



Réflexion et limites de la Consultation Médico Judiciaire : quelle place pour le psychologue à l'Unité Médico Judiciaire de Dijon ?

Université Paris Descartes – Faculté de Médecine.

Mémoire de recherche en vue du Master 2 Professionnel Ethique : Prise en Charge des Victimes et Auteurs d'Aggression réalisé sous la direction du Professeur Irène FRANÇOIS-PURSSELL et présenté par Melle Julie MORIZOT.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	3
I – Présentation de l'Unité Médico Judiciaire de Dijon et Détermination du problème.....	7
1- Choix et Modalités de stage.....	7
2- Activité du service.....	8
a. Institut Médico-Légal	8
b. Unité Médico Judiciaire.....	8
3- Présentation du personnel du service de Médecine Légale.....	10
a. Le personnel.....	10
b. Les missions	10
4- Détermination du problème posé.....	12
II – La victime face à la consultation Médico Judiciaire (ITT).....	15
1- Des enjeux conséquents.....	16
2- Mais qui est ce médecin ?.....	18
3- Difficulté de l'examen clinique.....	21
III- Quelle prise en charge judiciaire des séquelles ?.....	23
1- Qu'est-ce que le retentissement psychologique ?.....	23
2- La difficulté d'évaluation du retentissement psychologique.....	25
IV- Les différents professionnels face au retentissement psychologique.....	29
1- Les limites du médecin légiste.....	29
2- Les compétences du médecin légiste.....	32
3- L'apport du psychologue.....	33
a. Les compétences du psychologue, en général.....	33
b. Le psychologue à l'UMJ, en théorie.....	35
c. Le psychologue à l'UMJ, en pratique.....	36
4- Une vision personnelle de la place du psychologue à l'UMJ.....	39
CONCLUSION.....	45
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon professeur et mon maître de stage, le Professeur Irène FRANÇOIS-PURSSELL, médecin légiste, psychiatre et chef du service de Médecine Légale du CHU de Dijon pour son accueil, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de mon stage et de mon année scolaire.

Je remercie également les deux autres médecins légistes du service de Médecine Légale du CHU de Dijon, le Docteur Bruno BEGUE et le Docteur Séverine GILARD-PIOC pour m'avoir intégrée à leurs missions et m'avoir fait partager leur professionnalisme.

Mes remerciements vont également à toute l'équipe du service de Médecine Légale, infirmières, secrétaires et agents du service mortuaire pour la qualité de leur travail et pour m'avoir accueillie avec égard et intégrée dans le service.

Il me faut également remercier les psychologues exerçant dans différentes Unités Médico Judiciaires de France, qui ont accepté de répondre à mes questions afin de mener à bien ma recherche.

Je tiens vivement à remercier tous les patients du service de Médecine Légale qui ont accepté ma présence durant leurs entretiens avec l'équipe du service afin que je puisse observer les missions de chacun des professionnels.

En dernier lieu, j'aimerais particulièrement remercier mes camarades du Master 2 qui m'ont apporté leur soutien durant toute l'année scolaire et durant toute la réalisation de ce travail ; ainsi qu'à mon second papa, Bruno, pour son soutien et ses relectures précieuses.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, la psychologie évolue et se multiplie en diverses spécialisations qui comprennent différentes orientations théoriques et différentes pratiques de terrain. Les domaines d'exercice du psychologue sont très nombreux et en constante évolution. A tous les âges de la vie, au niveau individuel ou collectif, dans le registre du « normal » ou du pathologique, des actions de soins, d'accompagnement, de soutien ou de prévention. Un psychologue peut être amené à exercer plusieurs champs différents en même temps, du fait des nombreuses interactions entre ceux-ci (médical, social, judiciaire, etc.). Le métier de psychologue est ainsi polyvalent, ce qui rend difficilement perceptible ce que l'on attend réellement de lui. Pour une grande part de la population et un certain nombre de soignants, un flou, voire une totale méconnaissance persiste quant à l'activité du psychologue clinicien, et en particulier du psychologue en milieu hospitalier. Le psychologue est souvent perçu comme un auxiliaire thérapeutique du médecin ou comme un spécialiste de l'écoute palliant cette défaillance du corps soignant occupé à d'autres tâches, ou bien encore comme un acteur du soin en mesure d'aider le patient à recouvrer la santé. Le psychologue est donc bien un professionnel sans que l'on sache vraiment de quoi.

Chacun a sa propre idée sur cette profession si particulière, mais il est difficile de la définir clairement. Ce flou amène chacun à imaginer diverses suppositions sur ce métier, et que le psychologue lui-même doit en permanence rectifier. La plupart des personnes imaginent le psychologue dans son cabinet derrière un divan à ne faire qu'écouter son patient, d'autres le voient dans des hôpitaux psychiatriques et parfois même, certains l'idéalisent comme une sorte de médium qui lit dans les pensées. Le métier de psychologue est aujourd'hui encore très stéréotypé et très flou dans l'esprit d'un grand nombre de personnes.

Ce cliché du métier de psychologue crée chez le sujet une certaine « crainte » et à la fois une certaine idéalisation car on attend beaucoup de celui qui va savoir traiter la souffrance, l'angoisse et la peur. Ce paradoxe entre l'inconnu du métier et le « pouvoir » qu'on lui donne est très prégnant à l'esprit des personnes. Quel est donc ce professionnel diplômé de niveau supérieur, non médecin, qui ne fait pas beaucoup plus qu'écouter ce qu'on lui dit ?

Le métier de psychologue suscite donc beaucoup d'interrogations mais la question qui revient le plus souvent reste la question de la place du psychologue en milieu hospitalier. *« L'entrée d'un psychologue au royaume des médecins et infirmières n'est pas sans susciter quelques interrogations »* selon Caroline Doucet. Pourtant, les psychologues n'ont jamais été aussi présents à l'hôpital. Leurs interventions visent à répondre à des exigences nouvelles de la part des usagers, de plus en plus sensibles à la dimension psychologique. L'appel des psychologues en milieu hospitalier est favorisé par certaines lois récentes qui demandent aux établissements de santé publics entre autre, de tenir compte des aspects psychologiques des personnes, comme la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de « modernisation de notre système de santé ». A l'origine de cet essor, un contexte sociétal, politique et institutionnel qui a favorisé l'appel fait aux psychologues. La place du psychologue à l'hôpital n'est donc pas un pur effet de contingence, ni une opportunité rendue pressante par la simple nécessité d'introduire un supplément d'âme dans une médecine devenue biotechnologique.

La place du psychologue à l'hôpital semble donc justifiée par l'atout de cette profession et de ses compétences spécifiques au service de la personne. Mais travailler à l'hôpital fait-il du psychologue un soignant comme un autre ? Et quelles sont véritablement ses fonctions et ses missions dans un lieu où prévaut l'hypothèse de l'organicité ? Quelles interactions et collaborations sont possibles avec les médecins ? Toutes ces questions semblent essentielles à la compréhension de tous et au bon fonctionnement d'un service. Seulement, il existe une autre difficulté, celle de la multiplicité des services au sein d'un

hôpital. De nombreux services, aussi différents les uns des autres, sont regroupés au même endroit, ce qui multiplie d'autant plus les missions du psychologue. C'est ainsi qu'il peut intervenir aussi bien dans un service d'oncologie que dans un service de pédiatrie ou même encore dans un service de médecine légale. Et cette liste est loin d'être exhaustive.

Se questionner sur la place du psychologue à l'hôpital est légitime, mais c'est une question très vaste car chacun de ces nombreux services fonctionnent différemment et ne prennent pas en charge les mêmes patients. Un psychologue exerçant dans un service d'Oncologie ne sera pas doté des mêmes missions et ne rencontrera pas les mêmes populations que celui exerçant dans un service de Médecine Légale. Au sein d'un même hôpital, les psychologues ont donc des missions et des places très différentes, ce qui rend ce métier encore plus imperceptible.

Durant ce travail de mémoire, nous allons centrer notre intérêt sur les limites des consultations médico-judiciaire d'un point de vue psychologique, de cela en découlera une possible place que pourrait tenir un psychologue au sein de l'Unité Médico Judiciaire (UMJ) du CHU de Dijon. En effet, la psychologie légale se développe de plus en plus, et ce, de manière éclectique, ce qui n'est pas sans susciter diverses questions :

Quelles sont les spécificités des consultations médico-judiciaires et comment le patient les perçoit-il ?

Quels sont les limites psychologiques de ces consultations ?

Est-il pertinent d'introduire un psychologue dans ces consultations ?

Auprès de qui interviendrait-il ? Victimes, personnel ?

Dans quel contexte ?

Pour quelle prise en charge ? Accompagnement, expertise ?

Comment est-il perçu dans un tel service et comment perçoit-il lui-même sa pratique ?

Quelles interactions possibles entre les différents champs professionnels ?

Tout au long de ce travail, nous allons tenter de répondre à toutes ces questions afin de pouvoir définir au plus près quelle pourrait être la place du psychologue dans un tel service en l'articulant à l'idéologie, au fonctionnement et aux objectifs du service.

Pour exécuter notre tâche, nous réaliserons, au-delà de la dimension descriptive de la structure UMJ, une tentative de compréhension clinique du fonctionnement de cette structure qui se limitera à notre courte insertion dans le service. De cela en découlera un questionnement sur les limites des consultations médico judiciaires dans cette UMJ qui nous amènera à nous positionner sur la nécessité, ou non d'un professionnel de la parole dans un service de Médecine Légale et sous quelles modalités.

Nous tenons à rappeler que le présent travail n'est en aucun cas une remise en question du fonctionnement du service et encore moins une discussion concernant le professionnalisme des médecins. Ce travail se trouve être simplement et sans prétention aucune, une introduction d'une démarche réflexive sur la place de la dimension psychologique au sein de cette structure.

I - Présentation de l'Unité Médico Judiciaire de Dijon et détermination du problème

1- Choix et modalités du stage :

Dans le cadre de l'année de Master 2 « Prise en charge des victimes et auteurs d'agression » à l'Université Paris Descartes, un stage dans le domaine de la victimologie/criminologie doit être effectué par tous les étudiants inscrits. Ce stage peut être réalisé avec n'importe quel intervenant exerçant dans ce domaine, sous condition d'une cohérence avec notre formation initiale. Ayant une formation en psychologie, le choix était simple : il fallait se tourner vers des psychologues. Cependant, étant trop occupée par l'idée de rechercher un stage où la psychologie est omniprésente, nous en avons oublié qu'il pouvait être encore plus judicieux de se tourner vers un lieu où elle brille par son absence. C'est ainsi que suite à une opportunité de stage au sein du service de Médecine Légale du CHU de Dijon, nous avons décidé de relever le défi de s'intéresser à la place de la dimension d'écoute au sein d'un service médical, où le psychologue n'est pas convié. Cette proposition était l'alliance parfaite entre la psychologie, la pratique de prise en charge de victimes et auteurs d'agression et de toute la réflexion éthique qui lie les deux. Cependant, le temps était restreint pour relever ce défi. C'est pourquoi le présent travail ne portera que sur six semaines d'immersion dans le service et devra donc être pris comme une introduction à une vaste question.

2 - Activité du service :

a) Institut Médico-Légal : médecine légale du mort

L'Institut Médico-Légal (IML) est en charge de réaliser des actes thanatologiques à la demande exclusive des autorités judiciaires. Les actes thanatologiques comprennent les autopsies, les levées de corps et les examens de corps. Chacun de ces actes est destiné à rechercher les causes de la mort d'une personne mais également ils servent à l'identification d'un corps. Il y a également d'autres missions au sein de l'IML comme le gardiennage des scellés judiciaire sur réquisition, la participation aux reconstitutions et également des dépositions aux assises. A l'intérieur de l'IML se trouve une chambre mortuaire où les corps sont conservés en vue d'un acte thanatologique ou en vue d'une présentation à leur famille dans un des salons mortuaires.

A noter que l'IML et l'UMJ à Dijon sont relativement éloignés l'un de l'autre, ce qui pose régulièrement des soucis d'ordre pratique à l'équipe.

b) L'Unité Médico-Judiciaire : la médecine légale du vivant

« Une Unité Médico-Judiciaire est un service hospitalier où le monde soignant collabore avec le monde judiciaire » selon Isis Hanafi. L'UMJ est chargée d'accueillir et de prendre en charge principalement des victimes et auteurs d'agressions. L'activité du service prend appui sur les réquisitions émanant des structures judiciaires et policières. La notion de réquisition renvoie à celle d'obligation : le personnel médical reçoit l'injonction, par une autorité judiciaire d'exécuter une mission médico-légale. Cette mission arrive chronologiquement après un dépôt de plainte d'une victime dans un commissariat ou une gendarmerie. C'est de là que partira ensuite une réquisition qui déterminera les missions du médecin réquisitionné.

Pour une victime et dans un contexte pénal, les missions de l'expertise comprennent régulièrement de retranscrire les doléances du sujet, de constater les lésions physiques et les traumatismes psychologiques et de fixer une Incapacité Totale de Travail (ITT). L'ITT détermine la durée de la gêne réelle et globale éprouvée par la victime pour effectuer tous les gestes de la vie courante, elle aidera les magistrats à déterminer une peine pour l'auteur de l'agression. Ces éléments sont précisés dans un certificat médical constituant un élément de preuve (certificat de coups et blessures). Dans un cadre judiciaire civil, l'expertise est ordonnée par le juge également, mais à la demande d'une des parties. Cette expertise médicale est réalisée afin d'évaluer le dommage corporel en vue d'une indemnisation de la victime au procès. Pour un gardé à vue, il s'agit d'établir un bilan de santé indiquant si la compatibilité de la mesure de garde à vue est maintenue (certificat de compatibilité avec la garde à vue).

Que ce soit auprès des sujets victimes ou des gardés à vue, le certificat remis par le médecin expert est lourd d'enjeux, c'est pourquoi sa rédaction obéit à des règles rigoureuses. Il doit comporter des données médico-légales tout en restant conforme au secret professionnel. Il est destiné aux autorités judiciaires. Un oubli ou une erreur peuvent être préjudiciables tant pour la victime (négligence ou négation médicale de sa souffrance pouvant être source de survictimisation) que pour le gardé à vue (risque de mort au cours de la mesure de garde à vue).

D'autres missions sont également réalisées au sein de l'UMJ comme la détermination d'âge osseux, les examens médicaux dans le cadre de demande d'asile politique, des examens en vue de mises sous protection des majeurs (curatelle, tutelle), tout autre examen médical ou psychiatrique. Il est important de rappeler qu'aucune activité de soins n'est pratiquée dans une UMJ, sauf urgence vitale.

3 - Présentation du personnel du service de Médecine Légale

a) *Le personnel*

Les services de Médecine Légale dans les CHU de France se séparent généralement en deux services totalement distincts : l'Institut Médico-Légal d'un côté et l'Unité Médico-Judiciaire de l'autre. Les équipes sont alors nombreuses et différentes pour les deux services. A Dijon, la situation est particulière puisque l'équipe est restreinte et doit donc être pluridisciplinaire, jongler entre le domaine de la médecine légale de la mort et celle du vivant.

Au sein de la structure, l'équipe se compose :

- D'un chef de service également médecin légiste et psychiatre ;
- De deux autres médecins légistes ;
- D'un cadre de santé ;
- De deux infirmières ;
- De trois secrétaires ;
- De six agents hospitaliers de la chambre mortuaire ;
- De deux internes ;
- Et de deux externes.

Qu'il s'agisse de l'IML ou de l'UMJ, chacun des services est ouvert 7j/7, 24h/24, c'est un service qui ne dort jamais, où les trois médecins se répartissent les gardes chaque semaine ainsi que chaque week-end afin d'assurer une permanence totale.

b) *Les missions*

Dans le cadre de l'UMJ, les trois médecins du service sont réquisitionnés afin d'effectuer les examens médicaux sur les victimes et les gardés à vues. Ils répondent aux

missions demandées par les autorités judiciaires. Ce sont eux qui rédigent les certificats et qui prononcent une ITT.

Ils sont également amenés à déterminer des âges osseux et à procéder à des examens médicaux en vue des demandes d'asile. Des expertises psychiatriques sont aussi réalisées par le chef du service, également médecin légiste et psychiatre. Ces expertises servent à déterminer la responsabilité pénale d'un auteur au moment des faits.

Dans le cadre de l'IML, ils sont réquisitionnés afin d'effectuer les actes thanatologiques tels que les autopsies, les levées de corps et examen de corps. Ils pourront alors remplir un compte rendu et déterminer, dans le cas où cela est possible, les causes de la mort.

Dans les deux cas, les médecins sont donc des experts auprès des tribunaux. Ils sont tous inscrits sur une liste afin de travailler directement en lien avec la justice, dans le cadre d'expertises judiciaires. Leur relation au sujet est donc différente de celle d'un médecin « classique » puisqu'il intervient au niveau d'une évaluation du préjudice et d'une réparation juridique. De ce fait, ils peuvent être régulièrement appelés afin de rendre compte à la barre en Assises. Ils peuvent également participer aux reconstitutions de meurtre.

Les internes et les externes sont présents afin d'assister les médecins dans leurs tâches quotidiennes. Ils réalisent certains actes sous la supervision du médecin et parfois, ils peuvent également les soulager dans d'autres tâches. De plus, les internes participent aux gardes en binôme avec un médecin.

Les infirmières accueillent les sujets et préparent le dossier médical qui sera ensuite repris par le médecin. Elles assistent en binôme à tous les examens avec les médecins. Lors des consultations d'agressions sexuelles, elles sont chargées des prélèvements toxicologiques,

bactériologiques, trithérapie, etc. Elles réalisent ensuite, accompagnées du médecin, une visite un mois après la première afin de rendre les résultats des prélèvements aux patients.

Les secrétaires organisent l'ensemble du fonctionnement du service comme la présence des médecins par exemple. Elles prennent en charge les appels téléphoniques, la rédaction de courriers à faire parvenir aux victimes (résultats d'examens, etc.), l'archivage des documents (certificats de coups et blessures volontaires, etc.).

Les agents de chambre mortuaire assurent l'accueil téléphonique et physique des familles des défunts. Ils préparent les corps des défunts en effectuant une toilette mortuaire de façon à présenter le corps aux familles. Ils assistent également les médecins légistes lors des autopsies : ils préparent les instruments et secondent le médecin, ensuite ils restaurent les tissus endommagés par l'autopsie puis recousent après l'opération.

4 – Détermination du problème posé :

L'Unité Médico Judiciaire est une structure en lien direct avec la justice et les forces de l'ordre ; elle travaille en grande majorité dans l'urgence ou bien, dans un délai très court après qu'une agression ait eu lieu. L'urgence, l'ordre et la justice sont des facteurs qui rendent les consultations particulièrement oppressantes à la fois pour le professionnel mais aussi pour la victime car le temps est restreint (auteur en garde à vue par exemple) et le certificat remis est lourd d'enjeux (détermination de l'indemnisation de la victime au civil et de l'infraction de l'auteur au pénal). Le médecin doit donc être le plus précis possible afin de répondre justement à sa mission. C'est pourquoi les consultations médico-judiciaires peuvent sembler plutôt « directes » vues de l'extérieur. Cette remarque nous a amené à réfléchir de manière plus précise sur ce ressenti que nous avons eu : à quoi le patient s'attend-t-il lorsqu'il vient en consultation en médecine légale ? Quelles conséquences cela peut-il avoir sur lui ? Se sent-il

assez écouté ? Serait-il nécessaire d'intégrer un professionnel capable d'atténuer le côté « direct » de la consultation médico-judiciaire ? Ce sont des questions que nous nous sommes posés dans le premier temps de ce travail et auxquelles nous tenterons de répondre.

D'autre part, le rôle du médecin légiste par rapport à la dimension psychologique nous a beaucoup questionnés durant le stage. Quelles sont les limites de la fonction du médecin légiste lorsqu'il s'agit de la psychologie ? Est-ce possible d'évaluer le retentissement psychologique ? En effet, au sein de cette UMJ, le médecin a le rôle, entre autre, d'analyser et de prendre en charge des victimes, en vue de déterminer et chiffrer les conséquences physiques et psychologiques liées aux infractions subies au regard de l'ITT. La question que nous nous sommes posées est la suivante : qu'est-ce que le retentissement psychologique et par qui doit-il être évalué, s'il peut être évaluable : médecin légiste, psychologue ? Car si le médecin est indispensable à l'évaluation somatique, il peut être discutable quant à l'évaluation d'ordre psychologique.

Ces différentes questions élargissent à une plus grande concernant la difficulté de la pluridisciplinarité au sein d'un même service. Dans un service qui comprend déjà des secrétaires, des médecins, des infirmières, des internes et des étudiants : quelle pourrait être la place du psychologue ? Au milieu de toutes ces professions hospitalières, quelles seront l'acceptation et les échanges entre professionnels ? Quelle collaboration pourrait être envisagée pour que chacun trouve sa place ? Pour répondre à toutes ces questions, nous définirons d'abord les missions et les champs de compétence de chacun au sein d'une Unité Médico-Judiciaire. Et pour mieux envisager toutes ces questions, nous nous sommes tournés vers différents psychologues exerçant dans diverses UMJ en France afin de les interroger sur leurs missions, leur place et leur collaboration avec l'équipe. Grâce à leurs réponses, nous pourrions peut être éclaircir les raisons de l'absence du psychologue à l'UMJ de Dijon.

A partir de ces diverses analyses : les champs de compétence de chaque professionnel, nos observations concernant la place de la dimension psychologique et les dires d'autres psychologues, nous pourrions déduire divers rôles que pourrait tenir le psychologue dans cette UMJ, et plus particulièrement lors des consultations à visée de détermination d'ITT : pour qui, pour quoi, dans quelle perspective ? Une position thérapeutique est-elle tenable dans ce cas ? C'est par ces différentes questions et les propositions mises en œuvre que nous concluons ce travail.

II – La victime face à la consultation médico-judiciaire(ITT) :

Lors de notre arrivée dans le service, notre intégration s'est faite naturellement. S'agissant d'une structure hospitalo-universitaire avec un objectif de formation de futurs professionnels, de nombreux stagiaires sont reçus et très vite intégrés. Le service ne comprenant pas de psychologue et étant composé à la grande majorité de médecins et infirmières, nous nous attendions à une certaine incompréhension de notre venue, ce qui ne fût pas le cas. En effet, au sein du service, les professionnels avaient déjà échangé auparavant sur la nécessité ou non d'intégrer un psychologue à l'équipe, ce ne fût donc pas surprenant. Intégrer un psychologue dans une équipe de médecins et d'infirmiers n'est pas toujours évident, c'est pour cela que ces derniers se questionnent sur l'apport de ce professionnel dans un service comme le leur. C'est alors avec intérêt que chacun nous a invités à s'immiscer dans ses missions afin que nous puissions nous imprégner du fonctionnement de la structure.

Nous avons alors pu contempler l'ensemble des activités du service, que ce soit à l'UMJ mais également à l'IML. Au sein des deux structures, notre participation a été diverse : levées de corps, examens de corps et autopsies, mais nous avons surtout observé de nombreuses consultations d'expertise accompagnée des médecins légistes. Ces consultations avaient, pour la plupart, le but de déterminer une ITT au vue de ce que les sujets victimes d'agressions présentent comme retentissement fonctionnel et psychologique.

Les victimes attendent beaucoup de ces consultations qui sont capitales. Lors de notre stage nous avons été interpellés par l'anxiété que présentaient certaines victimes face à cette consultation qui reste la pratique quotidienne du médecin. Il y a un certain décalage entre la victime qui vit certainement un des pires moments de sa vie et le médecin qui remplit sa

mission quotidienne. Par conséquent, nous avons parfois eu le sentiment que ces consultations étaient trop « *directes* » et c'est donc ce ressenti-là qui va faire l'objet de notre recherche dans un premier temps. Nous tenterons de comprendre quels sont les attentes de la victime par rapport à cette consultation et quels éléments peuvent avoir des conséquences psychologiques sur elle.

1- Des enjeux conséquents

Il faut savoir que, lorsque la victime arrive dans les locaux de l'UMJ, elle est aux prises d'un véritable « *parcours du combattant* », qu'il soit judiciaire ou psychologique. Il y a d'abord l'agression, puis le dépôt de plainte, suivi de l'examen médical. La personne victime doit, sur le plan pratique, se déplacer (commissariat, hôpital), et sur le plan psychologique, relater et répéter les circonstances de l'agression, répondre aux questions de la police et des médecins. Toutes ces démarches demandent énormément d'énergie, de ressources, et sont régulièrement ressenties par la victime comme des traumatismes supplémentaires aux faits qu'elle a subis.

Les consultations médico-judiciaire constituent l'examen des victimes ou des mis en cause dans le cadre de procédures judiciaires. Elles ont lieu, en majorité, dans l'urgence ou peu de temps après une agression lorsque c'est une demande pénale, et peuvent avoir lieu des années après l'agression lorsque c'est une demande civile. Lors de ces consultations, le médecin légiste procède à un examen médical en vue de constater toutes les lésions physiques qu'a ou qu'aurait pu laisser l'agression et les met en lien avec les doléances et le discours du sujet. Le discours du patient permettra également au médecin d'évaluer le retentissement psychologique. Ces consultations sont effectuées en vue de déterminer une Incapacité Totale de Travail (ITT) lors d'une procédure pénale ou une Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) lors d'une procédure civile :

- l'ITT est une notion pénale qui correspond à la gêne réelle et globale éprouvée par la victime pour effectuer certains gestes de la vie courante.
- l'AIPP est une notion civile qui correspond à la réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel dont reste attente la victime.

Afin de déterminer ces deux notions, le médecin doit effectuer un constat lésionnel descriptif et exhaustif des conséquences de la violence subie. Cette 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, l'infraction elle-même dépend du constat médical dans le cadre de la qualification pénale 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. Si l'ITT établie est inférieure à 8 jours, la qualification pénale sera une contravention et l'auteur sera jugé par le tribunal de police. Si elle est établie supérieure à 8 jours, alors la qualification pénale sera un délit et il sera jugé par le tribunal correctionnel. Si l'infraction est un viol ou autre crime, il sera directement jugé en cour d'assises.

Après leur passage au commissariat, les victimes sont donc encouragées à se rendre à l'Unité Médico Judiciaire pour cette consultation avec un médecin légiste. Cependant, pour la plupart, ce service et ces consultations sont parfaitement inconnus, ce qui ajoute une source d'angoisse aux victimes. Bien souvent, lorsqu'elles arrivent dans le service, elles sont noyées sous les informations et ne mesurent pas vraiment l'ampleur de ce qu'elles sont en train de vivre. En général, une des seules informations qu'elles retiennent est le poids décisif de la consultation et du certificat. Cette consultation est lourde d'enjeux puisqu'elle déterminera,

soit la qualification de l'infraction de l'auteur, soit l'indemnisation de la victime, c'est une des premières raisons pour laquelle elle peut être source d'angoisse pour la victime.

De plus, il peut y avoir une confusion entre Incapacité Totale Travail et Arrêt de Travail qui peut stresser certaines personnes qui ne souhaitent pas arrêter de travailler. Cependant, l'ITT est complètement indépendante de l'activité professionnelle exercée ; l'ITT peut être de huit jours sans que la personne ne soit obligée d'arrêter son travail. Il est donc important de bien définir les termes employés car les victimes croulent sous de nouvelles informations qui ne sont pas toujours clarifiées.

Les victimes sont dans un contexte très particulier où beaucoup d'informations leur sont données avant la consultation. Elles ne perçoivent pas toujours l'enjeu exact, mise à part qu'il est important. C'est une des premières raisons pour laquelle la victime peut émotionnellement vivre difficilement sa venue à l'Unité Médico Judiciaire.

2- Mais qui est ce médecin ?

« *Pourquoi un médecin légiste ? Je ne suis pas morte !* ». C'est une question que la plupart des victimes doivent se poser. L'appellation « légiste » peut surprendre, voir effrayer. En effet, une grande majorité de la population, bien aidée par l'idée que véhiculent les médias (en particulier les séries Américaines), se persuadent encore que le médecin légiste est un professionnel froid et insensible qui s'occupe uniquement d'ouvrir des cadavres. Nombreux sont ceux qui ignorent que le médecin légiste, auxiliaire de justice, a aussi un rôle clinique, avec pour mission d'éclairer le magistrat sur des faits d'ordre médical sur des victimes de violences, *vivantes*, et c'est même ce qui représente la majorité de son activité. S'il n'y a aucune explication en amont de la consultation, ce quiproquo peut être un facteur d'angoisse chez le sujet. Ce dernier se questionnera sur la gravité de sa situation puisqu'il pourrait penser que le médecin légiste est le professionnel que l'on rencontre en dernier recours lorsqu'il n'y

a plus d'issues. Cette rencontre n'est donc pas anodine pour la victime, tandis qu'elle est courante pour le médecin. Celui-ci doit donc être vigilant et ne pas laisser installer une sorte de « routine » dans sa pratique professionnel, afin qu'il puisse prendre le temps d'expliquer en quoi consiste son métier de légiste.

La relation médecin/ patient qui se joue lors d'une consultation médico-judiciaire est une relation particulière, différente de ce que nous retrouvons habituellement dans un service de médecine. La consultation médico-judiciaire représente à la fois la justice et l'hôpital, dans leurs missions respectives de service public qui portent les valeurs de la communauté. Même si, dans l'imaginaire des victimes, la justice et l'hôpital sont investis comme des lieux de reconnaissance et de réparation, elles ont parfois du mal à comprendre leur fonctionnement commun et cela peut porter à confusion.

Tout d'abord, cette consultation en UMJ n'est pas une demande que la personne a préalablement formulée mais un rendez-vous « *imposé* » par la Justice ou par les forces de l'Ordre suite à une agression, quel qu'elle soit. Cela signifie que la consultation avec le médecin légiste a lieu peu de temps après le passage de la victime au commissariat (dans un cadre pénal) et elle risque de ne pas toujours bien percevoir la différence entre le rôle du policier et celui du médecin, puisque ce dernier travaille en lien étroit avec la justice. C'est une confusion qui peut avoir un impact colossal sur la suite de la procédure, d'autant que le médecin est celui qui délivre le certificat qui atteste des coups reçus. Premièrement, il n'est pas impensable de se demander si certaines victimes ne « *gonflent* » pas leurs témoignages car elles connaissent la valeur de l'enjeu du certificat. Plus elles dénoncent de coups, plus leur agresseur risque gros. C'est en ça que le médecin endosse par moment la casquette du policier puisque les victimes peuvent le voir comme celui qui va décider de leur sort judiciaire, et du sort de leur agresseur. Deuxièmement, la machine judiciaire est effrayante pour de nombreuses victimes, en

particulier pour les femmes victimes de violences conjugales qui mettent des années avant de porter plainte. Lorsqu'elles trouvent le courage de se lancer, elles ne contrôlent plus et ont peur des conséquences, ce qui engendre parfois une censure de leur histoire. Elles refusent de trop se dévoiler à quiconque travaillant avec la justice, médecin de l'UMJ compris.

Ce cadre judiciaire place donc le médecin dans une fonction particulière qui est inhabituel pour le patient puisque le médecin n'a pas pour mission de soigner la personne qu'il reçoit en consultation. « Celui qui soigne n'est pas celui qui expertise ». En effet, lorsqu'une personne est orientée vers l'UMJ de Dijon, elle se trouve dans une démarche judiciaire à la suite d'un dépôt de plainte. Les médecins vont intervenir pour faire un constat des lésions, évaluer le retentissement fonctionnel et psychologique... Mais *« l'urgence n'est plus d'ordre médical, elle est d'ordre judiciaire, les services de police ou de gendarmerie ayant besoin de connaître dans les plus brefs délais l'importance des blessures présentées par la victime »* selon Annie Soussy. Etablir un diagnostic et soigner les blessures n'est pas l'objectif des médecins légistes présents en UMJ et c'est parfois ce qui peut déranger et questionner les consultants, qui peuvent se sentir instrumentalisés. Si le médecin ne me soigne pas, pourquoi je vais le voir ? Qu'est-ce que cela va m'apporter de faire constater mes blessures ? Autant de questions auxquelles le médecin doit prendre le temps de répondre.

On l'aura compris, la place du médecin légiste, auxiliaire de justice, à l'UMJ est particulière et fait émerger de nombreuses interrogations chez les victimes reçues dans les locaux de la structure. *« Pourquoi un légiste ? Quel est réellement son rôle dans le processus judiciaire ? Pourquoi il ne me soigne pas ? »* Ces interrogations sur le partenariat santé/justice peuvent angoisser davantage les victimes, ou encore peuvent engendrer certains biais durant la consultation. Il est donc important que le médecin prenne le temps d'expliquer son rôle et de rassurer la victime sur le déroulement de la consultation. Il est l'un des premiers protagonistes à intervenir sur ce qui est sûrement l'évènement le plus destructeur de la vie de

beaucoup de victimes, il doit alors être très vigilant, empathique tout en restant dans le cadre de sa mission.

3- Les difficultés de l'examen clinique

Dans un premier temps, il est donc important de bien poser les questions et de s'intéresser à ce qu'il s'est passé afin de mettre la personne en confiance car la suite de la consultation peut être traumatisante pour la victime. Effectivement, après avoir relatée son agression, la victime devra subir un examen corporel afin que le médecin puisse rechercher des traces de violences (ecchymoses, hématomes, morsures...) qu'il décrira très précisément (taille, couleur, situation).

Les positions d'examen et les gestes techniques peuvent être ressentis comme agressifs, ressemblant à la situation abusive. D'ailleurs, la reviviscence, parfois insoutenable de la situation de violence peut aller jusqu'au refus de l'examen corporel. Cela est particulièrement vrai dans les cas de victimes de violences sexuelles où le médecin doit également procéder à un examen gynécologique. Cette intrusion peut être très mal vécue par les femmes, tel un second traumatisme puisque leur rapport au corps se trouvent totalement modifié. Il faut également que le médecin précise qu'en l'absence de lésions, de « traces », cela ne signifie pas qu'il ne s'est rien produit. Lorsque le professionnel dit qu'il ne voit aucune lésion, la victime peut penser qu'il remet sa parole en doute. Un viol peut ne pas laisser de traces physiques, il est important de bien le souligner. De plus, pour les femmes victimes de violences sexuelles, le médecin parlera d'ADN, de sperme, de maladies sexuellement transmissibles, il lui fera des écouvillons, des prises de sang, lui prescrira des médicaments... Enormément d'informations seront données aux victimes, qui, dans la tourmente, ont momentanément perdues leurs capacités de réflexion, animées par la sidération qui suit le choc. Il est donc important de prendre le temps de tout leur expliquer.

Les examens de femmes victimes de violences conjugales sont également très difficiles pour elles, car, en énumérant toutes leurs blessures et leurs lésions pendant l'examen du corps, ça ne fait que leur rappeler le nombre de coups qu'elles ont reçu. Cet examen est donc relativement délicat et peut être très violent pour la victime.

Malgré toutes ces difficultés qui rendent le travail du médecin délicat, la pudeur est respectée au maximum lors de cet examen pour que la victime se sente le plus à l'aise possible : déshabillage du bas ensuite du haut, paravent, limite de personnes dans la salle de consultation...

La procédure pénale renferme maladresse, brutalité, et parfois violence quand certaines pratiques reproduisent inconsciemment le système agresseur et agissent comme de véritables récidives de la négation de la personne. C'est pour cela qu'afin de ne pas réaliser un traumatisme supplémentaire, l'examen doit se dérouler dans le calme et avec la disponibilité nécessaire. L'examen peut être thérapeutique si le médecin met en confiance la victime, lui explique le déroulement de l'examen, tout en restant vigilant de son état psychologique. Le médecin doit prendre le temps nécessaire à la victime afin qu'elle soit le plus à l'aise possible et il doit être attentif à ne pas se laisser envahir par un discours d'expert médical qui serait incompris par la victime et la déstabiliserait davantage. C'est parfois la difficulté qu'ont certains médecins qui refusent de rentrer dans l'empathie afin d'être le plus neutre possible. Pour cela ils évitent de rentrer psychiquement avec la personne et s'en tiennent strictement à leur mission, ce qui peut blesser certaines victimes. Le paradoxe étant, que la plupart des missions leur ordonnent d'évaluer un retentissement psychologique. Mais comment évaluer une telle dimension si on refuse d'y accéder pleinement ? Quelles sont les limites du légiste dans l'évaluation du retentissement psychologique ? Faut-il un autre professionnel qui apporterait une dimension différente et complémentaire ? C'est ce que nous tâcherons de développer dans la prochaine partie.

III- Quelle prise en charge judiciaire des séquelles psychologiques ?

Lors de l'examen médico-légal, nous avons précédemment vu que le médecin légiste recueille les doléances de la victime et procède à un examen somatique où il décrit les blessures subies par la victime afin de déterminer une Incapacité Totale de Travail (ITT). Ces constatations serviront à évaluer le retentissement fonctionnel qui s'avère être généralement la première partie de la mission confiée au médecin par la Justice. La seconde partie de la mission du médecin porte sur le retentissement psychologique : le médecin légiste est chargé d'évaluer l'état psychologique de la victime après son agression. Cette notion de retentissement psychologique nous a interpellés lors de notre stage et nous allons en développer les raisons.

1- Qu'est-ce que le retentissement psychologique ?

A l'occasion du rapport Mondial sur la violence et la santé en 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fait apparaître la notion de dommage psychologique dans sa définition de la violence. En France, c'est la loi du 9 juillet 2010 qui introduit le délit de violences psychologiques dans le Code Pénal : « *les violences sont réprimées quel que soit leur nature, y compris les violences psychologiques* ». La composante psychologique est donc reconnue pénalement comme inhérente aux faits de violence.

Le principal marqueur de l'évaluation médico-légale des violences subies est l'Incapacité Totale de Travail. L'ITT est inscrit dans le Code Pénal en 1994 mais elle n'est pas clairement définie, seule la jurisprudence la définit comme étant « *la durée de la gêne fonctionnelle éprouvée par la victime pour effectuer les gestes de la vie courante* ». Cette définition est strictement fonctionnelle. Il faudra attendre octobre 2011 pour que la Haute Autorité de Santé (HAS) consacre une importance égale à l'évaluation des troubles

somatiques et psychiques suite à une agression. Les médecins ont bien compris cette demande et ils s'accordent avec les psychologues à dire que l'importance des répercussions psychologiques, quelques soient les violences subies n'est plus à démontrer. Elles sont mêmes souvent décrites comme étant les plus graves par les victimes elles-mêmes. Tout traumatisme physique s'accompagne d'un traumatisme psychique plus ou moins sévère et dont l'expression reste très variable d'un individu à l'autre. Admettre cela, c'est voir l'humain dans son ensemble et non plus un corps dissocié d'un esprit. L'attribution de cette ITT d'ordre psychologique participe au bon déroulement de la procédure judiciaire mais également à la reconnaissance sociétale du statut de victime : même si physiquement, la victime est intacte, il arrive dans de nombreuses agressions que psychiquement, elle soit souvent lésée de blessures, difficile à panser.

La part du psychologique qui se joue suite à une agression n'est donc plus discutable et elle est traitée au même titre que la part somatique. Cependant, lorsque l'on parle de retentissement psychologique, de quoi parlons-nous ? Est-ce que l'on parle du retentissement psychologique présent dans toutes les agressions auquel cas, il s'agirait d'un processus automatique, « normal » ? Ou est ce qu'il s'agit plutôt d'un processus pathologique où le retentissement psychologique devient un véritable état de stress post traumatique ? Selon que ce soit l'un ou l'autre, les critères diagnostics ne seront pas les mêmes et le repérage se fera donc différemment.

Concrètement, à la suite d'un évènement traumatique, on peut distinguer trois phases sur le plan clinique d'après les cours donnés par Mr Louis Crocq :

- « La phase immédiate (quelques heures à une journée) : elle peut être dénommée stress. Ce stress peut être adapté, ou dépassé avec sidération, agitation, fuite panique et action automatique.

- La phase post immédiate (ou troubles de stress aigu dans le DSM 5) : deux à trente jours après l'agression : deux éventualités s'offre à la victime : soit elle effectue un retour à la normale (extinction progressive des symptômes, esprit n'est plus monopolisé par l'évènement), soit elle évolue vers une névrose traumatique (persistance des symptômes de déréalisation, l'esprit est monopolisé par l'évènement, apparition de symptômes de répétition)
- La phase chronique (> à trente jours) : c'est la période de mise en place de la névrose traumatique (trouble de stress post traumatique dans le DSM 5) avec des reviviscences involontaires et itératives (images, souvenirs, cauchemars), une altération de la personnalité (état d'alerte, sursauts, repli sur soi...) et des symptômes non spécifiques (asthénie, anxiété, phobie...)

De par ces trois phases, on remarque bien qu'il est possible de glisser du « normal » vers le pathologique, et à ce moment-là, ce ne sont plus les mêmes critères qui rentrent en jeu. Les caractéristiques de la pathologie se mettent en place après un certain laps de temps, ce qui va poser problèmes pour évaluer le retentissement psychologique et c'est ce que nous allons développer dans la prochaine partie.

2- La difficulté d'évaluation du retentissement psychologique

Si les médecins se chargent d'évaluer le retentissement psychologique, c'est parce que les conséquences psychotraumatiques que nous avons précédemment vues peuvent avoir un impact particulièrement grave sur la santé psychique et physique de la victime et, s'ils ne sont pas pris en charge spécifiquement, ils vont se chroniciser et pouvoir durer des années, voire toute une vie. Malgré cela, on remarque encore de grandes disparités dans les pratiques d'un service de Médecine Légale à un autre sur la fréquence des cas où l'état psychologique est évalué et à l'importance qui lui est accordé. Cette disparité pose la question de la difficulté d'évaluation de cet aspect-là.

Une des premières difficultés à laquelle se confrontent les médecins pour évaluer les répercussions psychologiques d'une agression est l'individualité. En effet, chaque victime ne présente pas systématiquement la totalité du tableau sombre présenté précédemment ; chacune d'elle est différente, chacune a sa propre histoire, sa propre personnalité, sa propre famille qui font que leurs réactions ne sont pas identiques face à un même événement traumatique. Chaque victime « digère » l'évènement en fonction de sa propre histoire. Il y a des victimes qui vont surmonter des événements lourdement traumatiques sans être vraiment traumatisées et d'autres qui vont être témoins d'une scène moins difficile mais qui vont développer un état de stress post traumatique. Certaines peuvent se conforter dans un schéma négatif, se créer une image dégradée d'elles-mêmes. Il est donc difficile pour un professionnel de s'adapter à chaque histoire, d'autant plus dans un cadre judiciaire. En effet, à l'UMJ, les médecins rencontrent les victimes qu'une seule fois et en une seule rencontre, il apparaît compliqué de reconnaître tous les mécanismes en jeu et de cibler la personnalité d'une personne.

D'autant que, comme introduit dans la partie précédente, les symptômes d'un état de stress post traumatique peuvent apparaître plusieurs semaines après l'évènement traumatique, ce qui ne coïncide pas avec le temps entre l'évènement et la consultation à l'UMJ qui intervient généralement au maximum une semaine après l'agression. Ce qui implique que lorsque les médecins rencontrent la victime à la consultation médico-judiciaire, elle peut être dans la phase où le stress est au maximum, ce qui ne veut pas dire qu'il évoluera en état de stress post traumatique. A l'inverse, la victime peut ne présenter aucun symptôme de stress aigu à la consultation mais peut glisser vers des symptômes pathologiques une fois qu'elle aura pris conscience de ce qu'elle a vécu, quelques temps après la consultation. Après un tel événement, des difficultés psychologiques peuvent apparaître immédiatement ou après quelques mois et peuvent devenir handicapantes dans la vie quotidienne. Cette évaluation

sous expertise judiciaire est donc particulièrement complexe, en particulier du fait de l'impossibilité de déterminer a priori les éventuelles séquelles psychologiques à long terme, du temps d'évaluation restreint pour comprendre la dynamique d'une personne et de la place de l'agression dans son histoire. Un médecin sera dans l'obligation de caler une ITT précise le jour de la consultation, conscient tout de même que cela peut ne pas être représentatif de l'évolution du sujet victime. C'est là toute la difficulté, voire l'impossibilité d'établir un état psychologique figé d'un patient, en ne le rencontrant qu'une seule fois.

L'évaluation d'une ITT d'ordre psychologique est un exercice également difficile car les médecins ne peuvent pas s'appuyer sur des faits concrets pour se prononcer dans leur compte-rendu. En effet, les blessures psychiques sont sans cicatrices visibles, ni blessures apparentes : il n'y a ni dermabrasions, ni tuméfactions, ni ecchymoses sur le corps de la victime. Les bleus de l'âme ne se voient pas, ne se quantifient pas, ne se « palpent » pas. Nous pouvons estimer l'étendu de ces blessures et leur évolution mais nous ne pourrons jamais en être catégorique. De plus, comme cette dimension est subjective, il n'existe pas de recommandations sur les modalités concrètes de la détermination de l'ITT psychologique.

Certains ont mis en place des outils d'évaluation (grilles, échelles, etc.) pour tenter de quantifier l'inquantifiable. D'autant que cela signifierait que nous pouvons placer des gens dans des cases sans prendre en compte leur individualité. Ces outils peuvent être d'une aide précieuse mais il faut faire le deuil d'une donnée chiffrée lorsque l'on parle de séquelles psychiques. Ces tests doivent toujours être accompagnés d'une discussion avec la victime et à travers cette discussion, essayer d'avoir une réflexion sur les faits, et sur ce qu'elle souhaiterait voir se réaliser à court et moyen termes. Le but de ces questions est d'évaluer l'état d'esprit de la victime, son ressenti, notamment quand la personne mise en cause est un proche. A travers ses souhaits, par exemple, ne plus revoir l'agresseur ou alors si elle n'est pas au clair avec la relation, c'est le retentissement psychologique des faits en cause qui apparaît.

Il nous revient, face à certains comportements, une personne prostrée ou au contraire, très agitée, de prendre le temps de laisser la victime parler si elle le souhaite afin d'évaluer le retentissement psychologique des événements vécus.

Définir une ITT psychologique est un exercice très difficile puisque la définition même de l'ITT reste très fonctionnelle. C'est une gêne de la vie courante qui doit nous empêcher de nous habiller, de manger, de se laver, etc. Les médecins considèrent, pour la plupart, que la souffrance psychique ne nous empêche pas, de manière fonctionnelle de réaliser ces actions-là. C'est-à-dire que des personnes en extrême souffrance après une séquestration ou autre agression, mais n'ayant pas reçu de coup, ne pourra pas prétendre à une ITT supérieure à trois jours alors que chaque jour de sa vie est une bataille. Les atteintes physiques ne sont pas les seules à retenir : les atteintes psychiques devraient être constitutives d'une ITT dès lors qu'elles entraînent une incapacité à exercer un travail corporel quelconque des actes de la vie courante, même en l'absence de lésion physique, du seul fait de l'émotion ou du choc nerveux.

Il est vrai que l'évaluation du retentissement psychologique, souvent effectuée très tôt après les faits, ne reflète peut être pas l'ampleur exacte de l'impact du traumatisme vécu. De nombreuses difficultés mettent à mal l'évaluation comme le temps, l'ambiguïté sémantique, absence de recommandation sur la détermination de l'ITT, etc. Mais, dans tous les cas, cette évaluation doit se faire et devrait se poursuivre à distance, dans la structure ou ailleurs mais nous ne devons pas rester sur une seule évaluation.

Evaluer les séquelles psychologiques et établir une ITT n'est donc pas une tâche si simple. Le médecin censé effectuer ce travail peut ne pas être à l'aise dans cette tâche, voire se sentir incompetent. Il n'est pas évident d'inscrire cette évaluation dans le cadre d'une activité habituelle du légiste et un travail commun avec un autre professionnel peut être envisageable.

IV- Les différents professionnels face au retentissement psychologique

On pourrait penser que la question de l'évaluation psychique d'un patient relève du psychiatre et du psychologue. Pourtant, ce sont des missions données le plus souvent, aux médecins légistes. Cependant, ces derniers ne se sentent pas toujours qualifiés pour réaliser ce travail. Certains médecins légistes en France se sentent en difficulté et passent le relai à un psychologue. D'autres n'acceptent pas de suppléer car cela fait d'eux uniquement des « constatants » de blessures physiques et se sentent capable de réaliser cette mission.

La prise en compte des aspects psychologiques d'un patient fait partie d'une obligation de santé. Pour autant, les prérogatives, fonctions et limites d'action des trois principaux acteurs exerçant dans le champ de la santé (médecin, infirmier, psychologue) restent mal définies par les textes officiels. Dans le contexte de l'accompagnement d'une victime d'agression par une équipe multidisciplinaire, tous les professionnels sont confrontés à la psychologie du patient. La question consiste alors à déterminer ce qui dans l'accompagnement de ces patients relève du champ de chaque profession.

1- Les limites du légiste dans l'évaluation du retentissement psychologique

Lors des consultations médico judiciaires, le médecin légiste a pour mission d'évaluer le retentissement fonctionnel mais également le retentissement psychologique. Cependant, il se heurte bien souvent à certains inconvénients qui peuvent mettre à mal cette mission. Nous l'avons précédemment rappelé, la détermination d'une ITT psychologique est un exercice rude, mais en plus, de cette épreuve, le médecin légiste semble limité, à la fois par les contraintes institutionnelles et par ses propres limites professionnelles pour mener à bien sa mission.

Tout d'abord, deux missions bien différentes et à la fois étroitement liées sont confiées au médecin. Dans sa double tâche d'évaluation du retentissement fonctionnel et du retentissement psychologique, il se trouve alors dans une situation perturbante, à l'allure de « mission impossible ». Le médecin, avec sa compétence médicale, n'a pas pour activité d'origine de se centrer sur l'écoute du patient mais plutôt sur l'écoute de son corps, ce qui est lié mais reste différent. C'est pour cela qu'il favorisera généralement le temps de l'examen corporel qui va lui en apprendre davantage sur l'évolution physique de la victime. Durant cet examen, même si la victime parle de son agression ou de ses émotions, pleure, le médecin doit rester concentré dans le repérage et la description des lésions, ce qui l'empêchera d'entrer psychiquement avec la victime et donc d'approfondir certains aspects psychologiques importants. N'importe quel praticien serait en difficulté face à ces deux lourdes tâches à réaliser à la fois, dans un temps aussi restreint.

Le médecin, attentivement concentré par l'examen corporel et les lésions physiques ne peut donc pas toujours être pleinement à l'écoute de son patient victime. Or, nous avons précédemment noté que, pour tenter d'évaluer les retentissements psychologiques, le professionnel devait accorder un certain laps de temps pour discuter avec la victime afin d'avoir une réflexion sur les faits, et sur ce qu'elle souhaiterait voir se réaliser à court et moyen termes. Les contraintes de l'expertise ajoutées au fait qu'il soit concentré sur l'examen physique font que le médecin ne peut que trop rarement mettre en place une écoute structurée pour explorer pleinement l'état psychique de son patient.

Durant la consultation, nous avons donc remarqué quelques points qui nous ont interrogés à propos de cette notion d'écoute, où le médecin, pris par le temps ou par une compétence qu'il n'a pas complètement, aura tendance à rapidement faire le point sur le ressenti du patient. Il refusera par exemple de connaître la raison de l'agression mais simplement comment cela s'est produit, ce qui vient contredire nos précédentes acquisitions, à

savoir que le patient doit décrire son évènement pour que nous puissions repérer, si possible, les manifestations symptomatiques de l'état de stress post-traumatique. Sans cela, le patient « censure » une partie de l'histoire de son agression et limite l'expression de ses ressentis, ce qui empêche le professionnel d'explorer son état psychique. Cependant, la parole n'est pas toujours bénéfique et parfois parler renforce le sentiment d'impuissance ou crée un état dépressif. La « co-rumination » nourrit les états d'âmes négatifs et ce n'est pas bon. Pour déceler le fonctionnement de la personne qui est en face, il faut donc prendre du temps et être bien formé, ce qui n'est pas le cas dans les consultations médico-judiciaire.

Le médecin demande au patient victime de décrire son ressenti mais il ne l'approfondira pas. Il lui pose alors une à deux questions afin de l'orienter, telles que : « anxieux ? », « triste ? », « en colère ? » puis le patient pense n'avoir d'autres choix que de choisir une de ses qualifications. Le fait d'orienter une réponse de cette manière peut être discutable puisque seul le patient sait ce qu'il ressent. Selon Pierre Benedetto : *« les interviews inductrices orientent la réponse du sujet victime et ne facilite pas l'expression du patient et donc la compréhension de son vécu »*. Puisque le patient n'a pas la libre parole et ne se livre pas avec ses propres mots, il est difficile de réellement définir l'état de sa souffrance. Cependant, dans certains cas, lorsque nous donnons la parole au patient, il refuse de la prendre. A ce moment-là, les différentes propositions peuvent être les bienvenues afin d'aider le patient à mettre en mots l'indicible. Ces questions à titre systématique présentes dans la pratique quotidienne du médecin semblent être problématiques : le médecin peine à se décaler de sa mission médicale, très cadrée et très concrète, pour s'aventurer vers un terrain beaucoup plus abstrait qu'est celui de la psychologie.

Une autre difficulté à laquelle le médecin légiste peut être confronté est celle des violences psychologiques. En effet, de nombreuses violences ne laissent pas ou peu de lésions physiques : pourquoi un médecin légiste dans ce cas-là ? Une femme victime de harcèlement

au travail affirmant que son patron a commencé à lui faire des caresses sur le corps n'a aucune trace visible, aucunes lésions : l'atteinte est psychologique. Pour autant, elle ne rencontrera pas de psychologue, seulement un médecin légiste. C'est également le cas des personnes séquestrées pendant des mois sans aucune violence qui vont physiquement bien mais qui, psychiquement, sont totalement détruites. L'évaluation psychologique par un médecin légiste n'est peut-être pas la consultation la plus adaptée dans ce genre de situation où le professionnel peut se sentir en difficulté ; si, rares sont les agressions physiques qui n'entraînent pas de souffrance psychologiques, il est en revanche plus fréquent de rencontrer des violences psychologiques sans aucun coup porté.

Il y a également le souci des femmes victimes de violences conjugales qui portent plainte des mois, voire des années après les faits et qui n'ont plus aucune trace visible sur leur corps. Le médecin ne sera pas en mesure de constater les répercussions physiques de tous les coups précédents, en revanche, l'emprise psychologique peut encore être présente et un professionnel de l'écoute pourrait apporter un aspect différent afin de déceler l'état de santé psychique de la victime.

2- Les compétences du médecin légiste

Le travail du médecin légiste consiste à fournir aux magistrats des informations qui demandent des compétences médicales suite à un décès, un accident, une agression, ou toute autre circonstance ayant occasionné des dommages corporels. Les médecins spécialisés en médecine légale mettent leurs connaissances médicales et scientifiques au service du droit. Ceci demande une rigueur scientifique, des connaissances parfaites en anatomie et en physiologie. En UMJ, le médecin légiste n'a pas pour fonction de diagnostiquer ou de soigner, il est présent comme « constatant ». Le médecin légiste n'est donc pas initialement formé à des questions d'ordre psychologique. Il peut parfaitement avoir des connaissances de la psyché humaine et s'en servir à bon escient, mais il lui sera plus difficile de capter les

souffrances psychiques d'un patient et d'en imaginer l'évolution, qu'un spécialiste du comportement humain. En revanche, si le médecin légiste est également psychiatre, la question ne se pose plus, il est parfaitement compétent pour répondre à cette mission. Si celui-ci n'a pas de formation précise du comportement humain, il sera plus compliqué de remplir sa mission. Afin d'aider les médecins dans cette tâche délicate s'ils ne se sentent pas en mesure de l'effectuer, il peut être judicieux de compléter l'évaluation avec un psychologue, ce qui apporte une vision complète et complémentaire de la souffrance de la victime.

3- L'apport du psychologue

A l'Unité Médico Judiciaire, les professionnels accueillent les plus grandes souffrances liées à diverses agressions, qu'elles soient physiques, sexuelles et/ou psychologiques. Comme nous l'avons plusieurs fois souligné dans ce travail, une agression entraîne, dans de nombreux cas, des séquelles physiques et psychiques. Pourtant, certaines UMJ en France, dont celle de Dijon, n'ont pas de psychologue dans leur équipe. La prise en charge est donc médico-judiciaire et non pas médico-psycho-judiciaire. La question qu'il se pose alors est : Est-il nécessaire d'avoir un psychologue en UMJ ? Si oui, est-ce que l'évaluation des retentissements psychologiques relève de son domaine ? Ou doit-il se contenter de rester dans une position de soutien pour la victime ?

a) Les compétences du psychologue, en général ?

Afin de répondre correctement à ces questions, il faut dans un premier temps comprendre quels sont les champs de compétence de ce professionnel qu'on intègre dans de plus en plus de structures. En effet, ce métier fait l'objet d'interrogations, en particulier sur son champ d'action compte tenu de la pluralité de ses missions. C'est pourquoi il apparaît opportun de revenir à la définition de la psychologie dont découle le métier de psychologue clinicien afin d'en éclaircir son périmètre d'intervention.

A l'origine, le mot psychologie vient des mots grecs psukhê (la psyché) et logos (la parole). Il s'agit donc de l'étude scientifique des faits psychiques et des comportements. Dans la définition moderne, la psychologie « *vise la connaissance des activités mentales et des comportements en fonction des conditions de l'environnement*» (Larousse). Si nous déterminons le champ de compétence de la psychologie, nous pouvons en sortir certains points selon le site « InforMPsy » :

- **Evaluation** : interaction avec le patient afin de définir quels sont les buts visés et le service qui sera proposé ;
- **Diagnostic** : établissement des caractéristiques spécifiques des individus, des groupes, des organisations et des situations grâce à des méthodes appropriées ;
- **Intervention** : repérage, préparation et mise en place d'interventions adaptées aux buts visés grâce à la mise en œuvre des résultats du diagnostic et des développements ultérieurs ;
- **Relation avec les autres professionnels de santé** : informations données aux réseaux de professionnels entourant le patient de façon telle que leurs besoins et leurs attentes soient respectées ;
- **Formation** : acquisition des compétences de bases et des compétences opérationnelles selon les changements susceptibles de survenir dans le champ d'intervention et les critères et pré requis de la profession de psychologue, des lois et règlements nationaux et européens (formation professionnelle, supervision...) ;
- **Recherche** : conduite de recherche, analyse des données, rédaction d'article et participation à des conférences, colloques et ateliers. »

La circulaire DGOS du 30 avril 2012 relative aux conditions d'exercice du psychologue répartit les missions en trois volets :

- **un volet clinique** : recensement des besoins de prise en charge, définition de l'offre de soins, définition des axes thérapeutiques, interface avec les autres professions dans la prise en charge des patients ;
- **un volet formation-recherche** articulé avec le temps Formation-Information-Recherche (FIR) ;

- **un volet administratif** : participation au recrutement avec la DRH, participation à l'élaboration de fiches de poste.

A travers ces définitions du métier de psychologue, nous pouvons y lire la pluralité des actions qui rend le métier, en théorie adaptable à de nombreuses structures, et en pratique, difficile à la coopération avec d'autres professions, en particulier dans les établissements de santé. Le psychologue n'est pas considéré comme une profession médicale, ni même paramédicale, ce n'est pas un soignant à proprement parler. Le métier de psychologue est un métier « à part », il est comme un « électron libre » qui souhaite être pleinement intégré tout en gardant son autonomie. L'intégration aux équipes médicales et paramédicales est donc parfois difficile.

b) Le psychologue à l'UMJ, en théorie

La place du psychologue à l'UMJ ne fait pas exception à la règle et suscitent encore diverses questions, pourtant ce métier a bien été instauré par une réforme et ses missions ont été réglementées depuis octobre 2001 par la circulaire DHOS/E1 n° 2001-503. Elle décrit qu'« *Afin de répondre aux besoins de l'ensemble des personnes accueillies, patients et familles, les possibilités d'accueil dans les services d'urgence seront renforcées dans le cadre de mise en place de postes de psychologues* ». Leurs missions sont diverses : « *Ces professionnels apporteront aide et soutien à toutes personnes victimes de violences, et d'une façon générale, aux patients et familles qui présentent une situation de détresse psychologique. Ils mettront en place les liens indispensables avec le(s) secteur(s) de psychiatrie, les autres services de l'établissement, avec leurs collègues des services publics de protection de l'enfance et des associations d'aide aux victimes.* ». En second lieu « *L'expérience tirée de ces actions de soutien psychologique doit conduire les psychologues à sensibiliser et soutenir les membres des équipes d'accueil d'urgence, en particulier pour une*

qualité d'accueil de tous patients victimes de violences sexuelles, de maltraitance, ou de personnes en état de souffrance psychologique ou morale ».

En théorie, la place du psychologue à l'UMJ est donc actée, légitime et semble devenir une nécessité dans la prise en charge de la souffrance dans sa globalité. En effet, la présence du psychologue est justifiée car les personnes sont touchées dans leur intégrité, quelle que soit l'agression. En pratique, cette place est plus difficilement intégrable à cause de l'imbrication des différents champs de compétence de chacune des professions exerçant en UMJ. Faut-il que le psychologue soit expert et évalue seul le retentissement psychologique ? Devrait-il plutôt travailler en binôme avec le médecin afin de l'éclairer sur cette question ? Doit-il se contenter de rester à une place de simple soutenant ?

c) Le psychologue à l'UMJ, en pratique

Avant de répondre à toutes les questions précédemment posées, nous nous sommes interrogés sur la pratique du psychologue au sein d'autres UMJ de France afin de tenter une meilleure compréhension de la place qu'il peut tenir au sein d'une structure associant médical et judiciaire. Pour cela, nous avons interrogés certains psychologues de différentes villes à l'aide du questionnaire en annexe 1. Sur douze questionnaires envoyés, nous n'avons eu que quatre réponses, ce qui correspond à un échantillon très restreint. Pour étoffer cette enquête, nous avons mené une recherche internet, en particulier en parcourant les sites de différents CHU de France afin d'y trouver, si possible, d'autres informations concernant la place du psychologue à l'UMJ. Nous avons réussi à réunir les informations de cinq UMJ, en plus des quatre questionnaires.

Ce qui ressort majoritairement c'est la diversité du rôle de psychologue d'une UMJ à une autre. Malgré le fil conducteur de la pratique, ce métier n'est pas encore réellement posé et sa place est encore à déterminer. Sur huit UMJ, un seul psychologue travaille sur expertise judiciaire afin d'évaluer une ITT concernant le retentissement psychologique. Les médecins

sont alors réquisitionnés de leur côté afin d'évaluer les séquelles physiques et le psychologue évaluera par la suite les retentissements psychologiques de l'agression. Ce qui nécessite que le patient soit entendu par deux personnes différentes dans la même structure.

Une autre psychologue se démarque également de par sa fonction, puisque, son poste étant créé par la sécurité sociale, elle travaille dans une démarche de soin. Elle ne réalise ni expertise, ni évaluation. Cependant, selon les besoins du patient, elle réalise des entretiens de soutien ou des psychothérapies plus longues, les suivis sont totalement aléatoires selon les patients allant d'une fois à plusieurs années. Les échanges avec les médecins sont donc limités. Il a simplement été mis en place une plage de rendez-vous rapide d'une heure par jour où le médecin peut envoyer un patient chez la psychologue afin d'avoir son avis. Suite à ce rendez-vous, la psychologue fera un retour au médecin qui pourra alors rédiger son certificat. Malgré le peu d'échanges avec le médecin, il indique à chaque consultation médico-judiciaire la présence du psychologue dans les locaux, puis les patients peuvent prendre rendez-vous.

Au niveau d'une probable intervention en binôme médecin/psychologue, seule une UMJ la pratique dans notre échantillon. Elle participe, en fonction de son emploi du temps, aux consultations avec le médecin, principalement dans le cas d'enfants ou de violences conjugales afin d'établir un contact suffisamment solide pour permettre, si besoin, l'accès à un suivi psychologique. Les femmes victimes de violences conjugales mettent souvent des années avant de déposer plainte, c'est pour cela que lorsqu'elle trouve le courage de le faire, il est impératif de les mettre dans les meilleures conditions afin qu'elles acceptent l'étape suivante : l'aide psychologique. Assister le médecin en consultation va permettre également de l'aider à évaluer le retentissement psychologique et à fixer une ITT. L'échange avec les médecins est bien présent. De plus, au sein de cette UMJ, les médecins envoient les patients auprès de la psychologue lorsqu'ils sentent une certaine fragilité psychologique. La

psychologue ne réalise pas d'expertise mais effectue les suivis et les entretiens de soutien psychologique au rythme moyen de quatre entretiens par patient.

Quatre des psychologues de la recherche ont pour mission d'évaluer l'impact psychologique de l'infraction pénale sur les victimes et de les prendre en charge psychologiquement au cours de la procédure judiciaire, avant de les orienter vers d'autres spécialistes si nécessaire. Les mêmes psychologues se trouvent donc dans le cadre d'une évaluation mais également d'un accompagnement psychologique ou ils ne rencontrent les patients que quelques fois selon leurs besoins. C'est ce qu'on appelle une consultation centrée sur le psycho-traumatisme.

Une seule des psychologues travaille à 80 % à l'UMJ, le reste du temps elle ne réalise que des consultations centrées sur le psycho-traumatisme dans un autre hôpital. Cela lui permet de mettre en place un suivi à plus long terme avec certains des patients rencontrés dans le cadre de l'UMJ.

Dans la quasi-totalité de nos recherches un entretien auprès de la psychologue peut être proposé à l'issue de la consultation médico-légale à une victime d'agression qui a été confrontée à un événement traumatique pénible et qui souffre d'un stress important. Cette proposition de prise en charge se veut confidentielle : la psychologue agit dans le cadre d'une mission d'accompagnement et non dans le cadre d'une réquisition judiciaire. La victime bénéficiera auprès de la psychologue d'une écoute attentive et d'une aide sur les symptômes induits par l'évènement traumatique : reviviscence sous forme de flash-back de l'agression, troubles du sommeil avec cauchemars ou insomnies, angoisse à croiser de nouveau une personne hostile ou perçue comme menaçante, perte de confiance en soi ou en les autres. L'objectif de la prise en charge est d'aider à surmonter le traumatisme psychique afin de réduire l'impact émotionnel et l'anxiété qui peuvent en résulter et permettre de restaurer une estime et une confiance en soi ainsi qu'envers les autres.

Parmi les huit psychologues, aucun n'effectue de soutien pour l'équipe médicale et paramédicale de la structure qui peut parfois éprouver certaines difficultés émotionnelles.

La plupart des psychologues de l'UMJ perçoivent leur métier comme une évolution, ils se sentent essentiels mais leur intégration reste compliquée en fonction de la sensibilité du médecin à la psychologie.

En conclusion, le métier de psychologue à l'UMJ est encore en pleine évolution et en pleine construction. Cette diversité et ce flou présents dans nos recherches reflètent la difficulté d'insertion du psychologue. On remarque alors que différentes méthodes sont mises en place ainsi que différentes interactions avec le reste de l'équipe, suivant la sensibilité des uns et des autres à leurs professions différentes.

Ces différentes méthodes ne veulent pas établir qu'une partie du chemin conceptuel n'est pas possible de concert, même si des différences de fond existent aussi, mais ce cheminement conjoint suppose impérativement une estime et un respect réciproque entre les représentants de chaque discipline somatiques et psychiques. D'après les visions différentes de chaque service d'UMJ, nous avons pu mettre en place notre propre vision de la place du psychologue.

4- Une vision personnelle de la place du psychologue à l'UMJ

Les personnes victimes ne sont pas touchées que physiquement mais elles sont également blessées dans leur intégrité, quelle que soit leur agression, d'où l'intérêt d'avoir un psychologue à disposition. Toute agression provoque, à différents degrés, un traumatisme. Prendre en charge ce traumatisme le plus tôt possible permet d'éviter la sidération, voire la dissociation. Il est donc important qu'un professionnel du psycho-traumatisme soit présent dès le départ de l'évènement traumatique afin d'évaluer la possible évolution du traumatisme.

Selon nous, dans ces situations d'urgence, où le rôle de chacun doit rester cadré et délimité, quand le médecin est désigné par la justice pour effectuer un certificat, le

psychologue doit, dans l'urgence ou plutôt dans l'immédiateté de l'évènement traumatique, avoir une fonction thérapeutique qui ne pourra se limiter à l'apaisement de l'angoisse, mais au-delà, et abaisser le pouvoir pathogène d'une image de soi comme morte en favorisant la liaison avec les représentations de l'inconscient.

La mission principale du psychologue dans un service comme celui-ci serait alors de réaliser des consultations centrées sur le psycho-traumatisme. Cette consultation serait proposée par le médecin expert au patient qui décidera d'en faire la démarche ou non. S'il accepte, s'engagera alors un suivi bref comme une thérapie de soutien sur le psycho-traumatisme. Il arrive donc que les soignants repèrent une souffrance d'ordre psychologique et qu'ils proposent au patient de rencontrer un psychologue en faisant valoir alors l'intérêt qu'il pourrait y avoir de parler avec ce « spécialiste » de ce qui fait souffrir. On peut voir là une collaboration très intéressante de deux formes d'écoute qui ne se recouvrent pas. Quand le médecin demande au patient de rencontrer un psychologue, il se pose beaucoup de questions. Ce conseil médical, s'il n'est pas obligatoire, peut être une condition de poids quand le médecin trouve les mots, les explications, les faits qui démontrent à la victime pourquoi il pense que la parole, que des mots peuvent être un soutien et un appui pour le patient dans sa vie future. Selon Caroline Doucet : *« Ce geste, cette posture de la médecine ouvre une perspective, déplace le savoir médical, le trouve tout aussi bien, et met ce savoir du côté du patient. Ce positionnement instaure une aptitude à parler, crée une disposition pour la parole et désigne un autre pouvant accueillir et aider à cette parole »*.

La première rencontre est primordiale et comprend un temps d'écoute, d'évaluation et d'orientation éventuelle selon les besoins. Cette consultation permet de repérer les manifestations symptomatiques de l'état de stress post traumatique. Le psychologue établit alors un état des lieux des besoins du sujet qui favorisera l'émergence d'une demande de soin. Le psychologue peut surveiller la symptomatologie et l'état global du sujet et l'aide à gérer le

vécu de débordement lié à l'évènement. Cela permet au sujet d'intégrer l'évènement dans son histoire de vie et à reprendre le contrôle là où l'évènement a induit une passivité.

Le premier rendez-vous peut s'effectuer avec le médecin durant sa consultation médico judiciaire afin de créer un premier contact avec la victime et d'aider le médecin à déterminer les retentissements psychologiques et fixer une ITT. Puis si la personne accepte de revoir la psychologue, les entretiens suivants s'effectueront seulement entre la psychologue et le patient. Le premier rendez-vous est alors une évaluation et les autres un suivi psychologique. Réaliser certaines consultations médico judiciaire avec le médecin permet également de ne pas faire répéter aux patients plusieurs fois l'histoire de leur agression.

Pour réaliser un binôme médecin/psychologue, il faut une bonne confiance entre les deux, un respect mutuel des professions. Le médecin ne doit pas être gêné à demander l'aide du psychologue lorsqu'il se trouve dans une situation embarrassante. Il est même invité à envoyer des patients chez le psychologue à tout moment s'il ressent chez eux une fragilité psychologique. Intégrer un psychologue à la consultation médicale permet également d'adoucir le côté systématisé des questions et de la médecine en générale qui peut mettre à mal l'émergence de l'expression de l'état psychologique du patient.

Des entretiens ultérieurs sont possibles seulement s'ils restent très cadrés, et au nombre maximum de trois car c'est grâce à ces rencontres à court terme que le travail de soutien thérapeutique pourra s'effectuer dans le but d'éviter une démarche ultérieure de psychothérapie. Les rencontres avec le psychologue de l'UMJ doivent être proposés et non obligatoires afin que le patient puisse formuler une demande et non plus une plainte, ce qui reste l'essence même du travail de psychologue.

Par ailleurs, il peut être pertinent également de convoquer à nouveau les victimes à plus long terme afin d'apprécier, avec plus de précision encore, l'évolution de la souffrance psychique en lien avec les faits de violences et de pouvoir ainsi définir une durée d'ITT au

plus proche de la réalité. Un délai d'un mois paraît pertinent car il autorise le diagnostic de l'état de stress post traumatique.

Nous avons réfléchi à un entretien de préparation que ferait le psychologue en amont de la consultation du médecin afin d'en expliquer le déroulement, ce qui atténuerait le côté « violent » de cette consultation médicale. Cependant, les infirmières ont pleinement la capacité de réaliser cet entretien afin de rassurer le patient sur la suite. Introduire un psychologue à l'UMJ pourrait être également une manière de soulager ces infirmières qui parfois, effectuent un début de travail de psychologue en consultation, mais ne sont pas toujours armées pour.

Concernant cet entretien de préparation qu'effectuent les infirmières, les victimes peuvent ne pas assimiler l'entièreté des propos puisqu'il s'agit d'un entretien oral. Pour pallier à cette problématique, il peut être judicieux de leur fournir en amont de la consultation une lettre d'explication (Annexe 2) et un schéma récapitulatif (Annexe 3) comme cela se fait à l'UMJ de l'Hotel Dieu, afin qu'elles aient une information visible, qu'elles pourront reprendre à tout moment.

Travailler dans une unité comme celle-ci n'est pas sans conséquences psychiques pour le personnel également. Les situations sont parfois émotionnellement lourdes, ce qui peut être compliqué à gérer pour le personnel. Il nous paraît essentiel que l'équipe puisse avoir un lieu de parole afin de se libérer de certains poids. Un psychologue pourrait alors être mis à disposition suivant les disponibilités de l'équipe. Cette tâche n'est pas simple, s'agissant d'un service d'urgence où le médecin peut être appelé pour des actes thanatologiques à n'importe quel moment. La permanence d'un psychologue certains après-midi par semaine pourrait être envisageable afin d'accueillir les soignants qui ressentent le besoin de discuter. Cependant, il nous paraît cohérent que le psychologue s'occupant du personnel de l'unité ne doit pas être le même que celui s'occupant des patients afin que l'écoute puisse être parfaitement impartiale.

Ce travail de collaboration nécessite en permanence une bonne formation des informations et présentation de chaque intervenant avec ces spécificités professionnelles et son rôle dans la mission qu'il occupe. De même, chacun doit exprimer ses limites, son éthique et sa déontologie.

Le psychologue peut écouter, lire, dire et faire entendre aux sujets, aux soignants les modifications possibles. Il peut aider à la compréhension de l'équipe soignante sur ce qui se joue pour la victime. Les transmissions, les staffs, les synthèses, les rencontres informelles mais mieux encore, les supervisions peuvent être le lieu où ces observations et interprétations peuvent se partager, s'élaborer et orienter le mode de prise en charge.

Nous prônons une réelle collaboration entre professionnels pour obtenir une meilleure prise en charge des victimes, plus complète. Une meilleure distribution des rôles permettra à tous de mieux accueillir, orienter et informer la victime. Cette collaboration ne peut être faite que s'il existe un important respect mutuel entre les professionnels. Le psychologue doit savoir s'adapter au milieu médical mais également aux locaux parfois réduits comme c'est le cas à l'UMJ de Dijon où le psychologue ne peut pas avoir son propre bureau.

Le psychologue de l'UMJ doit être en capacité de rédiger des certificats et des attestations où il recueille et retranscrit des éléments cliniques.

Les tests et évaluations ne semblent pas nécessaires à l'évaluation du traumatisme. Nous pensons que favoriser la parole est préférable.

L'orientation nous semble essentielle car il n'est pas possible dans une unité comme celle-ci d'effectuer de psychothérapie à long terme. Il est donc nécessaire que le psychologue se crée un réseau conséquent de professionnels compétents pour une pérennité du suivi : collègues psychologues, CMP, association, psychiatre, juriste, etc.

Il est essentiel que le psychologue ait une formation sérieuse en victimologie et des connaissances avancées en droit. Il faut qu'il présente d'excellentes facultés d'écoute pour les victimes et apprécie le travail d'équipe.

Le psychologue doit être empathique, rassurant. Il doit aider la victime à retrouver des repères et mettre du sens dans son histoire. Il va réinscrire leur histoire dans une temporalité de mouvement où il tentera d'effacer le figement du présent de l'agression. Parler avec un professionnel de l'écoute, c'est aussi retirer l'étiquette de victime pour permettre au sujet de réintégrer son identité. Il ne faut pas limiter le patient à son agression, il est important qu'il parle de sa vie lorsque l'évènement traumatique s'est produit.

La démarche du psychologue en UMJ est enfin de repenser régulièrement sa pratique clinique ainsi que le cadre institutionnel et symbolique dans lequel il s'inscrit.

Individu dans l'institution hospitalière, le psychologue construit sa place entre une logique soignante avec laquelle il est indispensable de dialoguer et la logique, si particulière de la rencontre clinique. Participant dans sa fonction singulière à une mission de prise en charge « globale » du patient, le psychologue en UMJ tâche de maintenir vive une dimension de parole et de vie psychique mise à mal par la violence du trauma et de la justice. La violence confronte chaque sujet à une dimension autre et menaçante au cœur de soi, avec laquelle il va s'agir de continuer à vivre. Le travail de parole est une des voies pour se faire. C'est ainsi que le clinicien pourra peut-être permettre à ses patients de tirer leurs propres conséquences, leur propre savoir de cette violence, et aider ses collègues soignants à prendre soin d'eux.

CONCLUSION

La psychologie est un domaine qui attise la curiosité autant qu'il fascine. On s'amuse à critiquer le psychologue, à le parodier, et pourtant, rares sont ceux qui imaginent un monde sans lui. Ce métier questionne mais rassure. Cette vision populaire du métier de psychologue n'échappe pas non plus aux autres professionnels qui s'interrogent sur sa façon de travailler individuellement et sur la possibilité d'un travail commun. La pluralité des actions du psychologue l'amène à exercer dans de nombreux domaines et à côtoyer différents autres professionnels, ce qui ne rend pas toujours la cohabitation naturelle.

Dans ce présent travail, nous avons ciblé particulièrement le métier de psychologue dans une Unité Médico Judiciaire, où, comme son nom l'indique, Justice et Médecine travaillent main dans la main. A première vue, aucune nécessité d'intégrer un psychologue dans l'univers de ces médecins et infirmiers qui travaillent en lien avec la Justice. Pour autant, en approfondissant les missions d'une Unité comme celle-ci, nous avons pu constater que l'insertion d'un professionnel du comportement humain n'est pas improbable, au contraire, elle peut même être justifiée.

Pour réaliser notre étude, nous nous sommes basés sur l'Unité Médico Judiciaire de Dijon où nous avons effectué un stage de quelques semaines. Au sein de cette structure, aucun psychologue n'est présent alors que cette profession connaît une réelle expansion dans d'autres Unité en France de même type. Cette absence a donc fait émergé en nous un questionnement sur la nécessité d'insérer, ou non, un psychologue à l'UMJ. Pour comprendre la raison de cette absence et ce questionnement sur son insertion, nous avons disséqué le fonctionnement de cette Unité, la place de la dimension psychologique au sein des consultations médico judiciaire et le rôle de chaque professionnel face à l'évaluation des

retentissements psychologiques. Grâce aux indications qui sont ressorties, nous avons pu mettre en évidence une vision personnelle de la fonction du psychologue à l'UMJ de Dijon.

L'Unité Médico Judiciaire est une structure qui accueille des victimes en souffrance suite à une agression. Suivant les agressions (physiques, psychologiques ou sexuelles), les souffrances peuvent être physiques, psychiques ou dans la plupart des cas, les deux à la fois. Après avoir déposé plainte, les victimes sont invitées à se présenter en consultation médico judiciaire où un médecin légiste les recevra. Ce dernier, expert judiciaire, recevra pour mission de la part des forces de l'Ordre ou de la Justice, d'évaluer le retentissement fonctionnel et psychologique de l'agression dont a été victime la personne. Ces deux retentissements seront regroupés sous un nombre de jours appelé Incapacité Totale de Travail, que déterminera le médecin. Cette notion servira à la qualification de l'infraction pénale de l'auteur des violences. Le fonctionnement de cette structure démontre bien que la consultation médico judiciaire porte une dimension psychologique importante.

La consultation médico judiciaire est une étape clef dans le parcours du combattant d'une victime et nous avons noté que cette étape n'est pas sans conséquences psychologiques pour elle. En effet, à son arrivée à l'UMJ, elle est prise dans un tourbillon d'informations, de rendez-vous, de conseils et il lui est difficile de réussir à tout assimiler. Elle arrivera donc dans un endroit inconnu, très anxieuse, souvent désemparée, et ayant compris simplement le caractère capital de son certificat. Ajouté à cela les représentations, pas toujours exactes, qu'elle se fait du métier de légiste et de son lien avec la justice, qui peuvent également interférer son état psychologique. Mais ce qui fait le plus effraction chez la victime reste l'examen somatique, souvent trop intrusif pour elle. Cette consultation médico judiciaire n'est donc pas sans conséquences psychologiques pour les victimes et il est important que tout leur soit expliqué en détail, dans le calme, et elles doivent être rassurées, écoutées, autant pendant l'examen somatique que pendant le reste de la consultation.

Cette consultation renferme une autre dimension psychologique puisqu'une des missions principales du médecin légiste est d'évaluer le retentissement psychologique de l'agression. C'est une mission particulièrement difficile car la définition même du retentissement psychologique n'est pas réellement actée. Elle renferme les notions de « normal » et pathologique (état de stress post traumatique). Il convient de savoir à quel moment la victime pourrait glisser de l'un à l'autre, ce qui paraît être une tâche impossible étant donné le caractère unique de l'entretien qui intervient moins d'une semaine après les faits généralement, ne laissant pas le temps à l'état de stress post traumatique d'être repéré (celui-ci pouvant être diagnostiqué que plusieurs semaines après les faits). Pour n'importe quel professionnel cette tâche serait difficile mais pour un médecin, elle peut s'avérer d'autant plus compliquée puisqu'il n'est pas spécialement formé à cette question et qu'il a d'autres missions à effectuer durant le temps de l'examen. Le retentissement psychologique n'est pas concret, pas quantifiable, pas visible, ce ne sont pas des blessures ou des cicatrices à quantifier, cet aspect peut être déstabilisant pour le médecin légiste et parfois, il peut ne pas se sentir compétent pour l'évaluer.

Mais alors quel professionnel serait le plus compétent pour évaluer cette dimension ? Tous ces professionnels, médecin, infirmier, psychologue, sont concernés par les étapes d'évaluation, d'orientation et de traitement. Dans ce contexte, il est apparu nécessaire d'identifier les limites que chaque professionnel doit respecter dans l'exercice de sa fonction auprès de victimes d'agression. Les risques de glissement de tâches et/ou de « toute puissance » peuvent en effet être présents dans ce type de prise en soin. De ce fait, chacun doit disposer de repères pour savoir ce qu'il a à faire et la façon de passer les relais auprès du patient quand il considère qu'il a atteint ses propres limites. Ces limites, nous les avons remarqué chez le médecin qui peut se retrouver en difficulté face à cette mission d'évaluation de sa propre compétence mais également de par les contraintes institutionnelles. Manque de temps,

individualité, double tâche, pas d'éléments concrets. Il est difficile pour lui d'être psychiquement avec son patient alors qu'il doit réaliser un examen somatique et le temps ne lui permet pas de s'éterniser sur les ressentis de la victime par rapport à son agression. Ces questions systématisées propre au domaine médical et certaines réponses induites par le médecin limitent l'expression des ressentis du sujet et ne favorise pas l'émergence de l'état psychologique du patient, et donc limite l'évaluation. Le médecin a donc des compétences médicales et scientifiques dont il ne parvient pas toujours à se défaire afin de s'aventurer vers un terrain plus abstrait, surtout lorsque les souffrances ne sont que psychologiques, sans aucunes traces visibles.

C'est à ce moment que l'insertion du psychologue peut être un réel apport à la consultation médico judiciaire. Il est formé à évaluer, diagnostiquer les souffrances psychiques ainsi que soutenir et accompagner les personnes en souffrances. Les souffrances n'était pas que physiques, le psychologue a donc fait peu à peu sa place dans la prise en charge des victimes, appuyé par certaines circulaires et réformes qui régissent ses missions et fonctions en victimologie. Malgré ces recommandations théoriques, le flou est encore de mise lorsqu'il s'agit de le mettre en pratique. Tous les psychologues exerçant dans d'autres UMJ de France ont des places et rôles relativement différents les uns des autres.

Grâce aux indications des différents psychologues et à tous les éléments transposés dans ce travail, nous avons ressorti une vision personnelle de la place du psychologue en UMJ. Il doit être formé aux consultations centrées sur le psycho-traumatisme afin de recevoir les victimes à leur demande ou à la demande du médecin qui les reçoit en consultation préalablement, toujours avec leur consentement. La première rencontre est primordial et doit être centré sur l'écoute, l'évaluation et l'orientation si besoin. Il doit repérer les manifestations symptomatiques de l'état de stress post traumatique si cela est possible et évaluer l'état global du sujet pour gérer les débordements émotionnels. Cette première rencontre peut s'effectuer

en binôme avec le médecin afin de l'aider dans l'évaluation des séquelles psychologiques et soutenir le patient pendant la difficile épreuve de la consultation médico judiciaire. D'autres entretiens sont donc possibles, à court terme, afin d'évaluer l'état de stress post traumatique dans de meilleures conditions et d'offrir au patient un soutien thérapeutique.

En conclusion, toute victime a besoin d'être reconnue pour accéder au travail de réparation physique et psychique. L'introduction d'un psychologue à l'UMJ permettrait une prise en charge des victimes plus adaptée et leur souffrance serait reconnue dans leur globalité, à la fois dans leur caractère physique et psychique. Chaque intervenant aurait un rôle et une mission clairement définis pour rendre les interventions de chacun plus performantes, dans l'intérêt de la victime. Cette unité ne serait plus alors seulement une unité médico judiciaire mais une unité médico-psycho judiciaire, ce qui engendrerait une prise en charge complète de la souffrance.

En dépit d'une intervention croissante des psychologues à l'Unité Médico Judiciaire, bien peu de travaux sont consacrés à l'intervention du psychologue dans ce domaine. Ce travail repose donc sur une littérature limitée et une pratique de terrain de six semaines seulement. Notre étude constitue donc un travail préliminaire, évaluatif, qui pourrait faire l'objet d'une étude plus étendue, en vue de comparer plus en détails nos pratiques à celles d'autres centres médico-légaux.

Pour finir, un vaste champ d'étude reste encore ouvert, il s'agit de celle de l'écoute que nous avons vaguement abordée dans ce travail. Nous avons indiqué que l'écoute du psychologue et du médecin ont des formes différentes qui ne se recouvrent pas, il serait important d'éclaircir davantage cette notion d'écoute.

BIBLIOGRAPHIE / WEBOGRAPHIE :

Ouvrages :

Bourguignon O. Ethique et pratique psychologique. Wavre : Mardage, 2007, 287p.

Crocq L. Traumatismes psychiques. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, 2007, 336p.

Doucet C. Le psychologue en service de médecine : les mots du corps. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011 ; 179p.

Doucet C. Le psychologue en service de psychiatrie. Issy Les Moulineaux ; Elsevier Masson ; 2011 ; 209 p.

Trinquier S. L'éthique dans les pratiques de la psychologie et de la relation d'aide. Paris : Editions du Cygne, 2014, 125p.

Villervu M & Viaux JL. Ethique et pratiques psychologiques dans l'expertise. Paris : L'Harmattan ; 1998, 298p.

Articles :

Atain Kouadio-Zaffaroni C, Guillet-May F, Colas B & Martrille L. Enjeux symboliques et thérapeutiques de la rencontre du psychique et du judiciaire en médecine légale. La Revue de Médecine Légale. 2014 ; Vol 5 (n° 3) : 100-104.

Babonneau ML. Quelle place pour le psychologue aux urgences générales ?. JIVD. 2003 ; Tome 1 (n°2).

Espinoza P. Les urgences, partenaires de la justice et de la police. Les Tribunes de la santé. 2007 ; Vol 4 (n° 17).

Hanafy I, Marc B, Dié G, Martinez M, Mahé V & Dupic E. Le rôle du psychologue médico-légal évaluateur en pratique médico-judiciaire et l'Incapacité Totale de Travail (ITT) d'un point de vue psychologique. JIDV. 2016 ; Vol 13 (n°1).

Levi-Faict TW, Escard E, Van Derhorst A, Miele C, Boyer B, Peltier-Evrard C, Bey A & Debout M. [Évaluation du retentissement immédiat du psycho traumatisme : du concept à l'alphabet de la victime. JIDV. 2009 ; Tome 7 \(n°3\).](#)

Rizer C. Questions d'éthique pour l'expertise judiciaire. Le journal des psychologues. 2006; Vol 238 : 24-39.

Roman P. Le « sujet » de l'expertise judiciaire. *Bulletin de psychologie*.2007 ; Vol 5 (N° 491) : p. 463-469.

Soussy A. Coups et blessures. Revue Enfances et psy. 2006 ; Vol 3 (n°32).

Van Rillaer J. L'impact psychologique des traumatismes et son traitement. SPS. 2011 ; n° 294.

Viaux JL. Les paradoxes de l'expertise psychologique. Le journal des psychologues. 2012 ;300:66-71.

Pages Web / Articles en ligne :

Desurmont M & Gosset D. L'intervention du médecin légiste dans l'évaluation d'une situation de mauvais traitements et d'abus sexuels à enfants. [En ligne]. http://www.smlc.asso.fr/fileadmin/user_upload/Enseignements/abus_sexuels.pdf

EHESP. Place et rôle des psychologues en établissements de santé. [En ligne]. http://documentation.ehesp.fr/memoires/2013/mip/groupe_1.pdf

Geopsy. Les traumatismes psychiques. [En ligne]. http://www.geopsy.com/cours_psycho/le_trauma_psychique.pdf

InFrorMPsy. Compétences. [En ligne]. <http://informpsy.unige.ch/?q=node/58>

Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire n°DHOS/E1/2001/503 du 22 octobre 2001. [En ligne]. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_11445.pdf