

## Les blessures auto-infligées au service de médecine légale. Existe-t-il un terrain socio- psychopathologique sous-jacent ? (Une étude rétrospective de 100 cas) Self-inflicted injuries in the institute of forensic medicine. Is there an underlying socio- psychopathological ground ? (A retrospective study of 100 cases)

BOUMELIK Mohamed Amine <sup>1\*</sup>, Medjber Mounia <sup>2</sup>, Belhadj Lahcène <sup>3</sup>, Boublenza Abdellatif <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Service de médecine légale, Département de médecine, Faculté de médecine, Université de DJILLALI LIABES de SIDI BEL ABBES (Algérie), unité de recherche en science sociale et santé (GRAS) de l'université d'ORAN 2, [amineboumelik@yahoo.fr](mailto:amineboumelik@yahoo.fr)

<sup>2</sup> Service de psychiatrie, Département de médecine, Faculté de médecine, Université de DJILLALI LIABES de SIDI BEL ABBES (Algérie), [mounia3med@yahoo.fr](mailto:mounia3med@yahoo.fr)

<sup>3</sup> Service de médecine légale, Département de médecine, Faculté de médecine, Université de DJILLALI LIABES de SIDI BEL ABBES (Algérie), [lahlegiste@gmail.com](mailto:lahlegiste@gmail.com)

<sup>4</sup> Service de médecine légale, Département de médecine, Faculté de médecine, Université de DJILLALI LIABES de SIDI BEL ABBES (Algérie), [abdellatif\\_boublenza@yahoo.fr](mailto:abdellatif_boublenza@yahoo.fr)

Date de réception : 28/02/2022

Date d'acceptation:26/04/2022

Date de publication: 30/06/2022

**Résumé :** La complexité du comportement des blessures auto-infligées entrave la compréhension de ce phénomène. Cette problématique nous amène à poser des questionnements:

Existent-ils d'éventuels facteurs sociaux ou psychologiques pouvant être contribués à ces blessures?

S'agit-il d'un élément pathologique dont le geste suicidaire est déguisé?

**Matériel et méthode:** Nous avons conduit une étude descriptive rétrospective portant l'analyse des questionnaires des personnes ayant des blessures auto-infligées au service de médecine légale du CHU de Sidi Bel abbés. Cette étude s'étalera du 01.03.2017 au 28.02.2019. L'impulsivité a été mesurée par *La Barratt Impulsiveness Scale* version 11 (BIS-11; Patton et al,1995). Le potentiel suicidaire a été évalué par l'outil : Risque-Urgence-Dangerosité.

**Résultats:** Nous avons reçus 6638 personnes, 02% présentant des blessures ayant les caractéristiques auto-infligées. Le niveau d'impulsivité était : normal (67%). La répartition selon les facteurs de risque socio-psychologique a retrouvé : antécédents de sévices (11%), séparation/abandon familial (20%), manque de cohésion familiale (28%), difficulté économique (19%), dépression (05%), psychose (01%), toxicomanie (02%), éthyliisme (05%). Le risque suicidaire était : faible (92%).

**Conclusion:** La présence d'un terrain socio-psychopathologique sous-jacent ne représente pas la majorité des cas en milieu médico-légal. La simulation était l'enjeu fondamental. Cependant, face à ce comportement il est nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique.

**Mots-clés :** Blessures auto-infligées 1 ; Impulsivité 2 ; Facteurs socio-psychopathologiques 3 ; Risque suicidaire 4 ; Simulation 5

**Abstract:** The complexity of self-inflicted injury behavior hampers the understanding of this phenomenon and the person's motive. This problematic leads us to ask questions:

Are there any social or psychological factors that may be contributing to these self-inflicted injuries?

Is it a pathological element whose suicidal gesture is disguised?

**Material and method:** We have conducted a retrospective descriptive study, analyzing the questionnaires of people with self-inflicted injury at the medico-legal consultation of the University Hospital of Sidi Bel Abbes. This study ran from 03.01.2017 to 28.02.2019.

Impulsivity was measured by The Barratt Impulsiveness Scale version 11 (BIS-11; Patton et al, 1995). The suicidal potential was assessed by the tool: Risk-Urgency-Danger.

**Results:** We have received 6638 people, (02%) with injuries with self-inflicted characteristics. People had confessed to self-harm (66%).The level of impulsivity was: normal (67%). The distribution according to socio-psychological risk factors found: history of abuse (11%), family separation/abandonment (20%), and lack of family cohesion (28%), economic difficulty (19%), depression (05%), psychosis (01%), substance addiction (02%), and alcoholism (05%). The suicide risk was: low(92%).

**Conclusion:** The presence of an underlying socio-psychopathological background does not represent the majority of cases in the forensic setting. The simulation was the fundamental issue. Nevertheless, faced with such a situation, it is necessary to resort to psychiatric expertise.

**Keywords:** Self-inflicted injuries 1; Impulsiveness 2; Socio-psychopathological factors 3; Suicide risk 4; Simulation 5

\* **Auteur correspondant.** Boumelik Mohamed Amine / [amineboumelik@yahoo.fr](mailto:amineboumelik@yahoo.fr)

## I- Introduction :

L'examen physique des personnes présentant des stigmates d'automutilation (ATM) fait partie de notre pratique quotidienne en médecine légale clinique. L'ATM demeure mal comprise malgré son intérêt médico-judiciaire et social<sup>[1]</sup>. 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<sup>[2]</sup>. Même si ce phénomène chez les malades mentaux est reconnu depuis plusieurs années dans les milieux hospitaliers et juridiques, la documentation sur cette question est loin d'être suffisante<sup>[1]</sup>. Plusieurs difficultés ont entravé la compréhension de ce phénomène, notamment la complexité du comportement et le motif de la personne pratiquant cet acte ainsi que le manque de cohérence dans la terminologie. Les motivations de la personne qui s'automutile sont variées (affection psychopathologique sous-jacente, s'intégrant dans une démarche suicidaire et/ou avoir pour objectif l'obtention de bénéfice secondaire judiciaire ou matériel)<sup>[2]</sup>.

L'ATM est listée dans le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR) en tant que symptôme du trouble de la personnalité *Borderline* où elles peuvent s'intégrer dans un trouble général du contrôle des impulsions. Un certain nombre de facteurs sociaux ou psychologiques sont en corrélation avec l'ATM ; cependant, les abus sexuels, les souffrances psychiques et physiques durant l'enfance sont considérées comme des facteurs de risque élevé incluant le deuil de certains troubles des relations parentales, pauvreté et chômage. La dépendance à l'alcool et une variété d'addiction pouvant contribuer à l'ATM<sup>[3]</sup>.

Des cas d'ATM chez des femmes ont été décrits dans la littérature ; survenant lors de violences conjugales dans la forme verbale ou lors de séquestration et suite à une agression sexuelle (conséquence d'un état de stress post-traumatique)<sup>[4]</sup>.

Les ATM et les tentatives de suicide ne sont pas faciles à différencier. Les ATM présentent pour certains un facteur de risque suicidaire, une étude a été effectuée en 2012 a montré que les tentatives de suicide et les ATM entretiennent un lien plus spécifique, d'abord par leur proximité de la modalité de réalisation de l'acte, et en raison de la fréquence d'association (55% et 85% de tentative de suicide chez les sujets qui s'automutilent.)<sup>[5]</sup>. Pour autres, les ATM et le suicide sont des phénomènes différents ; ils définissent l'ATM comme des blessures volontairement infligées par l'individu sur sa personne, mais qu'il ne suffit pas à entraîner la mort (Weekes et Morison 1992). L'ATM est un sujet à débattre dans la mesure où il définit une multitude de comportements à gravité et finalité variable. Elle recouvre plusieurs types de conduites qui n'ont pas toutes les mêmes significations allant d'une simple excoriation au décès. Cette problématique nous amène à poser des questionnements :

Existent-ils d'éventuels facteurs sociaux ou psychologiques pouvant être contribués à ces BAI ?  
Sont-elles liées à des difficultés de contrôle de l'impulsivité (un geste impulsif non réfléchi)?  
S'agit-il d'un élément pathologique dont le geste suicidaire est déguisé ?

## II- Méthode et Matériels :

Nous avons conduit une étude descriptive rétrospective portant l'analyse des questionnaires des personnes qui s'infligent volontairement des blessures récentes reçues à la CMJ du CHU de Sidi Bel Abbés afin de bénéficier d'un certificat médical initial de constatation de blessure pour porter plainte contre un présumé agresseur. Cette étude s'est étalée du 01.03.2017 au 28.02.2019. Les personnes de moins de 18 ans, celles avec inaptitude cognitive ou une incapacité de collaborer au

questionnaire (capacité de perception et communication diminuée) et les personnes qui ne comprennent pas la langue arabe de l'ouest algérien ont été éliminées. Les variables étudiées ont été sélectionnées en fonction des données de la littérature pour permettre de les discuter. 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 :

L'évaluation de l'impulsivité chez ces personnes ainsi, qu'à ses trois dimensions (impulsivité motrice, absence de planification et impulsivité cognitive) en utilisant La *Barratt Impulsiveness Scale* version 11 ; Patton et al, 1995. C'est un questionnaire de 30 items reflétant la manière d'agir et de réfléchir dans des situations variées. Ce type de mesure étant limité par la véracité des réponses données par les individus. Les répondants doivent évaluer sur une échelle de type *Likert* en 4 propositions : Rarement ou jamais, occasionnellement, souvent et presque toujours ou toujours.

Le mode de notation allant de 1 à 4. Le score total peut aller de 34 à 136. Nous l'avons traduit et validé en version adaptée au contexte culturel et aux habitudes de vie de la population ciblée [6].

La recherche d'autres facteurs de risque socio-psycho-pathologique pouvant être impliqués dans cet acte.

L'évaluation du potentiel suicidaire en utilisant comme outil d'évaluation : Risque-Urgence-Dangerosité (RUD). Ces trois axes permettant le diagnostic de la crise et l'évaluation du potentiel suicidaire (conférence de consensus sur la reconnaissance et la prise en charge des conduites suicidaires). L'évaluation peut s'établir sur une échelle à trois niveaux : faible, moyen et élevé. Cet outil présente l'avantage d'être facilement utilisable en pratique quotidienne et l'aspect interactif des facteurs de risques entre eux. [7]

L'entretien des participants est individuel sur une durée de 45 minutes en moyenne. L'obtention du consentement éclairé du participant, suite à son information ; sa collaboration est intégrée dans le cadre d'un travail de recherche anonyme, volontaire et qu'il n'y a aucuns bénéfices, notamment, sur les 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.

Des mesures éthiques et déontologiques sont entreprises afin de préserver l'anonymat ainsi que la confidentialité des participants et toutes les données recueillies ont été référencées.

### **III-Résultats et Discussion :**

Durant la période allant du 01.02.2017 au 31.01.2019, le service de médecine légale du CHU de Sidi Bel Abbés (Algérie) 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. 05 cas tirés au sort et exclus afin d'avoir un échantillon de 100 personnes. (Tableau 1)

On obtient sur notre échantillon de 100 personnes, 67 hommes pour 33 femmes ; sex-ratio est de 02,03. Le minimum d'âge a été sélectionné par nos soins (un critère d'exclusion établi dans la méthodologie) était 18 ans. Le maximum d'âge était 69 ans, avec une moyenne de 30,23 ans et un écart type de 9,175 ans. La médiane était de 29 ans, située sur le groupe d'âge < 30 ans, cette dernière représente 55% dont le sexe masculin représente 69%. (Figure 1)

Les célibataires représentent 48%, marié (e) 40%, divorcé (e) 11% et 01% veuf. La répartition selon le niveau d'impulsivité évalué chez ces personnes ayant des BAI a permis de constater qu'ils ont un niveau élevé d'impulsivité de l'ordre de 12%, celles qui ont un niveau d'impulsivité normal représente 67% et les personnes ont un niveau d'impulsivité faible 21%. Afin de déterminer la dimension qui discrimine le mieux ces personnes, nous avons évalué l'impulsivité dans ses trois

dimensions chez les personnes ayant une impulsivité totale élevée ou normale. Les personnes ayant une impulsivité faible (un score inférieur à 52) ont été éliminées, car il indique un individu trop contrôlé ou malhonnête. (N=79)

Le niveau de difficulté de planification est élevé pour 60 personnes ce qui représente 76% et normal pour 19 personnes ce qui représentent 24%. (Figure 2)

La répartition selon les facteurs de risque socio-psychologique a retrouvé : un taux de chômeur (53%). Le manque de cohésion familiale a été constaté chez 28% des cas. Les personnes ont été victimes de séparation ou abandon de famille représentent 19%. Les personnes ayant déclaré une difficulté de gérer le stress (21%) et une maladie somatique associée (20%). Les personnes qui ont déclaré un antécédent de sévices durant l'enfance représentent (11%). Celles ayant déclaré une consommation excessive d'alcool (05%). Le taux des personnes qui déclarent une consommation de façon répétée une substance toxique (02%). Les personnes déclarant une dépression ou une psychose dans ses antécédents (notion d'hospitalisation dans un service de psychiatrie ou bénéficiant d'un traitement), nous avons noté la présence de dépression dans 05% et une personne ayant une psychose. (Figure 3)

L'évaluation du potentiel suicidaire dans notre échantillon a été effectuée par l'outil : Risque-urgence-Dangerosité (RUD).

L'estimation basée sur l'épidémiologie selon les facteurs de risques et les facteurs protecteurs nous a permis de constater que les personnes qui ont un potentiel suicidaire faible représentent 92%, les personnes qui ont un potentiel suicidaire moyen représentent 07% et celles qui ont un potentiel suicidaire élevé représentent 01%. (Figure 4)

Nous soulignons que les études retrouvées sur la littérature couvrant les BAI sont peu nombreuses et ne couvrant aucunement l'ensemble des variables étudiées, cependant l'analyse des variables restantes sera basée sur les résultats de notre étude.

Des études scientifiques ont été faites dans d'autres pays avec un environnement socioculturel différent. En théorie, les recherches épidémiologiques sont essentiellement anglo-saxonnes, issues de la recherche psychiatrique, des programmes de prévention et des études sociologiques<sup>[1]</sup>. Ces recherches ont été effectuées de manière très globale sur le comportement auto-agressif non-suicidaire<sup>[1]</sup>.

L'ensemble de notre échantillon comptait 100 individus observés au niveau de la CMJ durant la période allant du 01.02.2017 au 31.01.2019 afin de bénéficier d'un certificat médical initial de constatation de blessures, dont un cas a été examiné afin d'établir un certificat médical descriptif de blessures en pré garde à vue.

### **III.1. Caractéristiques générales de l'échantillon :**

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<sup>[8]</sup>. Ce taux de prévalence a été confirmé par d'autres études. (Klonsky ;Oltmanns ;Turkheimer 2003).

Cependant, d'autres études ont montré des chiffres variables et contradictoires ce qui nous incite de la prudence dans le maniement de ces chiffres<sup>[9]</sup>.

Peu de recherches ont été retrouvées sur les BAI dans les échantillons médico-légaux. Nous avons retrouvé trois études :

Une étude réalisée au service de médecine légale du CHU de Constantine (une ville située à l'est de l'Algérie) durant la période allant du 01.01.2017 au 30.06.2018 incluant 43 cas révèle un taux de BAI de 0,49%.

Une autre étude réalisée aux différents services de médecine légale au Portugal incluant 10 cas durant la période allant de 2002 au 2008 révèle un taux de BAI de 01%<sup>[8]</sup>.

La troisième étude a été réalisée à Ghouchan (une ville située au nord-est de l'Iran) durant la période allant du janvier 2003 au janvier 2006 incluant 1248 cas avaient engagé dans le comportement automutilatoire à un moment donné de leur vie avec un taux de 12,6%<sup>[10]</sup>.

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.

En comparant ces études effectuées sur un échantillon médico-légal avec notre étude, nous avons remarqué que le taux de cas de BAI au niveau de notre CMJ (02%) est légèrement supérieur aux autres études. Un taux élevé (12,6%) de l'étude qui a été réalisée à Ghouchan peut être expliqué par les caractéristiques des individus constituant l'échantillon et qui englobent aussi les personnes ayant des ATM anciennes.

Il est reconnu que les femmes s'automutilent plus que les hommes, bien que les preuves à cet effet ne soient pas incontestables<sup>[1]</sup>. Une étude réalisée au service de médecine légale du CHU de Constantine (01.01.2017 au 30.06.2018) montre une fréquence élevée chez les hommes (88,37%) que les femmes (11,63%) avec un sex-ratio = 07. Une étude a été effectuée au service de médecine légale à Ghouchan en Iran (2003 au 2006) indique que les hommes avaient un taux significativement plus élevé que les femmes (76,9% contre 23,1% respectivement)<sup>[10]</sup>.

Cependant, de nombreuses études signalent une prévalence plus élevée de ce comportement chez les femmes (Institut médico-légal de l'université de *Göttingen- Allemagne en 2004*)<sup>[11]</sup>. Ce constat peut être attribuable à l'importance disproportionnée accordée aux femmes dans ces études, surtout celles qui ont été réalisées sur des échantillons en milieu psychiatrique et carcéral ou par les fausses accusations qui représentent le reflet d'une condition unique des femmes prétendant une agression sexuelle<sup>[1]</sup>. D'autres auteurs ont indiqué que les femmes seraient plus enclines à retourner leurs colères contre elles : elles sont socialisées à être plus douces tandis que les hommes risquent au contraire d'exprimer leurs sentiments négatifs à travers une colère extérieure<sup>[12]</sup>.

Certaines études n'ont pas révélé de différences entre les sexes dans les taux de prévalence (Service de médecine légale au Portugal, 2002 au 2008)<sup>[10]</sup>.

La répartition selon le sexe de notre échantillon d'étude nous a permis de retrouver que les hommes représentent un taux élevé par rapport aux femmes (67% d'hommes contre 33% femmes) avec 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 Abbès 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 ainsi que les hommes peuvent également prendre le risque d'atteindre un objectif plus que les femmes.

En comparaison avec les données de la littérature nous avons remarqué que l'âge de survenue correspond à la majorité des études retrouvées notamment celles effectuées sur les populations au service de médecine légale. La fréquence de ce comportement chez les hommes par rapport aux femmes était élevée pour l'ensemble des groupes d'âge sélectionné avec un pic pour le groupe d'âge <30 ans.

### **III.2. Évaluation de l'impulsivité chez ces personnes :**

L'impulsivité est une notion importante pour bien comprendre le comportement normal et pathologique (Stanford et al. 2009). Elle représente le facteur de risque le plus décrit du comportement automutilateur (Herpertz et al, 1997; Ferraz et al, 2009 ; Ferraz et al, 2009). L'impulsivité est un caractère difficile à circonscrire (Herpertz, Sass & Favazza, 1997). Cette difficulté réside dans ses trois dimensions. Des études ont été effectuées évaluant l'impulsivité dans

ses trois dimensions (motrice, cognitive et la difficulté de planification) chez les personnes pratiquant cet acte d'ATM. La difficulté de planification est celle qui discrimine le mieux les automutilateurs. Herpertz et al (1997) <sup>[6]</sup>.

Selon les résultats retrouvés dans notre étude, nous avons constaté que les personnes qui ont un niveau normal d'impulsivité représentent la majorité des cas (67%). L'impulsivité totale ne représente pas une caractéristique des personnes constituant notre échantillon. Cela peut être expliqué par le type de la population sur laquelle les études ont été réalisées (la motivation des personnes ayant des BAI dans un milieu médico-légal ne correspond pas à celle du milieu psychiatrique ou carcéral) et que ce geste a été planifié et prémédité. Nous avons évalué les sous-échelles de l'impulsivité (motrice, cognitive et la difficulté de planification) chez ces personnes afin de déterminer la dimension qui les discrimine le mieux. Nous avons retrouvé que la difficulté de planification est la dimension qui discrimine le mieux la majorité des personnes constituant notre échantillon (76%). Ces résultats correspondent aux ceux retrouvés par Herpertz et al, (1997).

### **III.3. La recherche d'autres facteurs de risque socio-psychopathologique :**

Les données de la littérature montrent que les personnes qui simulent une agression sont plus fréquemment des célibataires <sup>[8]</sup>. Nous avons remarqué que les résultats obtenus sur notre échantillon d'étude correspondent aux résultats retrouvés par l'ensemble des études retrouvées dans la littérature. L'étude qui a été effectuée au service de médecine légale au Portugal (2002 au 2008) retrouve que 50% des personnes sont célibataires, 20% divorcées, 20% mariées et 10% n'ont pas voulu déclarer leurs états matrimoniaux. L'étude réalisée au service de médecine légale de Ghouchan en Iran (2003 au 2006) a révélé que 58,2% sont célibataires. Cette constatation a été expliquée par Briere et Gil (1998) comme suit : les célibataires et les patients sans emploi pourraient avoir plus de raisons de chercher un gain à travers une ATM <sup>[10]</sup>.

Selon les résultats retrouvés dans notre étude, 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 <sup>[13]</sup>. Et en corrélation avec la répartition de notre échantillon selon les groupes d'âge, le groupe [18-30] ans et [31-40] ans représentait le taux le plus élevé. Ainsi, le célibataire éprouve beaucoup de frustrations, de désillusions, de déceptions, constituant de vraies souffrances, peuvent mener à s'automutiler <sup>[14]</sup>.

Selon la littérature, le chômage représente l'un des facteurs aggravants majeurs de l'ATM. La pauvreté et le chômage sont des facteurs sociaux ou psychologiques qui sont en corrélation avec l'ATM. L'étude effectuée au service de médecine légale de Ghouchan en Iran (2003 au 2006) retrouve que les personnes sans profession représentent 56,1% <sup>[10]</sup>. Cependant, l'étude réalisée au service de médecine légale de Constantine (01.01.2017 au 30.06.2018) révèle un taux élevé de personnes sans profession (60,49%).

Dans notre étude, l'échantillon a été classé en trois modalités : les occupés permanents représentent 47%. Le taux de personne sans aucune profession est de 35% et les personnes avec profession instable et non déclarée représentent 18%. Les résultats obtenus concordent avec ceux obtenus par la majorité des études. Les individus sans emploi ou avec une profession instable et non déclarée d'un revenu insuffisant constituent une majorité.

Un certain nombre de facteurs socio-psychologiques ont été reconnus comme facteurs de risques de l'ATM. Tout type d'abus sexuel, de souffrances psychiques et physiques durant l'enfance incluant les troubles des relations parentales, un faible niveau d'instruction, pauvreté et chômage sont considérées comme des facteurs de risque les plus décrits dans la littérature. La dépendance à l'alcool et l'usage de substances psychotropes peut contribuer à l'ATM. <sup>[15]</sup>

L'existence d'un traumatisme antérieur ou d'un antécédent psychiatrique sont considérés comme des facteurs de vulnérabilité psychopathologique. <sup>[16]</sup>

La répartition des cas selon la notion toxique d'une étude rétrospective qui a été effectuée au service de médecine légale du CHU de Constantine (du 01/01/2017 au 30/06/2018) a retrouvé que 27,91% ont des habitudes d'usage de substances psychotropes, ceux qui n'ont pas l'habitude représentent 37,21% et 34,88% restent indéterminés.

Une répartition selon les antécédents médicaux et l'usage de substances psychotropes de l'étude qui a été réalisée aux différents services de médecine légale au Portugal (de 2002 au 2008) retrouve que 10% des personnes ayant une dépression, celles avec idéation suicidaire 10%, une psychose et toxicomanie 10% et 50% des cas restent indéterminés. Les personnes présentant une maladie somatique associée représentent 20% <sup>[10]</sup>.

Nous avons constaté que les facteurs de risque socio-psychologique évalués dans notre population ne représentent pas la majorité des cas notamment la dépendance à l'alcool (05%) et aux substances psychotropes (02%), les troubles dépressifs (05%) et les antécédents psychopathologiques (01%).

Ces résultats ne se correspondent pas avec ceux retrouvés dans la littérature. Cependant les autres facteurs de risque socio-psychologique ; les souffrances psychologiques et physiques durant l'enfance (11%), les troubles de relations parentales (19%), pauvreté et chômage (53%), la cohérence familiale (28%) notamment les violences physiques intra-familiales, une maladie somatique associée (20%), la difficulté de gérer le stress (21%) et la notion de perte d'espoir (15%) peuvent contribuer à cet acte. Cette divergence entre les résultats retrouvés et ceux retrouvés dans la littérature est expliquée par le motif différent entre les deux populations du milieu psychiatrique et médico-légal. Cependant, la simulation était l'enjeu fondamental dans le milieu médico-légal.

#### **III.4. Évaluation du potentiel suicidaire :**

De nombreuses études à large échelle ont montré un lien entre les ATM et le suicide <sup>[17]</sup>. L'OMS (2009) estime que pour chaque personne qui se suicide, il y a au moins 20 tentatives de suicide. HAWTON K, ZAHL D et WEATHERALL R (2003) montrent un risque élevé de suicide dont environ 40% à 60% meurent. L'ATM est souvent reconnue comme un facteur facilitant la mise en acte d'idées suicidaires <sup>[18]</sup>. Elle est considérée pour certains auteurs comme un facteur de risque de passage à l'acte notamment quand la personne exprime plus de désespoir et d'impulsivité <sup>[19]</sup>.

D'autres auteurs y voient deux concepts distincts. L'intention suicidaire, la létalité du dommage autodestructeur, la chronicité de l'acte et la capacité à résister à l'impulsion ont été décrits comme des éléments de distinction <sup>[20]</sup>. Cependant, la répétition des comportements automutilateurs pourrait être considérée comme un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire, malgré l'absence d'intentionnalité suicidaire exprimée par l'individu <sup>[21]</sup>.

Une minorité de cas de combinaison de méthodes ont été décrits (l'individu abandonne la méthode consistant à des plaies des poignets et/ou la gorge et se tourne vers une autre forme d'autodestruction, qui devrait être plus efficace <sup>[8]</sup>. Selon une étude réalisée aux différents services de médecine légale au Portugal (de 2002 au 2008) révèle un taux de 0,1% des suicidés est à l'origine une ATM <sup>[10]</sup>.

Les résultats obtenus dans notre étude nous ont permis de constater que les personnes qui ont un potentiel suicidaire élevé représentent une minorité (01%) et celles qui ont un potentiel suicidaire moyen représentent 07%.

Cela a permis de relever que les BAI en milieu médico-légal et le suicide sont des concepts différents, elles ne constituent pas un facteur de risque suicidaire ou un élément pathologique dont le geste suicidaire est déguisé.

#### IV- Conclusion:

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. L'impulsivité soit l'une des facteurs les plus couramment rencontrés en milieu psycho-psychiatrique, mais sa mesure demeure difficile <sup>[6]</sup>. La traduction et la validation de l'échelle de *Barratt Impulsiveness Scale* version-11 ont été laborieuses (Ex : dans l'obtention des termes appropriés afin de bien recueillir nos données en écartant les termes homonymes qui peuvent influencer nos résultats). La performance de l'échelle est limitée par la véracité des réponses de la personne <sup>[6]</sup>. 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 test d'impulsivité quinze jours après la première consultation.

L'étude médico-légale des BAI a un impact judiciaire, car elle permet d'établir une distinction entre les agressions, les accidents et les autres formes de comportement autodestructeur. Des données de la littérature scientifique indiquent que les comportements automutilateurs peuvent s'intégrer dans un trouble général du contrôle des impulsions <sup>[22]</sup>. En effet, l'impulsivité totale ne représente pas une caractéristique des personnes constituant notre échantillon. Cela peut être expliqué par le type de la population sur laquelle les études ont été réalisées (la motivation des personnes ayant des BAI dans un milieu médico-légal ne correspond pas à celle du milieu psychiatrique ou carcéral.) et que ce geste a été prémédité. Nous avons évalué les sous-échelles de l'impulsivité (motrice, cognitive et la difficulté de planification) chez ces personnes afin de déterminer la dimension qui les discrimine le mieux. Nous avons retrouvé que la difficulté de planification est la dimension qui distingue le mieux la majorité des personnes constituant notre échantillon.

Nous avons constaté que les facteurs de risque socio-psychologique évalués dans notre population ne représentent pas la majorité des cas notamment la dépendance à l'alcool et les substances psychotropes, les troubles dépressifs et les antécédents psychopathologiques. Cependant, les autres facteurs de risque socio-psychologique ; les souffrances psychologiques et physiques durant l'enfance, les troubles de relations parentales, pauvreté et chômage, la cohérence familiale, une maladie somatique associée, la difficulté de gérer le stress et la notion de perte d'espoir peuvent contribuer à cet acte. Cette divergence entre les résultats retrouvés et ceux retrouvés dans la littérature est expliquée par le motif différent entre les deux populations du milieu psychiatrique et médico-légal. Cependant, la simulation était l'enjeu fondamental dans le milieu médico-légal ; se venger d'une personne ou d'institution, simuler des lésions de défense ou couvrir leurs propres attaques contre d'autres, avoir de la compassion et de l'attention.

Les résultats obtenus dans notre étude nous ont permis de constater que les personnes qui ont un potentiel suicidaire élevé représentent une minorité. Cela a permis de relever que les BAI en milieu médico-légal et le suicide sont des concepts différents, elles ne constituent pas un facteur de risque suicidaire ou un élément pathologique dont le geste suicidaire est déguisé.

Les médecins face à un tel comportement interfèrent par leurs propres attitudes éthiques ou morales et fournissent des soins médicaux adéquats au patient, mais aussi avec l'objectivité diagnostique professionnelle du médecin qui est conscient de l'existence et de la motivation des BAI commises dans une intention frauduleuse. Cependant, il est nécessaire de recourir à une expertise médico-légale et psychiatrique.

- Narjisse k (2014). Les automutilations en psychiatrie. Étude descriptive de 12 mois. Royaume du Maroc : faculté de médecine et de pharmacie de Fès., université Sid Mohammed Ben Abdallah.
- Heide S and Kleiber M (2006). Self-inflicted injuries. A forensic medical perspective. Deutsches arzteblatt-koln 103(40), page 2194.
- Fox K R et al. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. Clinical psychology review, 42, 156-167.
- Saukko P and Knight B (2013). Self-inflicted injury. Forensic pathology, 235-244.
- De Luca, Bonnichon D and Marty F (2012). Les scarifications à l'adolescence: un équivalent suicidaire? La psychiatrie de l'enfant, 55(2), 637-678.
- francoys dassylva J (2012). L'impulsivité et sa mesure dans le cadre de l'étude des comportements violents. Québec : université à Trois-Rivières, p 97.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (2000). La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, hôpital de la pitié salpêtrière – paris.
- Ribeiro M R (2014). Caracterização das lesões auto-infligidas não letais no âmbito das perícias médico-legais. Portugal: universidade da beira interior.
- Varet J (2007). Les automutilations à l'adolescence: approche psychopathologique individuelle et lien social. Paris : Créteil.
- Taghaddosinejad F et al. (2009). A survey of self-mutilation from forensic medicine viewpoint. The american journal of forensic medicine and pathology, 30(4), 313-317.
- Pollak S (2004). Clinical forensic medicine and its main fields of activity from the foundation of the german society of legal medicine until today. Forensic science international, 144(2-3), 269-283.
- Fortier I (2007). L'automutilation, une stratégie d'adaptation? Étude exploratoire auprès de femmes. Québec: université de Outaouais
- Haffad Tahar (2013). La montée du célibat chez les jeunes algériens. Algérie : université of Batna.
- Pascal Lardellier (2015). Le « supplice de Tantale numérique ». Souffrances implicites et douleurs tues des célibataires sur les sites de rencontres. Paris, 136-143.
- Sakelliadis E et al. (2010). Self-injurious behavior among Greek male prisoners: prevalence and risk factors. European Psychiatry, 25(3), 151-158.
- Huck A (2014). La détermination de l'incapacité totale de travail psychologique : critères et méthodes selon l'expérience de l'équipe de médecine légale du chu d'Angers. France
- Courouau-Palacios I (2014). Automutilations chez l'adolescent victime d'inceste: d'une problématique individuelle à une lecture familiale. France: université de médecine, Paris descartes.
- Fox K.R et al. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. Clinical psychology review, 42,156-167.

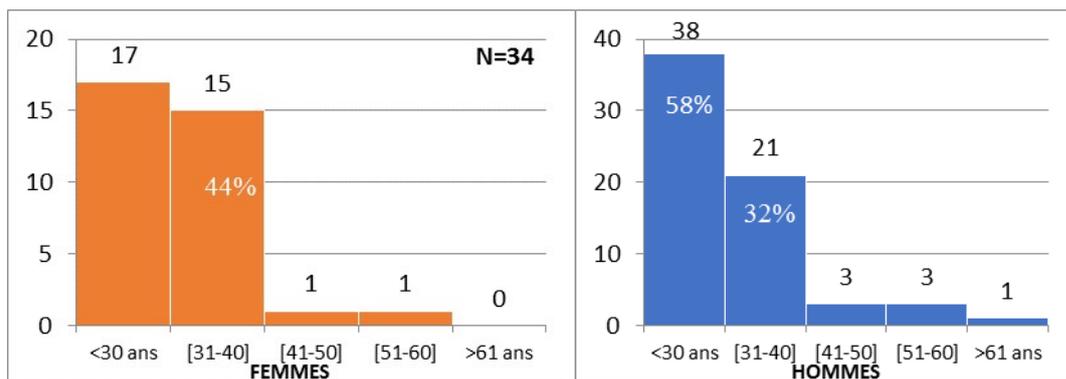
Tableau (1) : Répartition des cas selon le nombre total des CMJ durant la période de l'étude

Nombre total de CMJ	6638
Nombre total de cas de BAI	143
Nombre de cas de BAI inclus	105
Nombre de cas de BAI non inclus	38

La source : CHU de Sidi Bel Abbés (Du 01/02/2017 au 31/01/2019)

Figure 1

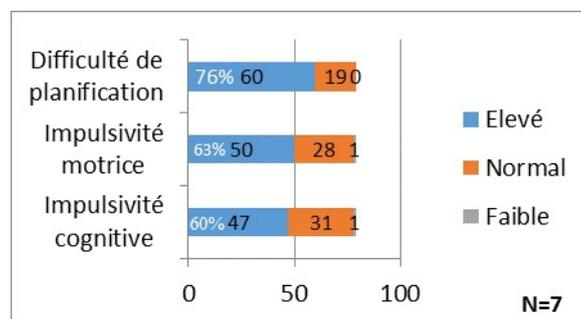
Répartition des cas de BAI selon l'âge et le sexe



La source : CHU de Sidi Bel Abbés (Du 01/02/2017 au 31/01/2019)

Figure 2

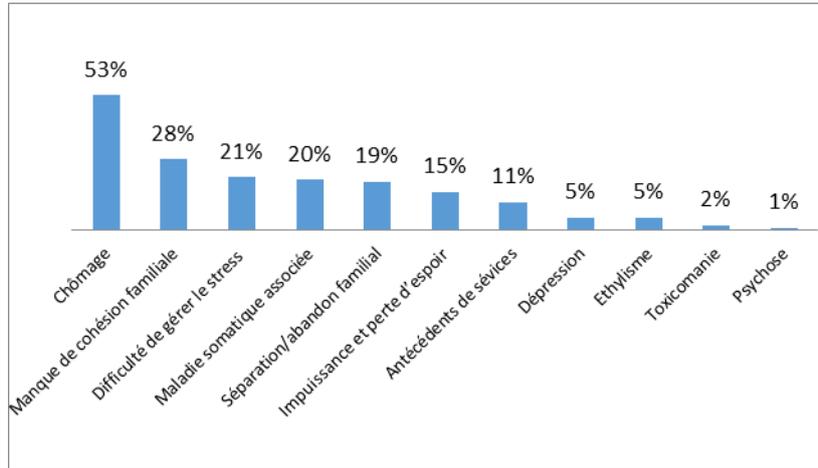
Répartition des cas de BAI ayant une impulsivité totale normale et élevée selon les trois dimensions d'impulsivité



La source : CHU de Sidi Bel Abbés (Du 01/02/2017 au 31/01/2019)

Figure 3

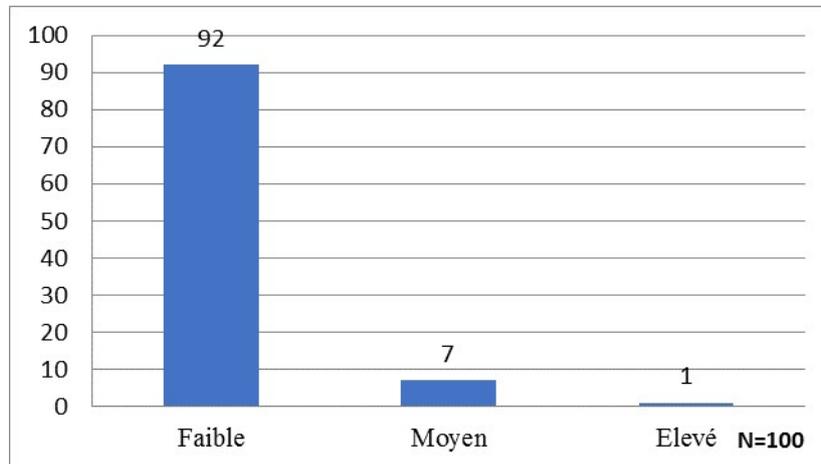
La répartition des cas selon les facteurs de risque socio-psychologique



La source : CHU de Sidi Bel Abbés (Du 01/02/2017 au 31/01/2019)

Figure 4

Répartition des cas de BAI selon le potentiel suicidaire.



La source : CHU de Sidi Bel Abbés (Du 01/02/2017 au 31/01/2019)