



**MALTRAITANCE : DEPISTAGE
CONDUITE A TENIR AUX URGENCES
(EN DEHORS DES MALTRAITANCES SEXUELLES)**

TEXTE LONG

JURY DU CONSENSUS

B. Bedock, (Président, urgentiste, Annonay)
E. Alessandri, (infirmière, Grenoble), JF. Ampélas (psychiatre, Aix-en-Provence), A. Boye (médecin Généraliste, Nantes), D. Favreau (urgentiste, Rennes), JP. Fontaine (urgentiste, Paris), F. Joye (médecin régulateur, Carcassonne), S. Meyran (urgentiste, Lyon), Y. Nicol (assistante sociale, Brest), G.Picherot (pédiatre, Nantes), F. Puisieux (gériatre, Lille), D. Purper (pédopsychiatre, Paris), J. Rottner (urgentiste, Mulhouse), PM. Roy (urgentiste, Angers), N. Telmon (légiste, Toulouse)

COMMISSION DE CONSENSUS

F. Carpentier Grenoble, A. Ficarelli Bry-sur-Marne, E. Jehle Clermont Ferrand, H. Lambert Nancy, P. Lebrin Bry-sur-Marne, Ph. Lestavel Hénin-Beaumont,

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES

H. Cardot (Paris), JC. Ducreux (Roanne)

GROUPE DE BIBLIOGRAPHIE

H. Alipour Milajerdi (Saint-Brieuc), L. Baudin (Cholet), F. Briand (Argenteuil), S. Cavare Vigneron (Vandœuvre-Lès-Nancy), C. Cholet (Clichy), M. Cristiano (Lons-le-Saunier), S. Dufraise (Aurillac), F. Fritsch (Hénin-Beaumont), K. Humbert (Hénin-Beaumont), G. Kierzek (Paris), F. Maillet (Saint-Michel), S. Masse (Saint-Michel), A. Muller (Nancy), V. Scolan (Grenoble)

COMITÉ ORGANISATEUR

A. André (Nantes), B. Bedock (Annonay), F. Berthier (Nantes), F. Carpentier (Grenoble), V. Debierre (Nantes), Ph. Le Conte (Nantes), P. Lebrin (Bry-sur-Marne), Ph. Lestavel (Hénin-Beaumont)

EXPERTS DE LA CONFERENCE DE CONSENSUS

Monsieur le Docteur BERNARD MARC

Urgence Médecine Légale
Centre Hospitalier de Compiègne
8 Avenue Henri Adnot
60200 COMPIEGNE
tel : 03 44 23 60 00
e.mail : bmarc@noos.fr

Madame le Docteur Dominique GIRODET

Service de Consultation Pédiatrique
Hôpital Simone Veil
1 rue Jean Moulin
95160 MONTMORENCY
tel : 01 34 06 61 90
fax : 01 34 06 61 88

Monsieur le Docteur PELLERIN

Service de Géroto Psychiatrie
Groupement hospitalier universitaire Est
7 avenue de la république
94205 IVRY SUR SEINE
tel : 01 49 59 44 35

Monsieur le Docteur COUDERT

Service des Urgences
Centre Hospitalier André Mignot Versailles
Rue de Versailles
78150 LE CHESNAY
tel : 06 62 81 13 54
e.mail : b.coudert@ch-versailles.fr

Madame le Docteur Carole MAUGER

Service des Urgences
CHI de Meulan Les Mureaux
1 rue Fort
78250 MEULAN

Monsieur le Docteur DANTCHEV

Psychiatrie
Hotel Dieu
1 place du Parvis Notre Dame
75000 PARIS
tel : 01 42 34 84 35
tel : 01 42 34 82 10
e.mail : nicolas.dantchev@htd-ap-hop-paris.fr

Madame le Docteur HOCHART
UMED
Hôpital Jeanne de Flandre
CHRU
Avenue Eugene Avinée
59037 LILLE cedex
tel : 03 20 44 59 62

Madame le Docteur Caroline MIGNOT
Service Pédiatrie Endocrinologie
Hopital Necker Enfants Malades
75012 PARIS
tel : 01 44 49 57 43

Maître Jean François SEGARD
3 rue du palais de justice
59800 LILLE
tel : 03 20 06 76 60
fax : 03 20 06 76 66
e.mail : jfsegard@spps.co

Madame Martine JARRIGE
Assistante Sociale
CH Henri Mondor
50 avenue de la république
15000 AURILtel : 04 71 46 86 94
e.mail : m.jarrige@ch-aurillac.fr

Madame Mireille POOT
Service des Urgences Pédiatriques
Hopital St Pierre
CHU
Rue Haute 322
1000 BRUXELLES

Monsieur le Docteur LABBEE
14 rue de Fiedland
t59000 LILLE
tel : 03 20 47 84 02
fax : 03 20 33 42 96

Monsieur le Professeur BACCINO
Médecine Légale
Hopital Lapeyronie
CHU
371 avenue Doyen Gaston Giraud
34295 MONTPELLIER
tel : 04 67 33 67 33 (standard)
e.mail : e.baccino@chu-montpellier.fr

Madame le Professeur DALIGAND
Institut de Médecine Légale
12 avenue Rockefeller
69008 Ltél : 04 78 78 56 1fax : 04 78 78 59 16
e.mail : daligand.liliane@numericable.fr

Monsieur le Professeur FAICT
Médecin Légiste
Chef de Service de l'Institut de Médecine Légale
CHU
78 place Henri Dunant
63001 Clermont Ferrand
tel : 04 73 17 82 80
fax : 04 73 17 82 82
e.mail : william.faict@wanadoo.fr

Monsieur le Professeur GIANNAKOPOULOS
Hopitaux Universitaires de Geneve
Domaine Belle Idee
Service Psychiatrie Gériatrie
2 chemin de petit Bel Air
1225 CHENEBOURG SUISSE

Monsieur le Professeur POTEL
Laboratoire de Thérapeutique
UFR de Médecine
1 rue Gaston Veil
44035 NANTES cedex
tel : 02 40 41 28 54
fax : 02 40 41 28 54
e.mail : gpotel@chu-nantes.fr

Madame le Professeur VIDAILHET
Service de Pédopsychiatrie
Hopital Brabois Enfants
5 allée du Morvan
54500 VANDOEUVRE LES NANCY
tel : 03 83 15 45 53
e.mail : c.vidailhet@chu-nantes.fr

Madame le Procureur Marie Christine JAMAIN
Tribunal de Grande Instance
5 place George Clémenceau
42300 ROANNE
tel : 04 77 44 48 00
e.mail : marie-christine.jamain@justice.fr

AVEC L'AIMABLE PARTICIPATION DE

La Société Française de Gériatrie et Gérontologie

La Société Française de Pédiatrie

La Fédération Française de Psychiatrie

SAMU DE FRANCE

SAMU 95

La Société Française de Médecine Légale

AFERUP (Association Francophone pour l'Etude et la Recherche sur les Urgences Psychiatriques)

INTRODUCTION

La maltraitance constitue un fléau social et médical dont des pays comme la France n'ont pris une claire conscience que depuis peu.

Les Urgences sont un lieu de passage privilégié et parfois l'unique lieu de soins des personnes maltraitées: ne pas saisir cette opportunité pour reconnaître la maltraitance expose certaines personnes maltraitées à un risque important de récurrence et parfois de décès.

Cette tâche est difficile car elle nécessite des connaissances spécifiques peu ou pas enseignées aux urgentistes (aspects épidémiologiques, démarche diagnostique, aspects légaux de la maltraitance). De plus elle exige une étroite collaboration entre toutes les personnes ressources afin que puisse se mettre en place auprès de la personne maltraitée un réel réseau de prise en charge. Pour cela, l'équipe des Urgences a un rôle primordial, non pas de diagnostiquer avec certitude les cas de maltraitance, mais de savoir évoquer cette hypothèse afin d'activer le réseau multidisciplinaire dont elle constitue la première étape.

C'est devant cet état de fait que la Société Francophone de Médecine d'Urgence a organisé le 03/12/04 à Nantes une Conférence de Consensus consacrée au dépistage et à la prise en charge de la maltraitance aux Urgences.

Le jury a bien conscience du caractère extrêmement vaste et sensible du sujet, de l'implication médiatique croissante qui en découle et du manque d'études méthodologiquement satisfaisantes. La définition même de la maltraitance n'est pas univoque sur le plan international comme national.

La conviction du jury est que l'amélioration de la prise en charge de la maltraitance aux Urgences passe par l'accumulation de détails, d'éléments pouvant sembler ponctuels mais dont la sommation aura un réel impact positif.

Nous avons donc souhaité mettre l'accent sur des recommandations claires, opérationnelles, applicables dans toutes les structures d'Urgences.

Le jury a répondu aux questions suivantes :

1. Quelles sont les données épidémiologiques ?
2. Quel dépistage et quelle démarche diagnostique ?
3. Quelle est la prise en charge de la maltraitance aux Urgences ?
4. Quelle orientation après les Urgences, quel signalement ?
5. Quels sont les aspects médico-légaux ?

QUESTION N°1 : DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Définition

Selon le Conseil de l'Europe (*rapport de la commission « violence au sein de la famille », 1987*) et l'Organisation Mondiale de la Santé (*Abuse of elder persons. Rapport du Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies, 2002*), la maltraitance est une situation pathologique dans laquelle une personne ou un groupe de personnes inflige de mauvais traitements à une autre personne. Elle peut conduire à son décès ou être à l'origine de préjudices tels que l'atteinte à son intégrité corporelle ou psychique, à sa dignité, à sa vie sociale, au

développement de sa personnalité, à la jouissance de ses biens, de ses ressources ou de ses libertés individuelles.

Elle provoque volontairement ou non une souffrance chez la personne maltraitée, autant sur le plan physique que psychologique. Elle se distingue des autres formes de violences ou de nuisances à autrui par la relation de dépendance, le plus souvent d'interdépendance qui unit la personne maltraitée et la personne maltraitante. Cette relation, qui devrait être tournée vers l'aide, le soutien, les soins, l'attention à autrui, dérive vers une relation de nuisance.

Il n'y a cependant pas de définition univoque de la maltraitance. La notion de maltraitance utilisée dans cette conférence de consensus exclut les actes auto-agressifs et les actes de violence perpétrés par un tiers inconnu de la victime, bien qu'ils soient pris en compte dans certaines statistiques anglo-saxonnes.

Types de maltraitance

Les différents types de maltraitance peuvent être déclinés en fonction du mécanisme impliqué et des caractéristiques des personnes maltraitées.

La maltraitance procède de deux mécanismes essentiels :

- les abus, regroupant les actes de violences physiques (atteintes à l'intégrité corporelle de gravités diverses, violences sexuelles...), les actes de violences psychologiques (menaces, injures, harcèlement, discrimination, humiliation, punitions excessives, cruauté mentale...) et les spoliations (rétention ou dissimulation de ressources, atteinte aux libertés individuelles ...)
- les négligences par omission ou par privation des besoins de la vie quotidienne (médicaments nécessaires, nourriture, soins d'hygiène, présence affective...)

Il n'y a pas de stéréotype de la personne maltraitée. Tout le monde peut devenir victime de maltraitance mais certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres. Le terme de *vulnérabilité* recouvre des notions différentes dans la pratique médicale et dans le Code Pénal (CP).

1) *Dans la pratique médicale*, on entend par personne vulnérable, un patient particulièrement exposé à un risque de maltraitance ou susceptible d'avoir des conséquences graves si des mauvais traitements lui étaient infligés. Cette vulnérabilité résulte de l'intrication de plusieurs facteurs, personnels et environnementaux, tels que des caractéristiques sociodémographiques et cliniques (âges extrêmes, maladie chronique, handicaps physiques ou psychiques, milieu socio-économique...) mais également aux possibilités d'adaptation de l'entourage.

2) *Dans le CP français*, la notion de vulnérabilité est plus restrictive et renvoie :

- ☛ soit à la notion de circonstance aggravante due à la qualité de la victime : « mineur de [moins de] quinze ans ou [...] personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, ou d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse » (article 434-3).

- soit à la notion de circonstances pouvant dégager le médecin du secret professionnel: « mineur de moins de 18 ans ou personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique » (article 226-14)

Dans ce texte, sauf mention particulière, les termes « personne vulnérable » ou « adulte vulnérable » renvoient au concept médical de vulnérabilité.

Epidémiologie

Les données épidémiologiques françaises émanent d'organismes divers, institutionnels ou associatifs, recueillant des signalements ou des appels téléphoniques. Les méthodes utilisées par ces organismes et le concept même de maltraitance qu'ils appliquent ne sont pas univoques. Le recueil de signalements et d'écoutes est certes indispensable mais induit un biais de recrutement et probablement une surreprésentation des milieux défavorisés. Les chiffres sont donc à appréhender avec beaucoup de prudence.

Les quelques enquêtes réalisées démontrent cependant que la fréquence de la maltraitance est très largement sous-estimée.

La maltraitance des enfants concerne, selon l'Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale (ODAS) et le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée (SNATEM), environ 1 à 2 mineurs sur 1.000 en France. Chez les tout petits, il s'agit le plus souvent de violences physiques, alors que les violences psychologiques prédominent chez les adolescents. L'entourage est responsable dans 80 % des cas. Chez les filles, il s'agit principalement de violences psychologiques et sexuelles et chez les garçons de violences physiques. Les cas les plus graves s'observent surtout chez les moins de un an, avec une mortalité proche de 1,5 nourrissons pour 100.000. Selon l'American Academy of Pediatrics, l'incidence de l'infanticide parmi les cas étiquetés « syndrome de mort subite du nourrisson inexplicable » serait comprise entre 1 et 5 %.

D'autres formes de maltraitance à enfants sont plus rares en France, comme l'exploitation sexuelle ou au travail. Elles peuvent également résulter, notamment chez les populations issues de l'immigration, de coutumes ethniques ou de rites religieux particuliers. L'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), créé en 2004, permettra de mieux analyser la maltraitance des enfants.

La prévalence de la maltraitance des personnes âgées varie de 2 à 10 % en fonction des études et s'accroît avec l'âge. Elle est responsable d'une surmortalité importante, le nombre de personnes âgées vivantes après 13 ans de suivi passant de 40% à 9% en cas de maltraitance.

Elle s'observe au domicile dans plus de 2/3 des cas, où elle est avant tout le fait des proches de la victime, impliquant dans 90 % des cas les enfants, le conjoint ou l'entourage non familial. On observe souvent une interdépendance, en particulier financière, entre la personne maltraitée et le(s) maltraitant(s), et parfois une réciprocité des actes violents. Les dispositions incitant la prise en charge à domicile des personnes âgées par un entourage aux aptitudes limitées, parfois inadéquates, pourraient favoriser l'émergence de ce type de maltraitance.

La maltraitance des personnes âgées existe également en milieu institutionnel, où elle implique les personnels médicaux et soignants dans 70 % des cas, mais aussi

l'entourage lors des visites. Les formes les plus fréquentes sont ici les négligences de la part des soignants, avec un risque augmenté lorsque les personnels sont en nombre insuffisant, aux compétences limitées, ou lorsque la structure est inadaptée en termes de locaux ou de logistique.

Près de 10 % des femmes vivant en couple déclarent avoir subi une maltraitance dans l'année précédente. Les jeunes femmes sont les premières concernées. Les violences perpétrées par le conjoint sont la principale cause de mortalité dans la tranche d'âge de 18 à 35 ans, de façon directe ou indirecte par suicide. En dehors du contexte familial, la maltraitance des femmes est surtout liée à des agressions verbales ou psychologiques répétées sur le lieu de travail. Certaines maltraitements des femmes procèdent d'usages religieux ou culturels, portant notamment atteinte à leurs droits civiques ou à leurs libertés individuelles.

Il existe très peu de données chiffrées concernant la maltraitance des personnes handicapées (adultes et enfants), des incapables majeurs et des personnes en situation socio-économique précaire (marginaux, migrants, personnes sans domicile fixe, étrangers en situation irrégulière...). La sous-estimation de la maltraitance semble majeure pour ce type de personnes vulnérables. Concernant les personnes handicapées, ce sont principalement les violences infligées aux déficients mentaux et aux infirmes moteurs cérébraux qui sont rapportées.

L'épidémiologie de la maltraitance en France est donc mal connue et manifestement sous-estimée. Elle pourrait probablement être mieux évaluée par la mise en place d'un recueil obligatoire et standardisé pour l'ensemble des maltraitements.

Facteurs de risques

Le risque de maltraitance naît de la conjonction et de l'accumulation de facteurs individuels et environnementaux à un temps donné, aussi bien pour le(s) maltraitant(s) que pour la personne maltraitée. On ne naît ni victime, ni maltraitant.

1) Facteurs de risques communs aux différents types de maltraitance

La maltraitance peut être observée dans tous les milieux. Il existe cependant des facteurs de risques communs aux différents types de maltraitance (tableau I), qui sont avant tout d'ordre familial ou social. La famille est en effet le lieu où s'observe le plus souvent la maltraitance. Ces caractéristiques familiales sont très souvent liées à des facteurs de risque propres au(x) maltraitant(s). Il est possible que la maltraitance dans les milieux non défavorisés soit sous-estimée, parce qu'ils sont moins exposés au contrôle social et que la maltraitance y est plus difficile à identifier derrière une façade où tout paraît normal. Le trait commun à l'ensemble de ces situations pourrait être la difficulté éprouvée par les personnes devenant maltraitantes à verbaliser leurs difficultés personnelles, trouvant dans le passage à l'acte des solutions impulsives à des tensions internes excessives. Les différents facteurs de risques sont sûrement cumulatifs, voire multiplicatifs, mais il n'est pas possible en l'état actuel des connaissances d'en évaluer précisément l'importance.

Tableau I : Facteurs de risques communs aux différents types de maltraitance

Environnement	Personne(s) maltraitante(s)
<ul style="list-style-type: none"> - isolement social - précarité financière - chômage - difficultés de logement - promiscuité - cohabitation intergénérationnelle - conflit familial - bas niveau d'éducation - déracinement culturel ou ethnique 	<ul style="list-style-type: none"> - alcoolisme et autres addictions - maladies mentales - troubles psychologiques - antécédents d'actes hétéro-agressifs - antécédents de maltraitance personnelle ou familiale (maltraitance transgénérationnelle) - inaptitude à assumer les tâches nécessaires auprès d'une personne dépendante

2) Facteurs de risques spécifiques aux personnes vulnérables

Certains facteurs de risques sont plus spécifiques aux enfants (tableau II). Chez les personnes âgées, il faut essentiellement retenir la démence et les troubles graves du comportement. Chez la femme, le facteur de risque le mieux identifié est la grossesse, au cours de laquelle seraient observées des maltraitances dans 5 à 20 % des cas. La première grossesse est la période où débute le plus souvent la maltraitance de la part du conjoint. Chez les personnes handicapées, la maltraitance serait corrélée à l'importance du handicap, en particulier pour les déficiences mentales et les troubles psychiatriques.

Tableau II: Facteurs de risque spécifiques à la maltraitance de l'enfant

Caractéristiques de l'enfant
<ul style="list-style-type: none"> - prématurité - né d'une grossesse multiple - né après un deuil (enfant de remplacement) - né d'une autre union ou d'adultère (parentalité non désirée) - de sexe non accepté - handicap physique ou mental - troubles du comportement (trouble obsessionnel compulsif, hyperactivité...)
Événements de la vie de l'enfant
<ul style="list-style-type: none"> - hospitalisation prolongée dans les premiers temps de la vie - vie prolongée en institution (placement, internat...) - irrégularité de la présence parentale (mode de garde chaotique...)
Contexte familial
<ul style="list-style-type: none"> - famille nombreuse - monoparentalité - jeune âge des parents

Les facteurs de risques sont liés aux populations étudiées. Ils ne doivent pas être utilisés comme des éléments diagnostiques chez un individu donné, mais comme des éléments de repérage potentiels.

QUESTION N°2 : DEPISTAGE ET DEMARCHE DIAGNOSTIQUE DE LA MALTRAITANCE AUX URGENCES

Aux Urgences, la démarche diagnostique de la maltraitance comporte certains points particuliers :

- Le diagnostic de maltraitance est souvent difficile car il ne repose sur aucun signe spécifique. De ce fait, la maltraitance est sous estimée dans les services d'Urgences. Il faut donc savoir y penser quel que soit le motif de recours aux Urgences.
- Il n'existe pas d'outil validé en France pour aider au diagnostic de maltraitance. Aucune étude n'a fait la preuve de l'utilité d'un dépistage systématique, à d'autres fins qu'épidémiologiques. En l'état actuel des connaissances, on ne peut donc pas proposer de dépistage systématique de la maltraitance aux Urgences ni d'outil diagnostique fiable.

- La maltraitance peut rarement être affirmée aux Urgences. Plus que d'établir un diagnostic de certitude, il s'agit pour le médecin urgentiste d'évoquer la possibilité d'une maltraitance et de rechercher un faisceau d'arguments.
- Les Urgences sont un lieu de passage privilégié et parfois l'unique lieu de soins des personnes maltraitées. C'est l'occasion d'un contact avec le patient et son entourage qui peut ne pas se reproduire. Les informations qui y sont recueillies sont donc particulièrement importantes pour le diagnostic, la prise en charge ultérieure mais aussi pour d'éventuelles suites médico-légales. Toute information recueillie doit être consignée par écrit dans le dossier médical du patient y compris les propos du patient et ceux de l'entourage.
- La présentation clinique est très variable:
 - parfois d'emblée grave où la prise en charge médicale immédiate des détresses vitales est la priorité
 - plus souvent peu alarmante, ce qui ne préjuge pas des risques évolutifs liés à la maltraitance

- dans certains cas, le tableau est d'emblée évocateur de maltraitance, mais il importe de ne pas oublier les diagnostics différentiels
- habituellement, les signes de maltraitance ne sont pas au premier plan

La vraie difficulté est de savoir penser à la maltraitance devant des signes discrets.

- La démarche diagnostique accorde beaucoup d'importance à des éléments souvent négligés, comme l'attitude du patient et de son entourage.

Quand évoquer une maltraitance aux Urgences ?

La présomption s'appuie sur le recueil de différents éléments (figure 1) :

- le motif de recours

- des signes d'alerte (notamment ceux liés aux interactions entre le patient, son entourage et les soignants)
- l'anamnèse
- les données de l'examen clinique
- les facteurs de risque (individuels et environnementaux) de maltraitance

Au terme de ce recueil, ces différents éléments doivent être confrontés.

La recherche de discordances et d'incohérences entre les éléments de l'anamnèse et l'examen clinique est une étape clé du diagnostic présomptif de maltraitance.

1. Les motifs de recours

Ils sont le plus souvent non spécifiques quel que soit l'âge du patient (tableau III).

Tableau III: Principaux motifs de recours aux Urgences au cours de la maltraitance

<ul style="list-style-type: none"> - traumatismes - chutes à répétition - perte d'autonomie - dénutrition, déshydratation - symptômes somatiques divers : <ul style="list-style-type: none"> › douleurs abdominales › céphalées › vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> - troubles du sommeil, - troubles de la vigilance - confusion - tentative de suicide - troubles psycho-comportementaux : <ul style="list-style-type: none"> › anxiété › apathie › syndrome dépressif
---	--

Il faut savoir évoquer une maltraitance devant une demande insistante par le patient ou par son entourage d'une hospitalisation semblant médicalement non justifiée.

Les pleurs incessants, un refus du biberon peuvent aussi être un motif de consultation chez le nourrisson.

2. Les signes d'alerte

Ce qui est désigné ici comme signes d'alerte (tableau IV) peut être lié au patient, à l'entourage et aux interactions entre l'ensemble des acteurs.

Tableau IV : Signes d'alerte de maltraitance aux Urgences

liés au patient	liés à l'entourage
<p><i>Présentation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - manque d'hygiène - tenue inappropriée - mutisme - apathie - anxiété - agitation 	<p><i>Présentation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - agressivité - conduite immature - état d'ivresse - troubles du comportement liés à un abus de toxiques - agitation
<p><i>Interactions avec les soignants :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - indifférence aux soins - hostilité - fuite du regard - cris – pleurs incessants - quête affective - réactions de défense 	<p><i>Interactions avec les soignants :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - chantage, manipulations, séduction, menaces - opposition au colloque singulier entre patient et médecin - insistance pour obtenir une hospitalisation du patient sans motif médical évident - refus véhément de l'admission - demandes à répétition d'examen complémentaires
	<p><i>Interactions avec le patient :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - indifférence affective, froideur - attitude de rejet - plaintes insistantes au sujet du comportement du patient - dévalorisation, humiliation du patient - commentaires inappropriés - violence physique ou verbale - relations d'emprise manifeste - discordance entre la présentation de la famille (soignée) et de l'enfant ou de l'adulte vulnérable (négligée)

3. L'anamnèse

L'interrogatoire du patient et si possible de l'entourage, cherche à préciser :

- ✓ les antécédents
- ✓ l'histoire du développement chez l'enfant
- ✓ l'histoire des troubles
 - date d'apparition
 - modes évolutifs
 - circonstances de survenue
 - mécanisme lésionnel pour les traumatismes
 - consultations antérieures et traitements pris
- ✓ le délai de recours aux soins

L'existence de certains éléments oriente vers la possibilité d'une maltraitance :

- ▶ la répétition des passages aux urgences
- ▶ l'existence d'accidents à répétition
- ▶ les vaccinations, ou les examens obligatoires non réalisés (carnet de santé de l'enfant ou suivi de grossesse)
- ▶ un retard de recours aux soins
- ▶ le nomadisme médical
- ▶ des antécédents connus de maltraitance dans l'entourage

4. L'examen clinique

Un examen clinique complet chez un patient déshabillé peut permettre de découvrir des éléments ne correspondant pas au motif de la consultation ou incompatibles avec les explications fournies.

La réalisation de photographies ou de dessins peut être utile mais ne dispense pas de consigner par écrit de façon la plus précise possible dans le dossier médical du patient les données de l'examen clinique.

Certains éléments peuvent traduire une carence de soins :

- un aspect général détérioré à l'arrivée aux urgences (manque d'hygiène, vêtements inadaptés, parasitose),
- des signes de dénutrition (phanères rares ou cassants; retard staturo-pondéral, cassure dans les courbes de croissance chez l'enfant),
- des signes de déshydratation, de surdosage ou de sous dosage médicamenteux,
- des lésions dermatologiques (escarres, ulcères, érythème fessier) négligées, ou surinfectées,
- des déficits visuels, auditifs non corrigés, absence de prothèse dentaires chez la personne âgée.

D'autres lésions sont évocatrices de violence de par:

- ▶ *leur mécanisme :*
 - griffures, morsures, plaies par arme blanche ou arme à feu
- ▶ *la coexistence d'éléments d'âges différents ou de natures différentes :*
 - dermabrasions, hématomes, ecchymoses, plaies, fractures, brûlures, cicatrices, plaques d'alopécie (en dehors des plaques d'alopécie occipitale du nourrisson)

- ▶ *leur siège :*
 - incompatible ou rarement observé lors d'un traumatisme accidentel (les fesses, le dos, la plante des pieds pour les brûlures)
 - sur les zones non proéminentes, en cas de chute

- ▶ *leur forme :*
 - évoquant un objet traumatisant (cigarette, fer à repasser...)
 - circulaire évoquant une entrave, une strangulation

- ▶ *leur nombre ou leur répétition*

Chez l'enfant, les lésions particulièrement évocatrices de maltraitance sont :

- en regard des articulations (évoquant des liens),
- les organes génitaux (strangulation de la verge),
- les hématomes chez le nourrisson et particulièrement sur la face,
- les fractures des os plats (côtes, crâne), du rachis,
- les fractures des os longs avant l'acquisition de la marche

Jusqu'à deux ans, devant une fracture inexplicée ou une suspicion de maltraitance, une radiographie du squelette entier doit être pratiquée aux Urgences, à la recherche de fractures ou d'arrachements osseux multiples (syndrome de Silverman)

5. Les facteurs de risque

La présence de facteurs de risque environnementaux et individuels (tableaux I et II) ne traduit qu'une augmentation statistique du risque de maltraitance.

Il faut admettre que certains facteurs de risque peuvent échapper à toute connaissance dans le contexte de la consultation aux Urgences. A l'opposé lorsque ces facteurs de risque sont connus ou facilement repérables ils ne doivent en aucun cas dispenser de la rigueur nécessaire à une démarche médicale classique ni conduire à affirmer trop rapidement la maltraitance.

6. La confrontation des éléments

Un faisceau d'arguments concordants tout comme la discordance entre plusieurs données recueillies peuvent faire évoquer le diagnostic de maltraitance notamment lorsque les explications sont :

- invraisemblables sur les circonstances du traumatisme
- variables dans le temps ou selon les interlocuteurs
- absentes ou lacunaires
- incompatibles avec l'état de développement ou l'autonomie du patient
- ne justifient pas le retard du recours aux soins

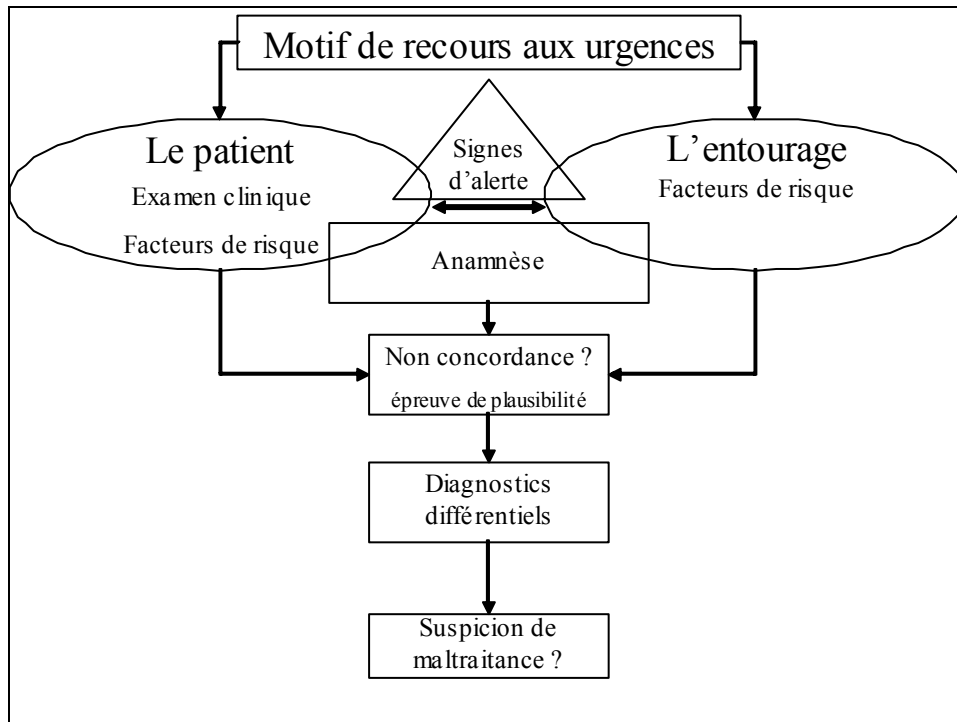
7. Les principaux diagnostics différentiels de la maltraitance

Devant des lésions osseuses multiples chez l'enfant, on doit évoquer la possibilité d'une ostéogénèse imparfaite (maladie des os de verres ou maladie de Lobstein) sur quelques arguments :

- un aspect cunéiforme des corps vertébraux
- un aspect incurvé des fémurs
- une hypodensité osseuse
- des sclérotiques bleues

Devant des hématomes multiples, un bilan d'hémostase doit être pratiqué quel que soit l'âge à la recherche d'un trouble de l'hémostase acquis (surdosage en anticoagulant, thrombopénie...) ou primitif (déficit en facteur de coagulation).
Devant certaines lésions cutanées traumatiques, rapportées par le patient à l'intervention d'un tiers, il est parfois nécessaire d'écarter la possibilité de lésions auto induites dans le cadre d'une tentative de suicide mais aussi chez un patient psychotique ou manipulateur (recherche de bénéfices secondaires). Ce diagnostic est parfois difficile et peut nécessiter l'avis du médecin légiste.

Figure 1 : Maltraitance aux Urgences : démarche diagnostique.



Quelles sont les spécificités de maltraitance chez l'enfant ?

Nous détaillerons ici quelques types de maltraitements survenant préférentiellement chez l'enfant : le syndrome de Silverman, le syndrome du bébé secoué, le syndrome de Münchhausen par procuration et le syndrome dit de « Kramer contre Kramer ».

→ Le syndrome de Silverman

Il est caractérisé par l'existence de lésions osseuses et de fractures multiples chez le jeune enfant ne pouvant être attribuées à une affection somatique (déficit vitamérique ou autre...).

La radiographie du squelette entier peut mettre en évidence :

- des fractures anciennes consolidées, se manifestant par des cals.
- des arrachements métaphysaires, dont le diagnostic peut être difficile
- des décollements périostés visibles sous formes d'hématomes sous périostés calcifiés (manchons périostés) traduisant l'évolution de fractures diaphysaires non immobilisées

La présence de lésions osseuses, multiples et d'âges différents témoigne d'une répétition des gestes agressifs à l'égard de l'enfant. Leur découverte, parfois en association à des lésions cutanées traumatiques, doit faire évoquer le diagnostic.

Le principal diagnostic différentiel est l'ostéogénèse imparfaite.

→ Le syndrome du bébé secoué

Le syndrome du bébé secoué est caractérisé par la présence d'un hématome sous dural ou sous arachnoïdien, conséquence d'un secouage de l'enfant (les mouvements de va et vient de la tête provoquant une déchirure par cisaillement de veines unissant la surface du cerveau aux méninges).

La présentation clinique est plus ou moins bruyante allant de la grande détresse vitale (coma, convulsions, hypothermie...) à un tableau plus fruste, subaigu (sommolence, vomissements, apathie, irritabilité...).

La gravité de ce syndrome tient :

- au jeune âge (inférieur à un an) des enfants concernés,
- au tableau clinique initial pouvant engager le pronostic vital.
- à l'importance des séquelles à terme.

Le syndrome du bébé secoué est une forme de maltraitance particulière, car concernant souvent un bébé sans antécédent de maltraitance, « comme un orage dans un ciel serein ».

Les arguments en faveur du diagnostic sont :

- l'histoire souvent évocatrice : Les parents parlent d'un malaise au décours d'un biberon, évoquent parfois un traumatisme (chute du siège ou de la table à langer..), parfois n'apporte aucun élément permettant d'expliquer l'état clinique,
- les signes cliniques d'hypertension intracrânienne : fontanelle tendue, périmètre crânien augmenté, vomissements
- des troubles de la vigilance d'intensité variable
- l'existence de lésions secondaires à la compression du thorax par les mains lors du secouage.
- l'existence de lésions en relation avec des mauvais traitements antérieurs.

Le diagnostic repose sur le scanner cérébral qui met en évidence l'hématome sous dural ou sous arachnoïdien.

Aux Urgences, le bilan comporte :

- une analyse de l'hémostase
- une radiographie de squelette entier, si l'état de l'enfant le permet, à la recherche de lésions osseuses traumatiques.

Le fond d'œil fait par un médecin ophtalmologiste ou pédiatre expérimenté révèle 8 fois sur 10 des hémorragies rétinienne typiquement bilatérales. La normalité du fond d'œil n'exclut pas le diagnostic.

La prévention est essentielle. Elle repose sur la prise en charge des parents qui consultent pour une intolérance aux pleurs de l'enfant et sur une sensibilisation du grand public.

Quelles sont les spécificités du sujet âgé ?

Chez la personne âgée, toutes les formes de maltraitance peuvent s'observer. La forme de maltraitance la plus fréquente dans ce groupe est la négligence.

Le praticien urgentiste est soumis à de multiples contraintes pour la prise en charge des personnes âgées. Divers facteurs entravent l'identification d'une maltraitance :

- la polyopathie que présente souvent le patient rend difficile l'identification des symptômes propres à la maltraitance
- l'absence d'accompagnant est un écueil à l'obtention des informations nécessaires.
- la non révélation par la personne âgée de la maltraitance dont elle fait l'objet qui peut s'expliquer par :
 - les sentiments de honte ou de culpabilité
 - la peur des représailles

→ **Le syndrome de Münchhausen par procuration**

Il s'agit d'une forme clinique particulière de maltraitance, où la victime est l'enfant, le maltraitant le plus souvent un parent (généralement la mère), et où le médecin est utilisé comme acteur des sévices. En règle générale, les parents induisent une pathologie chez l'enfant (syndrome de Münchhausen par procuration actif) ou allèguent des symptômes inexistantes (syndrome de Münchhausen par procuration passif).

Il s'agit d'une forme grave de mauvais traitements où morbidité et mortalité sont élevées.

Le syndrome de Münchhausen par procuration doit être évoqué devant :

- des symptômes récidivants inexpliqués, pas toujours constatés,
- un nomadisme médical
- une discordance entre l'anamnèse et l'examen clinique
- une mère ayant une formation médicale, paramédicale, qui accepte l'hospitalisation, "collabore" avec l'équipe médicale, et cherche à se valoriser par les "soins" portés à l'enfant
- l'évolution favorable des symptômes suite à la séparation parent(s)/enfant

→ **Maltraitance et conflits familiaux ("syndrome de Kramer contre Kramer")**

Il s'agit d'allégations de mauvais traitements de la part d'un conjoint, dans un contexte de séparation ou de conflits familiaux. L'enfant est alors utilisé comme arme par un adulte contre un autre adulte. Dans le cas de fausses allégations, il s'agit d'un mauvais traitement psychologique pour l'enfant qui risque de croire lui-même à ce qu'on lui dit, d'être privé d'un parent, de subir des examens à répétition pour vérifier s'il a été maltraité. Les médecins doivent être très prudents, ne pas se laisser manipuler, être méfiants face à des demandes d'examen et/ou de certificats pour un avocat, avertir les parents des risques qu'ils font courir à leur enfant pour son équilibre psychologique. Ces situations sont rarement résolues en urgence.

- la crainte de conséquences négatives pour les maltraitants qui sont souvent aussi ses enfants
- la perspective d'un changement dans la vie quotidienne ou d'une orientation dans un établissement d'hébergement
- l'altération de ses moyens cognitifs ou de communication du fait notamment d'une affection cérébrale place également le vieillard dans l'incapacité de s'exprimer.
- les contraintes de temps et celles liées au flux des patients, peuvent amener les soignants à ne pas rechercher activement les situations de maltraitance.

La maltraitance peut consister à priver une personne de soins et à ne l'amener aux Urgences qu'en cas d'extrême nécessité. Cette considération incite à la vigilance lors du décès de vieillards aux Urgences qui pourrait être consécutif à des violences ou à des négligences.

Le motif de recours est volontiers banal et non spécifique d'emblée : altération de l'état général,

chutes, troubles du comportement, confusion mentale, troubles anxieux ou dépressifs...

L'interrogatoire et l'examen clinique complet du patient avec une évaluation cognitive simple, ainsi que l'entretien avec son entourage sont indispensables.

- La constatation de plaies, d'hématomes et d'escarres est d'interprétation délicate chez la personne âgée. La présence d'hématomes d'âges différents ou dans certaines localisations (face, avant bras, cuisses), de lésions cutanées de type escarres ou ulcères non traités sont cependant évocatrices.
- Les défauts de soins (défaut d'hygiène, absence d'appareils correcteurs déshydratation, dénutrition, surdosages médicamenteux...) sont particulièrement évocateurs de maltraitance lorsque le patient vit en institution, en famille ou dans un milieu social favorisé.
- La répétition des contacts avec les Urgences est significative en particulier pour des motifs peu explicites.
- Certaines attitudes du vieillard doivent aussi alerter : une position excessive de repli ou de crainte, des cris inexplicables, des réactions de défense.

Une évaluation plus globale du contexte médico-psycho-social est toujours nécessaire. Il est particulièrement utile de prendre contact avec le médecin généraliste, souvent le seul interlocuteur en dehors du maltraitant. L'intervention d'un gériatre aux urgences peut aider.

Quelles sont les spécificités des adultes et enfants handicapés ?

La maltraitance à l'égard des handicapés a été peu étudiée. Elle est certainement très sous-estimée.

Concernant les personnes handicapées, ce sont principalement les violences infligées aux déficients mentaux et aux infirmes moteurs cérébraux qui ont été rapportées.

Les manifestations cliniques secondaires à des violences peuvent être déformées ou masquées par les symptômes liés aux déficiences et incapacités à l'origine du handicap. La plupart des symptômes de ce fait, banalisés.

Il en résulte une sémiologie particulière, fondée sur l'association de signes spécifiques mais rares (brûlures, traumatismes du visage, des doigts, ...), de signes d'orientation (malnutrition, isolement, caractère récidivant des escarres, des chutes ou des traumatismes, ...) et de signes contextuels (violences familiales, conflits familiaux,...).

Les tableaux de dépression, de manifestations anxieuses, l'agressivité, les somatisations, les sensations de peur, au même titre que l'isolement, le repli sur soi, la perte d'estime de soi, l'autonégligence sont fréquents. C'est aussi le cas des idées suicidaires, de l'usage de divers psychotropes ou de drogues, et de l'alcoolisme.

Le plus souvent, le patient se tait, pour diverses raisons : la culpabilité ressentie, la honte, les incertitudes concernant l'avenir, les craintes de l'isolement et de l'abandon, les menaces et chantages explicites ou implicites ou la baisse de l'élan vital.

Quelles sont les spécificités de la femme victime de violences conjugales ?

Le sentiment de honte et de culpabilité confine souvent les femmes victimes de violences conjugales à l'isolement et au silence.

Chez les femmes maltraitées, sont en particulier évocateurs :

- Les manifestations de détresse émotionnelle : colère, honte, sentiment de culpabilité, sentiment d'impuissance, autodévalorisation, anxiété, état de panique, les tentatives de suicide,
- Les troubles mentaux caractérisés : troubles phobiques, états dépressifs, états psycho-traumatiques,...
- les troubles somatoformes : troubles digestifs, lombalgies chroniques, céphalées, asthénie, sensation d'engourdissements et de fourmillements dans les mains, ...
- les troubles du sommeil sous forme de difficultés d'endormissement, veille ou réveils nocturnes, cauchemars.
- les troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie.
- les troubles cognitifs : difficultés de concentration et d'attention, pertes de mémoire.
- l'abus de substances psychoactives : consommation chronique et abusive de tabac, d'alcool, de drogues psychoactives (cannabis, cocaïne, héroïne...), de médicaments analgésiques, anxiolytiques, antidépresseurs ou hypnotiques.

L'amélioration spontanée de ces symptômes lors des hospitalisations et leur récurrence rapide lors du retour à domicile doivent faire penser à une maltraitance notamment si ils sont associés à des signes d'auto-mutilation (phlébotomies) ou encore à une perte pondérale progressive.

La grossesse est une situation à risque de violence. Les violences durant la grossesse sont une menace pour la santé de la mère et de l'enfant. Elles peuvent aussi être à l'origine d'interruptions de grossesses et/ou d'accouchements prématurés.

Quels sont les aspects psychocomportementaux de la maltraitance ?

Les signes d'alerte sont variés et non spécifiques. Toute situation de maltraitance peut aggraver ou engendrer des troubles psychocomportementaux.

Troubles psychiatriques observés dans les contextes de maltraitance

✓ Etat de stress aigu et état de stress post traumatique

Il existe une très grande variabilité individuelle en matière de psycho-traumatismes. En l'occurrence, il n'y a pas de lien systématique entre le degré de l'atteinte physique occasionnée par le traumatisme et l'importance des séquelles psychologiques chez la victime. Le fait d'être directement atteint physiquement n'est pas une condition indispensable. Le témoin d'une violence peut aussi développer un psycho-traumatisme.

Les réactions psychotraumatiques peuvent être immédiates ou différées.

Les réactions immédiates sont variées... :

- réactions émotionnelles diverses plus ou moins marquées,
- état de stress aigu (sidération avec mutisme, désorientation, parfois agitation...)
- psychose réactionnelle brève

- état dissociatif (dépersonnalisation, anesthésie affective, amnésie...)

La nature et l'intensité des réactions immédiates ne préjugent pas de l'évolution ultérieure.

Les réactions psychotraumatiques différées, qui constituent l'état de stress post-traumatique, surviennent après un intervalle libre de durée variable (de quelques jours à plusieurs mois). L'état de stress post-traumatique, associe :

- un syndrome de répétition, (cauchemars, ruminations, évitement du souvenir traumatique "flash-back")
- des efforts pour ne pas éveiller le souvenir de l'événement
- des troubles du sommeil
- une anxiété permanente associée à un état d'hypervigilance
- enfin, des conduites d'évitement vis-à-vis de certaines activités ou situations, rappelant au sujet la situation traumatisante

✓ **Autres Troubles et symptômes psychopathologiques**

- Les états dépressifs. La symptomatologie est celle d'un état dépressif majeur habituel.
- Les états confusionnels (surtout chez la personne âgée)
- Les troubles de l'adaptation sont des manifestations transitoires et réactionnelles à des stress environnementaux.
- Les tentatives de suicide. Le risque semble particulièrement élevé en cas d'abus sexuels, plus inconstant pour les autres maltraitances.
- Les troubles anxieux et les troubles somatiques fonctionnels (troubles somatoformes)
- Les comportements addictifs
- Les troubles des conduites alimentaires (surtout liés aux abus sexuels).
- Les troubles de la personnalité : personnalité limite (marquée par l'instabilité affective et relationnelle, des sentiments chroniques de vide et des conduites auto-destructrices) et antisociale

En pratique, il est souvent difficile d'attribuer les troubles psychocomportementaux à la seule maltraitance du fait des conditions antérieures et postérieures à celle-ci (adversité psycho-sociale, placements, séparations, ...).

Spécificités chez l'enfant

Chez les enfants ayant subi une maltraitance physique, des troubles psychocomportementaux sont fréquemment identifiés. Leur expression clinique est influencée par le développement cognitif et affectif, mais on retrouve globalement les mêmes catégories de troubles et de symptômes que chez l'adulte : états psychotraumatiques, autres états anxieux, états dépressifs, trouble des conduites, tentatives de suicide, agressivité, manifestations oppositionnelles. Même en dehors de troubles psychopathologiques patents, l'adaptation psycho-sociale est souvent altérée.

Les enfants peuvent manifester des conflits de loyauté vis-à-vis d'un proche maltraitant, ou craindre des représailles ; certains enfants vont de ce fait contrôler l'expression de leur souffrance.

Les troubles de l'attachement réactionnels sont plus spécifiques à l'enfant ; ils apparaissent souvent dans un contexte de carences ou de maltraitance. Dans le type désinhibé, l'enfant manifeste des relations indifférenciées, trop familières, y compris avec des inconnus. Dans le type inhibé, la manifestation caractéristique est celle de la vigilance gelée (enfant contrôlé, attentif aux moindres faits et gestes de son entourage).

La recherche de maltraitances chez les sujets consultant pour des troubles psychocomportementaux doit être réalisée au moindre doute et systématiquement chez l'enfant et l'adolescent.

QUESTION 3 : PRISE EN CHARGE DE LA MALTRAITANCE AUX URGENCES

Dans quelles conditions et pour qui le secret professionnel n'est-il plus opposable ?

Le secret professionnel est garant de la relation entre un patient et un professionnel de santé. Il existe cependant des possibilités de dérogation dans certaines situations de maltraitance.

1. Définition du secret professionnel

La loi précise que toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant.

Ce secret couvre l'ensemble des informations venues à la connaissance d'un professionnel intervenant dans le système de santé auprès du patient.

Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Le Code de Déontologie Médicale stipule dans son article 4 que le secret professionnel est institué dans l'intérêt des patients et s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi : « *le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* »

2. Non assistance à personne en péril

La loi définit pour tous les citoyens la non assistance à personne en péril. (Art 223-6 du CP). Les mineurs et les majeurs vulnérables sont particulièrement protégés (Art 434-3 du CP) : « *Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de mauvais traitements ou de privations infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique, ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives, est puni...* »

3 . Personnes vulnérables (au plan pénal)

Dans le cadre de la maltraitance, le législateur a prévu dans l'article 226-14 du CP la possibilité de déroger le professionnel au secret dans deux situations :

- « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique... »
- « au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constaté, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire... »

Depuis la Loi du 2 janvier 2004, pour la dérogation au secret professionnel, la notion de mineur de moins de 15 ans a disparu au profit de la simple notion de minorité légale (moins de 18 ans).

Le médecin ou un autre professionnel de santé a donc la possibilité d'effectuer un signalement aux autorités compétentes, sans encourir de sanction pénale ou disciplinaire.

Dans son article 44, le Code de Déontologie Médicale précise cependant que le médecin doit « faire preuve de prudence et de circonspection » car son action pourrait porter préjudice aux victimes.

Comment gérer la relation avec la victime et les accompagnants ?

La personne victime de maltraitements arrivant aux Urgences est toujours en souffrance. Cette souffrance plus ou moins apparente peut être physique mais également psychique.

Au cours de la consultation, trois qualités sont nécessaires pour pouvoir aider le patient: l'écoute, caractérisée par sa neutralité et son empathie, la mise en confiance et le soutien qui peut être psychologique et pragmatique.

Le passage aux Urgences est un moment privilégié et parfois unique permettant la révélation de la maltraitance. Il est souhaitable que l'entretien se déroule dans un endroit calme, respectant la confidentialité et le rythme de la personne (prendre du temps, respect des silences, temps de pause...). L'organisation des soins doit limiter le nombre d'interlocuteurs auprès de la victime afin d'éviter les redites. Les données recueillies doivent être rapportées avec rigueur dans le dossier du patient. Les transmissions orales et écrites permettent une articulation continue entre équipes de soins.

Il est nécessaire de créer un climat de confiance, une alliance thérapeutique de qualité avant d'aborder la maltraitance, en avançant pas à pas, en insistant sur le fait que le patient peut trouver du soutien, et qu'une aide est possible et disponible.

L'approche du patient doit être réalisée de façon à limiter sa peur et sa gêne en soulignant le fait que la maltraitance existe et est répréhensible. La question de la maltraitance peut être abordée directement. Cependant, il faut laisser une « porte de sortie » dans sa formulation, en donnant au patient la possibilité de parler de sa maltraitance ou d'y revenir plus tard dans les suites de la prise en charge. Plus les questions sont ouvertes, plus elles laissent au patient le choix du moment où il se confiera. Il ne faut pas nécessairement s'attendre à une réponse immédiate. L'écoute doit se faire sans jugement, ni recherche de preuve ou d'aveux.

Chez l'enfant, l'entretien doit s'adapter à son niveau de développement (tableau V).

Tableau V : attitude soignante face au comportement de l'enfant

Attitude de l'enfant	Attitude soignante
L'enfant ne fait pas spontanément confiance à un adulte qu'il ne connaît pas	Le soignant doit écouter, ne pas effrayer
Ses capacités d'expression sont limitées	Utiliser les propres mots et termes de l'enfant quand cela est possible
Il ne demande pas spontanément de reformuler une question incomprise	Poser des questions simples et s'assurer qu'il a compris
L'enfant possède une mémoire moins apte à gérer et à hiérarchiser les informations récentes et anciennes	Tenir compte de cet état de fait dans le recueil de la chronologie des informations
L'enfant est en position de dépendance vis à vis de l'adulte.	Ne pas se substituer aux parents
L'enfant est réticent à « trahir » ses parents: le conflit de loyauté	Ne pas dénigrer les parents
<ul style="list-style-type: none"> • Dans son récit, il peut être amené à se conformer à ce qu'il imagine être les attentes, les convictions de l'adulte • Sa suggestibilité est forte 	<ul style="list-style-type: none"> • Tout propos, toute mimique ou toute attitude peut contaminer son récit • Il est nécessaire de le laisser apporter seul les détails, sans les interpréter

A tous les âges, la relation de soins s'adresse à un patient souvent accompagné par un tiers. Cet accompagnant peut être à l'origine de la maltraitance. Certes, cette présence peut signifier une volonté de contrôler la situation ou une tentative de manipulation dans le cadre d'un syndrome de Münchhausen par procuration (cf. question 2). Cependant, sa démarche de conduire la victime aux Urgences peut correspondre à une demande d'aide ou de reconnaissance implicite de sa dangerosité. D'autre part une demande forte d'hospitalisation paraissant infondée médicalement doit être entendue comme une expression d'épuisement de l'aidant ou de son incapacité à faire face à une situation qui le dépasse.

Dans tous les cas, les soignants s'efforceront de ne porter aucun jugement de valeur. Ils resteront dans une relation de soins.

Si l'agresseur est extérieur à la famille, les proches de la victime ont aussi besoin d'aide et l'équipe doit contribuer à assurer cette mission.

Enfin la protection de la personne maltraitée peut exiger de limiter, voire d'empêcher le contact avec un agresseur potentiel. Cela permet de faire prendre du recul aux impliqués et d'évaluer une situation de manière plus sereine. Dans un souci de non jugement, aucune parole, aucune décision ne doivent sembler définitives à l'égard des liens unissant les personnes (exemple : ne pas obérer par un jugement hâtif une relation conjugale qui reprendra peut être dans les suites du passage aux Urgences).

Dans le cadre d'une maltraitance avérée, il paraît opportun d'informer l'entourage (avec accord de la victime) des mesures de protection mises en place (hospitalisation, signalement...)

La prise en charge de la maltraitance est multidisciplinaire. Deux acteurs sont particulièrement importants au cours du passage aux urgences : l'assistante sociale (AS) et le psychiatre

Quel est le rôle de l'assistante sociale dans la prise en charge ?

De manière générale, l'AS a plusieurs missions qu'il convient de rappeler ici :

- elle facilite l'accueil, l'information, l'orientation, le soutien des patients et de leur famille à l'arrivée ou au cours de leur prise en charge
- elle aide les patients dans leurs démarches pour le retour à domicile ou l'orientation vers une autre structure
- elle assure, dans l'intérêt des personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux
- elle prévient les difficultés sociales ou médico-sociales

En outre l'AS des Urgences identifie les partenaires extérieurs intervenant déjà autour des patients afin :

- de recueillir des données sur d'éventuels antécédents personnels ou familiaux
- d'analyser les capacités de l'entourage à organiser au mieux la sortie des urgences
- d'évaluer la situation de danger, afin de permettre à l'équipe soignante d'élaborer une stratégie adaptée.

Dans le cadre de la maltraitance, par sa connaissance du tissu social, elle occupe donc une position d'interface entre l'hôpital et les services sociaux et médico-sociaux qui lui permet de proposer un accompagnement et un relais adaptés à chaque situation.

Il est souhaitable que l'AS soit présente le plus souvent possible au sein de l'équipe et proche de l'accueil des patients. Elle doit intervenir rapidement afin d'insérer au mieux le volet social dans l'accueil, la prise en charge et l'orientation du patient. Elle informe le patient des dispositifs pouvant le soutenir (cf. question 4) : organismes et associations

spécialisées qui pourront l'accueillir et le guider après sa sortie des Urgences (associations d'aides aux victimes, structures d'hébergement d'urgence, services sociaux...)

Les coordonnées écrites de ces intervenants seront remises, un contact téléphonique, voire un accompagnement, peuvent être organisés lors de l'entretien social.

Un objectif prioritaire est d'aider le patient dans la recherche d'un hébergement sécurisé pour la période suivant immédiatement la sortie des urgences : retour au domicile si l'agresseur ne peut y accéder, hébergement dans la famille ou chez des amis, ou orientation vers des structures d'accueil type 115, si besoin hospitalisation.

Pour un projet à moyen terme, le rôle de l'AS est plutôt de proposer plusieurs alternatives afin de ne pas « emprisonner » la personne dans un projet trop hâtif et un relais avec des services sociaux extérieurs.

En cas de sortie, les coordonnées de l'AS sont remises à la personne pour une reprise de contact ultérieure.

Si l'AS est absente, l'équipe doit lui transmettre l'information du passage du patient et tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne vulnérable. Cette information doit comporter les éléments essentiels de la prise en charge (coordonnées, motifs de recours aux Urgences, réponses données, orientation).

Si le patient est hospitalisé, l'AS des Urgences fait le lien avec la collègue du service concerné.

L'AS fait référence à la loi, informant le patient sur les procédures et les démarches pour faire valoir ses droits juridiques et sociaux. Elle évoque notamment le dépôt de plainte, en précisant qu'il peut être immédiat, ou différé et dans ce cas rappelle les délais de prescription.

Dans les cas de sévices graves sur personnes vulnérables au sens pénal, elle a l'obligation de réaliser un signalement direct auprès du Procureur de la République, en lien avec le médecin en charge du patient et éventuellement avec le directeur hospitalier (ou administrateur de garde).

Dans les situations de doute ou de simple suspicion, ou dans les cas sans gravité ou non urgents, l'AS peut alerter les services sociaux (cf. question 4).

En cas de maltraitance économique, l'AS doit envisager avec le médecin l'instauration d'une mesure de protection juridique (sauvegarde de justice).

Enfin, elle participe à des actions de sensibilisation, de formation et d'information des équipes soignantes. Des outils peuvent être élaborés à destination des usagers (plaquettes informatives, affiches sur les adresses utiles...).

Quel est le rôle du psychiatre dans la prise en charge initiale ?

1. Contexte de l'intervention psychiatrique

La place du psychiatre ou du pédo-psychiatre s'intègre dans la prise en charge globale du patient. Cependant, le recours à son intervention n'est pas systématique. Il doit être sollicité si :

- ▶ le contexte de maltraitance est flagrant et qu'il existe des signes de retentissement psychologique
- ▶ la symptomatologie psychiatrique est au premier plan
- ▶ le patient demande spontanément à voir un psychiatre

Son intervention se fait à la demande du médecin urgentiste, après accord du patient. Cette précaution est importante. En effet, l'appel au psychiatre est parfois vécu comme inopportun, voire humiliant par le patient. Il peut se sentir jugé (« on me prend pour un fou ») ou imaginer que sa parole est mise en doute. Une manière de favoriser l'acceptation de la consultation psychiatrique est de présenter le psychiatre comme un spécialiste du psychotraumatisme, c'est-à-dire des conséquences psychologiques liées à la situation de maltraitance. D'autre part, afin de faciliter le passage d'une lecture somatique à une lecture psychologique de la maltraitance, il est souhaitable que l'urgentiste présente son collègue psychiatre au patient en expliquant à celui-ci pourquoi il fait appel à lui, selon le principe de la triangulation thérapeutique.

Il existe dans certains services des psychologues qui interviennent en "première ligne". Le recours à un psychologue est parfois considéré comme moins effrayant par les patients. Dans tous les cas l'articulation entre le psychiatre et le psychologue doit être étroite et permettre aux deux intervenants de voir successivement le patient si nécessaire.

2. Objectifs de l'entretien psychiatrique

L'entretien psychiatrique a pour objectifs de :

- ▶ favoriser l'expression des émotions liées au traumatisme
- ▶ repérer les conséquences psychologiques de la maltraitance
- ▶ rechercher l'existence de troubles psychiatriques antérieurs
- ▶ contribuer à l'élaboration du projet de prise en charge
- ▶ évaluer le contexte familial ou conjugal

L'expression des émotions liées au traumatisme, outre l'apaisement qu'elle procure, peut faire vivre au patient une écoute empathique. Cela aura souvent un impact déterminant pour la prise en charge ultérieure en facilitant l'alliance thérapeutique avec le psychiatre ou le psychologue que le patient sera peut-être amené à consulter par la suite.

L'évaluation de la crédibilité risque d'entraîner des réticences de la part du patient. Il faut rappeler que le psychiatre n'est pas un enquêteur, que l'évaluation de la crédibilité n'est jamais demandée en urgence par les autorités de Police Judiciaire, cette question restant du ressort de l'expertise. Pourtant, il existe souvent de la part de l'ensemble des acteurs une attente implicite à l'égard de l'examen psychiatrique. Ses conclusions sont parfois interprétées dans la perspective d'une évaluation de la crédibilité.

Evaluer le contexte familial, particulièrement en cas de suspicion de maltraitance à enfant, est un moment essentiel. A ce titre, l'entretien doit préserver un espace confidentiel de parole pour le patient tout en laissant la possibilité d'une rencontre de la famille dans son ensemble. L'entretien familial permettra de repérer les modes d'interaction entre les membres de la famille.

La conduite de l'entretien pédo-psychiatrique comporte certaines spécificités liées au stade de développement de l'enfant (cf. question 2). Les objectifs de cet entretien ne diffèrent pas de l'entretien avec un patient adulte si ce n'est que l'accent sera porté sur l'évaluation du contexte et de la dynamique familiale.

3. Prise en charge

→ Hospitalisation

Une hospitalisation en psychiatrie sera proposée devant :

- un retentissement psychologique majeur (syndrome dépressif majeur avec idées suicidaires,
- trouble anxieux d'intensité sévère...)
- un trouble psychiatrique aigu (trouble psychotique aigu, état d'agitation...)
- un risque suicidaire élevé

Si l'indication d'hospitalisation est posée, tout doit être fait pour que le patient accepte ce projet. En effet, une hospitalisation sous contrainte est à éviter si possible, celle-ci pouvant entraîner une victimisation secondaire.

→ Consultations de post-urgence

Des consultations de post-urgence peuvent être proposées par le psychiatre des Urgences quand l'organisation du service est prévue en ce sens. Le fait que le patient ait la possibilité de consulter la même personne facilite grandement la continuité des soins. Le patient a en effet souvent du mal à contacter un nouvel interlocuteur à sa sortie des urgences.

Cependant, ces consultations doivent clairement préparer, à un suivi plus long dans un lieu qui le permet (Centre Médico-Psychologique ou psychiatre libéral). Elles doivent donc être limitées en nombre (2-3 consultations) ou en durée (quelques jours à quelques semaines).

→ Orientation vers un suivi ambulatoire

Quand l'hospitalisation n'est pas indiquée ou refusée par le patient, un suivi psychiatrique ambulatoire doit être proposé. Le psychiatre donnera les coordonnées du Centre Médico-Psychologique de son secteur ou de psychiatres libéraux afin qu'un suivi soit mis en place sous forme d'un soutien psychologique ou d'une psychothérapie structurée. Dans le cadre de la maltraitance, dans le but de faciliter la continuité des soins, il est souhaitable qu'un contact téléphonique soit directement établi avec ces professionnels et qu'un rendez-vous soit fixé.

→ Traitement psychotrope

Chez l'adulte, un traitement anxiolytique ponctuel est parfois nécessaire aux urgences en cas de trouble anxieux aigu. Une prescription de durée brève peut aussi être proposée. En cas de troubles du sommeil,

un hypnotique peut être indiqué pour une courte période.

En aucun cas, une prescription d'antidépresseurs ne se justifie dans le contexte de l'urgence.

QUESTION 4 : ORIENTATION APRES LES URGENCES

Quand la situation de maltraitance est évoquée, plusieurs étapes sont nécessaires : protéger, informer, orienter et organiser les soins et le suivi.

ENFANT

1. Quels sont les critères d'hospitalisation ?

L'hospitalisation est nécessaire devant toute suspicion de maltraitance chez l'enfant. Elle s'impose en cas de suspicion de maltraitance physique. L'accueil en hospitalisation est organisé chaque fois que possible par les permanences pédiatriques spécialisées des enfants en danger. L'hospitalisation est rarement refusée par les parents et parfois même demandée de manière insistante. Elle permet de prendre le recul et le temps nécessaires.

Elle aura plusieurs buts :

- ▶ apporter les soins utiles
- ▶ protéger l'enfant en l'éloignant de son milieu d'autant plus qu'il existe des éléments faisant craindre une récurrence: violence évidente, addictions, pathologie mentale, antécédents de maltraitance dans la fratrie et âge inférieur à deux ans
- ▶ l'observer dans un milieu neutre : comportement (relation avec les soignants et sa famille, alimentation sommeil), évolution des signes somatiques
- ▶ confirmer le diagnostic d'une maltraitance devant un mode d'entrée inhabituel (fugue, tentative de suicide accident domestique suspect ...) et éliminer les diagnostics différentiels
- ▶ évaluer la gravité et rechercher des associations traumatiques : TDM cérébrale, radiographie du squelette complet, fond d'oeil, scintigraphie osseuse suivant l'âge, etc...
- ▶ effectuer le bilan médico-psycho-social indispensable à la prise en charge
- ▶ transmettre les informations recueillies et observées à la filière de soins intra ou extrahospitalière qui assurera le suivi de l'enfant et de sa famille
- ▶ rédiger le signalement, rarement en urgence, après une évaluation pluridisciplinaire

Quelle est la conduite à tenir en cas de refus parental ?

Le refus d'hospitalisation est exceptionnel si celle-ci est présentée par le médecin comme une aide aux soins et au diagnostic et non comme un jugement et une sanction.

Lorsque les parents refusent l'hospitalisation, si la maltraitance est évidente ou si les lésions sont graves, le médecin doit réaliser un signalement judiciaire auprès du Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance ou de son substitut (joignable 24h/24, même les jours fériés, par le biais d'une permanence téléphonique du commissariat ou de la gendarmerie). Le praticien prévient l'administrateur de garde de l'hôpital avant d'alerter le Procureur.

Le premier contact téléphonique doit être confirmé par un signalement écrit. Le Procureur délivre une ordonnance de placement provisoire (OPP). En cas de saisine de l'autorité judiciaire, la loi pose le principe d'une information des parents ou du représentant légal par le Président du Conseil Général.

Dans les faits les parents sont prévenus par le médecin de la mise en place de la procédure de signalement pour demande de placement provisoire. S'il existe un simple doute sur la maltraitance, un contact sera pris avec le médecin traitant, les services sociaux et la PMI.

2. Quelle prise en charge après l'hospitalisation ?

L'équipe pluridisciplinaire prépare la sortie de l'enfant en s'assurant de la continuité des soins :

- le carnet de santé est rempli : description succincte des lésions, mensurations, dates d'hospitalisation, orientations sans faire figurer le mot maltraitance
- le médecin traitant est contacté afin de poursuivre la prise en charge médicale
- le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) est informé du signalement et organise la protection de l'enfant. Les structures pédopsychiatriques type Centre Médico Psychologique (CMP) ou Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP) sont régulièrement associées au suivi
- l'assistante sociale de secteur est prévenue et met en place les aides complémentaires nécessaires: aides matérielles et financières, liaison avec les services de santé scolaire, techniciennes de l'intervention sociale et familiale ...

Lorsque le signalement est suivi de mesures éducatives (aide éducative en milieu ouvert, placement provisoire en milieu éducatif ou en famille d'accueil), la continuité de la prise en charge doit être assurée sur le même mode.

ADULTE

1. Quels sont les critères d'hospitalisation ?

L'hospitalisation est nécessaire quand :

- l'état physique ou psychique (risque de suicide) nécessite des soins spécifiques
- le patient est en danger et doit être mis à l'écart du maltraitant, ou d'un contexte familial et social à haut risque
- la qualité de la prise en charge à domicile ne peut pas être garantie
- la personne maltraitée ou l'entourage le demande

- le patient est incapable de décider seul (altération des facultés intellectuelles)

L'hospitalisation se fait préférentiellement dans un service où une prise en charge pluridisciplinaire est possible :

- les Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) peuvent recevoir les personnes victimes de maltraitance pour compléter le bilan médico-psycho-social si une orientation précise ne peut être définie dès l'accueil (groupe II des indications d'hospitalisation en UHCD du référentiel SFMU).
- Si une hospitalisation plus prolongée s'avère nécessaire, le patient est orienté dans le service le plus adapté :
 - service de court séjour gériatrique
 - unité de médecine polyvalente ou de médecine interne
 - service de psychiatrie lorsque les troubles psychiatriques sont au premier plan

2. Quelle prise en charge faut-il initier en l'absence d'hospitalisation ?

Trois situations sont à envisager :

- ❶ l'hospitalisation n'est pas jugée nécessaire. Il faut évaluer les conditions de sortie. Celle-ci peut se faire dans le lieu de vie habituel si le patient s'y sent en sécurité. Dans le cas contraire un hébergement sécurisé doit être proposé chez des proches ou en centre d'hébergement (numéro de téléphone 115),
- ❷ le patient refuse l'hospitalisation et dispose de toutes ses facultés intellectuelles : le médecin donne au patient toutes les informations qui permettront une prise en charge secondaire (coordonnées de l'assistante sociale de quartier, ou encore les coordonnées téléphoniques d'associations d'aide aux victimes de maltraitance),
- ❸ Lorsque la sortie immédiate peut mettre en jeu la vie du malade, la procédure habituelle de la sortie contre avis médical est engagée, l'autorisation d'un signalement est demandée au patient et l'administrateur de garde est prévenu.

L'équipe pluridisciplinaire prépare la sortie en s'assurant de la continuité des soins ; ainsi elle doit :

- **contacter le médecin traitant pour signaler la maltraitance (ou sa suspicion)**
- proposer au patient de contacter l'AS de secteur

- donner les coordonnées des associations spécialisées dans la maltraitance et l'aide aux victimes
- s'assurer que la victime peut appeler à l'aide (téléphone, téléalarme...)
- proposer une prise en charge psychologique
- remettre au patient le certificat médical lésionnel et conseiller de le placer en lieu sûr

Dans le cas de suspicion de maltraitance en institution, un signalement administratif à la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) est obligatoire.

Dans le cas de "la femme battue" il importe de respecter ses choix. Elle décide seule de la solution à prendre :

- retour au domicile : lui suggérer de garder à sa disposition les numéros de téléphone importants (amis, médecin, services de police), de réfléchir aux personnes capables de la soutenir
- demande de « mise à l'abri » : l'orienter vers des proches ou un centre d'accueil d'urgence
- dans tous les cas: mise en relation avec le Centre d'Information des Droits des Femmes (CIDF) ou une association de but analogue, notamment en cas de décision de séparation afin qu'elle trouve un accompagnement indispensable pour les démarches ultérieures.

3. Quelles sont les structures sociales pouvant intervenir à la sortie ?

La sortie du patient nécessite l'activation d'un réseau pluridisciplinaire personnalisé, coordonné par le médecin traitant et l'assistante sociale.

Ce réseau fait intervenir :

- des associations prenant en charge la maltraitance : Allo Maltraitance des personnes âgées (ALMA, numéro de téléphone 119), Centre d'Information des Droits des Femmes (CIDF), SOS femmes battues, SOS victimes, associations d'aide aux victimes et autres associations locales...
- la DDASS qui reçoit le signalement administratif des maltraitements en institution
- le Conseil Général qui met en place l'Allocation aux Personnes Agées (APA)
- les services d'aide à domicile : techniciennes d'intervention sociale et familiale, IDE, hospitalisation à domicile ...
- le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) qui peut mettre à disposition des auxiliaires de vie, un portage des repas, une garde à domicile, une téléassistance ou Comité Local d'Information et de Coordination (CLIC).

Le jury recommande qu'un tableau indicatif des contacts utiles en cas de maltraitance soit disponible dans tous les services d'Urgences. (cf. tableau VI).

Tableau VI : tableau indicatif des contacts utiles pour gérer les situations de maltraitance à l'urgence

Institutions	Téléphone fax	Disponibilité
Procureur ou Substitut		24/24
Substitut chargé des mineurs		Heures ouvrables
Juge des enfants		Heures ouvrables
Commissariats de police		24/24
Brigade des mineurs		Heures ouvrables
Gendarmeries		24/24
Unité Médico-Judiciaire		
Assistante sociale de l'hôpital		Heures ouvrables
Assistants sociaux de secteur		Heures ouvrables
Différentes circonscriptions sociales des départements et PMI, Aide sociale à l'enfance		Heures ouvrables
PASS		Heures ouvrables
Hébergement d'urgence	115	24/24
Foyers d'hébergement		Heures à préciser
DDAS		Heures ouvrables
CCAS		Heures ouvrables
Télé assistance		24/24
Service de santé scolaire		Heures ouvrables
Associations spécialisées dans la maltraitance - ALMA - SOS femmes battues - CIDF (Centre d'Information des Droits des Femmes) - INAVEM (Institut National d'Aide aux Victimes Et de Médiation) - Associations d'aide aux victimes...		Heures ouvrables ou permanences
SNATEM	119	24/24

LE SIGNALEMENT : POURQUOI ? COMMENT ?

Signaler consiste à alerter l'autorité administrative ou judiciaire compétente en vue d'une intervention institutionnelle. Le signalement est un écrit objectif comprenant une évaluation d'une personne « *présumée en risque de danger ou en danger* » nécessitant une mesure de protection administrative ou judiciaire.

La procédure de signalement à l'autorité judiciaire ou administrative est la règle lorsqu'un mineur est en cause. Il est aussi utilisé chez l'adulte incapable majeur ou en institution. La famille du patient ou l'institution est prévenue de la procédure du signalement. Dans les autres cas, le signalement s'effectue avec l'accord du patient.

Le signalement a pour buts de :

- protéger le maltraité
- informer les autorités compétentes de la situation de danger suspecté
- déclencher une enquête pénale ou administrative d'évaluation

Sa rédaction répond à des règles bien établies. Il s'agit d'un document dont le destinataire n'est ni le patient ni un membre de sa famille mais une autorité administrative ou judiciaire. Le professionnel signale la situation de danger à l'autorité compétente par tout moyen, y compris par appel téléphonique (dans ce cas, il doit être conservé trace de l'auteur et la date de l'appel). Il

est obligatoire de le confirmer sous forme d'un document écrit. (modèle en annexe 1)

Le médecin qui décide de signaler une situation de maltraitance a le choix entre deux options :

- ▶ le signalement « judiciaire » est utilisé lorsque la protection de la victime est urgente (mauvais traitements graves, refus d'hospitalisation d'un enfant victime de violence physique). Il est adressé au Procureur de la République, ou au substitut du Procureur, au Tribunal de Grande Instance du lieu de résidence habituel de la victime. Le magistrat apprécie immédiatement l'opportunité d'une enquête complémentaire confiée à un service de police ou de gendarmerie.
- ▶ le signalement « administratif » entraîne une investigation sociale complémentaire. Il est adressé au Président du Conseil Général, au médecin de PMI ou au directeur du Service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Ces derniers évaluent l'état de danger et des besoins de l'enfant et de sa famille, du majeur dépendant. Dans le cas où il est impossible d'évaluer la situation ou que la famille refuse l'intervention des services sociaux, le président du Conseil Général pourra décider d'aviser le Procureur de la République.

Le médecin adresse le signalement à son destinataire et ne le remet jamais à un tiers, fût-il parent de la victime ou personne de confiance.

Annexe I : Modèle de signalement

Cachet du médecin

Signalement

(en lettre d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (*en toutes lettres*) :

Date (*jour de la semaine et chiffre du mois*) :..... Année :..... Heure :.....

Le patient :

Nom :..... **Prénom** :.....

Date de Naissance (*en toutes lettres*) :..... **Sexe** :.....

Adresse :..... **Nationalité** :.....

Accompagné de (*notez s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquez si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec le patient*) :

- **La personne accompagnatrice nous a dit que :**

«
.....
.....
..... »

- **Le patient nous dit que :**

«
.....
.....
..... »

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui Non (*rayez la mention inutile*) :

- **Description du comportement du patient pendant la consultation :**

«
.....
..... »

- **Description des lésions s'il y a lieu (notez le sièges et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :**

«
.....
..... »

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République le

Fait à, le

Signature du médecin ayant examiné le patient :

QUESTION 5 : ASPECTS MEDICO-LEGAUX

Les certificats

La rédaction de certificats est aux Urgences un temps essentiel de la prise en charge des patients victimes de maltraitance. Ces documents vont objectiver les constatations médicales et constituer le plus souvent l'élément principal de la preuve de la maltraitance. En outre le procureur n'a souvent connaissance de l'état de la victime que par la lecture de ce certificat. Sa rédaction doit en être particulièrement soignée. En dehors du certificat descriptif des lésions établi à la demande de la victime ou de son représentant légal, il

existe deux certificats dont la rédaction est obligatoire : certificat à la demande d'une autorité judiciaire sur réquisition et certificat de décès.

Règles générales de rédaction

- ▶ La rédaction du certificat est un acte médical qui ne peut être réalisé que par un médecin inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins et ayant personnellement examiné le patient. Les médecins en formation (internes, étudiants hospitaliers...) ne peuvent pas rédiger de certificat médical dans un cadre judiciaire.

► La rédaction se fait sur le papier à en-tête du service des Urgences. Le certificat doit être écrit lisiblement en langue française.

► Le certificat descriptif lésionnel doit comporter :

- l'identité et la qualité du médecin signataire
- l'identité de l'intéressé, date de naissance, adresse. En cas de doute sur son identité le médecin note l'identité alléguée par le patient, sous la forme « *déclarant se nommer... »*).
- l'identité de l'officier requérant en cas de réquisition
- la date et l'heure de l'examen.
- la date de rédaction. Le certificat peut être rédigé à distance de l'examen mais en aucun cas il ne peut être antidaté ou postdaté.

- les faits allégués par le patient et, en particulier, ceux qui ont une incidence sur l'examen clinique et les lésions observées : mode d'agression, qualité et nombre d'agresseurs, date de l'agression, localisation corporelle des coups reçus. Ces éléments doivent être rapportés sur le mode déclaratif : « *le patient me rapporte avoir été agressé à coups de poings au niveau de la face par un individu inconnu »*
- les doléances à rédiger sous le même mode : « *le patient déclare se plaindre de douleurs cervicales avec gêne aux mouvements ... »*
- les antécédents qui aggraveraient les lésions et les éléments qui permettent d'apprécier une éventuelle vulnérabilité au sens pénal (grossesse, infirmité, handicap, maladie, déficience physique ou psychique...). En effet la vulnérabilité au sens pénal si elle est connue de l'auteur ou si elle est apparente constitue une circonstance aggravante.
- les lésions constatées à rapporter de manière descriptive (localisation, couleur, aspect, dimensions, forme) selon un standard médico-légal (Annexe 1). Elles peuvent être schématisées ou photographiées (si tel est le cas il doit en être fait mention).
- les constatations négatives, en rapport avec les dires et les doléances du patient: absence de lésion visible en regard d'une zone douloureuse par exemple.
- les éléments permettant d'apprécier le retentissement psychologique : prostration, pleurs, sentiment de culpabilité, agressivité ...
- les résultats d'éventuels examens complémentaires (imagerie en particulier).
- les soins réalisés (suture, immobilisation)
- les conclusions, en précisant qu'elles sont évaluées « *sous réserve de complications ultérieures »* et en mentionnant :
 - la durée normalement prévisible des soins et/ou la nécessité d'une hospitalisation
 - le nombre de jours d'arrêt maladie ou de travail
 - la durée en jours de l'Incapacité Totale de Travail (ITT) notée en toutes lettres
 - le destinataire du certificat
 - la signature et le cachet du médecin rédacteur

Un double du certificat doit être consigné dans le dossier médical du patient

Les destinataires du certificat

► le certificat est remis à la personne en droit d'en exiger la rédaction :

► le certificat médical est demandé par le patient lui-même, il lui est alors remis en mains propres et mention en sera faite sur le certificat.

► le certificat médical peut être demandé par un tiers exclusivement dans deux cas :

- Pour un mineur, le certificat est alors remis à la personne détenant l'autorité parentale si le mineur (adolescent) ne s'y oppose pas. En effet, le «grand mineur» peut bénéficier du secret médical vis à vis de ses parents, on peut alors proposer que le certificat soit remis à un majeur désigné par l'adolescent.
- pour un patient sous tutelle, l'intéressé reçoit l'information, et le certificat est remis au représentant légal.

► le certificat médical est demandé par une autorité judiciaire (réquisition):

Tout médecin peut être requis pour procéder à des constatations médico-légales. Cette réquisition est faite par l'autorité judiciaire (officiers de police judiciaire, procureur de la République, juge d'instruction). La réquisition peut être verbale en cas d'urgence, mais dans tous les cas elle est confirmée par un écrit.

Le médecin est obligé d'accepter car le Code de la Santé Publique (L. 4163-7, 2^{ème} alinéa) prescrit que tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de l'autorité publique. La récusation est exceptionnellement possible, s'il s'agit d'un parent ou d'un allié du médecin requis ou si le médecin est dans l'incapacité physique de se déplacer. S'agissant uniquement de constatations objectives médicales, le médecin doit déférer à cette réquisition même si le sujet à examiner est ou a été son patient.

Dans la rédaction de son rapport, le médecin ne doit noter que les éléments de nature à répondre aux questions posées par l'autorité judiciaire.

Si le médecin n'est pas expert il est tenu de prêter serment en tête de son rapport pour chaque réquisition.

Evaluation de l'Incapacité Totale de Travail (ITT)

La loi pénale sanctionne les atteintes volontaires (rixes, maltraitance) ou involontaires (accidents) à l'intégrité physique ou psychique d'autrui. Pour que l'infraction soit constituée, la matérialité des faits doit être établie et le certificat descriptif de constatation des lésions en est un élément essentiel.

C'est la durée de l'ITT mentionnée dans le certificat médical initial qui permet de décider de la compétence du tribunal qui jugera le responsable des violences.

L'ITT ne correspond pas à un arrêt de travail. Il s'agit du laps de temps pendant lequel la victime ne pourra accomplir seules les actes usuels de la vie courante (se laver, manger, s'habiller, se déplacer...) ou subira une gêne importante dans l'accomplissement de ceux ci. Elle tient compte des lésions constatées, de leur répercussion physique, d'un éventuel retentissement psychologique et du suivi ultérieur à prévoir. L'ITT s'applique à tous : enfants, retraités, femmes au foyer, personnes au chômage ou sans emploi ... L'arrêt de travail ou maladie peut être plus long que l'ITT car il tient compte de la profession exercée. La durée de l'ITT dépend de l'autonomie préalable du patient que l'on a examiné, de ses antécédents et de sa vulnérabilité. Si une hospitalisation est nécessaire,

le nombre de jours devra au moins correspondre à sa durée prévisible.

Sa détermination ne répond pas à des barèmes et doit dans le cadre de l'urgence et d'un certificat médical initial reposer sur des données médicales objectives et certaines. Par exemple, les durées d'hospitalisation ou d'immobilisation sont des critères objectifs. La durée du repos ou de la rééducation ne peut être appréciée au moment de la rédaction du certificat médical initial. L'évaluation initiale de l'ITT n'est jamais définitive. Elle peut être réévaluée en fonction de l'évolution ou par un médecin expert à la demande d'un magistrat.

En cas de blessures volontaires (et donc de la plupart des cas de maltraitements)

- si l'ITT est strictement supérieure à huit jours, les faits seront qualifiés de délit et relèveront de l'appréciation du Tribunal Correctionnel (art 222-11 du CP)
- si l'ITT est inférieure ou égale à huit jours, c'est le Tribunal de Police qui est compétent et les faits sont qualifiés de contravention de 4^{ème} classe si l'ITT est nulle (art R. 632.4 du CP) et de 5^{ème} classe si l'ITT est comprise entre 1 et 8 jours (art R. 625.1 du CP).

Le CP prévoit des circonstances aggravantes parmi lesquelles la vulnérabilité et l'usage d'une arme. Ces circonstances correctionnalisent l'infraction quelle que soit la durée de l'ITT. C'est pourquoi ces circonstances doivent être mentionnées dans le certificat médical et notamment la compatibilité des lésions traumatiques avec l'utilisation d'une arme.

La rédaction aux Urgences d'un certificat médical dans la prise en charge des maltraitements est un acte rigoureux et parfois complexe qui nécessite du temps et des compétences spécifiques. Il faut donc savoir être prudent lors de sa rédaction. Le recours au médecin légiste ou à ses conseils mêmes téléphoniques doit faire l'objet d'un protocole dans un service d'Urgences.

2. Certificat de décès – Mort suspecte

Dans les cas de décès dans lesquels une maltraitance est évidente ou suspectée, le certificat de décès doit obligatoirement mentionner un obstacle médico-légal. Les décès en rapport avec une maltraitance doivent être évoqués chez les victimes potentiellement à risque notamment aux deux âges extrêmes de la vie. Une mort de cause inconnue ou inexplicée même en dehors d'un contexte évident ou supposé de violences ou de maltraitance doit rester suspecte jusqu'à preuve du contraire.

Des éléments éveillent le doute sur un contexte de mort suspecte liée à des maltraitements comme :

- la discordance entre l'état ou les lésions constatées et les causes avancées par l'entourage
- un retard inexplicé à la prise en charge médicale
- la découverte de stigmates cutanés pouvant être reliés à de mauvais traitements ou des négligences notamment la présence de lésions traumatiques d'âges différents même si elles ne sont pas la cause directe évidente du décès.

Une situation particulière concerne la mort subite inexplicée d'un nourrisson (MSIN) de moins d'un an pour laquelle existent des protocoles spécifiques de prise en charge articulés autour des centres de référence. Le centre de référence et le mode de recours à ce centre doivent être connus du service des Urgences. Dans tous les cas le médecin qui constate le décès doit rechercher des causes permettant d'envisager une mort suspecte (manque de soins et d'aliments, lésions de violences d'âges différents...). Si des éléments suspects sont notés, le médecin doit cocher la case obstacle médico-légal du certificat de décès et le Procureur de la République jugera de l'opportunité d'une autopsie médico-légale.

Pour les enfants n'ayant pas de pathologie antérieure d'évolution fatale connue et documentée tout décès sans cause médicale certaine doit conduire à une autopsie.

Dans tous les cas d'obstacles médico-légaux, il est conseillé au médecin urgentiste d'en informer le parquet. Les décisions médico-légales secondaires (examen de corps, prélèvements, autopsie ...) sont de la compétence du Procureur.

3. Rôle des légistes et des Unités Médico-Judiciaires (UMJ)

L'articulation entre les services d'Urgences et les médecins légistes doit être formalisée en fonction des particularités locales. Des procédures opérationnelles doivent être établies. Les services d'Urgences doivent se rapprocher d'une structure médico-légale qui selon les cas pourra assurer les avis complémentaires spécialisés, les expertises secondaires éventuelles, la détermination de tout ou partie des ITT et des actions de formation auprès des professionnels intervenant aux Urgences.

Le médecin légiste peut intervenir en cas de maltraitance :

- comme médecin spécialiste donnant un avis clinique et intervenant en collaboration avec l'équipe hospitalière ayant en charge le patient victime de maltraitance, mais aussi comme praticien dont l'expérience professionnelle le place à l'interface de la médecine et de la justice donnant alors un rôle de conseil, en particulier dans la prise de décision ou non d'un signalement judiciaire.
- comme médecin coordinateur au sein d'un organisme pluridisciplinaire mis en place dans la lutte contre la maltraitance.
- comme médecin requis par l'autorité judiciaire : examen de la victime, détermination de l'ensemble des caractéristiques des blessures (nature, âge, origine,...), de leur retentissement (fonctionnel, engagement du pronostic vital), de l'ITT, rapport documenté, descriptif (avec schéma, photographies).

Les UMJ dont la création est recommandée par la circulaire du Directeur des Hôpitaux et du Directeur des Affaires Criminelles en date du 27 février 1998 ne sont pas présentes sur tout le territoire. Les UMJ ou les services de médecine légale clinique lorsqu'ils existent constituent des services référents en matière de maltraitance et permettent d'associer aux compétences médico-légales celles d'autres professionnels :

psychologues spécialistes de la victimologie, conseillers juridiques
Dans les cas complexes, le médecin urgentiste ne doit pas rester seul mais peut obtenir des conseils ou

4. Place du magistrat

Le signalement judiciaire fait au parquet doit être réservé aux cas graves pour lesquels une mesure urgente, notamment de protection, doit être ordonnée.

Le magistrat, de par sa place dans le système judiciaire qui prend en compte la protection des victimes et la répression des auteurs, apparaît comme un partenaire naturel des services d'Urgences dans les cas de maltraitance.

L'organisation judiciaire locale doit être connue des services d'Urgences à l'aide de fiche réflexe mentionnant les modalités de recours aux magistrats : Procureur ou son substitut (joignables 24h sur 24), juge des enfants, directement ou indirectement par l'intermédiaire des services de police ou de gendarmerie, d'autant plus que le Procureur (ou son substitut) est pour toute procédure débutante, l'interlocuteur privilégié des «signalants».

Le magistrat informé d'un cas de maltraitance et plus spécifiquement le magistrat du Parquet pourra opter entre plusieurs solutions en fonction des éléments d'information (médicale, judiciaire, sociale ...) qui sont portés à sa connaissance :

- il peut diligenter une enquête sociale et/ou de police ou de gendarmerie,
- il peut poursuivre au pénal l'auteur des faits signalés en adaptant ses choix de procédure et de juridiction en fonction de leur gravité et de la personnalité de leur auteur. Il peut parallèlement aménager un accompagnement particulier de la victime en sollicitant une association d'aide aux victimes,
- il peut ne choisir qu'une voie civile axée sur la protection de la victime mineure comme majeure :
 - en saisissant le Juge des enfants, dans le cadre de l'assistance éducative, souvent après avoir pris une mesure de

orienter le patient vers ces unités d'urgences médico-judiciaires.

placement provisoire (OPP valable 8 jours), en cas d'urgence.

- en saisissant le Juge des tutelles, pour une personne incapable de se protéger seule et notamment en matière financière, d'une demande de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle),
- il peut associer les deux types de procédures pénale et civile en poursuivant et protégeant.
- et enfin il peut ne rien faire dans la mesure où les informations dont il dispose n'apportent pas la preuve de faits pénalement qualifiés et ne déterminent pas une situation de danger pour la victime.

Le magistrat attend du certificat établi par le médecin le maximum d'éléments lui permettant de qualifier pénalement les faits, c'est à dire non seulement la durée d'ITT mais aussi la vulnérabilité de la victime (au sens pénal) et la description précise, compréhensible et objective des lésions lui permettant de se forger une idée sur les violences et leur conséquences.

La loi du 09.03.2004 permet aux Officiers de Police Judiciaire, en matière de flagrance, ou en enquête préliminaire, sur autorisation du Procureur de la République, d'adresser une réquisition à toute personne y compris les médecins, établissement ou organisme public ou privé pour obtenir tout document (y compris une radiographie, un compte rendu..) intéressant une enquête notamment en cas de suspicion de maltraitance. Sauf en cas de motif légitime qui sera à argumenter, le secret professionnel ne peut pas être opposé au requérant. Les médecins qui remettent les documents demandés ne sont pas susceptibles de poursuites disciplinaires ou pénales. S'ils refusent ils ne sont également pas passibles de sanctions mais la Justice pourra avoir accès à tout renseignement dans le cadre d'une procédure plus lourde ne serait-ce que par la voie de saisie.

Annexe 2 : séméiologie traumatologique médico-légale

1. La plaie simple

Elle représente une solution de continuité de la peau et des muqueuses avec participation ou non des tissus sous-jacents. Il n'y a pas de perte de substance. Les bords de la plaie sont nets, réguliers, linéaires. C'est le cas typique des lésions produites par les armes blanches.

2. La contusion

La contusion est la lésion traumatique la plus fréquente. Elle est le résultat d'un conflit entre un corps mou, dit contondant et le corps humain. Elle peut prendre divers aspects :

2.1. les excoriations cutanées

L'excoriation cutanée est la trace de violence la plus légère, correspondant à une perte de substance épidermique (synonymes : érosion épidermique, égratignure, écorchure, éraflure, éraillure). Leur forme, leur répartition et leur direction doivent être décrites car certaines localisations peuvent avoir une grande signification : région cervicale (strangulation), région génitale et/ou anale et face interne des cuisses (violences sexuelles), face, avant-bras et mains (lutte), pourtour des orifices respiratoires (suffocation). Elles peuvent reproduire et évoquer la forme de l'instrument contondant qui les a provoquées

Elles peuvent prendre un aspect particulier : coups d'ongles.

2.2. les ecchymoses

L'ecchymose correspond à une infiltration hématique des tissus secondaire à une rupture vasculaire produite sous l'influence du coup.

2.3. L'hématome

L'hématome est une collection sanguine dans une cavité néo-formée et témoigne généralement d'une violence plus importante que dans le cas d'ecchymoses.

L'appréciation de l'intervalle écoulé entre le moment du traumatisme et celui de l'examen est possible mais peu précis. Cette appréciation repose sur la coloration des ecchymoses et des hématomes (tableau VII).

Tableau VII: datation du traumatisme en fonction des caractéristiques des ecchymoses

Datation	Aspect
Moins de 2 jours	ecchymose oedémateuse, érythémateuse
Moins de 5 jours	bleu, rouge, violet
5 à 10 jours	vert, jaune,
10 à 15 jours	marron
2 à 4 semaines	disparition

2.4. La plaie contuse

La plaie contuse réunit les caractéristiques d'une érosion cutanée, d'une ecchymose et d'une plaie :

- la forme est irrégulière, étoilée ou arrondie,
- les bords sont déchiquetés et décollés,
- la plaie est entourée d'une zone ecchymotique plus ou moins importante,
- le fond est anfractueux et ecchymotique avec des brides cutanées.

→ brûlures par contact : ces brûlures lorsqu'elles sont volontaires sont profondes, circonscrites, reproduisant la forme de l'agent vulnérant (fer à repasser, cigarettes), lorsqu'elles sont accidentelles elles sont plus superficielles

→ brûlures par projection ou par éclaboussement : elles sont caractérisées par des bords irréguliers

2.5. Les brûlures

Elles doivent être décrites selon :

- leur topographie
- leur dimension exprimée éventuellement en pourcentage de la surface corporelle
- leur profondeur
- leur type

→ brûlures par immersion : les brûlures accidentelles sont superficielles, mal limitées avec des marques d'éclaboussures (correspondant aux mouvements de l'enfant qui se débat) Les brûlures volontaires surtout chez l'enfant sont profondes, de profondeur uniforme, avec une limite nette et curviligne.

Annexe 3 : modèle de certificat descriptif de coups et blessures

Certificat descriptif lésionnel

Je soussigné(e) Dr X certifie avoir examiné le JJ/MM/AA, à HH heures un patient disant se nommer Y, né(e) le... demeurant à ...

Le patient déclare avoir été victime d'une agression (à décrire) le JJ/MM/AA à...HH heures

Le patient se plaint de (doléances)...

L'examen clinique met en évidence :

Description des lésions (localisation, formes, dimensions, couleur)

Éléments négatifs

Description d'un éventuel retentissement psychologique

Les examens complémentaires réalisés le JJ/MM/AA ont mis en évidence:

Les soins réalisés ont comporté : (suture, immobilisation...)

Compte tenu de ces éléments le patient doit être hospitalisé (éventuellement)

La durée prévisible des soins est de XX jour(s)

Le nombre de jours d'Incapacité Totale de Travail est NN jour(s) (en lettres) sous réserve de complications ultérieures ou des résultats des examens complémentaires prescrits

Certificat remis en mains propres

- à l'intéressé
- au responsable légal Mr Mme Mlle...

Docteur X

Date et Signature

Certificat descriptif de coups et blessures sur réquisition

Je soussigné(e) Dr X requis en date du JJ/MM/AA par [*nom de l'officier de Police Judiciaire*] certifie avoir personnellement accompli ma mission le JJ/MM/AA, prête serment d'apporter mon concours à la justice et avoir procédé le JJ/MM/AA à HH heures à l'examen de Y, né(e) le... demeurant à ...

Le patient déclare avoir été victime d'une agression (à décrire) le JJ/MM/AA à HH heures...

Le patient se plaint de...

L'examen clinique met en évidence :

Description des lésions (localisation, formes, dimensions, couleur)

Éléments négatifs

Description d'un éventuel retentissement psychologique

Les Examens complémentaires réalisés ont mis en évidence :

Les soins réalisés ont comporté : (*suture, immobilisation...*)

Compte tenu de ces éléments le patient doit être hospitalisé (*éventuellement*)

La durée prévisible des soins est de XX jour (s)

Le nombre de jours d'Incapacité Totale de Travail est NN jour(s) (*en lettres*) sous réserve de complications ultérieures ou des résultats des examens complémentaires prescrits

Certificat remis à l'officier de Police judiciaire sur réquisition

Docteur : Date et Signature