

Approche diagnostique de l'automutilation en médecine légale ? Une étude de 100 cas

Diagnostic approach of self-mutilation in a forensic medicine ? A study of 100 cases

DOI: 10.46981/sfjhv4n1-003

Received in: February 01st, 2023

Accepted in: March 03rd, 2023

Boumelik Mohamed Amine

Maitre de Conférences A en Médecine Légale

Institution: Faculté de médecine Taleb Morad, Université Djillali Liabes, Sidi Bel Abbes (ALGERIE)

Adresse: 6958+RM5, Sidi Bel Abbès, Algérie

Courriel: amineboumelik@yahoo.fr

Belhadj Lahcène

Diplômé en Médecine Légale

Institution: Faculté de médecine Taleb Morad, Université Djillali Liabes, Sidi Bel Abbes (ALGERIE)

Adresse: 6958+RM5, Sidi Bel Abbès, Algérie

Courriel: lahlegiste@gmail.com

Boublenza Abdellatif

Diplômé en Médecine Légale

Institution: Faculté de médecine Taleb Morad, Université Djillali Liabes, Sidi Bel Abbes (ALGERIE)

Adresse: 6958+RM5, Sidi Bel Abbès, Algérie

Courriel: Abdellatif_boublenza@yahoo.fr

RESUME

L'automutilation demeure mal comprise malgré son intérêt médico-judiciaire et social. Même si ce phénomène chez les malades mentaux est reconnu depuis plusieurs années, la documentation sur cette question est loin d'être suffisante. Au niveau des consultations médico-judiciaires (CMJ), les personnes présentant des blessures ayant des caractéristiques auto-infligées affirment avoir été conséquences d'agressions. Ces blessures sont utilisées comme preuve matérielle afin d'engager des poursuites judiciaires au tribunal pénal ou constituent une menace contre une personne innocente. Les blessures auto-infligées (BAI) sont évocatrices par leurs caractères. Cependant, aux allégations on note souvent une discordance lors de la reconstitution des faits. A l'examen clinique, ces blessures sont superficielles avec une profondeur égale aux extrémités. Souvent, uniformes (linéaires ou légèrement curvilignes), groupées, parallèles et se croisent entre elles, orientées dans la même direction, symétriques au niveau des zones accessibles par la personne (évitant les zones mortelles ou sensibles à la douleur et le côté dominant). La présence de blessures d'hésitation et l'existence d'ancienne cicatrice d'automutilation sont un signe évocateur. Elles peuvent être surajoutées à des blessures légères causées par un agresseur, dont le but est de majorer une incapacité totale de travail (ITT). Parfois, ces blessures se trouvent en postérieur du corps sur une zone accessible par la personne ou causées à l'aide d'une tierce personne (complice). L'examen des vêtements a une grande importance dans le diagnostic médico-légal des BAI (absence d'entaille vestimentaire en regard de la blessure ou l'entaille ne correspond pas). En médecine légale, la problématique majeure de ces BAI demeure essentiellement sur le diagnostic médico-légal pour les cas particuliers et la rédaction d'un certificat médical initial de constatation de blessures, notamment en matière de fixation d'ITT. Le diagnostic médico-légal de BAI a une importance judiciaire

notamment en matière de différenciation entre une agression, une simulation et autres types de comportement autodestructeur. Il permet aussi une rédaction d'un certificat médical adapté évitant une enquête inutile par le service de police ou de gendarmerie, d'innocenter un présumé agresseur et de soulager son inquiétude ou son anxiété injustifiée. C'est une étude incluant des personnes portant des BAI récentes pour avantage judiciaire. En fonctions des données situationnelles de cette étude, nous allons tenter de cerner le caractère médico-légal de ces blessures notamment leurs formes.

Mots clés : blessures auto-infligees, diagnostic, agression, simulation, incapacite totale de travail.

ABSTRACT

Self-harm remains poorly understood despite its medico-legal and social relevance. Although this phenomenon in the mentally ill has been recognized for several years, the literature on this issue is far from sufficient. At the level of medico-judicial consultations (CMJ), people with injuries with self-inflicted characteristics claim to have been the consequences of aggression. These injuries are used as physical evidence to initiate legal proceedings in criminal court or constitute a threat against an innocent person. Self-inflicted injuries (SIIs) are evocative in character. However, there is often a discrepancy in the allegations when reconstructing the facts. On clinical examination, these wounds are superficial with equal depth at the extremities. Often, uniform (linear or slightly curvilinear), grouped, parallel and intersecting, oriented in the same direction, symmetrical in the areas accessible by the person (avoiding the deadly or pain-sensitive areas and the dominant side). The presence of hesitation wounds and the existence of an old self-injury scar are suggestive signs. They can be added to minor injuries caused by an aggressor, whose purpose is to increase a total work disability (ITT). Sometimes, these injuries are in the back of the body on an area accessible by the person or caused with the help of a third person (accomplice). The examination of the clothing is of great importance in the forensic diagnosis of BAI (absence of a clothing cut opposite the injury or the cut does not correspond). In forensic medicine, the major problem with these IABs remains essentially the forensic diagnosis for particular cases and the drafting of an initial medical certificate of injury, particularly in terms of establishing a TIW. The forensic diagnosis of BAI has a judicial importance, especially in terms of differentiating between assault, simulation and other types of self-destructive behavior. It also allows the writing of an adapted medical certificate avoiding an unnecessary investigation by the police or gendarmerie, to clear a presumed aggressor and to relieve his unjustified anxiety. This is a study including individuals with recent BAIs for judicial advantage. Based on the situational data in this study, we will attempt to identify the forensic nature of these injuries, including their forms.

Keywords: self-inflicted injury, diagnosis, assault, malingering, total disability.

1 INTRODUCTION

L'automutilation est un phénomène connu chez les malades mentaux. Ce phénomène est flou et ambigu, car le processus qui déclenche et maintient un comportement d'autodestruction n'est pas bien cerné notamment dans sa forme, ses conséquences, leurs intentionnalités et les mécanismes sous-jacents mis en œuvres.

L'examen physique des personnes présentant des stigmates de BAI fait partie de notre pratique quotidienne en médecine légale clinique. Ces blessures sont évocatrices par leurs caractères. Cependant, aux allégations on note souvent une discordance lors de la reconstitution des faits notamment la non

gravité de la blessure par rapport à la force du coup portée, une blessure de défense non-caractéristique, l'instrument causal ne correspond pas à la forme de la blessure.

La qualité relationnelle avec le présumé agresseur de laquelle la situation problématique se posera : il s'agit d'un conjoint, d'un voisin, un associé à un projet commercial et autres. Parfois, la personne décrit une stature plus grande par rapport à lui ou bien, agressé par un groupe.

Des études effectuées ont objectivé que 80% des cas d'automutilations impliquent des objets ou des instruments tranchants, cependant le nombre de méthodes est délimité par l'imaginaire d'un seul individu et par sa détermination de se blesser intentionnellement (Brûlure, Griffures, Cognement de certaines parties du corps, Arrachement de cheveux,...).

Les blessures sont superficielles avec une profondeur égale aux extrémités. Souvent, uniformes (linéaires ou légèrement curvilignes), groupées, parallèles et se croisent entre elles orientées dans la même direction, symétriques au niveau des zones accessibles par la personne (évitant les zones mortelles ou sensibles à la douleur et le côté dominant). La présence de blessures d'hésitation et l'existence d'ancienne cicatrice d'automutilation sont un signe évocateur. Elles peuvent être surajoutées à des blessures légères causées par un agresseur, dont le but est de majorer une incapacité totale de travail (ITT). Parfois, ces blessures se trouvent en postérieur du corps, zone accessible par la personne ou causées à l'aide d'une tierce personne.

L'examen des vêtements a une grande importance dans le diagnostic médico-légal des BAI (absence d'entaille vestimentaire en regard de la blessure ou l'entaille ne correspond pas). Elle est très répondue chez les adolescents et les jeunes adultes (12 et 24 ans), Cependant elle peut survenir à tout âge, et même durant la vieillesse et dont le risque de suicide est élevé. Ces automutilations sont exceptionnelles chez les enfants.

Le diagnostic de ces BAI en médecine légale n'est pas toujours évident, notamment devant une blessure unique siégeant sur une partie découverte du corps ou sur une zone inaccessible par la personne (causées par une tierce personne complice) ...

Devant la méconnaissance de ce type de BAI, la rédaction d'un certificat médical de constatation de blessures qui constitue une pièce fondamentale pour porter plainte et décider de la compétence du tribunal peut devenir délicate et litigieuse, notamment lors de la fixation d'une ITT pour les personnes pratiquant ce geste délibéré et utilitaire, dont le but est de simuler une violence physique induite par un agresseur.

C'est une étude incluant des personnes portant des BAI récentes pour avantage judiciaire. En fonction des données situationnelles de cette étude, nous allons tenter de cerner le caractère médico-légal de ces blessures notamment leurs formes.

2 MATERIEL ET METHODE

Nous avons mené une étude descriptive rétrospective au niveau de CMJ du centre hospitalier universitaire de SIDI BEL ABBES (ALGERIE). Cette étude s'est étalée du 01.02.2017 au 31.01.2019 portant l'analyse des questionnaires des personnes qui déclarent avoir été agressé présentant des stigmates de BAI récentes, afin de bénéficier d'un certificat médical initial de constatation de blessure pour porter plainte contre un présumé agresseur.

Notre échantillon d'étude incluant les personnes adultes de plus de 18 ans ayant la possibilité de collaborer au questionnaire. Les personnes de moins de 18 ans ont été éliminées (ne sont pas apte à consentir).

Le calcul du nombre de sujets nécessaire à l'enquête a été effectué à l'aide du calculateur de la taille de l'échantillon du site : www.openepi.com. Les données introduites sont : la moyenne des prévalences retrouvée dans la littérature (04%), la précision est de 04%. Le nombre de sujets nécessaire pour notre enquête est de 93.

Le questionnaire a été élaboré en fonction des objectifs de notre recherche, à partir des données de la littérature scientifique et de nos interrogations qui englobe les éléments du diagnostic médico-légal des BAI.

L'entretien des participants est individuel sur une durée de 45 minutes en moyenne. De cette participation volontaire, ils ne recevront aucune compensation. Suite à son information, sa collaboration est intégrée dans le cadre d'un travail de recherche qui est anonyme, volontaire et qu'il n'y a aucun bénéfice, notamment, concernant le déroulement des procédures judiciaires. De ce fait, il est libre de refuser à toute participation. De même, il pourra se retirer du projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner d'explication.

Nous avons informé la personne d'une façon empathique du caractère auto-infligé des blessures constatées et que la plainte peut se retourner contre lui, car la loi sanctionne toute dénonciation calomnieuse. Pour vérifier la reproductibilité, la totalité des personnes ont été convoquées afin de refaire le questionnaire quinze jours après la première consultation.

La saisie a été réalisée au fur et à mesure de l'élaboration des questionnaires. L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel IBM SPSS 23 (Statistical Package for the Social Sciences). Les variables qualitatives sont décrites en fonction de leurs répartitions en pourcentage ou en effectifs. Pour les variables quantitatives, sont décrites en calculant la moyenne, la médiane et l'écart type.

Une analyse bi-variée a été utilisée afin d'établir les relations pouvant exister entre deux variables en utilisant le test Khi 2.

3 RESULTATS

Durant la période allant du 01.02.2017 au 31.01.2019, le service de médecine légale du CHU de Sidi Bel abbés a reçu 6638 personnes au niveau de la CMJ. Dont, 143 personnes présentant des blessures ayant les caractéristiques auto-infligées. Cela représente un taux de 02% du nombre total des CMJ. Sur les 143 cas de BAI, 38 cas n'ayant pas les critères d'inclusion ont été exclus selon les critères établis dans la méthodologie.

Notre étude a porté sur 100 personnes présentant des blessures ayant les caractéristiques auto-infligées. Afin d'avoir un échantillon de 100 personnes 05 cas tirés au sort et exclus.

Nous avons retrouvé une grande variabilité saisonnière dans la fréquence de BAI, étant de l'ordre de fréquence décroissant suivant : printemps avec un taux de 38%, été (32%), automne (18%) et l'hiver (12%).

Le sexe masculin est majoritaire (67%) et la moyenne d'âge est de 30,23 ans. Les célibataires et le chômage sont fréquents (47% et 53%).

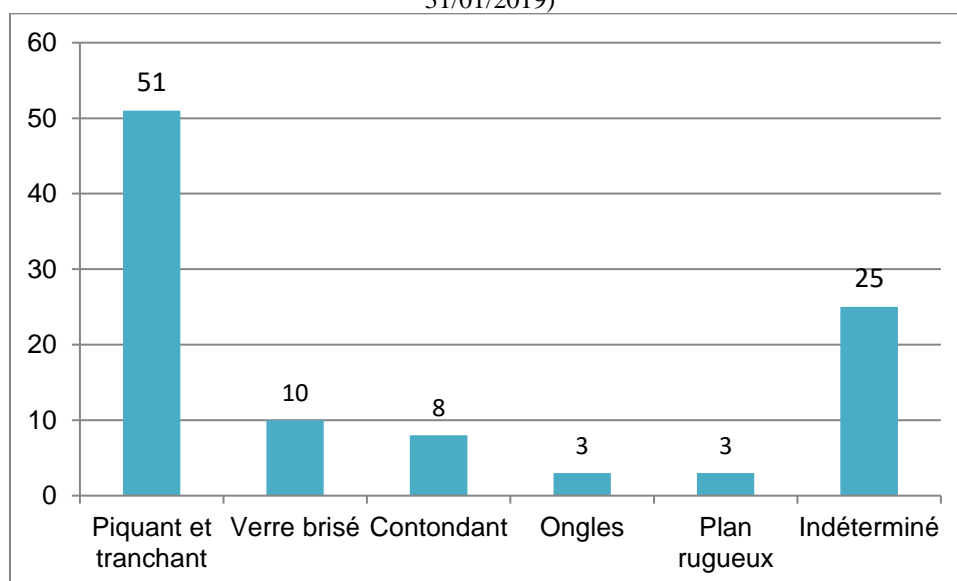
Les personnes ayant un antécédent judiciaire représentent 34%. Ces personnes ont été classées avec le degré de leurs peines judiciaires, répartis comme suit : prison ferme (59%), celles avec jugement en cours (24%), avec sursis (12%) et les personnes ayant subis seulement une amende (06%).

Selon la qualité relationnelle avec le présumé agresseur alléguée par la personne, on observe que le voisin représente un taux de 33%, le conjoint 18%, un membre de la famille 15%, un inconnu 13%, et autres représentés par : un ami, un commerçant voisin, avec lui une relation de travail, marâtre ou parâtre, un agent de police.

Le taux des discordances entre le déroulement des faits allégués et les constatations objectives représentent 100%. Lors de la reconstitution dynamique de l'acte, nous avons constaté que les personnes qui reprennent involontairement l'acte d'auto-agression représentent 49%. L'absence de témoins lors des faits est un facteur d'orientation (82%). Les personnes décrivant une stature plus grande par rapport à lui représentent 70% et agressé par un groupe d'individu sont à l'ordre de 29%.

L'instrument piquant et tranchant était le plus décrit (51%). Pour les personnes qui n'ont pas pu déterminer l'instrument causal représentent 25%.(Voir Figure 1)

Figure 01 : Répartition des cas de BAI selon l'instrument ou l'objet allégué CHU de Sidi Bel Abbès (Du 01/02/2017 au 31/01/2019)

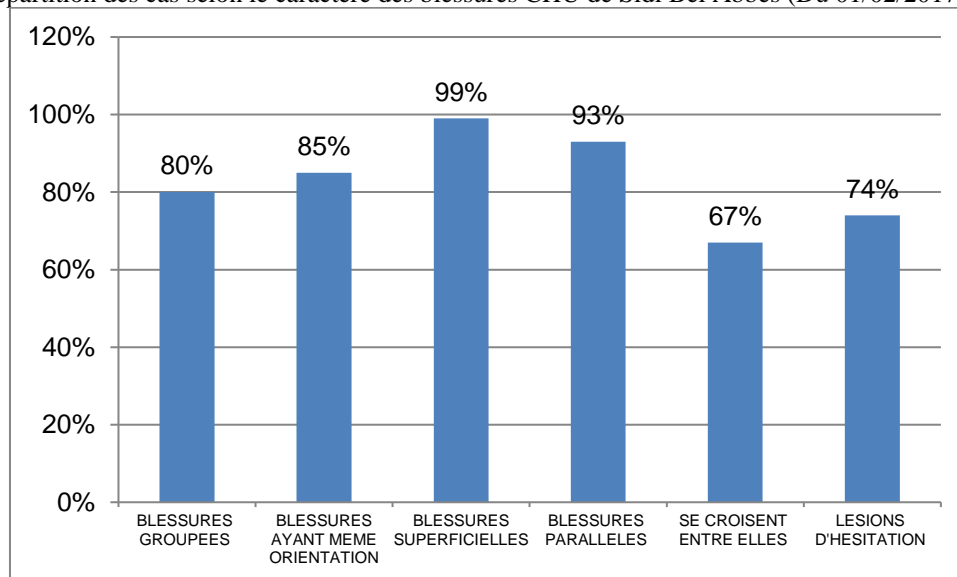


La répartition des BAI selon la nature des blessures nous a permis de noter que les excoriations représentent 62% des cas, les plaies (36%), les ecchymoses et les brûlures représentent respectivement 01%.

Nous avons constaté que, les blessures de forme linéaire représentent la majorité des cas (65%), les blessures associant une forme linéaire et curviligne (32%), les blessures curvilignes (02%) et autre représentant la forme cartographique des brûlures est de 01%. Les personnes avec des blessures groupées (80%). Les blessures ayant la même orientation (85%).

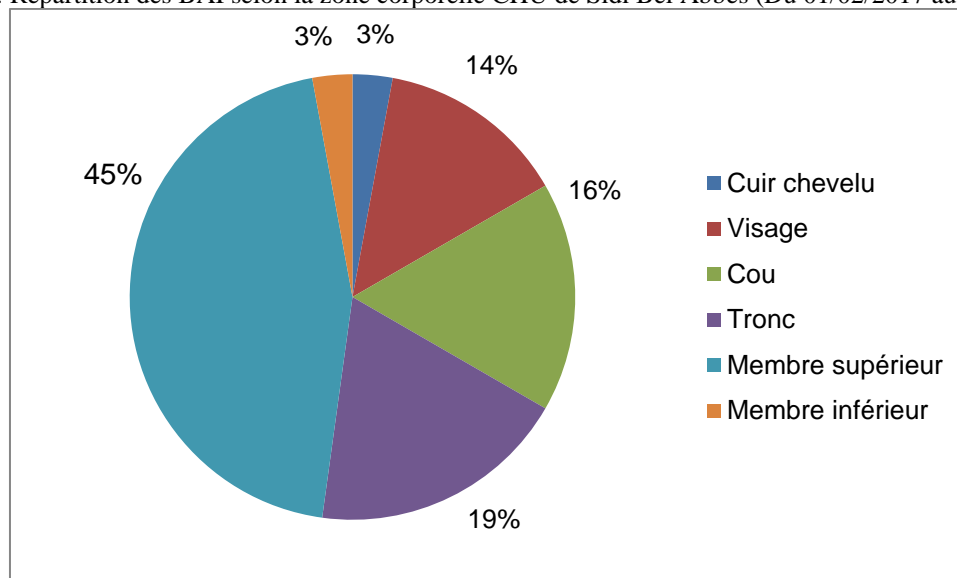
Selon la profondeur des blessures, nous avons noté que 99% des blessures étaient superficielles. Le caractère parallèle des blessures et se croisent entre elles représentent respectivement 93% et 67%. Les blessures d'hésitation et des cicatrices anciennes de BAI associées sont à l'ordre 74%. Les BAI surajoutées à une blessure réelle afin de majorer une ITT représentent 72%. (Voir Figure 2)

Figure 02 : Répartition des cas selon le caractère des blessures CHU de Sidi Bel Abbès (Du 01/02/2017 au 31/01/2019)



Nous avons constaté que les blessures se localisent sur des régions corporelles accessibles pour la personne dans 98%. 02% des blessures étaient en postérieur non accessible. La localisation des blessures au côté controlatéral représente 55% et 25% pour les blessures qui sont symétriques. (Voir Figure 3)

Figure 03 : Répartition des BAI selon la zone corporelle CHU de Sidi Bel Abbès (Du 01/02/2017 au 31/01/2019)



Afin d'examiner les vêtements portés par la personne au moment de la dite agression nous avons leurs demandé de les ramener. 81 personnes ont ramené leurs vêtements. L'examen des vêtements a montré que, les blessures se localisent sur une partie découverte du corps pour 61 personnes.

L'examen du reste des vêtements, dont les blessures se localisent sur une partie recouverte par les vêtements (N=20) a révélé que les vêtements présentant des déchirures en regard des blessures représentent 70% et les vêtements non déchirés 30%.

La répartition des personnes ayant des blessures siégeant sur des zones corporelles recouvertes par des vêtements selon la cohérence et la non-cohérence des déchirures vestimentaires avec les blessures sous-jacentes, nous a montré que la totalité des déchirures vestimentaires ne correspond pas à la blessure sous-jacente.

La répartition des vêtements déchirés (N=14) selon ceux tachés de sang, nous a montré que 79% étaient non tachés de sang. (Voir Tableau 01)

Tableau 01: La cohérence de la déchirure vestimentaire à la blessure CHU de Sidi Bel Abbés (Du 01/02/2017 au 31/01/2019)

		Effectif (N)	Pourcentage (%)	Pourcentage cumulé
Valide		86	86,0	86,0
	Pas de cohérence à la blessure	14	14,0	100,0
	Cohérence à la blessure	00	00	00
	Total	100	100,0	

Après l'information empathique de la personne du caractère auto-infligé des blessures constatées et que la plainte peut se retourner contre lui, car la loi sanctionne toute dénonciation calomnieuse, nous avons obtenu que les personnes ayant avoué s'auto-agresser représentent 66% et les personnes niant 34%.

4 DISCUSSION

En théorie, les recherches épidémiologiques sur les automutilations sont essentiellement anglo-saxonnes, issues de la recherche psychiatrique, des programmes de prévention et des études sociologiques. Ces recherches ont été effectuées de manière très globale sur le comportement auto-agressif non-suicidaire.

La prévalence en population générale pour certaines études a été estimée entre 0,75% et 4%. L'étude reconnue la plus fiable est celle de Briere et Gil (1998) estime un taux de prévalence de 04% de la population générale, dont ceux qui prétendent simuler une agression. Cependant, d'autres études ont montré des chiffres variables et contradictoires.

Peu de recherches ont été retrouvées sur les BAI dans les échantillons médico-légaux. Nous n'avons pas retrouvé un taux de prévalence de BAI par rapport à la population générale dans les études

réalisées en milieu médico-légal, les fréquences des BAI retrouvées ont été calculées par rapport au nombre des CMJ.

Nous avons retrouvé une grande variabilité saisonnière. Ceux-ci peuvent être expliqués par le nombre de CMJ effectué à notre unité, élevé en printemps et en été.

La répartition de notre échantillon d'étude selon le sexe, nous a permis de retrouver que les hommes représentent un taux élevé par rapport aux femmes (67% d'hommes contre 33% femmes) avec un sex-ratio de 02,03. Ces résultats obtenus concordent avec les études réalisées sur les échantillons médico-légaux. Cela pouvant être expliqué par la proportion élevée d'hommes au niveau de la ville de Sidi Bel Abbés avec la tranche d'âge [20-30] ans qui représente le nombre le plus élevé de la population (Office National des Statistiques 2008), le nombre élevé d'homme par rapport aux femmes de l'ensemble des CMJ reçues durant la période d'étude et que les hommes peuvent également prendre le risque d'atteindre un objectif plus que les femmes.

L'âge moyen de survenue correspond à la majorité des études retrouvées, notamment celles effectuées sur les populations au service de médecine légale. Le taux de célibataire représente une majorité. Nous suggérons que, les changements qui affectent le calendrier de la nuptialité en Algérie qui a connu un vieillissement important avec un recul de l'âge au mariage en Algérie (presque 30 ans chez les femmes et 33 ans chez les hommes) a induit une augmentation des célibataires dans la population totale (*La montée du célibat chez les jeunes algériens ; HAFAD Tahar, Université of Batna ; 2013*).

Ainsi, le célibataire éprouve beaucoup de frustrations, de désillusions, de déceptions, constituant de vraies souffrances. (*Pascal Lardellier ; le « supplice de Tantale numérique ». Souffrances implicites et douleurs tues des célibataires sur les sites de rencontres*), peuvent mener à s'automutiler.

Les célibataires et les patients sans emploi pourraient avoir plus de raisons de chercher un gain à travers une automutilation. Dans notre étude, les individus sans emploi ou avec une profession instable et non déclarée d'un revenu insuffisant constituent une majorité.

La répartition des personnes avec antécédents judiciaires selon le degré de leurs peines judiciaires a révélé que, les personnes qui ont subi une peine de prison ferme représentent la majorité. Ces résultats peuvent être expliqués par l'anxiété et l'incertitude qu'inspirent les personnes rencontrées après sa libération de la prison.

Selon la qualité relationnelle alléguée par la personne, il s'agit d'un voisin dans la majorité des cas, puis le conjoint, un membre de la famille et un inconnu.

Le taux de discordance entre le déroulement des faits allégués et les constatations objectives représentent 100%. Une incompatibilité a été remarquée lors de la reconstitution dynamique des faits (la gravité du coup porté par rapport aux blessures constatées, des blessures de défense non caractéristiques), ainsi lors de l'examen des vêtements.

La personne refait involontairement l'acte auto-infligé est un critère important qui a été remarqué lors de la reconstitution de la dynamique des faits allégués.

Les personnes ayant déclaré l'absence des témoins lors du déroulement des faits représentent la majorité. Nous avons tenté d'expliquer les cas des personnes portant des BAI ayant déclaré la présence des témoins (18%), ces cas ont été répartis selon ceux portant des blessures réelles avec des BAI surajoutées, ce qui a montré que 83% des personnes qui ont déclaré la présence des témoins au moment de l'agression portant des BAI surajoutées à des blessures réelles survenant suite à une agression en présence des témoins.

Les personnes qui déclarent une stature de l'agresseur présumé plus grande représentent une majorité par rapport à celles qui déclarent un agresseur de la même ou de petite stature. Nous avons constaté aussi, la présence d'un taux significatif (29%) des personnes qui déclarent avoir été agressées par un groupe.

Notre étude a permis de relever que, l'instrument piquant et tranchant était le plus décrit, ce qui correspond à la majorité des études. Les personnes qui n'ont pas pu déterminer l'instrument ou l'objet en cause représentent 25%, cela est un élément évocateur des BAI.

La répartition selon la nature des blessures constatées nous a permis de noter que, les excoriations représentent la majorité de l'ensemble des blessures constatées, en suite les plaies. Ces résultats correspondent aux études retrouvées dans la littérature notamment, celles réalisées dans le milieu médico-légal avec une prédominance des excoriations d'aspect très superficiel indiquant une pratique contrôlée des blessures, inversement à celles réalisées dans la population générale ou dans un milieu psychiatrique, où les auto-infligées sont reconnues par leurs gravités (liées à un trouble de personnalité ou une pathologie psychopsychiatrique sous-jacente).

Le caractère des BAI retrouvé majoritaire dans notre étude correspond à celui décrit dans la littérature : des blessures multiples similaires dans la forme et le type, superficielles peu profondes, souvent linéaires, groupées, parallèles et se croisent entre elles, orientées dans la même direction, associées souvent à des blessures d'hésitations (des coupes d'essai préliminaires ou des tentatives d'incisions). Les blessures de forme curviligne (suivant les zones incurvées du corps) ont été constatées, représentent aussi un élément de diagnostic médico-légal. Ces caractéristiques indiquent une discordance avec les mouvements lors d'une agression réelle, car l'individu ne reste pas statique, il se défend.

La présence d'une blessure unique n'élimine pas une auto-agression, d'où la nécessité d'un examen médico-légal rigoureux.

Nous avons retrouvé que, les BAI étaient localisées sur des régions corporelles accessibles pour la personne dans la majorité des cas. Les personnes droitières représentent une majorité avec une

localisation des blessures à gauche (côté non-dominant). Une symétrie des blessures représente aussi un élément de diagnostic médico-légal. Les régions du corps les plus touchées sont : le visage, le cou, les épaules, le thorax, l'abdomen et les cuisses avec une prédominance au niveau des membres supérieurs. Les zones mortelles ou sensibles à la douleur ont été épargnées.

La zone corporelle est souvent accessible située sur le champ visuel de la personne. Les blessures peuvent siéger en postérieur, pratiquées à l'aide d'un tiers (complice).

La présence d'anciennes cicatrices récentes d'automutilation associées à des blessures ayant les caractéristiques auto-infligées constitue un élément d'orientation de diagnostic.

Selon notre étude, la majorité des blessures était localisée sur une partie découverte du corps. Les déchirures vestimentaires objectivées ne sont pas cohérentes avec les blessures constatées. De ce fait, nous avons retenu que les déchirures ont été réalisées après notre demande à la personne de ramener ses vêtements afin de les examiner. Cela confirme les données décrites dans la littérature qui indiquent que les vêtements sont rarement endommagés et souvent ne sont pas tachés de sang. Figure 04 (a, b).

Nous suggérons que, l'examen des vêtements a un intérêt majeur dans le diagnostic médico-légal des BAI. Une attention particulière doit être accordée aux incohérences entre les dommages objectivés sur les vêtements et sur les blessures, ainsi que sur la présence ou non de taches de sang.

Figure 04 (a,b) : BAI unique non-cohérente avec la déchirure vestimentaire. (Service de médecine légale – CHU de Sidi Bel Abbés)



La majorité des consultants ayant avoué après avoir été informés de manière amicale et empathique de l'aspect auto-infligée des blessures et que la plainte peut se retourner contre eux, car la loi notamment l'article 145 du code pénal algérien punit toute personne qui dénonce aux autorités publiques une infraction qu'elle sait ne pas avoir existé ou de produire une fausse preuve relative à une agression imaginaire. Il est important de souligner au consultant que, des conséquences judiciaires seront évitées, s'il s'abstient de poursuivre ou retirer la plainte auprès du service de police ou gendarmerie.

Cela nous a permis de consolider notre diagnostic notamment, quand il s'agissait de cas particuliers (blessure unique siégeant sur une partie découverte du corps ou sur une région corporelle inaccessible par la personne...).

5 LES LIMITES METHODOLOGIQUES

Après avoir établis les résultats observés dans notre étude et leurs liens avec la littérature, il est primordial d'exposer les limites méthodologiques rencontrées dans notre étude.

La performance du questionnaire est limitée par la véracité des réponses de la personne. Nous n'avons pas pu vérifier la reproductibilité, à cause des perdus de vues ; en effet la totalité des personnes convoquées ne se sont pas présentées afin de refaire le questionnaire quinze jours après la première consultation.

La cohérence des blessures avec les déchirures vestimentaires n'a pas été établie pour la majorité des personnes. Nous n'avons pas pu examiner les vêtements pour certains (19%), car non ramenés. Et les blessures se localisent sur une partie découverte du corps pour 61%.

6 CONCLUSION

Le diagnostic médico-légal des BAI a un impact judiciaire, car elle permet d'établir une distinction entre les agressions, les simulations et les autres formes de comportement autodestructeur.

Les BAI possèdent souvent un caractère commun. Les cas typiques des BAI sont caractérisés par des blessures multiples et groupées. Elles sont superficielles avec une profondeur égale aux extrémités. Souvent uniformes, linéaires, (parfois, légèrement curvilignes suivent la surface du corps même sur les zones incurvées), parallèles et se croisent entre elles, orientées dans la même direction.

L'établissement d'un diagnostic médico-légal n'est pas toujours évident. Des aspects atypiques ont été constatés : blessure unique, plaies assez profondes, de localisation atypique...ce qui nécessite un interrogatoire structuré et détaillé sur le déroulement des faits. Par conséquent, l'expert devrait demander d'expliquer, avec précision le déroulement des faits, notamment le nombre de coups reçus, la nature de l'instrument ou l'objet en cause, l'attitude respective de la personne présumée victime et l'auteur.

Ces cas atypiques sont évocateurs par leurs caractéristiques, notamment, l'incompatibilité constatée entre le déroulement des faits allégués par la personne et les blessures objectivées et le manque de coopération de la victime présumée. Un modèle bien régulier contradictoire à la dynamique des faits allégués qui ne suggère pas une véritable lutte ; les irrégularités, comme on s'y attend après une agression réelle, sont souvent manquantes. L'absence de témoins représentent aussi un élément fortement évocateur.

Parfois, une méconnaissance déclarée concernant la qualité de l'agresseur présumé (une plainte contre un inconnu.) ou la personne décrit une stature plus grande par rapport à lui ou agressé par un groupe.

Des circonstances atypiques ont été constatées, ces blessures sont parfois, occasionnées par un ripage de la peau sur une surface rugueuse, ou griffure avec les ongles de la personne. La présence de blessures d'hésitation et d'anciennes cicatrices de BAI associées constitue un élément d'orientation.

Les BAI siègent le plus souvent au niveau des zones du corps accessible par la personne située sur le champ visuel de la personne et leurs distributions dépendent souvent du fait que la personne soit droitrière ou gauchère. Elles se localisent souvent symétriquement sur les deux côtés du corps, avec prédominance sur le côté controlatéral de la main dominante (côté non-dominant). Il convient également d'indiquer que les blessures siégeant dans les régions corporelles inaccessibles par la personne peuvent être commises par une autre personne désignée comme aide à la personne, avec le consentement de ce dernier. Les BAI peuvent être surajoutées à des blessures légères causées par un agresseur dont le but est de majorer une ITT.

La reconnaissance des éléments qui évoquent des BAI constitue un guide utile pour le diagnostic médico-légal, mais la qualification juridique de l'acte doit être justifiée par des arguments sûrs. Cependant, les données de l'enquête judiciaire (présence des témoins, l'instrument utilisé en possession de l'auteur, présence ou absence de taches de sang sur les lieux) permettent une meilleure interprétation.

DECLARATION D'INTERETS

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

REFERENCES

1. Steffen Heide and Manfred Kleiber, Self-inflicted injuries-a forensic medical perspective. DEUTSCHES ARZTEBLATT-KOLN-, 2006. 103(40): p. 2194.
2. Baltazar Maria da Anunciação Loes, Contributo para a caracterização das lesões auto-infligidas nas perícias médico-legais: correlação com os antecedentes da vítima. in Contributo para a caracterização das lesões auto-infligidas nas perícias médico-legais: correlação com os antecedentes da vítima. 2009.
3. Saukko Paula. and Bernard. Knight, Self-inflicted injury. Forensic Pathology, 2013: p. 235-244.
4. Thierauf Annette, Stefan Pollak, and Matthias Grosse Perdekamp, Simulation of hit-and-run road accidents. Forensic Science International Supplement Series, 2009. 1(1): p. 3-6.
5. Maria do Rosário Ribeiro, Caracterização das lesões auto-infligidas não letais no âmbito das perícias médico-legais. 2014, UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR.
6. Gerhard Kernbach-Wighton, Selbst zugefügte Verletzungen. Rechtsmedizin, 2004. 14(4): p. 277-296.
7. Les automutilations au service de médecine légale du CHU de Constantine, une étude de 43 cas (du 01/01/2017 au 30/06/2018).
8. Fakhreddin Taghaddosinejad et al., A survey of self-mutilation from forensic medicine viewpoint. The American journal of forensic medicine and pathology, 2009. 30(4): p. 313-317.
9. Faller-Marquardt, Stefan Pollak, Homicide with a screwdriver and simulation of a similar offence by self-infliction of injuries. Journal of clinical forensic medicine, 1996. 3(3): p. 141-147.
10. Faller-Marquardt, Stefan Pollak, Self-inflicted injuries with negative political overtones. Forensic science international, 2006. 159(2-3): p. 226-229.
11. MayaFurman-Reznic, ChenKugel, Delayed diagnosis of self-inflicted cuts–A case report. Journal of forensic and legal medicine, 2013. 20(7): p. 806-808.
12. Kernbach-Wighton, Randall S. Thomas, and Klaus-Steffen Saturnus, The discrimination between overt and non-overt self-inflicted lesions. Forensic science international, 1997. 89(3): p. 203-209.
13. Une étude réalisée aux différents services de médecine légale au Portugal incluant 10 cas (2002 au 2008).
14. Pollak Stefan, Clinical forensic medicine and its main fields of activity from the foundation of the German Society of Legal Medicine until today. Forensic science international, 2004. 144(2-3): p. 269-283.
15. Nadjem Hadi and Stefan Pollak, Simulation of an assault with self-tying and vaginal insertion of metal objects. Forensic science international, 2008. 177(2-3): p. e29-e33.
16. Saukko Pekka and Bernard Knight, Knight's Forensic Pathology. 2004: CRC Press.
17. Une étude réalisée à Ghouchan (Iran) du janvier 2003 au janvier 2006 incluant 1248 cas avaient engagé dans le comportement automutilatoire à un moment donnée de leur vie.

18. Belhadj Lahcène, LES BLESSURES PAR ARMES BLANCHES ASPECTS MEDICO-LEGAUX, in Université Djillali Liabes de Sidi Bel Abbas Faculté de Médecine. 2007.
19. Code Pénal Algérien.
20. Loi n° 18-11 du 18 Chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018 relative à la santé.