Sémiologie traumatique psychique et évaluation médico-légale

Prise en charge médico-légales des victimes de violences

12 et 13 décembre 2023

Dr C.VANNUCCI – CH Charles Perrens

Centre Régional Psychotraumatisme Sud Aquitaine

BORDEAUX Centre Hospitalier Charles Perrens

Introduction

- La prise en compte du **retentissement psychologique** dans la détermination d'une **durée d'ITT** parait aujourd'hui **INDISPENSABLE**
- Les **méthodes** de détermination de l'ITT « psychologique » sont **non consensuelles**
- Les troubles psychiques restent **d'apparition incertaine** voire **différée avec un intervalle libre**
- Ces dernières années ont vu une **progression exponentielle du poids des conséquences psychologiques** des violences dans la réponse pénale, mais une **diminution continue du nombre d'évaluateurs** jugés compétents à la détermination de l'ITT.

SÉMIOLOGIE POST-TRAUMATIQUE

Le trauma psychique (1)

- Trauma psychique = **effraction dans l'organisation psychique** du sujet qui, sans attenter à l'enveloppe corporelle, produit des conséquences sur cette organisation psychique

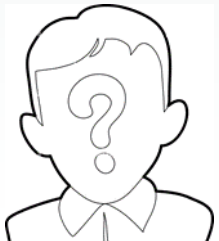
- Secondaire à un **événement traumatique** qui, pour celui qui le vit, est de l'ordre de **l'inattendu**
  - événement qui surprend, qui rompt la continuité du temps et des activités, qui **fait date**
  - c'est **l'accident** qui, dans l'événement, est traumatique.

→ **Dimension accidentelle**

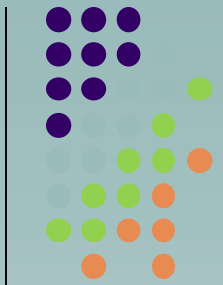
Le trauma psychique (2)

- Son importance vient **du sens qu'il prend** pour un individu
  - l'accident est **unique** et comporte à la fois **une part de réel** qui relève de l'accident et **une part de subjectivité** dans laquelle le sujet est engagé
- Evénement traumatique = **confrontation d'un sujet à sa propre mort**
  - soit directement
  - soit indirectement à travers la mort d'un sujet dont il a été témoin ou en étant exposé de manière répétée à des événements aversifs (*SAMU*, *pompiers*, *policiers*, *etc…*).
- Ce n'est pas la gravité de l'événement qui fait traumatisme mais bien la **spécificité** qu'il prend pour le sujet dans son histoire personnelle

→ **Dimension subjective**



Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) (1)



- Repose sur l'exposition à un événement traumatique (ET) associée à un **carré symptomatique** évoluant depuis > 1 mois :
  - **Reviviscences de l'évènement**
  - **Syndrome d'évitement**
  - **Des altérations des cognitions et de l'humeur**
  - **Des modifications de l'état d'éveil et de la réactivité**

- Si les symptômes < 1 mois: trouble de stress aigu (TSA)

Reviviscences de l'événement

Le sujet **revit l'événement sans le vouloir**, avec les émotions, les cognitions , les sensations corporelles et les réactions physiques proches, voir identiques à celles vécues lors de ce dernier :

- la journée : allant de simples souvenirs intrusifs à des flashbacks dissociatifs où le sujet perd le contact avec la réalité actuelle
- la nuit : avec des cauchemars dits "traumatiques" où le sujet revit l'événement, pouvant le réveiller.
- Au décours de ces reviviscences, il existe une détresse psychique et physiologique intense.

Souvent, les reviviscences sont déclenchées par des "indices" internes ou externes présents lors de l'événement (par exemple, le bruit d'un pétard peut déclencher des reviviscences chez un militaire qui a vécu un attentat à la bombe). A noter que les reviviscences sont souvent psychiques, mais peuvent aussi être sensorielles.

Syndrome d'évitement

Le sujet fait **tout pour éviter de se rappeler l'événement** et ainsi déclencher les reviviscences :

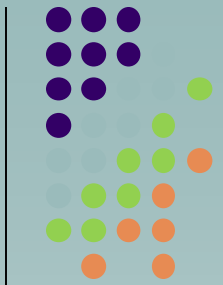
- évitement "**comportemental**" : évitant les indices externes tels que les personnes, les lieux, les situations ou les circonstances similaires à l'événement traumatique
- évitement "**cognitif**" : évitant les indices internes telles que les pensées ou les émotions similaires à l'événement traumatique.

L'évitement cognitif n'est pas facilement détectable. Il peut s'agir de personnes s'occupant énormément la journée " pour ne pas y penser", ou encore des personnes modifiant leurs habitudes (par exemple, une personne ayant été braquée avec une arme qui ne regarde plus de séries policières

Altérations des cognitions et de l'humeur

- **incapacité à se souvenir** d'éléments importants de l'ET (*un patient peut avoir "un trou noir" dans le récit, sautant d'une scène à une autre*),
- **croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées** à propos de soi-même, d'autrui ou du monde (*penser être "faible", penser que "tous les hommes sont dangereux", etc…*),
- **idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences** de l'ET(*une victime de viol peut penser que "cela est de sa faute car elle était alcoolisée à ce moment-là"*),
- **état émotionnel négatif persistant**, une réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes,
- **sentiments de détachement ou de devenir étranger** par rapport aux autres (*les patients rapportent souvent que "personne ne peut les comprendre" et se sentent seuls*),
- **incapacité persistante de ressentir des émotions positives** (*y compris envers leurs proches*).

Modifications de l'état d'éveil et de la réactivité



- irritabilité,
- comportement imprudent ou autodestructeur,
- hypervigilance,
- réactions de sursauts exagérés,
- troubles de la concentration
- troubles du sommeil.

Les troubles du sommeil concernent les difficultés à s'endormir ou à rester endormi, indépendamment des cauchemars traumatiques.

Il n'est pas rare que les patients se réveillent en sueurs sans se rappeler des cauchemars, ou encore qu'ils luttent contre l'endormissement, de peur d'en faire.

Le trouble stress post-traumatique complexe

- Quand les événements traumatiques sont répétés dans le temps et/ou infantiles.
- Dans ce contexte, la clinique du TSPT est présente, mais accompagnée de trois autres signes :
  - Un **trouble de l'identité (**avec éléments dissociatif tels que des troubles somatoformes, une dépersonnalisation , une déréalisation , une amnésie dissociative, ...)
  - Un **trouble des affects** (avec une difficulté à réguler l'état affectif, c'est à dire soit de diminuer les affects négatifs lors d'adversités, soit d'avoir conscience ou d'accepter son état émotionnel)
  - Un **trouble de la relation interpersonnelle** (avec une insécurité permanente ressentie lors de la relation à l'autre ; souvent associé à un trouble de la personnalité état limite).

Diagnostics différentiels

- **Trouble de stress aigu** *:* symptomatologie identique mais qui dure entre 3 jours et 1 mois après l'événement.
  - *Il est dans la plupart des cas spontanément résolutif.*
- **Épisode dépressif caractérisé**
- **Trouble anxieux**, notamment le TAG, la phobie sociale ou le trouble panique
  - *les ruminations peuvent être prises à tort pour des reviviscences , l'évitement ou la détresse physique et/ou psychique du TSPT peuvent mimer une phobie sociale ou un trouble panique*
- **Deuil**
  - *(reviviscences du TSPT souvent confondues avec les ruminations et/ou les pensées envers le défunt)*
- **Les hallucinations** (entrant dans le cadre d'un trouble psychotique ou non) *souvent confondues avec les reviviscences .*

Comorbidités

- 3 complications fréquentes :
  - **Suicide**
  - **Trouble dépressif**
  - **Trouble addictologique** (y compris troubles du comportement alimentaire)
- Troubles anxieux
- Troubles à expression somatique
- Troubles du sommeil

Troubles péritraumatiques

- Lors d'un ET, il peut exister un état de **stress dépassé** :
  - sidération, agitation , fuite panique et réaction automatique.
- Il peut aussi y avoir des **symptômes de dissociation** :
  - Consiste en une altération/rupture de l'état psychique = perception du temps, de l'espace, de soi est altérée (distorsions temporo-spatiale, déréalisation, dépersonnalisation , amnésie lacunaire)
  - Sentiment d'irréalité qui en découle conduit à se sentir comme spectateur de l'ET (*« comme si je n'étais pas là », « »comme si ça arrivait à quelqu'un d'autre », « comme si j'étais dans un film »*)
- Ces **conditions péri-traumatiques**, qui peuvent durer de quelques minutes à plusieurs jours, sont associées à un risque plus élevé de développer un TSPT.

Evaluation

- La PCLS est une auto-évaluation comprenant 20 items qui mesure les 20 symptômes du TSPT du DSM-5.
- D'une durée de passation de 5 à 10 minutes, on considère un score supérieur à 44 pour le diagnostic de TSPT avec une sensibilité de 97 % et une spécificité de 87 %.

Nom : Prénom : Âge : Sexe : Date : / / .

Instructions

Veuillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le *mois précédent*.

L'événement stressant que vous avez vécu était (décrivez-le en une phrase) :_____

Date de l'événement : _____/_____/_____

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
6. Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. Être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.	1	2	3	4	5

Score total |__|__|__|

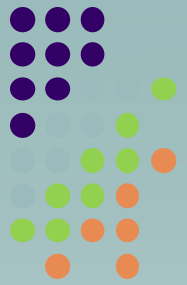
CAT devant un trouble de stress aigu

- Traiter les symptômes d'un trouble de stress aigu ou une dissociation (*l'hydroxizine est utilisée en pratique mais n'a pas l'AMM pour cette indication*).
  - Souvent spontanément résolutif en quelques jours à 2 semaines. Il convient donc de rassurer le patient : expliquer le diagnostic et son évolution.
- Repérer les symptômes péri-traumatiques et identifier les personnes les plus vulnérables face au risque de développer un TSPT (trouble psychiatrique comorbide, ATCD traumatiques, ...)
- Expliquer au patient ce qu'est un TSPT
- Donner les coordonnées du **Centre Régional Psychotrauma (CRP)** dont le patient dépend et des associations et groupes de pairs.

CAT devant un trouble de stress post-traumatique

- Toujours adresser le patient au Centre Régional Psychotrauma (CRP) dont il dépend.
- Psychothérapies (thérapies cognitivo-comportementales centrées sur le traumatisme, thérapies d'exposition prolongées, Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR))
- Antidépresseurs de type ISRS
- La prazosine est parfois utilisée pour les cauchemars traumatiques (hors AMM)
- *Le dépistage et le traitement des troubles du sommeil associés est essentiel.*

Quand consulter un psychiatre ?



- Devant un état de stress aigu qui se prolonge au delà de 2 semaines
- Devant un TSPT avéré ou suspecté
- Devant un risque suicidaire suspecté ou avéré
- Devant une symptomatologie sévère, des comorbidités importantes.

EVALUATION DE L'ITT « PSYCHOLOGIQUE »

Définition

- **Sur le plan pénal** : l'ITT peut permettre de déterminer l'infraction pénale qui a été commise
  - la gravité de l'infraction sera déterminée selon les conséquences psychologiques.
  - Plus la durée de l'ITT est élevée, plus la qualification pénale sera importante, plus la peine encourue sera grave.
- **Sur le plan civil**
  - Peut renvoyer au poste de préjudice qui reconnait notamment des souffrances psychologiques : « **souffrances endurées** ».
  - « **Névrose post-traumatique** »

L'ITT au sens pénal (1)

- La définition légale de **l'Incapacité Totale de Travail** repose sur la **jurisprudence**
- Au « sens pénal », elle se distingue de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, du déficit fonctionnel permanent (DFP) et du déficit fonctionnel temporaire (DFT), qu'il soit total ou partiel, appliqués en réparation du préjudice corporel
- L'ITT n'est pas une prescription médicale d'arrêt de travail, un arrêt temporaire des activités professionnelles ou une inaptitude à l'activité professionnelle.

L'ITT au sens pénal (2)

« durée de la gêne réelle et globale éprouvée par la victime pour effectuer les gestes de la vie courante »

- Manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer ou jouer pour les enfants
- Conséquences fonctionnelles +++
- Nécessite d'être appréciée *in concreto*
- Durée avec une échéance se distinguant des mutilations et infirmités permanentes

ITT « psychologique » ?

- Recherche d'un retentissement psychologique induit par l'ET fait **partie intégrante** de l'examen clinique: doit être systématique et pris en compte dans la détermination de l'ITT « globale ».
- Evaluation néanmoins spécifique car repose sur des **éléments subjectifs** : doléances de la victime, cohérence médicale des symptômes rapportés, langage non verbal,…
- Evaluation qui nécessite donc un évaluateur maitrisant les outils et les techniques de **l'entretien psychiatrique et la nosographie psychotraumatique.**

Evolution des pratiques (1)

- **Loi 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** : législation s'oriente vers une reconnaissance toujours plus importante des violences psychologiques et morales et du psychotraumatisme
  - Demandes d'évaluations psychologique des victimes et sa prise en compte dans l'ITT augmente et sont aujourd'hui quasi systématiques

Evolution des pratiques (2)

- **Réforme de la médecine légale en 2010**: volonté de regrouper l'ensemble des actes de la médecine légale dont la détermination des ITT vers les centres de référence que sont les Unités médico-judiciaires (UMJ) et les Instituts médicaux légaux (IML)
  - permet d'améliorer la justesse des durées d'ITT déterminées grâce à des praticiens expérimentée en évaluation médico-légale

Evolution des pratiques (3)

- **Réforme du 3e cycle des études de médecine en 2017**: fin du DESC et capacité de médecine légale au profit de la création d'un DES de médecine légale
  - Permet le développement d'une spécialité médico-légale à part entière et assure l'avenir des UMJ
  - Met néanmoins fin à la formation de nouveaux médecins légistes ayant une seconde spécialité et notamment une formation initiale en psychiatrie = Perte de compétences :
    - Psychiatres non habitués à la pratique médico-légale
    - Médecins légistes non formés à l'évaluation psychologique

Evaluation du retentissement psychique à visée judiciaire (1)

- Face à un même évènement traumatisant, les sujets réagissent **différemment** avec plus ou moins d'intensité, le TSPT n'étant pas une évolution systématique et inévitable.

- Contrairement aux lésions physiques, les symptômes d'un psychotraumatisme restent **difficilement prédictibles** dans leur **apparition** comme dans leur **évolution** et présentent la particularité de pouvoir apparaitre de manière **différée après un intervalle libre.**

→ Difficulté pour la plupart des médecins pour cette partie de l'évaluation de l'ITT.

Evaluation du retentissement psychique à visée judiciaire (2)

- Par conséquent, bien que reconnue comme élément indispensable à la fixation de l'ITT, **l'évaluation du retentissement psychologique** a longtemps été éludée par les médecins somaticiens et laissée à la compétence des **psychiatres,** particulièrement des psychiatres légistes, considérés comme seuls bénéficiaires d'une formation adéquate.

→ **Comment évaluer le retentissement psychique à visée judiciaire ? Peut-on le prédire ?**

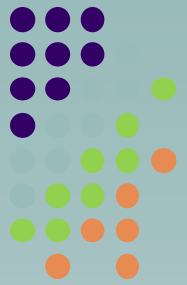
La trouble de stress aigu, prédicteur de l'état de stress post-traumatique ?

- 25% des sujets confrontés à des stresseurs majeurs développent un TSPT
- Toutefois la réaction de stress aigu ne permet pas de prédire d'une manière fiable une telle évolution
- Seule la **dissociation péri-traumatique** semble un facteur déterminant dans le pronostic

Néanmoins **prudence** !

Toutes les variables pré-traumatiques, pot-traumatiques et péritraumatiques interagissent et contribuent à l'évolution de l'état des sujets !

Prédicteurs de développement d'un ESPT (1)



- Facteurs de vulnérabilité antérieurs à l'exposition traumatique:
  - **Genre** : 2% des hommes développent un TSPT après une aggression vs. 21% des femmes
  - **ATCD personnel de troubles psychiatriques** : fragilise le sujet exposé à ne situation de stress extrême
  - **ATCD familiaux de trouble mentaux, notamment TU alcool** : rend l'enfant plus vulnérable en terme de déterminisme biologique mais aussi développemental
  - **ATCD d'expériences traumatiques** (violences physiques/sexuelles/combat) fragilise le sujet exposé une 2e fois

Prédicteurs de développement d'un ESPT (2)

- Facteurs liés à l'évènement traumatique :
  - **Nature de l'ET**: 50% des victimes de viol (hommes et femmes) développent un TSPT contre 5% des victimes de catastrophes naturelles
  - **Gravité de l'ET**:
    - durée et intensité,
    - danger vital ou physique qu'il représente,
    - blessures corporelles qui en découlent,
    - intentionnalité de nuire de l'agresseur,
    - existence d'un lien affectif avec l'agresseur favorisent le développement d'un TSPT

Prédicteurs de développement d'un ESPT (3)

- Facteurs liés aux phénomènes péri-traumatiques :
  - Dissociation péritraumatique expliquerait 30% de la variance des symptômes traumatiques existant 6 mois après l'ET = Facteur prédictif le plus important
  - Détresse péritraumatique : anxiété et sentiment de menace vitale ressentis pendant ou juste après l'ET entrainent un cortège de réactions physiques prédisant le risque de TSPT (accélération du pouls,…)

→ Incapable d'intégrer émotionnellement l'expérience traumatique, le sujet voit revenir les émotions, les souvenirs ou les pensées qui y sont associées de façon incontrôlable et envahissante, ces intrusions sont l'essence même du TSPT.

En pratique

- Pour déterminer une ITT, un médecin basera et justifiera ses conclusions sur :
  - **les constatations** qu'il aura réalisé au cours d'un examen clinique complet,
  - **les éléments médicaux documentés** antérieurs à la consultation qui lui auront été transmis,
  - **la recherche de détresse et de dissociation péritraumatique** dans la retranscription des circonstances entourant les faits ++

En pratique (2)

- **Pas de protocole homogène sur le territoire national** ++
- A défaut de victime apportant préalablement un diagnostic psychiatrique…
- A défaut de médecin légiste capable de réaliser un recueil de la symptomatologie psychotraumatique…

→ Mise en place dans plusieurs UMJ de coopération médecins/psychologues

Avantages

- Psychologues présents dans les UMJ depuis la réforme qui leur y prévoit une place

Inconvénients

- UMJ ne bénéficient pas toutes de psychologues à temps complet
- Double consultation pour les victimes
- Problème d'organisation
- Retranscription du recueil symptomatique sous forme d'ITT par le médecin légiste
- Double place du psychologue soin/expertise

En pratique (3)

- Compte tenu du délai parfois rapide entre les faits et l'examen sur réquisition, certaines UMJ organisent une 2e consultation à distance de la première :
  - Environ 10 jours après les faits pour certaines UMJ,
  - à 1 mois pour d'autres
- Difficultés rapportées pour déterminer une ITT dans les violences répétées
- Mention de l'intérêt d'une expertise psychologique/psychiatrique parfois faite

Exemple

Le ….. (à **J** des faits), ces lésions ont le retentissement fonctionnel personnel suivant :

Action	Sans difficulté	Difficile	Impossible seul
Se lever/se coucher			
S'habiller/se déshabiller			
Se doucher/se laver			
Préparer les repas			
Prendre ses repas			
Sortir de chez soi			

Action	Sans difficulté	Difficile	Impossible seul
Faire ses courses			
Se déplacer/marcher			
Conduire			
Faire son ménage			
Prendre ses médicaments			
Avoir une vie sociale			

CONCLUSION

M. , âgé de ,

Du fait de ces gênes fonctionnelles, cette personne n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante, que ce soit pour des raisons physiques ou psychologiques, que ce soit dans l'exercice de sa profession ou en dehors de celle-ci.

Ceci constitue une incapacité totale de travail au sens pénal d'une durée prévisible de … jours.

Perspectives

- Systématisation d'une **2e consultation avec psychologue** ou binôme légiste/psychologue
- Systématisation d'une **2e évaluation à distance** des faits
- Renforcement de **la formation des médecins légistes**
- Création d'un **outil d'évaluation** du psychotraumatisme et de sa répercussion dans la vie quotidienne spécifique au contexte médico-légal
- Evolution de la législation vers une **représentation qualitative des conséquences fonctionnelles** ?

Conclusion

- La détermination de l'ITT « psychologique » devrait reposer sur un **examen systématique** à la recherche de **critères cliniques précis** appartement à la sphère psychotraumatique et à son **retentissement fonctionnel.**

- Une **consultation à distance des faits** semble pertinente pour améliorer la précision de cette durée d'ITT.

Des questions ?