

Journal International De Victimologie International Journal Of Victimology

Année 13, Numéro 1 - 2016

Le rôle du psychologue médico-légal évaluateur en pratique médico-judiciaire et l'Incapacité Totale de Travail (ITT) d'un point de vue psychologique

Hanafy, I.^{1,3}, Marc, B.¹, Dié, G.¹, Martinez, M.², Mahé, V.³ & Dupic, E.⁴ [France]

¹ Service des Urgences Médico-Judiciaires (U.M.J.) du C.H. de Marne-la-Vallée (Groupe Hospitalier de l'Est Francilien, GHEF)

² Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Unité d'Intervention, Coordination et Soins pour Adolescents en Situation Difficile

(I.C.S.A.D.) du C.H. de Marne-la-Vallée (GHEF)

³ Service de psychiatrie, Consultations spécialisées intersectorielles du C.H. de Meaux (GHEF)

⁴ Parquet du Tribunal de Grande Instance de Meaux

Résumé

Le domaine de la psychologie légale s'est récemment développé et ce, de façon éclectique. S'occupe-t-il des auteurs ou des victimes d'une transgression pénale ? S'agit-il de prendre en charge à travers des thérapies ou de pratiquer des constatations / évaluations (dans ce qu'on pourrait appeler "une prise en soins" en ce sens où elles constituent le point de départ à la salubre réhabilitation des consultants) ? Ces quatre fonctions existent et ont chacune leur place au sein du milieu médico-(psycho-)judiciaire. Dans cet article, nous développons l'aspect de l'évaluation du psychologue auprès des victimes de violences (fussent-elle psychologiques, physiques et / ou sexuelles) qui donne un avis étayé aux services judiciaires (enquêteurs et procureurs) requérants, en fonction de l'évaluation du retentissement psychologique des faits dénoncés par le plaignant qu'il établit. L'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) qu'utilise le Code pénal français est la pierre angulaire de la quantification juridique des violences ; elle traduit l'incapacité personnelle de la victime aux gestes nécessaires à la vie courante. Aussi nous proposons-nous d'autre part, d'aborder cette notion dans son versant psychologique ; questionnant la mesure dans laquelle elle pourrait être parallèlement fixée à l'aulne des perturbations psychotraumatiques observées par ce professionnel de la santé psychique.

Mots-clés : psychologie légale, évaluation, retentissement psychologique, symptomatologie post-traumatique, Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Unité Médico-Judiciaire (U.M.J.).

The role of the forensic psychologist assessor in forensic medicine practice and Total Work Incapacity from a psychological point of view

Abstract

The domain of forensic psychology has recently developed, in an eclectic way. Does it take care of authors or victims of criminal transgression? Through therapy or evaluations? The observations then established are the starting point for the healthy rehabilitation of consultants. These four functions exist and each take place in the forensic world. In this article we develop psychologist evaluation aspect with victims of violence (be it psychological, physical and / or sexual) which gives a detailed opinion to applicants judicial services (investigators and prosecutors), based on the evaluation of the psychological impact that he establishes of the allegations by the complainant. The TWI, defined as Total Working Incapacity (according to French penal Code), is the cornerstone of the legal quantification of violence. It refers to the incapacity by the victim to do any of his or her usual daily life activities. We also offer us on other hand, to approach this notion in its psychological side; which could be set according to psychotraumatic perturbations observed by this professional of mental health.

Key-Words: forensic psychology, evaluation, psychological impact, posttraumatic symptomatology, Total Working Incapacity, Forensic Medicine Unit.

La constatation médicale d'un préjudice subi par une victime constitue un moment essentiel dans le procès civil ou pénal. En matière civile, la constatation médicale va permettre de chiffrer la réparation financière dont pourra bénéficier la victime. Dans le domaine pénal auquel nous allons consacrer cette étude, l'infraction pénale elle-même dépend du constat médical dans le cadre de la qualification pénale des faits. Il s'agit ici de la qualification de faits de violences, qui comme la plupart des infractions, est liée au résultat des actes commis par le délinquant et particulièrement de la gravité de l'atteinte portée à la victime.

Ainsi le droit pénal prévoit que l'atteinte à la personne, du fait de la nature matérielle des violences volontaires, est une condition essentielle de sa consommation, sans laquelle aucune poursuite n'est possible. Par conséquent les poursuites pénales pour violences ne sont possibles que lorsqu'elles entraînent un impact corporel ou psychique et personnellement ressenti, qualifié de matérialité des faits.

La constatation du préjudice subi est donc essentielle pour le procès pénal. Elle permet de quantifier l'intensité des violences subies et de déterminer sa répression selon une diversité de qualifications, consistant à répartir la matière entre les crimes, les délits, et les contraventions.

Souvent confondu par les non spécialistes par la durée de l'arrêt de travail, l'incapacité de travail est le premier critère de qualification permettant de situer les violences volontaires sur le registre de la gravité. L'incapacité se définit strictement en droit pénal car elle détermine l'existence de l'infraction et la sévérité de la sanction, une application du principe constitutionnel d'application stricte de la loi pénale.

Une première difficulté tient à la notion de travail, source d'ambiguïté. Il ne s'agit pas, pour le médecin, de considérer une maladie, référence qui a été considérée comme trop imprécise pour le législateur. : « il n'est pas cohérent d'assimiler la maladie, qui définit simplement la nature de l'atteinte, à l'incapacité totale de travail, qui en caractérise la gravité » (Jolibois, 1991). Classiquement, le travail peut être considéré, soit comme une activité professionnelle, soit comme une activité personnelle. Dans le premier cas, l'incapacité s'entend comme l'impossibilité d'exercer un métier, une profession libérale, une fonction salariale ou publique, et ceci en relation avec la victime, c'est-à-dire en appréciant son dommage par rapport à l'exercice concret de sa profession. Dans le deuxième cas, l'incapacité se comprend comme l'inaptitude à exercer une activité quelconque, indépendamment de la situation professionnelle. L'approche du préjudice est donc différente de l'une à l'autre de ces hypothèses, avec des retombées distinctes quant à la portée de l'incapacité. La mise en place de structure médicale dédiée au judiciaire (U.M.J.) ou la spécialisation de certains praticiens a permis de modéliser la constatation du préjudice retenue par la justice et mis fin au constat médical de plusieurs semaines d'incapacité de travail délivré par un médecin de famille compatissant.

La distinction entre l'incapacité totale de travail (I.T.T.) et l'incapacité permanente partielle de travail (I.P.P.) s'avère essentielle. Contrairement aux I.T.T., les incapacités seulement partielles, qui deviennent permanentes après consolidation de la blessure (I.P.P.) correspondent à une gêne physique ou à une perturbation d'ordre psychique, mais sans aller jusqu'à interdire toute possibilité de travailler.

La loi pénale retient des qualifications différentes, selon que l'incapacité existe ou non, ensuite que sa durée est inférieure, voire égale, ou supérieure à huit jours. L'évaluation de l'incapacité dépend en général d'un certificat médical, ou d'une expertise, et si le juge entend s'en dispenser, c'est à la condition qu'il soit en mesure d'en vérifier lui-même la durée par les éléments de la cause (Cour d'appel de Basse-Terre, 1994).

Si l'analyse du spécialiste est essentielle pour déterminer la durée de l'incapacité, le juge reste pleinement souverain dans son appréciation de l'expertise. En effet, l'incapacité est une donnée de pur fait, relevant de la compétence des juridictions du fond, qui ont pour mission, et d'en établir l'existence ou le défaut, et d'en évaluer la durée : « Il entre dans les pouvoirs d'appréciation des juges du fait de fixer la durée de l'incapacité de travail personnel qui a résulté, pour la victime, d'un délit de coups et blessures volontaires » (Cour de Cassation, Chambre Criminelle, 1950 ; Cour de Cassation, Chambre Criminelle, 1957). Elle doit, à peine de nullité, être constatée et formellement énoncée par les juges, afin de motiver et justifier l'application de l'infraction (Cour d'appel de Basse-Terre, 1994). Juge du droit, dans le cadre d'un éventuel pourvoi, la Cour de cassation contrôle que l'incapacité a justement été déterminée par la juridiction du fond, sans insuffisance ni contradiction.

Le rôle du psychologue médico-légal évaluateur en pratique médico-judiciaire

Ainsi, l'absence d'incapacité représente une contravention de quatrième classe ; l'incapacité d'une durée inférieure ou égale à huit jours, une contravention de cinquième classe, et celle supérieure à huit jours, un délit pénal.

Une fois rappelés les principes du droit pénal relatifs à l'I.T.T., il faut se pencher sur la réalisation de ces évaluations telle qu'elle se fait dans les unités spécialisées de médecine légale du vivant, les Unités Médico-Judiciaires que la récente réforme de la médecine légale en France (2010-2012) a mises en place (Ministère de la Justice et des Libertés, 2010 ; Ministère de la Justice, 2012). Une Unité Médico-Judiciaire (U.M.J.) est un service hospitalier où le monde soignant collabore avec le monde judiciaire; il réalise des constatations médico-légales à la requête de la Justice. Comme le médecin légiste est qualifié de "constatant", puisqu'il ne prodigue pas de soins et de prescriptions à proprement parler aux victimes qu'il examine, le psychologue clinicien est appelé "évaluateur" tant qu'il n'effectue pas de travail psychothérapeutique avec les consultants qu'il reçoit dans le cadre de l'U.M.J. Il s'agit en effet pour les soignants d'une telle unité, de déterminer les impacts physiques d'une agression et les perturbations psychologiques qu'elle peut occasionner (Gignon, Paupière, Jardé, Manaouil, 2010 ; Haute Autorité de Santé, 2011). Les premiers donnent lieu à la fixation d'une durée d'Incapacité Totale de Travail (Cour de Cassation, 2001, Doriat, Peton, Coudane, Py, Fourrent, 2004), les secondes à la détermination d'un retentissement psychologique (Jehel & Lopez, 2006).

Les praticiens agissant sur réquisition judiciaire font montre d'un double intérêt du travail fourni (Demont, 2002). D'une part, ils participent à la recherche de la preuve dans le cadre de la procédure pénale (ils permettent notamment d'en motiver l'orientation) ; d'autre part, ils contribuent à limiter les morbidités associées au traumatisme, dans le sens où la consultation à l'U.M.J., si elle n'est pas un acte thérapeutique en tant que tel, est un premier acte symboliquement fort de réparation (souvent étayé d'une suggestion ciblée de prise en charge ultérieure) (Jehel & Lopez, 2006).

Cet article définit le cadre et les méthodes de travail du psychologue « médico-légal » à l'U.M.J. et se propose à partir de cas cliniques, de questionner les principes qui les régissent.

CADRE DE L'EVALUATION A L'UNITE MEDICO-JUDICIAIRE

Les psychologues de l'U.M.J. interviennent auprès des victimes sur réquisition judiciaire au moment de l'enquête judiciaire (de flagrance ou préliminaire). À l'inverse des rapports établis lors des expertises réalisées dans la phase d'instruction d'une affaire pénale, sur mission du juge d'instruction, les rapports fournis par le service de l'U.M.J. le sont dans l'urgence, sur réquisition en vertu d'un article du Code de procédure pénale, réquisition émanant du Parquet ou d'un Officier de Police Judiciaire (O.P.J.), de la police ou de la gendarmerie.

Les rendez- vous fixés aux consultants sont donnés le plus rapidement possible aux services de Police requérants (un minimum de sept jours est toutefois demandé afin de passer la phase de sidération éventuelle, liée au psychotraumatisme allégué à la suite de faits de violences subies) et le travail n'est basé sur aucun autre document que le procès-verbal d'audition du plaignant (si celle-ci a été réalisée), quand il est transmis au psychologue évaluateur.

Si l'expertise dans un temps second aide le juge à poursuivre son instruction (à charge et à décharge) avec des éléments étayés par le psychologue expert, l'évaluation dans un temps premier aide les enquêteurs à poursuivre leur travail avec des éléments apportés par le psychologue évaluateur, sur la base de questions souvent précises émises par le Procureur de la République ou son substitut, avec la nécessité d'apporter des réponses dans un cadre pas toujours propice à les étayer.

Hanafy, et al.

CONSULTATION VARIEE

Le psychologue évaluateur est amené à recevoir des victimes :

- De toutes catégories socio-culturelles confondues ;
- D'âges divers: mineurs (enfants / préadolescents / adolescents) et majeurs (adultes – *jeunes dans un prolongement de l'adolescence en dépit de la majorité légale censée signer l'entrée dans l'âge adulte, entre 18 ans et environ 25 ans selon la maturité psychosociale idiosyncrasique / adultes / seniors*) ;
- De différents genres : féminin (pour la majorité des consultations) et masculin (pour la minorité des consultations). Chacune d'elles arborant ainsi sa propre idiosyncrasie, *i.e.* manières d'être, de penser, d'agir et de réagir particulières à chaque individu. L'acte dénoncé peut avoir lieu dans le cadre de violences : - psychologiques, telles que le harcèlement, la dystraitance (Ciavaldini, 1999) ; - physiques (et donc également psychologiques), telles que les violences volontaires ou la maltraitance ; - sexuelles (et donc également physiques – et psychologiques), telles que le viol, la corruption de mineur. Toutes étant plus ou moins marquées selon l'intensité et la fréquence auxquelles elles ont été commises.

Elles peuvent avoir lieu dans divers contextes. On parle de violences :

- Passives (par omission, comme dans la négligence) / actives (par commission, comme dans les maltraitances) ;
- Intrafamiliales (pour la majorité des consultations) / extrafamiliales (pour la minorité des consultations) – nous pourrions également évoquer la connaissance (ou non) des auteurs mis en cause.
- Directes (immédiates et / ou ponctuelles) / indirectes (médiates et / ou répétées) / collatérales (en répercussion sur les proches – par exemple chez les parents d'une jeune victime – et / ou les enfants – notamment dans le cadre des violences conjugales habituelles).

Chacune de ces différentes données (sous l'égide du triptyque classique que l'on rencontre dans le domaine de la psychologie d'une manière générale : individu / élément fragilisant / environnement) tient un rôle particulier dans l'impact observé chez le consultant. Elles sont un ensemble de cofacteurs aggravants (celui que l'on retrouve le plus souvent dans la victimisation est l'effet des carences affectivo-éducatives) ou protecteurs (lorsque l'éducation est « suffisamment bonne » dirait Winnicott). Notons par ailleurs, que le psychologue évaluateur se devra d'évoquer toutes situations qu'il estime délétères (pour un enfant dont il jugerait les conditions de vie socio-familiales insécures par exemple), illégales (envers une femme venue dénoncer auprès des services de Police des faits délictuels et qui avouerait des actes criminels lors de l'entretien clinique par exemple) ou potentiellement dangereuses (telles que des menaces de mort avérées et étayées entre la plainte judiciaire et l'examen par exemple). Le cas échéant, il sera amené à donner un avis motivé de ces remarques et pourra proposer d'envisager l'éloignement du mis en cause de l'environnement du plaignant, voire une mesure de protection pour ce dernier.

ENTRETIEN EXHAUSTIF SEMI-DIRECTIF

Le psychologue évaluateur retrace dans une première partie où diverses questions seront posées, l'anamnèse de la victime qu'il reçoit afin d'établir le profil bio-psycho-social du consultant. Un avis sur la vulnérabilité (au sens pénal du terme, *i.e.* au regard des états spécifiques suivants : la minorité, la gestation, le handicap physique / moteur, la maladie grave avérée et la maladie psychiatrique reconnue ou suspectée – pour laquelle un avis spécialiste adéquat supplémentaire serait alors demandé), l'influençabilité ou la fragilité (au sens clinique du terme), et le risque éventuel de survictimisation sera ainsi émis.

Il reviendra ensuite sur les faits allégués par la victime et le contexte dans lequel celle-ci les aura révélés. Ici, l'entretien devient plus exploratoire ; le plaignant expose le déroulé des événements, en expliquant au fur et à mesure (et aux sollicitations – sans qu'il ne s'agisse jamais de suggestions – du professionnel si besoin) les

ressentis et pensées qui se sont manifestés. Cette partie de l'examen sert notamment à évaluer – autant que faire se peut – la crédibilité du plaignant, au regard en particulier des bénéfiques secondaires (vengeance, attention, syndrome de Kramer contre Kramer, etc.) qui pourraient être les siens dans une telle démarche judiciaire. Selon le Larousse, "crédibilité" se définit comme étant le : « *caractère de quelque chose qui peut être cru* ». À aucun moment il ne s'agira pour le psychologue d'exposer une affirmation nette quant à la véracité des propos allégués ; comme pour l'intégralité de son rapport, le psychologue évaluateur donnera ici son avis étayé, que les enquêteurs compareront aux données de leur travail et que le magistrat décidera de valider ou non en fonction des éléments qui sont en sa possession. Une attention particulière à l'étude de la personnalité et la présence d'une pathologie sera nécessaire, dans les limites du cadre de la mission. Il s'agit pour le psychologue évaluateur d'analyser, constater ou relever des tendances, des traits spécifiques ; ceux-ci peuvent interférer, entacher les dires du plaignant. Ces éléments ne viennent pas nécessairement invalider le discours et les allégations, mais à ce stade de la procédure, relever ces limites offre une aide non négligeable aux enquêteurs et magistrats. La synthèse de ces constatations permettra de fournir des bases solides à ce vécu fourni par le sujet et ainsi étayer l'expression de potentielles répercussions traumatiques (Jehel & Lopez, 2006).

Le professionnel terminera en donnant son avis sur le retentissement psychologique, compte tenu des éléments directement observables lors de l'entretien, mais également en fonction des inférences qui peuvent être faites selon les divers signes et symptômes évoqués. (Cf. tableau 1 : Éléments de retentissement fonctionnel sur les actes de la vie courante). Il s'agira alors d'identifier la gravité et le potentiel évolutif du traumatisme allégué, en prenant en considération les faits dénoncés (*i.e.* la commotion psychologique en tant que telle), mais également les caractéristiques personnelles et environnementales du sujet. Un diagnostic qui sera souvent corrélé à un pronostic en matière de prise en charge ; qu'il serait somme toute pertinent d'élargir à la fixation d'une I.T.T. dite psychologique (Gignon, Paupière, Jardé, Manaouil, 2010 ; Haute Autorité de Santé, 2011, a). La Haute Autorité de Santé insiste d'ailleurs sur ce point dans son argumentaire au sujet de la fixation de l'I.T.T. (Haute Autorité de Santé, 2011, b) en indiquant que la littérature médicale française mentionne fréquemment l'importance de prendre en compte le versant psychique dans l'évaluation de l'I.T.T. chez un patient venant pour l'établissement d'un certificat médical initial (Doriat et al., 2004 ; Epain, 2005 ; Chariot et al., 2006). Cet argumentaire de 2011 fait d'ailleurs état de constatations identiques dans la littérature anglo-saxonne avec la spécificité du rapport psychologique médico-légal (Ackerman, 2006).

Dans les violences à caractère psychologique uniquement (telles que le harcèlement moral), on perçoit parfaitement l'aspect invalidant qu'occasionne ce type d'agressivité, ne laissant plus aucune place à « l'épanouissement personnel » (critère majeur de la santé psychique selon l'Organisation Mondiale de la Santé – O.M.S.) tant les réactions cognitivo-émotionnelles sont exacerbées par le stress constant ainsi généré. Si l'on considère que la violence psychologique est également présente dans tout autre type de violence, on est en mesure de percevoir l'importance que pourrait avoir la prescription d'une I.T.T. psychologique.

LES LÉSIONS PSYCHIQUES

En effet, médecins légistes et psychologues s'accordent à dire que de nombreuses violences laissent peu de lésions physiques (Penneau, 1987, Clarot, Papin, Proust, 2002). Reprenons pour exemples, les trois catégories de violences susmentionnées :

- *Psychologiques* ; un homme victime de harcèlement moral sur son lieu de travail n'a pas de raison d'être vu par un médecin légiste, puisque *a fortiori* aucun coup n'a été porté, sauf à sa psyché.
- *Physiques* ; une femme victime de violences conjugales porte souvent plainte après un certain temps d'habitude face à ces violences dites habituelles; lorsqu'elle rencontre le médecin légiste, il n'est pas en mesure de constater les répercussions de tous les coups précédemment reçus, ni celles de l'emprise psychologique.
- *Sexuelles* ; un auteur de violences sexuelles pénètre par surprise, contrainte et / ou menace, de force, *i.e.* sans le consentement possible, l'intimité de sa victime, tant au niveau physique que psychique, touchant ainsi l'intégrité corporelle (même si on sait que la muqueuse vaginale cicatrise très rapidement par exemple), mais également l'identité spirituelle (Cf. cas clinique 1 : Violences sexuelles : viols par surprise, contrainte et menace).

Cas clinique 1 : VIOLENCES SEXUELLES. VIOLS PAR SURPRISE, CONTRAINTE ET MENACE

Marilyn, une femme d'origine anglaise, a 55 ans quand elle vient s'installer dans une petite ville de Picardie. Divers événements de vie, dont une double mastectomie à la suite d'un cancer du sein, l'ont plongée dans une dépression, qu'elle avoue avoir tenté d'évincer en devenant alcool-dépendante. Un après-midi, tandis que sa consommation d'alcool eût certainement été quelque peu déraisonnable, elle trébuche et s'occasionne ainsi une très importante entorse. Transportée aux urgences les plus proches de chez elle, le médecin qui l'ausculte – ayant un doute sur une fracture éventuelle de sa cheville – la plâtre et lui ordonne de ne pas poser son pied à terre pendant au moins vingt-quatre heures. Aux sortir de cette consultation, Marilyn accepte qu'un homme – qui se serait présenté comme le frère d'un ambulancier habitant à quelques pas de l'hôpital – l'accompagne jusqu'au domicile allégué de ce dernier qui l'aurait pris en charge. Sans doute perturbée par cette journée, souhaitant économiser les quelques dizaines d'euros que lui aurait coûté un taxi, elle n'aura pas mesuré le danger potentiel d'une telle situation. En effet, l'homme en question l'eût ainsi transportée alors qu'elle était en fauteuil roulant et l'aurait finalement amenée dans un coin désert quelques centaines de mètres plus loin. Sûr que personne n'eût pu les voir, il aurait alors basculé le fauteuil dans un bosquet, faisant ainsi tomber ventre à terre sa victime, et pris une pierre qu'il eût menacé de fracasser sur le visage de Marilyn, en lui sommant de se taire pendant qu'il la violerait. Durant deux heures, il se serait effectivement exécuté, agressant sexuellement cette femme de multiples façons: par voie orale, vaginale, anale, au moyen de ses doigts et de son sexe. Chaque fois qu'elle parlait, il l'eût giflée, quand elle se serait mise à pleurer, il lui eût claqué les fesses (au point de laisser des marques perceptibles plusieurs jours après), lorsqu'elle eût uriné, pétrifiée de peur, il l'eût humiliée, insultée, menacée, etc.

Le passage à l'acte de cet auteur semble avoir été aussi long qu'il n'arrivait pas à éjaculer (peut-être pris dans la jouissance de l'agression, la décharge sexuelle fût-elle d'autant plus inatteignable). C'eût été au bout de deux heures qu'il aboutit à cet objectif, laissant son sperme sur la poitrine de Marilyn, l'invectivant de n'avoir pu le déposer dans sa bouche, et de fait, de lui avoir *in fine* gâché son plaisir.

Malgré les menaces de mort réitérées tout au long de cette agression, il laissa finalement sa proie meurtrie, dans l'intégralité de son intimité, sur place, tel un déchet abandonnée à l'orée du bois. Aux prises de ses multiples blessures, Marilyn réussit à se rendre au centre de la ville, dans un état de sidération absolu ; ne sachant que faire, elle commença par s'acheter son "automédication anxiolytique" habituelle («*une mignonette de vin* »), avant de faire appel à sa fille, puis aux services de Police.

Rapidement prise en soins par l'U.M.J. du secteur – moins de douze heures après les faits – les prélèvements nécessaires ont pu être réalisés et le médecin légiste a pu relever les traces et indices compatibles avec le récit de la victime. Il fixa cinq jours d'I.T.T., ne tenant compte effectivement que des éléments physiques d'une telle agression. **Mais quelle prise en charge judiciaire des séquelles psychologiques, du syndrome de stress post-traumatique (PTSD), dont souffrait Marilyn, a été effectuée ?**

DE LA NECESSITE D'UNE I.T.T. EVALUEE PAR LE PSYCHOLOGUE

L'importance des répercussions psychologiques quelles que soient les violences subies n'est plus à démontrer – elles sont la plupart du temps décrites comme étant les plus graves par les victimes elles-mêmes (Ferenczi, 1935). De ce fait, il nous paraît indispensable aujourd'hui que le psychologue évaluateur puisse avoir la capacité d'apprécier une I.T.T., eu égard à la dimension psychologique – *nécessairement présente* – du traumatisme allégué par la victime. S'il est possible d'observer des violences psychologiques isolées, tout traumatisme physique s'accompagne obligatoirement d'un traumatisme psychique plus ou moins sévère dont l'expression reste très variable d'un individu à l'autre (c'est ce que l'évaluation psychologique tâche de mesurer).

Cette partie psychologique est clairement définie dans l'article R 120-2 du Code de procédure pénale, issue du décret du Conseil d'Etat du 18 mars 1999 modifiant ledit code qui précise des dispositions concernant l'expertise médico-psychologique (Conseil d'Etat, 1999). La Direction des Affaires Criminelles et des Grâces précise explicitement que l'expertise médico-psychologique implique deux examens différents mais complémentaires comprenant des investigations psychologiques d'une part, et un examen médical simple d'autre part ; lequel,

accessoire des premières, ne pourra lui-même être réalisé que par un médecin (DCAG, 1999). « Le médecin **associé au psychologue** pour réaliser l'expertise [...] n'a pas pour mission de procéder à des investigations d'ordre psychiatrique, mais il doit simplement décrire l'état de santé général de la personne afin de **corroborer les observations cliniques** [jugées primordiales] du psychologue. Il s'agira donc le plus souvent d'un médecin généraliste ou d'un légiste ». (DCAG, 1999).

En effet, le pronostic des violences repose essentiellement sur la gravité du psychotraumatisme initial et de ses conséquences directes et corollaires. L'effraction physique conditionne moins l'évolution d'une victime que l'effraction psychique, engendrée par tout acte de violence subie – et nous ne sommes pas plus égaux devant le traumatisme psychique que nous le serions devant un traumatisme physique. Le premier laisse indubitablement des séquelles (qui pourront être amoindries par une prise en charge médico-psycho-sociale), tandis que le second peut s'effacer avec le temps (même s'il est – ou peut paraître – plus ou moins long). La résilience que décrit Boris Cyrulnic est comparable à une cicatrisation psychique (Cyrulnic & Seron, 2009). Celle-ci peut s'inflammer et générer des troubles comportementaux, s'infecter localement et occasionner des pathologies avérées, ou globalement et entraîner la mort, par le suicide par exemple.

La violence – dans son aspect psychologique – devient ici un problème de santé publique majeur qu'il conviendrait de prendre en charge le plus adéquatement possible dès les premières expressions de son impact. La prise en soins prodiguée à l'U.M.J. a cette vocation, tant dans sa partie diagnostique, que dans son versant pronostique.

L'attribution d'une I.T.T. par le psychologue évaluateur participerait au bon déroulement de la procédure judiciaire, mais également à la reconnaissance sociétale du statut de victime ; même lorsque physiquement, le plaignant paraît intact, psychiquement, il n'en reste pas moins souvent lésé de blessures *de facto*, difficiles à panser (Dubois, 2007). Nous l'avons vu, l'évaluation médico-psychologique, pilotée par le psychologue, corroborée par le médecin légiste répond à cette nécessité. L'Organisation des Nations Unies (O.N.U.) elle-même insiste sur les dimensions humaines et psychologiques des effets de la violence dans sa déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir. (ONU Assemblée Générale, 1985) On observe que de nombreux magistrats ou O.P.J. demandent régulièrement – contre la légalité actuelle, mais en vertu de la logique scientifiquement reconnue – au psychologue de fixer une I.T.T. dite psychologique dans tous types de réquisitions éponymes, et notamment face aux procédures judiciaires concernant les violences conjugales, ou plus largement les violences dites habituelles, mais également dans les cas de harcèlement, ou encore dans ceux concernant des violences sexuelles ayant été commises de nombreuses années auparavant.

A contrario, il est souvent constaté que les violences dites habituelles, ou intrafamiliales, ou conjugales, ne sont mesurées qu'à l'aune d'une violence unique (les derniers coups portés en général), *de facto* insuffisante pour fixer une I.T.T. purement physique réaliste de la moyenne des violences régulièrement subies (puisqu'il s'agit bien souvent de violences volontaires répétés) d'une part, et aucunement indicatrice du malaise psychique (douleur engendrée, souffrance acquise, blessure ancrée au moyen des psychotraumatismes, également réitérés) d'autre part (Cf. cas clinique 2 : Violences physiques : conjugopathie ou violences intrafamiliales habituelles).

Cas clinique 2 : VIOLENCES PHYSIQUES. CONJUGOPATHIE OU VIOLENCES INTRAFAMILIALES HABITUELLES

Danielle a 43 ans quand elle se présente à l'U.M.J. pour la première fois de sa vie. Elle vient de déposer une plainte pour "violences volontaires par conjoint". Lorsque le psychologue la reçoit, c'est une femme étique, aux traits lui donnant l'apparence d'une vieille dame qu'il examine. Dans une servilité certainement acquise par de longues années d'assujettissement, elle expose – à travers une réflexion et une retranscription suffisantes à l'entretien et somme toute relativement élaborées – son passé, sans ne jamais se complaire.

Elle retrace d'abord rapidement sa prime enfance, celle au cours de laquelle son père l'aurait régulièrement battue tandis que sa mère l'eût « *vendue* » à divers hommes de leur entourage, jusqu'à ce qu'elle « *fugue* » à l'âge de 14 ans. Elle se serait alors retrouvée errante, sans domicile fixe pendant plusieurs mois au bout

Hanafy, et al.

desquels elle eût rencontré celui qui allait très vite devenir son époux.

Séduite par cet homme qui lui eût fait miroiter « *une vie meilleure* », et désireuse de faire « *un pied de nez à [sa] mère* », « *espérant avoir une famille et être heureuse* », elle s'ouvrit et s'offrit rapidement à lui corps et âme (*sic*).

Il n'eût pas fallu attendre quelques semaines avant que les premières violences, d'abord d'ordre psychologique et très vite d'ordre physique, apparaissent. Intimidée, contrôlée, rabaissée, menacée, réprimée, humiliée, insultée à la moindre occasion, elle eût parallèlement reçu de nombreux coups, de pied, de poing, de tête, de coude, de genou dès qu'elle ne faisait pas les choses comme son conjoint les exigeait. Chaque jour, une relation sexuelle lui aurait été réclamée et lorsqu'elle ne souhaitait pas s'y soumettre – ce qu'elle perdit vite l'habitude d'exprimer – le rapport eût été forcé. Psychologiquement orpheline, interdite de se faire des amis, dépossédée des moindres biens matériels ou pécuniaires lui appartenant, Danielle n'avait que ses enfants vers qui se tourner pour agrémenter sa vie, malgré la difficulté que cela peut représenter de s'occuper du premier autiste et du second devenu en grandissant – victime collatérale des violences subies par sa mère et commises par son père, dont il eût toujours été le témoin – agressif envers l'auteure de ses jours... Sous l'emprise d'un homme triplement violent et sans cesse « *culpabilisant* », cette femme n'arrivait pas à trouver le chemin qui lui permettrait de sortir de ce cercle vicieusement aliénant. Elle décida dans un premier temps de faire « *une tentative de suicide pendant quatre-vingts jours* », cessant quasiment de s'alimenter, juste assez pour perdre presque cinquante kilos, mais trop peu pour réellement se donner la mort, aux prises d'une culpabilité maternelle.

C'est face à cette ineptie (*sic*) qu'elle décida finalement de faire appel à la Justice qui réquisitionna un médecin légiste, constatant qu'aucune violence n'avait laissé de traces ces derniers temps, et un psychologue, établissant le diagnostic d'un PTSD.

L'investigation du psychologue permet de mettre du sens dans l'histoire de la victime qu'il reçoit ; ce faisant, il relève l'évolution du contexte et des répercussions de ces violences habituelles menant à l'observation d'un retentissement à l'instant T, le moment de l'enquête (Hirigoyen, 2006). Les éléments de retentissement ainsi relevés n'obtiendront leur cohérence et leur poids qu'à travers cette évolution, qui ne peut être ramenée à une simple accumulation de faits et de signes post-traumatiques. Dès lors qu'il s'agit d'intégrer la notion psychologique dans l'I.T.T., il faut faire avec une part "d'insaisissable".

Cette pratique pourrait devenir parfaitement régulière en suivant les recommandations de la Direction des Affaires criminelles et des Grâces, dont le pilotage de l'examen médico- psychologique par le psychologue évaluateur. (DCAG ,1999)

SUBJECTIVITE DES INTERVENTIONS A L'U.M.J.

À l'instar des fixations d'I.T.T. établies par le médecin légiste (puisque aucune référence officielle en la matière n'existe), celles que pourrait établir le psychologue relèveraient d'une subjectivité qu'il devra objectiver à travers son rapport, argumenté de données cliniques actuarielles, de théories et inférences scientifiquement élaborées dans le domaine de la psychologie clinique et psychopathologique générale, ou scientifiquement reconnues dans celui de la psychologie de la cognition – comme c'est actuellement le cas pour l'évaluation du retentissement psychologique. Des tests, des échelles ou des questionnaires peuvent appuyer le point de vue du professionnel, qu'il ne manquera jamais d'approfondir, de soutenir et de discourir, par rapport à ses propres constatations, mais également en fonction des allégations du consultant. (*Cf.* cas clinique 3 : Violences psychologiques, physiques et sexuelles : les effets d'une emprise globale)

Comme tout travail accompli par un auxiliaire de Justice, ces évaluations réalisées au sein de l'U.M.J. n'en restent pas moins des opinions que le magistrat jugera bon de suivre ou non en fonction de la pertinence qui s'en dégage. L'intérêt de la collaboration du psychologue (assurant le diagnostic) et du médecin-légiste (dont un des rôles majeurs est la fixation de l'I.T.T.) prend le sens qu'y donne la Direction des Affaires criminelles et des Grâces. (DCAG, 1999) : le premier appréciera l'état de santé mentale global, le second l'état de santé somatique général ; les deux jugeront de la répercussion des violences sur la santé de la victime.

Cas clinique 3: VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES, PHYSIQUES ET SEXUELLES. LES EFFETS D'UNE EMPRISE GLOBALE

Sara, une américaine arrivée en France il y a quelques années, affirme, dès les premières minutes de son entretien dans le bureau du psychologue évaluateur, haut et fort être une artiste, comme si – aux prises de troubles identitaires post-traumatiques – il s'agissait de la seule caractéristique qu'elle se reconnaissait aujourd'hui, à laquelle elle s'accrochait à 50 ans passés. Une artiste donc, « *philosophe [...] peintre [...] écrivaine* », vivant de son Art (puisque gérante d'une galerie pendant de nombreuses années) qui portait plainte contre un homme – également qualifié d'artiste, d'une quinzaine d'années son cadet, rencontré quatre ans plus tôt lors de son immigration en France (« *son rêve* »), parfaitement séduite par sa créativité et son intelligence (*sic*) et rassurée d'avoir quelqu'un sur qui compter dans ce nouveau pays. En effet, peu de temps après avoir divorcé d'un mari devenu trop fade face à son artistisme et avec lequel elle n'eût pu avoir d'enfant malgré leur décennie de vie commune, Sara aurait été totalement prise par un effet pygmalion, l'entraînant dans une emprise économique (elle dépensa pour l'auteur mis en cause les milliers d'euros qu'elle avait thésaurisés tout au long de son existence), sociale (il représentait à lui seul toute sa sphère affectivo-amicale au démarrage de sa nouvelle vie) et psychologique (puisque si elle n'éprouvait aucun sentiment amoureux pour lui, elle croyait si fort en son potentiel artistique qu'elle accepta de nombreuses frasques (*sic*) avant de se rendre compte qu'elles étaient néfastes pour elle-même).

Puisqu'il se disait sans domicile fixe, Sara eût proposé à ce monsieur un gracieux hébergement. Très vite, elle aurait perçu la violence qui eût émané de son nouveau "compagnon d'Art", d'abord exclusivement dirigée vers l'extérieur, elle pensait qu'elle aurait pu l'aider à sortir de cette impulsivité agressive (*sic*), avant de constater que c'eût été « *de pire en pire* » sous l'égide d'une violence exacerbée supputa-t-elle par « *le shit qu'il fumait du matin au soir* ».

Rapidement il eût fait montre de violence psychologique envers elle, passant d'un état « *super agressif* » à un autre « *super gentil* ». L'entourage de la consultante lui aurait fait remarquer combien son ami avait l'air « *fou dangereux* » tandis qu'elle le pensât « *excentrique* »... Outre le fait d'abuser de sa générosité en se moquant d'elle, en l'humiliant, en la menaçant, il se serait mis à la violenter physiquement et sexuellement (de façon aussi pernicieuse que son art était « *torturé* » narrera-t-elle). Profitant déjà du gîte et du couvert, il lui aurait dérobé de nombreuses affaires d'une estimation précieuse, tant au niveau pécuniaire que pour la valeur sentimentale qu'elles pouvaient représenter, et notamment l'unique manuscrit d'un livre qu'elle avait rédigé sur une dizaine d'années, qu'elle eût retrouvé quelque temps plus tard imbibé d'urine ayant fait couler toute l'encre, dans une poubelle, au milieu de nombreux autres de ses biens cassés (*sic*). C'est dans un état dissociatif pathognomonique du PTSD cliniquement observable que la consultante fut reçue à l'U.M.J. prise au piège dans une autre dimension socio-culturelle, qu'elle ne maîtrisait pas, et dans laquelle elle craignait de se disloquer. Sans doute avec d'autant plus d'effroi qu'elle eût développé des sentiments d'échec, de mésestime de soi, de perte de confiance en soi, à base de ruminations, d'images intrusives (sous forme de réminiscences ou cauchemars) de plus en plus dépressogènes, occasionnant une asthénie psychique généralisée (parfois histrionisée dans des élans défensifs de colère), qui eussent à leur tour généré des conséquences physiologiques (céphalées, troubles de concentration, d'attention, etc.). **Combien de temps faudra-t-il à Sara pour recouvrir sa capacité totale de travail ?**

CONCLUSION

Lorsqu'un psychologue évaluateur en Unité Médico-Judiciaire est réquisitionné, il lui est demandé d'établir le retentissement psychologique (RP) des faits dénoncés par le plaignant préalablement reçu par les services judiciaires. Le RP peut être inévaluable (eu égard à une symptomatologie confuse, en lien avec d'autres problématiques par exemple), inexistant, de très faible à moyen-faible – autrement dit de courte durée, de moyen à moyen-fort ou important, voire très important au point d'évoquer un syndrome de stress post-traumatique (PTSD).

Pour établir le diagnostic du RP, le praticien dresse un tableau clinique des symptômes psychopathologiques et psychosomatiques (*i.e.* signes psychotraumatiques) relevés au cours de l'examen (trouble de l'attention, difficultés mnésiques, angoisse, désorientation spatio-temporelle, sentiment de honte, de culpabilité, pertes de l'estime de soi, de la confiance en soi, dégradation de l'image de soi, ruminations, peur des représailles,

Hanafy, et al.

asthénie, etc.) ou allégués par la victime (altération du sommeil, perturbations des conduites alimentaires, céphalées, lombalgies, troubles digestifs, arythmie, conduites d'évitement, de repli sur soi, de retrait social, irritabilité, hypervigilance, troubles de la sexualité, etc.), en même temps qu'il pronostique les perspectives d'évolution (notamment au regard de la réadaptation psychique et sociale du consultant).

Pour rappel, les arrêts de la chambre criminelle de la Cour de cassation des 22 novembre 1982, 30 juin 1999 et 6 février 2001 définissent l'incapacité totale de travail ; celui de 1982 précise que « l'I.T.T. n'implique pas l'amputation totale de toute la capacité de l'individu » mais qu'elle concerne « l'amputation de la capacité totale qu'avait l'individu avant le fait traumatique ». Elle correspond en somme à la période d'indisponibilité pendant laquelle – pour des raisons en relation directe, certaine avec le fait générateur – l'intéressé ne peut plus exercer les actes essentiels de la vie courante sans pour autant les interdire.

L'I.T.T. est nécessaire au magistrat pour quantifier les violences au sens pénal français. Très majoritairement, elle est physique, déterminée par le médecin légiste au sein d'une U.M.J. (ou par le médecin généraliste). De plus en plus ressort la nécessité de fixer une I.T.T. correspondant à l'incapacité psychologique à réaliser les gestes de la vie courante (en lien avec une symptomatologie anxieuse post-traumatique avérée). Le médecin légiste joue alors un rôle accessoire à celui du psychologue qui évalue l'impact psychologique sur les activités de la vie courante, mais complémentaire. (DCAG, 1999)

La fixation d'une I.T.T. psychologique pourrait suivre le schéma suivant :

- 0 jour quand le RP est inexistant (n'occasionnant aucune symptomatologie spécifique) ;
- inférieure à 8 jours quand il est estimé de courte durée (symptomatologie anxio-dépressive légère telle que le syndrome d'évitement) ;
- supérieure à 8 jours quand il est évalué de durée moyenne (symptomatologie anxio-dépressive lourde tel que le syndrome de dissociation) ;
- supérieure à 30 jours quand il est considéré comme important jusqu'au PTSD.

Enfin, au delà de 8 jours d'I.T.T., il semble pertinent de solliciter une évaluation complémentaire, qu'il s'agisse d'un examen de psychiatrie légale ou d'une seconde appréciation médico-psychologique ; au même titre que les lésions physiques d'une victime suffisamment importantes nécessitent une réévaluation de l'I.T.T. à distance du premier examen médico-légal. C'est ce que prévoit le Code de procédure pénale français lorsqu'il évoque la détermination médicale de l'I.T.T.

Références

- Ackerman MJ. (2006) *Forensic report writing*. Journal of Clinical Psychology 62(1):59-72.
- Clarot F., Papin F. & Proust B. (2002). « *Difficultés concernant la détermination de l'incapacité totale de travail* » ; Médecine Légale et Société, 1-2 (5) : pp. 19-20
- Chariot P, Tedlaouti M, Debout M. (2006) *L'incapacité totale de travail et la victime de violences*. AJ Pénal (7-8):300-303.
- Ciavaldini A. (1999) : *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, éd. Masson, éd. revue 2001.
- Conseil d'Etat. *Décret n°99-203 du 18 mars 1999 modifiant le code de procédure pénale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)* Consulté le 21 septembre 2014 depuis http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B5487A75FCDA38A.C4858F2FC6E3CE1B9.tpdjo14v_2?cidTexte=JORFTEXT00000209742&dateTexte=19990321
- Cour d'appel de Basse-Terre (1994). *Arrêt du 22 février 1994*. Gazette du Palais, (1) 298
- Cour de Cassation, Chambre Criminelle (2001). « *Définition de l'incapacité totale de travail* ». Consulté le 24 août 2014 depuis http://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2001_117/troisieme_partie_jurisprudence_cour_124/droit_penal_procedure_penale_132/droit_penal_special_6034.html
- Cour de Cassation, Chambre Criminelle (1950). *Arrêt du 9 février 1950*. Bulletin des arrêts de la chambre criminelle 1950, no 44
- Cour de Cassation, Chambre Criminelle (1957). *Arrêt du 23 décembre 1957*. Bulletin des arrêts de la chambre criminelle 1957, no 869
- Cyrlulnic B. & Seron C. (2009). « *La Résilience ou comment renaître de sa souffrance ?* ». Paris : Fabert eds.
- Demont L. (2002). « *La notion d'incapacité totale de travail en droit positif* » ; Médecine Légale et Société, 5 (1-2) : pp. 5-10.
- Direction des Affaires criminelles et des Grâces (1999). *Circulaire du 5 juillet 1999. CRIM 99-08 F1/05-07-99. NOR : JUSD9930106C. Présentation générale des dispositions du décret n° 99-203 du 18 mars 1999 modifiant le code de procédure pénale (2e partie : décrets en Conseil d'État)*. Consulté le 21 septembre 2014 depuis <http://www.justice.gouv.fr/bulletin-officiel/dacg75.htm>
- Doriat, F., Peton, P., Coudane, H., Py, B., Fourrent, F. (2004). « *L'incapacité totale de travail en matière pénale : pour une approche médico-légale* ». Médecine et Droit, n°64, 27-30.
- Dubois M. (2007), « *Approche compréhensive des attentes psychosociales des victimes d'agression internationales* » ; International Journal Of Victimology, 07.
- Epain D. (2005) *Certificats médicaux et urgence : certificats de coups et blessures*. EMC-Médecine 2005; 448-67.
- Ferenczi S., *Traumatisme (1935)*, Paris, Payot, coll. Petite bibliothèque Payot, 2006.
- Gignon M, Paupière S, Jardé O, Manaoui C. (2010) *Victims of sexual assault : a Europe-wide review of procedures for evaluating the seriousness of injuries*. Medicine, Science and the Law 50; 145-148
- Haute Autorité de Santé (2011, a) *Certificat médical initial concernant une personne victime de violences*. Recommandations pour la pratique clinique. Consulté le 24 août 2014 depuis http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences
- Haute Autorité de Santé (2011, b) *Certificat médical initial concernant une personne victime de violences*. Argumentaire scientifique. Consulté le 24 août 2014 depuis http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences_-_argumentaire.pdf
- Hirigoyen M.-F. (2006), « *Femmes sous emprise* », Pocket, Paris.
- Jehel L. & Lopez G. (2006). « *Psychotraumatologie. Evaluation, clinique, traitement* ». Paris : Dunod.
- Jolibois Ch. (1991) Code pénal (dépôt le 24 septembre 1991) Rapport au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale, portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes ; p 45. http://www.senat.fr/rap/1990-1991/i1990_1991_0485.pdf
- Ministère de la Justice. (2012) *Circulaire du 25 avril 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. Bulletin officiel complémentaire du 23 août 2012 - JUSD1221959C, 1-39*
- Ministère de la Justice et des Libertés. (2011) *Circulaire du*

Hanafy, et al.

27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale *Bulletin officiel du Ministère de la Justice et des Libertés, n° 2011-01 du 31 janvier 2011*

O.N.U. / Assemblée Générale (1985), « *Résolution n° 40-34 sur le rapport de la troisième commission (A/40/881) – Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir* », New York.

Penneau J. (1987). « *De quelques difficultés concernant les certificats, pour coups et blessures volontaires, destinés à la justice* » ; *Journal de Médecine Légale et de Droit Médical*, 30 (4) : 281-286.

Tableau 1 : Eléments de retentissement fonctionnel sur les actes de la vie courante

Retentissement fonctionnel sur les actes de la vie courante	
LOCOMOTION	PROFESSION - SCOLARITE
marcher	travailler
courir	se rendre au travail
emprunter les escaliers	relations professionnelles
changer de position	PLANIFICATION DES ACTIVITES
utiliser un moyen de transport	privées et professionnelles
SOINS PERSONNELS	GESTION DES AFFAIRES
se laver (le corps entier)	privées et professionnelles
se coiffer	OCCUPATIONS MENAGERES
s'habiller et se déshabiller	courses
se nourrir	repas
aller aux toilettes	tâches ménagères
continence sphinctérienne	porter une charge lourde
COMMUNICATION	se baisser, ramasser
compréhension orale / écrite	LOISIRS ET VIE SOCIALE
expression orale / écrite	occupations habituelles (lecture, bricolage, TV, etc.)
entendre, écouter voir	occupations sportives
VIE RELATIONNELLE	occupations diverses
présentation (esthétique)	ENVIRONNEMENT
relations affectives	bruit
rôle familial	lumière
rappports amicaux	froid
relations sexuelles	ASSURER SES SOINS MEDICAUX
	ATTEINTE A L'IMAGE DE SOI