manoudi F. Profil épidémiologique des tentatives de suicide chez les adolescents : étude rétrospective au CHU Mohammed VI de Marrakech (2021-2025). *Revue de Psychiatrie et de Psychologie de l'Enfant et de l'Adolescent*. 2026;12(1):1-19. doi: <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>.
-