

LE PSYCHOTRAUMATISME DANS LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

PSYCHOTRAUMATISM IN VIOLENCE AGAINST WOMEN

I. HANAFY*, B. MARC*, M. LECLÈRE* & G. DIE*

RESUMÉ

Le traumatisme (physique ou psychologique) est un phénomène d’effraction de la psyché qui occasionne une mémoire traumatique. Cette dernière apparaît avec les (premiers) faits de violence, mettant la mémoire autobiographique – normale – en stand-by pendant quelques heures à quelques jours. Par la suite, jusqu’à ce que la victime fasse preuve de résilience, ces deux types de mémoire fonctionneront en parallèle. L’une en fonction de la réalité sociétale, l’autre à l’aune de tout ce qui peut rappeler, de près ou de loin, la ou les agressions subies. Le psychotraumatisme peut-être unique ou répété. Dans les violences chroniques, comme dans la maltraitance conjugale, cette mémoire traumatique, non seulement de ne pouvoir être traitée, va être entretenue et exacerbée – prise dans les filets d’une emprise, autrement dit, de violences psychologiques instillées de façon permanente et insidieuse.

Pour se défendre contre ce psychotraumatisme, la victime use de stratégies de répétition ou d’évitement, ou encore d’outils psychiques comme l’hypervigilance ou le stress, qui aident à supporter d’un côté, et facilitent l’apparition (ou entretiennent) les symptômes anxi-

dépressifs post-traumatiques, de l’autre. À l’heure où la violence est la première cause de morbidités et de mortalité dans le monde, il convient de mettre tout en œuvre pour prendre en charge, de façon judiciaire pour l’aspect répressif, et sanitaire, pour l’aspect préventif, les deux pôles de cette violence : l'auteur et la victime. D'abord, l'incapacité totale de travail devrait comprendre un volet psychologique pour évaluer les perturbations idoines. Ensuite, une obligation ou injonction de soins pour les premiers, et un repérage et une incitation de soins pour les secondes, permettraient de réduire la récidive des uns et la survictimisation des autres.

MOTS-CLÉS

Psychotraumatisme, Effraction, Mémoire traumatique, Violence, Emprise, Résilience, Maltraitance intrafamiliale, Evaluation médico-psychologique, Symptomatologie anxiо-dépressive, Repérage, Obligation de soin, ITT.

ABSTRACT

Traumatism (whether physical or psychological) is a psyche-breaking phenomenon that causes traumatic memory. That last comes with the (first) facts of violence, setting – normal – autobiographic memory on a standby mode from a few hours to several days. Subsequently, until the victim displays any resilience, those two types of memory function in a parallel way. One in terms of societal reality, the other in the light of anything that can

* Service des Urgences Médico-Judiciaires (UMJ) du Grand Hôpital de l'Est Francilien, GHEF, site de Marne-la-Vallée, France)

Mme Isis HANAFY
Psychologue-victimologue UMJ, doctorante en neurosciences,
Service des Urgences Médico-Judiciaires (UMJ)
Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF)
Site de Marne-la-Vallée
2-4, cours de la Gondoire 77600 Jossigny, France
ihanafy@ghef.fr

remind, near or far, the suffered aggression(s). Psychotraumatism can be unique or repeated. In the case of chronical violence, as in marital abuse, this traumatic memory, not only untreatable, will be maintained and even enhanced – trapped in the web of a grip or, in other words, of psychological violence instilled in a permanent and insidious way.

In order to defend against that psychotrauma, the victim resorts to repetition or avoidance strategies or psychic tools like hypervigilance or stress, helping to endure on one side, facilitating the appearance (or maintenance) of post-traumatic anxiodepressive symptoms on the other. At a time when violence is the first cause of morbidity and mortality in the world, every effort should be made to take charge, in a judiciary way for the repressive aspect, and sanitary for the preventive one, the two poles of that violence: abuser and victim. First, total incapacity for work should include a psychological component to evaluate suitable disorders. Then, an obligation or order of care for the former, spotting and care incentive for the last, would pave the way to reduce recidivism for some and overvictimization for others.

KEYWORDS

Psychotraumatism, Breaking in, Traumatic memory, Violence, Grip, Resilience, Intrafamilial abuse, Medico-psychological evaluation, Anxiodepressive symptomatology, Spotting, Obligation of care, Total incapacity for work.

INTRODUCTION

Le Pr Louis Crocq, imminent spécialiste de la névrose traumatique a défini le traumatisme comme un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes, lié à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité d'une personne qui y est exposée comme victime, comme témoin ou comme acteur. [1] Plus précisément, on peut qualifier le psychotraumatisme selon le *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM), comme les conséquences psychiques sur une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s). On distingue deux formes de psychotraumatismes : le type I quand l'évènement est unique, et le type II quand il est répété ou durable. [2]

Les troubles psychotraumatiques sont ainsi issus d'une confrontation à une menace contre son inté-



© Dr Bernard Marc

Photo 1 : Alopécie traumatique.

grité physique (i.e. la mort) ou psychique (i.e. la néanisation face au non-sens et à l'impuissance). Ils sont liés à des mécanismes psychologiques et neurobiologiques de sauvegardes exceptionnels (récemment découverts) mis en place par le cerveau pour échapper à un risque vital intrinsèque cardiovasculaire et neurologique induit par une réponse émotionnelle (hormonale et neuronale) dépassée et non contrôlée par un psychisme en état de sidération. [3] Ces mécanismes s'apparentent à une disjonction du circuit émotionnel lors d'un survoltage par stress extrême, et sont à l'origine d'une mémoire traumatique, de troubles dissociatifs et d'une anesthésie psychique et physique qui vont être responsables des symptômes psychotraumatisques et d'une souffrance psychique à part entière. Les psychotraumatismes sont à l'origine d'une dissociation entraînant : 1) une anesthésie émotionnelle accompagnée de troubles de la conscience (e.g. sentiment d'irréalité, de dépersonnalisation) avec incapacité à intégrer la situation stressante d'un point de vue cérébral ; 2) une mémoire traumatique, qui devient un champ de mines pour la mémoire autobiographique, avec des réminiscences intrusives faisant revivre les violences avec une souffrance et une détresse peu ou prou identiques – suffisamment similaires pour que des rappels automatiques soient dès lors effectués, et 3) des conduites de contrôles et d'évitements (traduites notamment par une hypervigilance), ou des conduites à risques qui sont des stratégies efficaces mais très handicapantes pour échapper à la mémoire traumatique. Les psychotraumatismes sont aussi à l'origine de perturbations cognitifs, de troubles du comportement, de l'alimentation, du sommeil, de la sexualité et de la personnalité. [3] Il s'agit d'un problème de santé publique majeure ; la violence est la première cause de mortalité et de morbidité dans le monde. Celle-ci engendre fréquemment des troubles psychotraumatiques qui peuvent être graves : 58 % d'état de stress-post-traumatique chez les femmes victimes de violences conjugales / 24 %

chez l'ensemble des victimes de traumatismes [4], avec des chiffres encore plus importants quand des violences sexuelles sont présentes, et 60 % d'état de stress-post-traumatique chez les enfants témoins ou victimes directes de maltraitances intrafamiliales. Les troubles psychotraumatique peuvent également être responsables de nombreuses conduites paradoxales de la part des victimes (e.g. confusion, banalisation, tolérance, dépendance à l'agresseur, conduites à risques) ; ce qui rend la prise en charge difficile.

Connaitre ces conséquences psychotraumatiques permet d'approfondir la compréhension des victimes et leurs comportements, de mieux les accueillir et conduire un entretien, tant au niveau de l'évaluation des conséquences des violences, qu'à celui des accompagnements, des aides, des conseils, des orientations et des traitements. Connaitre les mécanismes psycho-traumatologiques permet aussi de mieux comprendre les mécanismes de la violence, les stratégies des agresseurs, de mieux évaluer la dangerosité de certaines situations de violences, et *in fine*, d'améliorer la prévention des violences et de lutter efficacement contre celles-ci.

LES VIOLENCES EN GÉNÉRAL...

Il existe de nombreux types de violences, volontaires et involontaires, dont les impacts à court et long termes sont de toutes natures et de toutes importances, notamment mortelles. Initialement se placent les violences naturelles, celles qui correspondent aux catastrophes idoines (tempêtes, inondations, tremblements de terre, etc.) et à l'agressivité animale. Les premières ne présentent aucune intention ou volonté de nuire. La seconde peut avoir la motivation ou volition de le faire à dessein protecteur ou nourricier ; dans leurs comportements dits instinctuels, les animaux obéissent simplement aux lois inexorables de la Nature.

Chez l'être humain, la conscience et les connaissances dont il est détenteur font de la violence volontaire qu'il exerce un outil de domination, de puissance, de pouvoir dont il usera en fonction de son éthique personnelle et des mœurs de la société dans laquelle il vit. Le terme violence vient du latin « *vis* » qui peut désigner l'emploi de la force sans égard à la légitimité (et



© Dr Bernard Marc

Photo 2 : Automutilations suite agression.



© Dr Bernard Marc

Photo 3 : Juste après agression.

à la légalité) de son usage. Cette force peut être physique ou psychologique, et causer des dommages jusqu'au décès, par destruction partielle (blessures et mémoire traumatique) ou totale. On dit que les violences sont intentionnelles, elles ont pour but de contraindre et de dégrader l'autre.

On note trois catégories principales de violences :

- ✓ les violences psychologiques (e.g., harcèlement, négligence) ;
- ✓ les violences physiques (e.g., négligence, maltraitance) ;
- ✓ les violences sexuelles (e.g., attouchements, viol). [3, 5].

Il est à noter que l'une n'est jamais plus « importante » que l'autre ; il faudra en mesurer le degré selon la fréquence et l'intensité des agissements, pour établir un diagnostic clinique et un pronostic de retentissement psychologique. Toutefois, si la violence psychologique (donc entraînant nécessairement une restructuration de la personnalité) n'est pas nécessairement sexuelle (par exemple via la corruption de mineur qui visionnerait un film pornographique projeté par ses parents), l'inverse est vrai ; la violence sexuelle est inéluctablement physique, et cette dernière entraîne inévitablement une mémoire traumatique, autrement dit des séquelles sur la psyché d'actes qui ont été portés sur le corps. Ainsi, la violence sexuelle sera, elle, obligatoirement aussi psychologique.

Les violences physiques sont de natures différentes – les conflits guerriers en sont l'illustration paroxys-

tique. On distingue au sens de l'inventaire médico-légal les violences par armes naturelles (pieds, poings, coudes, genoux, etc.) qui sont la base des arts martiaux, les violences par armes par destination (bâton, chaise, outil, tesson de bouteille, etc.), les violences par armes blanches (couteau, rasoir, hache, machette, etc.) et les violences par armes à feu (auxquelles se rattachent les violences par explosifs). Toutes ces violences caractérisées par des lésions physiques différentes – et souvent pathognomoniques – ne sont pas exemptes de violences psychologiques associées, comme on le sait bien dans la pratique médico-judiciaire. [3, 6]

Les automutilations et le suicide (ou ses tentatives) sont des violences de soi-même envers soi-même, presque toujours associées à des violences psychologiques et souvent révélatrices de violences sexuelles à l'encontre de celle ou celui qui s'automutile.

Les violences routières, s'ajoutent à cette liste des violences d'autant que le conducteur fait prendre des risques à ses passagers ou à ceux qu'il rencontre, par une conduite enfreignant le code de la route ou sous l'influence de l'alcool et/ou des stupéfiants. Les séquelles physiques et psychiques et les invalidités qui en résultent figurent parmi les plus importantes.

En outre, les violences peuvent être passives, *i.e.* par omission (comme dans la négligence), ou actives, *i.e.* par commission (comme dans le braquage). Elles peuvent être directes, immédiates ou indirectes, médiates ou collatérales. Les violences peuvent également être uniques ou répétées, en ce sens, on préférera parler de maltraitance. Elles peuvent avoir lieu dans un contexte intrafamilial ou extrafamilial, toucher des mineurs ou des majeurs, du genre masculin, comme féminin. Elles peuvent intervenir dans tous les milieux sociaux, économiques, politiques, religieux, culturels, qu'ils soient urbains ou ruraux.

Notons cependant que les violences sont le plus souvent commis par des proches ; les auteurs sont fréquemment connus de la victime. D'ailleurs, force est de constater, aujourd'hui, en France, que les violences sont régulièrement méconnues, sous-estimées, non-identifiées, souvent banalisées, déniées ou tolérées – ou parfois, à l'extrême inverse, surexploitées. De plus, la grande majorité des violences reste tue. En outre, elles sont très peu dépistées et leurs conséquences sont rarement diagnostiquées par les professionnels de la santé qui sont toujours très peu formés.

LES VIOLENCE EN PARTICULIER...

Les violences faites aux femmes sont un enjeu majeur de santé publique. [7] Les maltraitances conjugales sont, pour les femmes et les enfants, qu'ils en soient témoins ou victimes directes, à l'origine d'importants traumatismes psychiques et de conséquences plus ou

moins graves et durables sur leur santé psychique et physique, sur leur vie personnelle, affective, sociale et professionnelle – pour les unes, et sur leur développement, sur leur scolarisation, leur socialisation et leur vie affective – pour les autres. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a évalué que les femmes victimes de violences perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé. 30 % de la gent féminine aurait subi des violences conjugales, et 38% des homicides de femmes sont réalisés par leur partenaire intime ; en 2014, 148 sont ainsi décédées en France. [5]

La Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) nous rappelle que les violences conjugales affectent durablement et profondément la santé physique, mentale et génératrice des victimes jusqu'à la dépression (symptômes anxiodépressifs), la psycho-somatostimulation (maladies chroniques) et l'état de stress post-traumatique (ESPT). Elles constituent également un danger pour la santé maternelle et périnatale multipliant par 1,9 le risque de fausse couche et augmentant de 17 % celui d'une naissance prématurée. En outre, les femmes ayant subi des violences au cours des douze derniers mois ont 26 fois plus de risques de faire une tentative de suicide. L'abus de substances psychoactives est une comorbidité souvent rencontrée. [7]

Attention cependant, les maltraitances conjugales ne concernent pas que les femmes. Les hommes en subissent également, même si la virilité dicte souvent de ne pas faire appel à la Justice, ou que cette dernière, rendue par des êtres humains, tombe dans le tabou de « l'homme battu » (physiquement comme psychiquement). L'avenir semble indiquer que les violences faites aux hommes seront un axe futur de préoccupation sanitaire et juridique. D'autre part, il faut distinguer les violences conjugales de la conjugopathie. Cette dernière engage la personnalité des deux partenaires intimes dont le mode de communication dans



Photo 4 : Risque suicidaire et dépression réactionnelle.

leur vie conjugale passe par des disputes fréquentes qu'ils assument tous les deux pour en être tantôt l'investigateur, tantôt le récepteur.

À l'instar de la maltraitance infantile, qui considère la répétition des violences infligées (fonction de la piété filiale naturelle, aliénante dans ce cas), [8, 9] les violences conjugales entraînent de la maltraitance conjugale (scellée par une emprise qui facilite la réitération des actes – elle-même fonction de la piété conjugale acquise). On parle alors de maltraitance parce qu'il y a une réitération et une diversification des actes de violences. Il en existe plusieurs types : 1) verbale (*e.g.* insultes, cris) ; 2) économique (*e.g.* inaccessibilité au compte joint, argent de poche) ; 3) relationnelle (*e.g.* séparation du cercle amical et/ou familial) ; 4) affective (*e.g.* rejets, moqueries) ; 5) psychologique (*e.g.* intimidations, menaces) ; 6) matérielle (*e.g.* coup de poing dans le mur, jet d'objet) ; 7 physique (*e.g.* coups et blessures) ; 8) sexuelle (*e.g.* rapports forcés, pratiques non-désirées).

La violence psychologique, à l'origine des intimidations, des rabaissements, des provocations, des humiliations, des comportements tyranniques, des rejets, des corruptions, des critiques, des injures, des réprimandes, etc., sans oublier les menaces, d'hospitalisation, de faire retirer les enfants, de divulguer des éléments de l'intimité, de coups et blessures, et de mort (cette dernière représentant désormais un chef d'accusation à part entière), est l'essence même de l'emprise conjugale que l'on rencontre presque toujours dans la maltraitance idoine. Elle constitue un faisceau de contraintes qui bloque une victime, annihilant sa propre identité, pour la fixer à un assujettissement dont elle peinera toujours plus à sortir, d'autant qu'elle a d'abord éprouvé des sentiments amoureux, donnant lieu à la dépendance affective non pathologique de base. [10]

Il faut apprendre à repérer, dépister ces maltraitances de façon à prévenir la (sur)victimisation, et en traiter, soigner les auteurs afin d'éviter la récidive. En France, des réponses sociales, sanitaires et juridiques sont délivrées aux victimes, et des obligations (ou injonctions) de soins sont ordonnées aux infracteurs. De nouvelles actions pour améliorer la prise en charge spécifique des unes et des autres sont menées chaque année depuis quelque temps. C'est parallèlement à cette thématique que l'intérêt pour la violence psychologique a vu le jour ces dernières années – faisant notamment entrer le harcèlement dans le Code Pénal en 2015. [11]

Notons qu'en France, après être sorti d'un plan quinquennal interministériel en 2016 au sujet les violences faites aux femmes, nous entrons cette année dans une mesure similaire traitant de manière plus globale la violence intrafamiliale, avec un zoom particulier réalisé sur les enfants des couples dans lesquels règne la maltraitance, victimes collatérales, directes et/ou indirectes.

LA MÉMOIRE TRAUMATIQUE...

La mémoire traumatique, ou sidération neurobiologique du traumatisme psychologique, est rencontrée dans tous les types de violences (sexuelles, physiques et psychologiques), de façon plus ou moins importante, et peu ou prou ancrée. Lorsque les violences sont répétées depuis un certain temps et/ou avec une certaine force (*Cf.* psychotraumatisme de type II), cette mémoire traumatique tend à se confondre avec la mémoire autobiographique, chaque épisode de vie entraînant régulièrement un ou plusieurs éléments offrant similarité avec la situation traumatogène généralement rencontrée. [3]

En situation de stress lié à un élément traumatogène effractant, et donc sidérant, le système nerveux central (SNC) engage la sécrétion de cortisol et d'adrénaline. À forte dose, présentant un risque létal, ces hormones provoquent une disjonction cérébrale. Celle-ci verrouille les amygdales, responsables de l'échange avec le système limbique (pôle de la mémoire et des émotions), et produit de l'endorphine et de la kétamine-like, ce qui entraîne une analgésie physique et émotionnelle. On perçoit, mais on ne sent plus, ni ne traite, la douleur et la peur, éprouvant des distorsions spatio-temporelles jusqu'au sentiment d'étrangeté, d'irréalité, voire de dépersonnalisation. La réponse émotionnelle ainsi piégée, non traitée, non intégrée, correspond à la mémoire traumatique, et explique les dissociations péri-traumatisques (qui calment l'état de détresse). [1, 3]

Quand le SNC redémarre normalement (celui-ci peut prendre jusqu'à sept jours), la mémoire traumatique reste, sorte de machine à remonter le temps qui fera revivre au moindre lien, à l'identique, tout ou partie, des évènements vécus, parallèlement à la mémoire explicite narrative et autobiographique normale. C'est pour se faciliter la vie qui est devenue un terrain miné, que les victimes mettent en place des stratégies d'adaptation. Elles peuvent être d'évitement ou de dissociation (de façon à retrouver chroniquement l'anesthésie psychique susmentionnée), causes et / ou conséquences sur le long terme, de troubles anxio-dépressifs, de troubles identitaires, voire de troubles de la personnalité. [2, 3]

LES SYMPTÔMES POST-TRAUMATIQUES

Les violences sont des atteintes à l'intégrité psychique et physique des victimes, à leur dignité et à leur droit de vivre en sécurité. Elles ont de graves conséquences sur la santé de celui ou celle qui en est victime. Le psychotraumatisme est une réponse universelle, normale et proportionnelle aux violences, avec une atteinte neurologique qui est réversible au moyen de traitements, avant tout, psychothérapeutiques.



© Dr Bernard Marc

Photo 5 : Ecchymoses par objet contondant.

À côté des conséquences traumatologiques directes des violences physiques (avec une femme tuée par son (ex)partenaire tous les trois jours en moyenne, en France), les conséquences sur la santé mentale et physique des victimes de violences sont directement liées à l'installation de troubles psychotraumatiques sévères qui peuvent se chroniciser et durer de nombreuses années, avec des répercussions sur leur santé pouvant représenter un risque vital (e.g. suicide, accidents, conséquences de conduites à risques et addictives, maladies liés aux stress). [5, 7]

Voici une liste des divers troubles post-traumatiques que l'on peut rencontrer :

- 1) Les altérations cognitivo-émotionnelles sont en rapport avec les fonctions instrumentales (e.g. attention, concentration), avec des répercussions sur l'efficience intellectuelle, les processus mnésiques (amnésie antérograde, rétrograde, dysmnésie, hypermnésie), le langage (dyslexie, dysorthographie, dysphasie, dysgraphie), le développement moteur et/ou des fonctions visio-spatiales (dyspraxie), celui des activités numériques (dyscalculie), et la perception par chaque sens (dysgnosie). Elles sont également en rapport avec les fonctions exécutives (e.g. insight, introspection), avec des perturbations du raisonnement, de la pensée abstraite, de l'organisation, de la planification, de la prise de décision, de l'orientation, aboutissant à de l'hypo ou hyperactivité – de la brady ou tachypsychie.

- 2) Les troubles psychiques et relationnels sont représentés par les éléments anxiodepressifs classiques, et donc par une détresse cliniquement significative (en lien direct avec l'effroi ressenti au moment du traumatisme, c'est-à-dire de l'effraction psychique par néantisation), une tristesse pathologique (*i.e.* une envie irrépressible de pleurer), du stress (élément neurobiologique), de l'angoisse (*i.e.* une crainte liée à l'intuition), de l'anxiété (*i.e.* une peur liée aux éléments du monde extérieur), des sentiments d'inquiétude, d'insécurité, de peur des représailles, de l'amotivation, de l'anhédonie, un repli sur soi qui peut engendrer un isolement social.

Ils donnent également lieu aux symptômes suivants : fébrilité, apragmatisme, asthénie, psychique généralisée, apathie, hypersensibilité, hyper-susceptibilité, hypervigilance, ruminations, irritabilité ou déprime, réminiscences, images intrusives jusqu'à la reviviscence de tout ou partie de l'événement traumatique, baisse de l'élan vital, passivité, soumission (*Cf. survictimisation*), et perte d'intérêt, fléchissement dans les activités (scolaires, professionnelles, de type loisir) ou sur-investissement (*Cf. burn-out*).

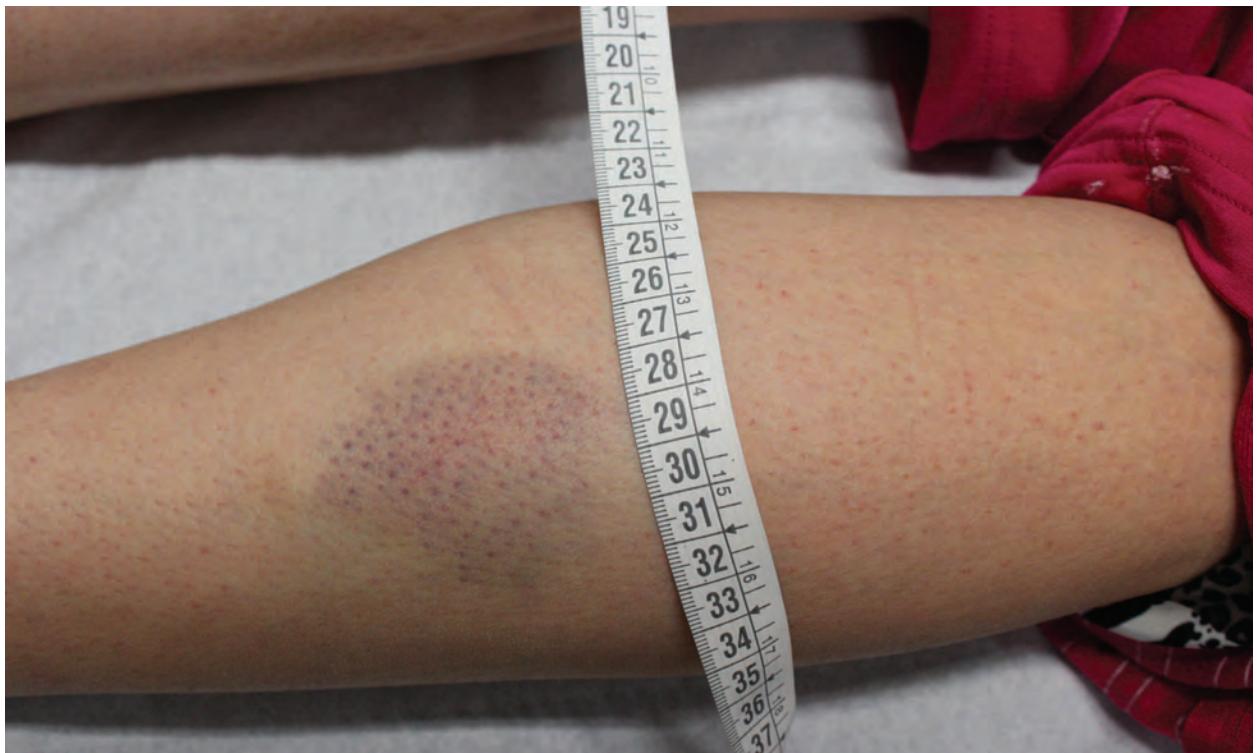


Photo 6 : Violences par armes blanche tentative homicide.

Ce sont des troubles qui entraînent des sentiments d'incompréhension, d'impuissance, d'échec, de honte (déstructurant, générateur de failles narcissiques), de culpabilité (désocialisant, producteur de difficultés relationnelles), de responsabilité (de la victimisation actuelle, de l'éclatement familial secondaire, de l'emprisonnement de l'agresseur), non sans lien avec l'emprise, l'aliénation, l'influencabilité, la fragilité ou la vulnérabilité que présentera le sujet. Ils s'accompagnent d'atteintes de l'estime de soi (dépréciation), de la confiance en soi (inhibition) et de l'affirmation de soi (dépression), jusqu'à former des perturbations de la personnalité, dans son identité, et *de facto*, un faux-self (*i.e.* une adaptation de soi aux désirs d'autrui).

- 3) Les perturbations physiologiques concernent la Santé mentale d'une manière générale, y compris les addictions, les idéations, les velléités ou les raptus suicidaires, les automutilations (ou scarifications) et tentatives de suicide, et tout ce qui se rapporte à la fatigabilité. Elles altèrent le sommeil, l'alimentation, le cycle menstruel, la digestion, en même temps qu'elles définissent les troubles neuromégétatifs, d'ordre vagotonique : bradycardie, syncope, myosis, hypersalivation, hypersudation, constipation, etc., comme d'ordre sympathicotonique : tachycardie, tétanie, mydriase, amaigrissement, sécheresse de la peau et des muqueuses, etc.
- 4) Les affections psychosomatiques – en lien avec les cicatrisations psychiques – les plus couramment rencontrées sont les suivantes : urticaire, psoriasis, eczéma, sensations d'engourdissements et/ou de fourmillements, palpitations, arythmie, céphalées, migraines, lombalgies, douleurs abdominales et / ou pelviennes, vertiges, nausées, diarrhées, vomissements, etc.
- 5) Les troubles de la sphère affectivo-sexuelle touchent d'abord l'image de soi – avec l'impression d'avoir été sali(e), bafoué(e) – qui entraîne un dégoût, puis un rejet de son corps, une difficulté avec son schéma corporel et une ambivalence avec sa corporéité, qui perturberont ou rejettent la sexualité (ou présexualité si on se situe autour de l'adolescence), et seront accompagnés de difficultés à entrevoir un avenir en la matière (*Cf. dysparénie, dysfonction érectile*), de masturbations excessives et de préoccupations à thème sexuel envahissant, ou de pudeur exagérée. Chez les enfants, on notera la persistance ou la réapparition de l'enurésie et l'enopréosie.

Si les violences entraînent de nombreux troubles post-traumatiques, les maltraitances génèrent d'autant plus de dégâts qu'elles sont subséquentes à une emprise, autrement dit une empreinte modelée au fil du temps, sur la personnalité de la victime, qu'elle soit en structuration comme c'est le cas dans la maltraitance infantile, ou déjà structurée (plus ou moins correctement)



© Dr Bernard Marc

Photo 7 : Ecchymose récente coup de pied sur mollet.

comme c'est le cas dans la maltraitance conjugale.
[17]

CONCLUSION : DES EXPLICATIONS UTILES À L'ACTION PÉNALE ET À LA PRÉVENTION

Actuellement, il est proposé l'hypothèse selon laquelle les auteurs de violence conjugale ont connu de la dystraintance infantile, autrement dit, des apports affectivo-éducatifs qui ont été fournis en « trop plein » (enfant roi qui évoluera vers une intolérance à la frustration et tous les méfaits qu'on lui connaît adulte, tels que l'impulsivité, l'instabilité, l'insatisfaction, l'intolérance, ou encore l'immaturité), ou en « trop vide » (on parle alors de carences affectivo-éducatives, génératrices de failles narcissiques qu'il va falloir combler à tout prix). De cette dystraintance, le sujet évolue avec des besoins nouveaux, « hors-normes », auxquels il tente de répondre avec ce que le « dans-la-norme » lui propose. Cela crée une dissonance collective, sociétale qui aboutit au couple auteur-victime, scellé par l'agressivité. Aider un auteur donnera lieu à la reconnaissance les faits qu'il a commis, celle du vécu de la victime et celle de la Loi, parallèlement à toutes effectuations des recâblages psychiques nécessaires (avec les cadres, limites, repères et références appropriés) afin de prévenir la récidive.

En ce qui concerne les victimes, les protéger consiste dans un premier temps à les faire quitter le lieu de la commission des infractions, autrement dit leur lieu

de vie, et les éloigner de l'auteur, autrement dit leur partenaire intime, qui sera assigné en Justice dans un second temps (avec ou sans l'accord de la victime si le Procureur, représentant l'action publique au sens pénal, décide de le poursuivre). Il faut les accompagner dans cette double démarche peu aisée devant lui donner l'opportunité *in fine*, d'effacer symboliquement cette partie de vie pour en entamer une autre propice à la réappropriation de soi, *i.e.* une reconnexion à son identité propre. L'appareil judiciaire facilitera cette étape en ordonnant une interdiction d'entrer en contact de celui ou celle qui l'en a dépossédé.

La prise en compte du retentissement psychologique dans la détermination d'une durée d'incapacité Totale de Travail (ITT) apparaît dès lors indispensable. [12, 13] Celle-ci repose sur les critères cliniques (signes et facteurs de risque) susmentionnés au niveau de la sphère psychotraumatique et ses répercussions fonctionnels (psycho-somatiques).

Pour rappel, les arrêts de la chambre criminelle de la Cour de cassation des 22 novembre 1982, 30 juin 1999 et 6 février 2001 définissent l'incapacité totale de travail ; celui de 1982 précise que « l'ITT n'implique pas l'amputation totale de toute la capacité de l'individu » mais qu'elle concerne « l'amputation de la capacité totale qu'avait l'individu avant le fait traumatique ». Elle correspond en somme à la période d'in disponibilité pendant laquelle – pour des raisons en relation directe, certaine avec le fait générateur – l'intéressé ne peut plus exercer les actes essentiels de la vie courante sans pour autant les interdire. [12]

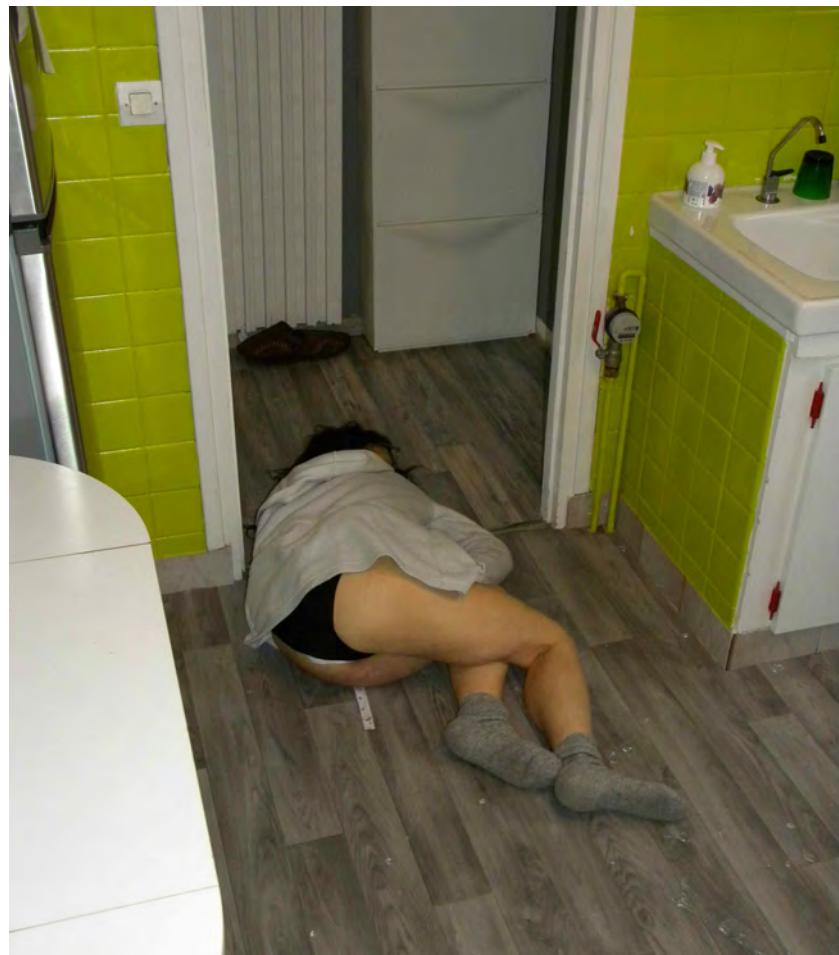


Photo 8 : Suicide réactionnel à VFF.

Dès 2002, l'OMS parle de « dommage psychologique ». [14] En France, la loi du 9 juillet 2010 a introduit le délit de violences psychologique dans le Code Pénal. [15], faisant de la composante psychologique une composante inhérente aux faits de violence, pénalement reconnue. En octobre 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations qui consacrent une importance égale à l'évaluation des troubles somatiques et psychiques. [16] Tout récemment, à l'occasion de la journée internationale pour l'élimination des violences faites aux femmes, Emmanuel Macron a notifié la création d'un délit « d'outrage sexiste » pour punir le « harcèlement de rue ». De plus, pour favoriser les plaintes, le Président de la République a également annoncé « un signalement en ligne pour les victimes de violence, harcèlement ou discrimination » et la possibilité de porter plainte dans les lieux de prise en charge, y compris les hôpitaux. L'accent sur l'aspect psychologique des violences n'est plus à démontrer.

Principalement, l'hypervigilance, les syndromes de répétition et d'évitement et l'état de stress post-traumatique ont été reconnu comme pathognomonique d'une ITT supérieure à 8 jours. On peut secondairement regarder les facteurs prédictifs de l'ESPT et ses formes subsyndromiques, la sémiologie anxiodepres-

sive, ainsi que la nature, la gravité, la durée et la fréquence des violences, déterminent la survenue de complications – comme les facteurs dits protecteurs (e.g. le soutien socio-familiale dont peut bénéficier la victime). Une attention particulière devra être portée aux violences chroniques, caractérisées par une succession de faits dont les retentissements ne peuvent pas tous être évalués en même temps, et pouvant donner lieu à des durées d'ITT exceptionnellement longues qui pourraient porter à controverses. Il conviendra dès lors de ne pas préjuger d'une durée d'évolution ou d'une imputabilité à certains faits de violences en particulier. [13]

L'ITT est nécessaire au magistrat pour quantifier les violences au sens pénal. Très majoritairement, elle est physique, déterminée par le médecin légiste au sein d'une UMJ (ou par tout autre praticien). De plus en plus la nécessité de fixer une ITT correspondant à l'incapacité psychologique à réaliser les gestes de la vie courante (en lien avec une symptomatologie anxieuse post-traumatique avérée).

La fixation d'une ITT psychologique pourrait suivre le même schéma :

- ✓ 0 jour quand le retentissement psychologique est inexistant (n'occasionnant aucune symptomatologie spécifique) ;

- ✓ inférieure à 8 jours quand il est estimé de courte durée (symptomatologie anxiо-dépressive légère tel que le syndrome d'évitement) ;
- ✓ supérieure à 8 jours quand il est évalué de moyenne durée (symptomatologie anxiо-dépressive lourde tel que le syndrome de dissociation) ;
- ✓ supérieure à 30 jours quand il est considéré comme important jusqu'au PTSD.

Enfin, au-delà de 8 jours d'ITT évalués, il semble pertinent de solliciter une évaluation complémentaire, qu'il s'agisse d'un examen médico-psychologique (psychiatrique) ou d'une seconde appréciation psychologique ; au même titre que les lésions physiques d'une victime suffisamment importantes nécessitent une réévaluation de l'ITT à distance du premier examen médico-légal. C'est ce que prévoit le Code de procédure pénale lorsqu'il évoque la détermination médicale de l'ITT. [12] ■

RÉFÉRENCES

- [1] CROCQ L. et al. (2014) *Traumatismes psychologiques. Prise en charge psychologique des victimes*. Paris : Elsevier Masson.
- [2] CROCQ L. (2012) *16 leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob.
- [3] HANAFY I., MARC B. (2017) *Le dictionnaire médico-psycho-légal*. Paris : In Press éditions.
- [4] ASTIN MC, OGLAND-HAND SM, COLEMAN EM, FOY DS. Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: comparisons with maritally distressed women. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1995, 63(2) : 308-312.
- [5] ONVFF. *Violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données*. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes n° 4, nov. 2014. http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La_lettre_de_l_Observatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes_no4_-_nov_2014-2.pdf (consulté le 27 novembre 2017)
- [6] G. DIE., I. HANAFY, B. MARC. Typologie et conséquences psychologiques des violences. *J. Med. Leg.* 2016, 59 : 73-83.
- [7] ONVFF. *Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes*. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes n° 6, mai 2015. http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_ONVF_-_no_6_-_mai_2015_-_violences_et_sante.pdf (consulté le 31 août 2017)
- [8] MARC B., HANAFY I. (2016) *Children : Physical abuse*. In: Payne-James J. and Byard R.W. (eds.) *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*, 2nd edition, Vol. 1, pp. 513-527. Oxford: Elsevier.
- [9] MARC B., HANAFY I. (2016) *Children : Neglect*. In: Payne-James J. and Byard R.W. (eds.) *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*, 2nd edition, Vol. 1, pp. 482-490. Oxford: Elsevier.
- [10] HANAFY I., MARC B. Emprises des êtres, meurtrises des âmes : de l'identification à l'appropriation. Analyse médico-psychocriminologique de violences contemporaines *Ethics, Medicine and Public Health* 2017, 3, 74-82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemep.2017.02.019>
- [11] Code pénal. Article 222-33-2-2 (Loi n°2014-873 du 4 août 2014 - art. 41). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000029334247&cidTexte=LEGITEXT000006070719>. Consulté le 23 juillet 2017.
- [12] HANAFY I., MARC B., DIE G., MARTINEZ M., MAHE 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. *J. Int. Victimo.* N°33, 2016. <http://www.jidv.com/index.php/parnumero/536-jidv-n-33> (consulté le 27 novembre 2017).
- [13] HUCK A. « *La détermination de l'incapacité totale de travail psychologique : critères et méthodes selon l'expérience de l'équipe de médecine légale du CHU d'Angers* ». Thèse de médecine, 2014, Faculté de médecine d'Angers.
- [14] Organisation Mondiale de la Santé. KRUG E.G., DAHLBERG L.L., MERCY J.A., ZWI A., LOZANO-ASCENCIO R. (eds). Rapport mondial sur la violence et la santé. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf (consulté le 27 novembre 2017)
- [15] LOI n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. JORF n°0158 du 10 juillet 2010 page 12762. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=C62BE7BF1C6453E6AEE691018871BDD.tplgfr41s_3?cidTexte=JORFTEXT000022454032&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000022453922 (consulté le 27 novembre 2017).
- [16] Haute Autorité de Santé : recommandations pour la pratique clinique : certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Octobre 2011. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf (consulté le 27 novembre 2017).
- [17] Commission européenne. *La violence de genre. Eurobaromètre spécial 449 – Vague EB85.3 – TNS opinion & social*. Novembre 2016. <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/.../75840>. Consulté le 23 juillet 2017.