

Méthodologie de l'approche médico-légale et psychologique à l'usage des intervenants médico-judiciaires

L. Bablet, C. Silva, N. Brancherie, E. Baccino

PLAN DU CHAPITRE

Introduction	24	Techniques d'entretiens	27
Savoir-être et savoir-faire	24	Règles générales de l'entretien	28
Savoir-être	24	Entretien avec l'enfant	29
Savoir-faire	25	Rappel des notions des acquisitions chez l'enfant	30
Méthodologie de l'entretien	27	Conclusion	31
Types d'entretiens	27		

Points clés

- L'examen médico-légal a (aussi) une fonction thérapeutique.
- Se présenter et vérifier que la mission est bien comprise.
- Il faut recueillir des données, pas les suggérer.
- L'entretien semi-directif est l'outil de référence.
- L'accueil est individualisé; la courtoisie doit toujours être de rigueur.
- Écouter, mais avec attention et neutralité.
- Être attentif à la communication verbale et non verbale de la victime et de l'intervenant, ainsi qu'à leur congruence.
- Dictier le compte-rendu en cours d'entretien, c'est « reformuler » (et gagner du temps).
- Expliquer l'incapacité totale de travail (ITT), sa durée et sa signification à la victime.
- Savoir orienter la prise en charge du retentissement psychologique.
- L'entretien avec les enfants est particulier et spécifique :
 - il doit se passer sans la présence d'un tiers impliqué dans l'affaire;
 - le dessin et le jeu sont des outils d'aide à la communication avec les enfants;
 - la présence d'un tiers rassurant est en revanche utile lors de l'examen somatique.

Erreurs à ne pas faire

- Continuer à considérer que les unités médico-judiciaires (UMJ) ne sont là que pour établir des certificats d'ITT.
- Nier la nécessité de l'abord psychologique de la victime.
- Considérer que la prise en charge psychologique est prioritaire pour toutes les victimes (et qu'il n'est pas possible que la victime ne soit pas « traumatisée »).
- Être pressé, manquer d'empathie ou se laisser troubler par les faits.
- Utiliser et suivre une check-list rigide pour poser toutes les questions.
- Ne pas avoir (à l'esprit) de modèle d'entretien structuré (mais adaptable).
- Oublier d'informer, et ne pas préparer l'enfant et le parent à l'examen.
- Laisser entrer le parent durant l'entretien.
- Poser des questions précises sur la chronologie à un enfant (en espérer des réponses fiables et insister pour les avoir).
- Penser que les infirmières de médecine légale, les juristes d'association d'aide aux victimes ou les psychologues n'ont pas leur place dans les UMJ.

Introduction

L'examen médico-légal, réalisé parfois à la demande du patient et plus souvent sur réquisition des forces de l'ordre, présente au travers de l'écrit la production des éléments qui vont permettre de caractériser une partie de l'infraction et participe, dans les effets qu'il aura, à la reconnaissance du préjudice subi et, donc, à la reconstruction d'une victime.

Comment ce recueil de données dont l'importance est cruciale s'effectue-t-il ? Comment faire revenir les victimes sur les faits pour répondre à la mission de la réquisition judiciaire ? L'enjeu étant d'obtenir des faits qui pourront être confrontés aux données de l'examen du légiste, il leur faut donc être le plus authentiques possible. Dès lors, comment questionner sans induire des éléments de réponse ? Quelles sont les précautions à prendre quand il s'agit des enfants ?

Avant de donner des conseils sur les techniques d'entretien, nous verrons quels sont les savoir-être et les savoir-faire nécessaires à la pratique médico-légale, qui se doit d'être à l'interface de plusieurs champs d'action : judiciaire, médical et psychologique.

En effet, le rôle de chaque professionnel (médecin, infirmière, juriste, psychologue) est spécifique. Si les techniques (et objectifs) d'entretien diffèrent, il existe néanmoins des invariants à leurs approches respectives.

Savoir-être et savoir-faire

Savoir-être

C'est une disposition d'ouverture, une capacité à accueillir le plaignant de manière individualisée. Cette posture professionnelle se traduit dans sa manière d'entrer en contact avec la victime et dans sa capacité à s'adapter à l'environnement. Elle relève également d'attitudes comportementales et psychologiques. Le médecin légiste, du fait de son examen unique, se doit de pouvoir maîtriser autant que faire se peut un savoir-être adapté à la population qu'il reçoit, afin de rassembler le maximum d'informations verbales. Cela est d'autant plus important qu'il se trouve dans une position d'expert aux yeux de la victime qui sera directement affectée par les conclusions qu'il produira.

Ainsi, son comportement est primordial. Mal optimisé, il pourra participer, à son insu, à un feedback négatif ressenti par la victime, induisant alors un vécu supplémentaire d'incompréhension. Cela peut engendrer chez la victime un sentiment d'inexistence, de saleté, d'être « maltraitée » à nouveau, ce qui peut entraîner une réaction défensive ne permettant pas le recueil des éléments.

Accueillir est une notion qui englobe la capacité du médecin légiste à penser et aménager l'espace où va se dérouler l'accueil de la victime. Cette notion procède également de sa capacité d'ouverture et de contenance de l'autre. Enfin, la durée de l'entretien médico-légal participe au sentiment d'être bien accueilli, à raison de trouver un équilibre entre le temps des doléances et celui de la constatation.

Espace

Même s'il travaille avec d'autres dans le même lieu, le médecin doit d'abord s'approprier l'endroit où il officie

pour s'y sentir à l'aise, confiant et repéré. Le confort du médecin est tout aussi important que celui du patient. C'est ce qui lui permet une qualité d'attention et d'écoute de la victime, après avoir vérifié que les conditions de confidentialité permettent une parole libre. L'agencement de la pièce doit préserver un espace suffisant pour le patient afin de ne pas être perçu comme invasif, intrusif dans son espace intime.

Présence

La présence du médecin légiste est cruciale. Elle passe par différentes modalités d'expression. Certaines sont littérales, d'autres sont dites analogiques ou non verbales. Le dialogue non verbal est fondamentalement créateur d'un lien à l'autre : c'est en communiquant une forme de réceptivité que le médecin restaure à la victime la dimension de la relation à l'autre altérée par l'infraction [1].

La communication non verbale est la traduction en corps de ce qui est vécu. S'il est fréquent qu'elle se traduise dans et par un sourire, une moue dubitative, un hochement de tête d'approbation ou encore un raclement de gorge, il est pourtant essentiel dans la pratique clinique de tendre vers une certaine neutralité, tout en restant conscient qu'au travers le choix d'un mot, dans une expression comme dans le silence, « on ne peut pas ne pas communiquer » [2].

Code social

Parmi les aspects repérables, le respect des codes sociaux et culturels est un signe d'attention et une reconnaissance manifestée socialement à l'autre comme étant une marque de reconnaissance et de respect de son statut d'être humain. La courtoisie ainsi témoignée auprès des victimes leur donnera le sentiment d'être reconnues et dignes d'intérêt, sans les réduire au rang de victimes. Cela contribue à préserver ou restaurer une part d'intégrité narcissique et une dignité malmenée par les événements vécus.

Disposition d'ouverture du praticien

Être ouvert et disponible est essentiel à l'émergence d'une présence à l'autre.

C'est être capable de suspendre tout jugement pour accueillir l'autre dans sa singularité. Cela implique de savoir s'extraire temporairement de ses habitudes, de son contexte individuel, en mettant à distance ses préoccupations (quelles que soient leur nature). L'objectif est de pouvoir se déployer dans l'espace de la rencontre, en mobilisant toutes ses compétences pour s'adapter de la manière la plus juste possible à la victime accueillie. Cela signifie être attentif à l'âge de la victime, son degré et ses capacités de compréhension, sa logique et ses croyances ou encore son milieu d'appartenance socio-culturel. D'une part, il s'agit de savoir « s'accorder » [3], en se rendant sensible au vocabulaire et au champ sémantique choisis par la victime. D'autre part, c'est être capable de repérer les changements d'intonations, les pauses dans le discours traduisant parfois l'indicible, la gêne ou encore la honte, et de savoir, par un questionnaire adéquat, relancer le discours ou de faire préciser, afin d'enrichir le recueil de données sans se contenter du pur déclaratif.

Attitudes analogiques

La communication non verbale, pour bonne partie inconsciente, traduit les défenses psychiques qui s'organisent face à la souffrance de l'autre.

La voix

La voix est le véhicule de nos opinions, de nos pensées. Elle est également le siège de nos émotions, de notre intention et elle peut parfois trahir une « intime conviction ». Cette conviction sentie au contact de la victime peut lui transmettre l'impression – à tort ou à raison – de ne pas être entendue.

Veiller à adopter un débit calme et lent et choisir de moduler la tonalité de sa voix peut contribuer à instaurer un climat de confiance en produisant un effet d'apaisement sur la victime. L'enjeu ici est de montrer que nous sommes prêts à l'accueillir au sein d'un espace co-construit. Cet espace psychique, pour ainsi dire virtuel, se révèle avoir une fonction de *holding* et *handling* [4] pour la victime, lui permettant ainsi de se déposer en confiance, en (re)trouvant une certaine continuité d'être. Dans et par sa voix, en invitant à parler sa souffrance physique et psychique, le médecin instaure un climat qui diffère de celui de l'urgence souvent ressentie par la victime.

La posture

Ce mot vient du latin *sinerer*, *situs* autrement dit « laisser, placer » [5]. Si le praticien reçoit debout, les bras croisés, il communique analogiquement à la victime qu'il n'a que peu de temps à lui consacrer. En revanche, s'il s'assoit, en prenant soin de montrer qu'il aménage son confort, et que ses bras et ses jambes sont décroisés en signe d'ouverture, il lui transmet son intérêt pour elle et son récit. Être attentif à sa posture comme celle des victimes accueillies est essentiel.

De la salle d'attente à la salle d'examen, les postures adoptées par les victimes traduisent souvent leur manière de lutter contre ce qui les traverse. Épaules voûtées, regard fuyant, pas traînant et lourd, etc. : ces mises en corps peuvent traduire un vécu de souffrance ou la manière de s'en défendre. Après l'entretien, il est fréquent de les voir se redresser, comme soulagées du poids d'un fardeau.

Savoir-faire

Écoute

Le recueil des données nécessite un travail d'écoute attentive permettant l'élaboration des questionnements à venir ou actes à réaliser tout en permettant aux sujets de raconter les faits et parfois de pouvoir dire quelque chose de ce que cela provoque en eux (douleurs, angoisses, inquiétudes, etc.). Nommer les vécus émotionnels et événementiels forts permet dans un premier temps de commencer à se réapproprier les événements.

Le mot « écouter » vient du latin *auscultare*, « écouter avec attention » [5]. Dans le langage courant, il signifie également « tenir compte de quelqu'un, de ses paroles, de sa volonté, de ses désirs » [6]. Le patient a besoin de ce soutien silencieux, mais actif qui lui est proposé, comme le rappelle Jacobi : « L'écoute du praticien est le moyen de faire avan-

cer l'entretien [...], de permettre à la parole de se déployer » [7]. L'attention doit se porter sur ce qui est absent, impensé, les blancs dans le discours, les incohérences, les non-sens, les incompréhensions, les angoisses, les modifications de la tonalité ou du débit de la voix, les attitudes du corps ou leurs réactions à l'évocation des faits.

Écouter ces « bousculades » [7] intellectuelles, émotionnelles et psychiques permet de repérer les endroits où le patient s'interroge, doute, ne comprend pas. Il suffit alors de l'aider à trier l'ensemble, à élaborer ses priorités et à trouver ses solutions. Le travail de compréhension viendra par la suite, voire dans d'autres lieux.

Cette forme d'*écoute active* permet de transmettre à la victime le sentiment d'être comprise et accueillie. Au sens latin, l'accueil nous renvoie à l'acte de « cueillir, choisir et rassembler » [5], car il s'agit bien dans la pratique de « cueillir » ce qui fait sens ou contresens pour la victime, de « rassembler » ses mots qui se sont dévoilés lors de l'entretien pour pouvoir les lui reformuler afin de la faire sortir de son impasse. Il faut donc alors « choisir » dans les mots communs, pour restituer l'information, de façon à ce qu'elle fasse sens, qu'elle soit pertinente pour la victime.

S'il existe – telle l'écoute active – des savoir-faire communs à toute pratique clinique, certains demeurent spécifiques à l'entretien médico-légal.

Soin

Nursing

Le terme *nursing* désigne en France le soin que l'intervenante apporte au corps de la victime. Ce soin est primordial car l'intervention médicale, quelle que soit sa nature, peut avoir des effets thérapeutiques. Faire l'objet d'attentions pondérées et professionnelles permet de réinscrire la possibilité d'une relation d'intérêt sans que celle-ci soit associée à l'annulation du sujet. Autrement dit, le corps est à nouveau considéré comme appartenant à un être humain digne de respect et plus comme un objet utilisable.

Le simple fait qu'un médecin puisse se pencher sur le corps lésé, observer les conséquences de l'agression, diagnostiquer une atteinte et, s'il y a lieu, pronostiquer le rétablissement permet à la victime de récupérer un minimum d'informations sur la zone du corps malmenée.

Constater médicalement les lésions est une étape essentielle dans la reconnaissance de la victime, car c'est par l'évaluation du dommage subi qu'elle pourra à la fois prétendre à faire qualifier les actes de l'agresseur (infraction) et poursuivre un travail de réparation psychique.

Incapacité totale de travail

La durée de l'incapacité totale de travail (ITT) attribuée par le médecin légiste représente, pour le sujet, la première évaluation du dommage subi. C'est par ce chiffre (nombre de jours) qu'il va être reconnu ou non comme victime non seulement au regard de la société, mais aussi à ses propres yeux.

Il est difficile de comprendre, lorsque l'on est victime de violence, que l'ITT soit souvent inférieure à 8 jours. Le chiffre est pris, par la victime, comme une valeur de ce qui a été vécu et non comme un repère pour le système pénal et civil. Il est donc nécessaire d'expliquer l'ITT afin d'éviter d'accroître un

sentiment d'injustice déjà présent chez la victime en contribuant à renforcer un effet de « survictimisation ».

À ce jour, l'impact psychologique commence à être pris en compte, par la plupart des médecins exerçant dans les unités médico-judiciaires (UMJ), pour la détermination du nombre de jours d'ITT. Si la principale mission du psychologue demeure l'accompagnement psychothérapeutique des victimes, les pratiques évoluent et des réflexions s'installent, notamment quant au rôle du psychologue clinicien dans l'évaluation du retentissement, dans le cadre de l'enquête préliminaire. Le but est d'améliorer et de préciser la sensibilité des comptes-rendus médicaux, lorsque la victime ne présente pas de traces physiques de violences.

Aux UMJ montpelliéraines, un entretien unique avec le psychologue est organisé à la suite de la consultation avec le médecin légiste. La mission du psychologue est de préciser l'anamnèse de la victime, la façon dont elle a perçu et vécu les faits, de repérer d'éventuels symptômes relatifs aux actes allégués, et enfin de décrire la perception que la personne a d'elle-même, à l'instant T et par projection, sur les mois qui viennent. Il ne s'agit pas de poser un diagnostic, ni même de se substituer à une expertise psychologique. Le psychologue permet un éclairage sur les conséquences des faits sur la vie psychique de la victime et sur sa capacité à y faire face. Ces éléments seront alors traduits par le médecin en jours d'ITT dans son certificat, après concertation avec le psychologue.

Cette co-intervention permet de pallier des difficultés de définition de l'ITT « psychologique », qui, rappelons-le, n'a pas d'existence juridique. Par ailleurs, le recours au psychologue pour cette ITT révèle la difficulté pour le médecin légiste de se situer dans son propre cadre évaluatif, lorsqu'il n'est pas possible de faire coïncider le déclaratif avec l'observable. Au-delà de l'aspect médico-légal, ce protocole peut également initier une entrée dans un parcours de soins pour la victime, une prise en charge orientée spécifiquement par le psychologue rencontré.

Aide

Le médecin légiste, comme tous les professionnels de médecine légale, participe activement à l'information de la victime. Il est en effet nécessaire de guider la victime dans les différentes démarches qu'elle peut effectuer (thérapeutiques, sociales et/ou juridiques), de l'informer des démarches qu'elle peut réaliser et de l'orienter au sein du tissu social tant au niveau thérapeutique que juridique. La présence d'associations d'aide aux victimes au sein des UMJ permet de faciliter le parcours de la victime.

Informers

Informers, c'est :

- mettre au courant la victime de ses droits et, donc, la situer au niveau de la loi pénale. Ce faisant, ce qui est interdit et ce qui ne l'est pas sont clarifiés et l'agresseur et l'agressé sont assignés, de fait, à leurs rôles respectifs ;
- autoriser la victime à se saisir d'un statut ou d'une place temporaire qui peut lui permettre de se réapproprier son vécu traumatique et, ainsi, lui donner le droit d'être actrice de sa reconstruction psychique ;
- prévenir des effets psychologiques ou physiques qui peuvent surgir suite à l'événement traumatisant. L'objec-

tif est de minimiser l'anxiété qui peut s'associer aux modifications passagères du caractère, au sentiment de ne plus se reconnaître, ou bien à la résurgence, mauvaise surprise du traumatisme, quelques mois voire quelques années après ;

- présenter les possibilités qui existent de se faire aider par les autres acteurs médico-légaux : psychologues, infirmières.

Si le médecin légiste doit signaler une maltraitance à enfants par exemple, il est nécessaire d'expliquer ce qui est fait et pourquoi, tout en soulignant le caractère impératif de ce signalement.

Par ailleurs, la victime, à l'issue de l'entretien médico-légal, peut ou pas ressentir la nécessité de rencontrer un psychologue. Il est donc nécessaire d'avoir comme perspective soit une orientation externe, soit une orientation interne.

Orientation

Si faire une orientation est nécessaire, encore faut-il qu'elle soit suivie. En effet, les pratiques évoluent en fonction de la population rencontrée et des besoins observés. À l'UMJ du CHRU de Montpellier, une étude statistique nous a permis de constater un écart significatif entre le nombre de victimes d'agression sexuelle vues par le médecin légiste et le nombre de ces victimes reçues en consultation par le psychologue. L'information de la possibilité de consulter un psychologue leur était pourtant transmise, comme pour les autres motifs de violences. Nous avons donc changé d'approche afin de les amener à consulter sans les brusquer, en leur proposant une ouverture vers un lieu d'écoute et de parole. Dès lors, une première rencontre a favorisé l'entrée en relation avec la victime, en désacralisant l'accès au thérapeute, en créant un lien immédiat. Un entretien de courte durée avec le psychologue est alors organisé, avec le consentement de la personne. Pour les victimes d'agression sexuelle vues sur les gardes le soir ou le week-end, un protocole de rappel téléphonique systématique par le psychologue a été mis en place, toujours avec l'accord préalable de la personne. C'est donc le psychologue qui va vers la victime, tout en lui permettant de s'inscrire elle-même dans la démarche si elle le souhaite.

Au sein de l'UMJ de Montpellier, la prise en charge des victimes s'inscrit dans une logique particulière. L'offre de soins pluridisciplinaires d'urgences inclut une prise en charge psychologique. Sur orientation paramédicale, médicale ou sur demande spontanée, les victimes exposées à un événement traumatique sont reçues individuellement ou en petit groupe (dans le cas d'une co-exposition traumatique par exemple) au sein de consultations à visée spécifique.

La temporalité dans laquelle la victime évolue va déterminer l'approche thérapeutique proposée au regard de l'événement vécu. Dans la phase aiguë du traumatisme (de 0 à 72 heures, puis dans le mois suivant l'exposition), la psychoéducation de la victime et de son entourage est essentielle. Une fois la victime accueillie et la symptomatologie réactionnelle repérée (type et intensité), son objectif est de permettre à la fois de l'apaiser et de prévenir l'apparition d'un certain nombre de troubles péritraumatiques.

Lorsque la victime est en demande d'un suivi, une thérapie de soutien lui est proposée. Au sein de notre UMJ, les victimes peuvent bénéficier d'hypnose ou encore de la

technique EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*), approches toutes deux recommandées par la Haute autorité de santé (HAS) en matière de prise en charge psychotraumatique. Celles-ci visent de manière générale à intégrer l'événement traumatogène en mémoire biographique, en mobilisant la mémoire traumatique du sujet, à travers l'exploration de son vécu émotionnel et sensoriel, dans le moment présent.

L'orientation proposée, voire prescrite par le médecin, doit elle aussi être expliquée, afin de trouver avec la victime la prise en charge qui lui conviendrait le mieux. Il existe en effet aujourd'hui différentes techniques pour traiter le traumatisme ou réguler les relations avec les individus maltraitants, tant individuellement (thérapies d'obédience analytique, thérapies cognitivo-comportementales, etc.) qu'en groupe (thérapie familiale ou groupe de parole). Une fois l'orientation présentée et définie, il faut y associer une adresse, un numéro de téléphone afin que la victime puisse trouver les interlocuteurs facilement et rapidement. À cet égard, la présence de psychologues consultant en urgence de façon quotidienne pour les UMJ est indispensable.

Cette phase d'information et d'orientation devrait pouvoir permettre à la victime de commencer à organiser des stratégies permettant de remédier aux traumatismes vécus. L'écouter, lui reformuler ses difficultés, ses résistances et dialoguer avec elle autour de ce qui lui semble être le mieux lui permet de trouver, avec l'aide apportée, sa solution.

Mais pour atteindre ces objectifs, le savoir-être et le savoir-faire ne suffisent pas; il faut également pouvoir s'appuyer sur une méthodologie.

Méthodologie de l'entretien

Types d'entretiens

Il existe trois sortes d'entretiens : semi-directif, directif et non directif.

Si les conduites d'entretien diffèrent selon leur typologie, toutes reposent sur les éléments *princeps* basiques de la relation d'aide que sont l'empathie, l'écoute active et la neutralité bienveillante du praticien.

Entretien non directif

L'entretien non directif de référence, quand il s'agit d'être à l'écoute du sujet à travers son discours, est plus spécifique aux praticiens du champ de la psychologie et de la psychiatrie, quand il s'agit d'être à l'écoute du sujet au travers du discours. Le praticien se tient en retrait de ce dernier, ne le ponctuant que de rares relances. Laisser le récit traumatique se former librement sans intervention intempestive permet au praticien d'être au plus proche de la réalité vécue, en limitant son influence sur le discours ainsi produit. Cette méthode – proche de la méthode psychanalytique, qui repose sur la libre association – permet d'identifier plus finement la chronologie du récit de la victime ainsi que les thématiques abordées. Elle permet également de mieux percevoir le rythme et la « coloration » du discours du sujet.

Entretien directif

À l'inverse, l'entretien directif est composé d'une thématique choisie par le praticien. Il est donc « orienté », puisqu'il explore ce que le praticien souhaite aborder. Il n'y a pas de place pour la digression, l'expression spontanée d'affects ou la résurgence de souvenirs. Cette méthode dite suggestive peut se révéler utile lorsque la victime se montre peu loquace. Elle peut aussi permettre de soutenir la victime lorsqu'il s'agit d'aborder un moment qui lui a été particulièrement pénible. L'effort à fournir pour raconter les faits sera alors plus aisé si le praticien pose des questions fermées auxquelles la victime n'a plus qu'à répondre par oui ou par non.

Entretien semi-directif

L'entretien semi-directif paraît plus propice au recueil de nombreuses données nécessaires, tant pour rédiger la constatation médico-légale que pour laisser s'exprimer la victime le plus librement possible afin de ne pas l'influencer par les questions.

Les questions doivent partir du général (contexte de vie actuel) pour aller vers le plus délicat de façon graduée et constante (agression). Elles doivent être non dirigées (exemple : que vous est-il arrivé? Est-ce que vous pouvez préciser? Pouvez-vous me décrire la scène? Que s'est-il passé ensuite? Et après? Comment l'agression a pris fin? etc.), simples et ouvertes. Elles ne doivent en aucun cas comporter des éléments de réponses afin d'éviter d'influencer le discours et donc de pervertir le recueil de données.

La méthode oblige les victimes à utiliser leurs propres champs lexicaux pour raconter ce qui leur est arrivé, ce qu'elles redoutent, ce qu'elles imaginent. Le praticien a ainsi tout loisir pour trouver les mots communs afin de pouvoir reformuler dans son registre.

Cette technique a l'avantage de cibler le thème que le praticien souhaite aborder sans pour autant enfermer la victime dans un questionnaire qui pourrait ressembler à : Où? Quand? Comment? Avec qui ou quoi? Quand bien même l'essentiel pour le rapport réside dans ces questions, l'impact thérapeutique de cet entretien est à ce prix.

Si la répétition du récit n'est pas recommandée, permettre au sujet de raconter son histoire à des adresses différentes (justice, médecin, psychologue, etc.) comporte quelques avantages en lui offrant une possibilité de parler de l'événement différemment.

Techniques d'entretiens

Reformulation

La reformulation est une modalité de la communication qui est souvent utilisée naturellement par le praticien. Elle nécessite, pour être opérante, que celui-ci ait été attentif aux différents signifiants que le sujet aura utilisés pour parler de lui. La reformulation sert à vérifier que le praticien a compris ce qui lui a été dit; elle permet donc de finaliser le recueil de données.

Par ailleurs, reformuler à la victime les événements traumatiques en y associant les termes médicaux, voire juridiques permet de changer de registre, comme s'il s'agissait d'objectiver quelque chose qui lui était pour l'instant intime

et connu d'elle seule et de l'agresseur. C'est donc permettre un premier pont entre l'intime et l'observable commun à tous, par le biais de la nomination. La victime peut vérifier qu'elle a bien été comprise, entendue et reconnue, pourvu qu'elle soit respectée dans la restitution.

En pratique, cette reformulation peut être effectuée lorsque le praticien dicte son compte-rendu en présence de la victime au fur et à mesure du déroulement de l'entretien (ce qui a aussi l'avantage d'être plus efficace en termes de gain de temps). Une autre méthode est de lire à haute voix ce que l'on est en train d'écrire.

Neutralité et empathie

Il y a un autre élément essentiel qui a une influence sur le recueil de données et sur l'aspect thérapeutique que peut revêtir l'entretien médico-légal : l'exercice de la relation humaine dans la fonction médicale vis-à-vis de la victime ou, autrement dit, comment « relationner » avec l'autre agressé.

Toute la difficulté réside dans le fait de trouver la juste distance. Il s'agit d'abord d'être vigilant aux mouvements « transférentiels » lorsqu'on travaille avec les victimes. Se vivre à leur place et imaginer ce qu'on aimerait soi recevoir dans la même situation, c'est humain ; toutefois, cela n'est pas professionnel et ne permet pas aux victimes de se sentir accueillies. Pour autant, il ne s'agit pas non plus d'adopter une position de distance rigide qui ne tendrait qu'à se protéger soi, plutôt que la victime. C'est là qu'interviennent la neutralité et l'empathie.

La neutralité est un concept qui provient de la psychanalyse. Elle est le pivot de la relation entre l'analysé et l'analysant. C'est l'attitude « consciente » que l'analyste prend vis-à-vis du patient, qui l'amène à être neutre « quant aux valeurs religieuses, morales et sociales, c'est-à-dire ne pas diriger la cure en fonction d'un idéal [...], neutre en regard des manifestations transférentielles » [8]. Bien évidemment, il n'est pas nécessaire d'être analyste pour appliquer cette règle.

En revanche, il s'agit bien, dans l'entretien médico-légal, de laisser ses convictions intimes en dehors de la relation afin de ne pas induire une quelconque réponse ou un quelconque sentiment chez la victime, qui risquerait de fausser l'observation et le recueil de données.

Pour autant, il ne s'agit pas d'être dans une attitude d'apparent détachement. Dans l'accueil des victimes, l'empathie a toute sa place et son importance. L'empathie est la « réaction émotionnelle suscitée par l'état ou la conduite d'autrui, entraînant une attitude d'acceptation, de compréhension » [9] sans être perturbée par les émotions de l'autre. C'est une compétence nécessaire qui permet de s'adapter à l'autre, de se mettre non pas à sa place, mais dans une proximité émotionnelle respectueuse de ses affects et très utile au déroulement de l'entretien.

L'attitude envers la victime doit donc s'appuyer à la fois sur la neutralité et sur l'empathie. Il s'agit d'être non suggestif, mais participatif, compréhensif, mais pas envahissant.

Soutien à la communication

Il arrive parfois que la communication s'instaure difficilement. La victime, trop envahie par l'événement trauma-

tisant, ne peut pas raconter les faits sans un minimum de distance, et l'entretien ainsi que la relation deviennent vite pesants et difficiles à soutenir. Il est alors possible d'avoir recours aux médiateurs de communication.

Le dessin en est un. Souvent facilement utilisé par les enfants, il est plus difficile de s'en servir spontanément avec les adultes. Il peut être demandé de dessiner le plan de l'endroit où l'agression s'est produite, de montrer où la victime était, par où est arrivé l'auteur, comment, où était l'agresseur, etc.

Le support projectif que va offrir la feuille, organisé ensuite par le dessin du lieu des faits, va permettre une mise à distance du vécu de l'agression, puisque les compétences cognitives de la victime sont assignées à une tâche. Pour autant, celle-ci peut, tout en dessinant, expliquer avec plus de facilité les faits. Cela va permettre à la victime de n'être en contact direct ni avec le praticien, ni avec ses émotions, puisqu'il y aura ce plan sur lequel elle va s'appuyer pour raconter ce qui lui est arrivé. Il pourra ainsi être obtenu des éléments objectifs étant à même de compléter l'entretien médico-légal.

Si une connaissance générale de ce qui est à l'œuvre dans la relation avec la victime et des différents types d'entretiens est nécessaire, elle n'est pas suffisante. Il y a dans la pratique clinique des règles, dont certaines sont incontournables, quelle que soit la façon d'intervenir dans la situation.

Règles générales de l'entretien

Les grandes règles générales de l'entretien avec un patient sont connues de tous. Elles commencent avec le cadre d'exercice, et passent par la préparation de l'entretien, la rencontre et l'examen. Elles ne sont pas différentes pour les victimes, mais ont bien plus d'importance pour elles que pour les autres patients, ce qui nécessite de leur apporter à chaque rencontre une attention particulière.

Cadre d'intervention

Le cadre peut recouvrir différentes réalités : service des urgences, service de médecine légale, chambre d'hospitalisation, etc. Quand bien même la victime est parfaitement consciente de l'endroit où elle se trouve, il faut toujours restituer le contexte médico-légal, fonction de l'origine de la demande qui est faite (consultation ou réquisition) et de l'éventuelle coordination avec différentes équipes, médicale ou judiciaire.

Quelles que soient les circonstances, il est nécessaire de se présenter (patronyme et fonction) et de rappeler la mission, surtout si elle relève de la justice. Encore trop souvent, des intervenants effectuent des présentations sommaires souvent mal comprises par les patients. Pourtant, ces présentations conditionnent en partie la rencontre qui va s'engager et ce qui va s'y dérouler.

Autant que faire se peut, il est indispensable de disposer d'un lieu agréable et fonctionnel, bénéficiant de tout le matériel nécessaire à l'examen. Rien de plus désagréable pour une victime de violences sexuelles que de rester sur la table gynécologique, les pieds dans les étriers pendant qu'un dernier écouvillon nécessaire à un ultime prélèvement est recherché !

De préférence, il convient de choisir un lieu calme et insonorisé de façon à ce que le patient ne soit pas dérangé dans la restitution d'événements douloureux, ni par l'inquiétude d'être entendu de tous, ni par les bruits d'autres consultations qui pourraient se dérouler à côté.

Enfin, les distractions et les interventions extérieures (téléphone portable, entrée intempestive, etc.) qui pourraient casser la dynamique de votre entretien ou, pire, briser le fragile lien de confiance qui se tisse avec la victime sont à bannir.

Préparer l'entretien

Il s'agit d'obtenir le maximum d'éléments relatifs à la victime, la raison de sa venue, l'endroit, la date et le lieux des faits, au lien avec l'agresseur (famille, voisin, école, centre de vacances), l'orientation (réquisition ou consultation). Cela permet de mieux définir les modalités d'interventions médicales nécessaires (matériel, lieux d'intervention, etc.).

À cet égard, les infirmières de médecine légale (IDML) s'entretiennent avec les victimes avant tout examen médico-légal. Cela permet un passage progressif de la salle d'attente à la salle d'examen. Les informations recueillies par l'infirmière sont restituées aux médecins par une fiche papier et éventuellement oralement durant l'entretien médico-légal où elles sont présentes.

Pendant l'entretien

Il convient de :

- favoriser le bien-être de la victime en trouvant la bonne distance avec elle. En ce qui concerne le contact physique avec le patient, quelques précautions sont utiles : l'aider pour aller sur la table d'examen peut permettre d'amorcer un premier toucher ; le prévenir avant d'aller plus loin dans les gestes médicaux. La présence des infirmières dans la consultation médico-légale permet souvent d'apaiser le patient, car celles-ci peuvent prendre auprès de lui ce rôle d'accompagnement, en lui tenant la main ou en restant auprès de lui, par exemple ;
- dire à la victime qu'elle n'est pas seule face à la situation, sans pour autant banaliser la sienne ;
- rappeler la loi, ce qu'on a le droit de faire et de ne pas faire, qui protège qui et comment, pour permettre de resituer les acteurs de l'agression dans un contexte social afin de lui signifier sa place ou son statut temporaire de victime.

Examen médico-légal

Avant l'examen médical, la reformulation dictée et résumée de ce qui est arrivé permet d'avoir des repères pour l'examen médico-légal.

Présenter l'examen sous la forme d'une évaluation de l'état somatique en rapport avec les faits, que ce soit pour l'adulte ou l'enfant, est absolument nécessaire. Même si le légiste ne fait pas à proprement parler de soin, la victime peut le croire, car elle chemine avec la représentation usuelle du médecin. À l'issue de l'examen, la victime doit être rassurée sur l'intégrité de son corps, du point de vue médical. Renvoyer l'image d'un corps qui va bien ou pointer les lésions peut permettre à la victime de se réapproprier une

image de corps intègre ou lésée, mais dont les lésions sont connues et à soigner, si nécessaire.

Resituer, à la fin de l'entretien, le cadre de l'intervention (évaluer, protéger) permet d'amorcer la conclusion de la rencontre. Il est toujours bon de conforter la victime dans sa décision de porter plainte en rappelant l'utilité de sa démarche pour elle et pour les autres (autres victimes potentielles, intérêt général) et de lutter contre le sentiment de culpabilité souvent présent. Avant de clôturer, donner la possibilité à la victime de dire quelque chose, de questionner.

Entretien avec l'enfant

Cadre d'intervention

Le cadre d'intervention ne diffère pas des grandes lignes de celui avec un adulte. Pour autant, il y a quelques subtilités qu'il s'agit de prendre en compte et qui sont liées plus spécifiquement au jeune âge de la victime qu'à l'intervention.

Il faut porter un soin tout particulier à la présentation de la fonction et de la mission de façon à ce que l'enfant comprenne bien pourquoi il est là. Souvent, les parents et/ou les équipes éducatives sont démunis et n'ont pas su trouver les mots pour expliquer pourquoi ils amènent l'enfant à l'UMJ.

Si ce n'est pas fait, l'enfant va chercher soit à échapper au praticien parce qu'il ne comprendra pas ce qui lui est demandé, soit à faire plaisir, et répondra un peu tout et n'importe quoi aux questions. Pour lui permettre de s'exprimer, il est nécessaire de bien lui préciser que l'on veut parler avec lui de ce qui lui est arrivé. Il est parfois utile de reprendre le vocabulaire de l'enfant pour faire émerger son discours. Et ici, plus encore que chez l'adulte, il faut reformuler s'il ne semble pas comprendre.

Enfin, pour consulter, un lieu adapté à l'enfant paraît préférable. Si cela est difficile, aménager un endroit avec des jouets peut être utile pour l'entretien. Si l'enfant semble intimidé, rester à sa hauteur (ne pas le dominer de toute sa taille) permet un meilleur relationnel, en particulier si l'aménagement n'est pas prévu pour les tout-petits.

Avant l'entretien

L'IDML joue un rôle essentiel dans la qualité du déroulement de l'entretien ultérieur si elle parvient à expliquer à l'enfant et aux parents qui l'accompagnent que l'entretien doit se faire en dehors de la présence des parents. Il peut être instructif de bénéficier de l'audition de l'enfant avant de le rencontrer.

Pendant l'entretien

Les enfants évitent de parler de choses difficiles devant leurs parents, particulièrement si cela remet en cause toute la dynamique familiale. En outre, certaines révélations sont faites au moment de l'examen médico-légal.

Si le parent (ou toute autre personne à qui l'enfant s'est confié au préalable) était présent, l'enfant aurait tendance à attendre le consentement du parent pour s'exprimer et s'assurer qu'il dit bien ce qu'il a à dire. Il est alors constaté des regards qui s'échangent entre le parent et l'enfant, comme si ce dernier était dans l'attente d'une autorisation ou d'un assentiment.

Parce qu'un enfant croit qu'il faut qu'il fasse plaisir à l'adulte, il peut fournir au médecin des éléments de réponse dont il pense qu'ils sont attendus par lui. Les enfants comme les adolescents restent suggestibles aux figures d'autorité. Il est donc important de préciser qu'il peut dire quand il ne comprend pas ce qui lui est demandé ou qu'il ne se souvient pas, plutôt que de chercher à répondre en créant un événement imaginaire.

De ce fait, l'on comprend aisément qu'un enfant dont les versions varient d'un entretien à l'autre n'est pas obligatoirement un menteur et, a contrario, qu'un enfant dont la version ne varierait jamais ne dit pas obligatoirement la vérité.

Par ailleurs, le fait que cela soit un enfant doit obliger à changer quelque peu les habitudes de travail au regard des éléments suivants. La capacité de concentration de l'enfant est assez limitée. Il faut veiller à changer de sujet toutes les 10 à 15 minutes, même si cela comporte une difficulté pour la cohésion du discours et des idées. Être attentif aux signes de lassitude chez l'enfant permet de faire des pauses autour d'une autre activité.

Il faut laisser le temps à l'enfant d'élaborer sa réponse. En fonction de son âge, la maîtrise des pensées et du discours est différente et ne permet pas la même aisance verbale. Le presser ne ferait que renforcer son apparent mutisme, et lui renvoyer un sentiment d'insécurité.

Pour entrer en relation avec l'enfant, voire l'adolescent, il suffit la plupart du temps de parler un peu de lui, de ses intérêts comme d'une activité qu'il aime. Cela permet de faire connaissance et de ne pas limiter l'intérêt qui lui est porté aux faits qu'il a vécus, comme si c'était tout ce qui le rendait intéressant (agression sexuelle) ou différent (maltraitance). Dans le but d'entraîner l'enfant à ce qui est attendu de lui concernant le récit des faits, il peut être utile de lui faire raconter la dernière journée qui a été la plus intéressante pour lui.

La méthode d'audition NICHHD9 (National Institute of Child Health and Human Development) a été développée par Michael Lamb et ses collègues en 2008, dans le but d'améliorer et de préciser le recueil de la parole de l'enfant. En étant plus concrète, elle tend à harmoniser les pratiques des intervenants qui l'utilisent, en leur indiquant une conduite à tenir sur le terrain, avec notamment des exemples de questions ouvertes. Initialement conçue pour les enfants de moins de 12 ans témoins de faits graves, elle est composée de trois phases : la phase prédeclarative, la phase déclarative et la clôture de l'entretien.

La *phase prédeclarative* permet une prise de contact avec l'enfant, pendant laquelle une alliance se crée entre le mineur et l'intervenant. Elle peut permettre au mineur de se rassurer et d'apaiser son stress, en posant un cadre (les règles de l'entretien) et en répondant à ses questions. Elle permet également d'apprécier les capacités cognitives et narratives de l'enfant et de s'ajuster à lui. Il est recommandé de faire dérouler l'ensemble de sa journée, jusqu'à l'entretien. Une fois l'exercice réalisé, il faut vérifier qu'il n'a rien oublié.

Ensuite, l'enfant doit raconter ce qui lui est arrivé ; c'est la *phase déclarative*. Il s'agit alors de reprendre l'ensemble de la journée jusqu'à arriver au moment des faits, et de poursuivre jusqu'à la façon dont cela s'arrête, voire jusqu'au moment où il en a parlé pour la première fois à un tiers. Comme dans la première phase, le protocole dispose de questions ouvertes et d'autres plus spécifiques comme : « Décris-moi les vête-

ments que tu portais », qui vont faire appel à une mémoire plus précise.

De manière générale, si l'enfant a du mal à décrire les faits, séquentialiser l'information peut l'aider. En s'appuyant sur des inducteurs (ensuite, et après, et tout de suite après..., que s'est-il passé ?, qu'est-ce que tu as fait ?, qu'est-ce qu'il a fait ?, etc.), il organise peu à peu les étapes de son récit.

Si le discours de l'enfant, ou de l'adolescent, reste flou, il ne faut pas hésiter à revenir sur les éléments, en reprenant strictement l'information donnée initialement et en demandant des précisions : « Tu as dit... Est-ce que tu peux m'en dire plus ? Est-ce que tu peux dire ce que c'était comme objet ? À quelles vacances c'étaient ? etc. ».

Vient ensuite la phase de clôture de l'entretien, qui permet à l'enfant de rajouter quelque chose, et au praticien de le féliciter et le remercier pour les informations transmises.

Le NICHHD9 est aujourd'hui le protocole le plus utilisé, car il permettrait par sa méthodologie d'obtenir de nombreux détails. Il a été démontré que son utilisation a un impact sur la procédure judiciaire, dans la validité des propos recueillis et dans le nombre de mises en accusations qui en découlent. C'est pour toutes ces raisons qu'il nécessite une formation rigoureuse.

En parallèle de ce protocole, des outils non verbaux d'aide à la communication existent (pour les victimes les plus jeunes notamment), telles que les poupées sexuées ou le dessin du corps. Des croquis ou des dessins des faits peuvent également participer à l'effort de remémoration.

Examen médical

Expliquer que ce que vous faites (comme rechercher les traces de ce qu'on lui a fait) a pour but de mieux le protéger, le soigner, etc. Si cette spécification peut paraître anodine, elle permet la compréhension de cet acte médical comme différent de l'acte de l'auteur.

Remplacer l'examen génital dans l'examen du corps complet, de façon à ce que l'enfant ne ressente pas une différence marquée entre son sexe et le reste du corps. Cela permet également de réamorcer l'importance d'un corps unifié, dont on vérifie si l'état global est correct (poids, taille, etc.), face au morcellement ou au surinvestissement de certaines zones par rapport à d'autres.

Conclure l'entretien avec le mineur

Pour terminer l'entretien médico-légal, il paraît nécessaire de remercier l'enfant de sa collaboration, voire de lui réexpliquer à quoi sert ce travail. S'enquérir de son état émotionnel permet de vérifier comment l'enfant a vécu l'examen et, si nécessaire, de reprendre ce qui a pu l'inquiéter, pour qu'il puisse repartir aussi apaisé (et déculpabilisé) que possible.

Rappel des notions des acquisitions chez l'enfant

Étapes moyennes de l'acquisition du langage chez l'enfant en fonction de l'âge

Ces étapes sont les suivantes :

- de 15 mois à 2 ans : mot-phrase, c'est-à-dire mot isolé dont la signification reste globale (exemple : « les papas » veut dire les hommes) ;