



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

Comité organisateur : A. André, B. Bedock, F. Berthier, F. Carpentier, V. Debierre, Ph. Le Conte, P. Lebrin, Ph. Lestavel

Commission de Consensus : F. Carpentier, A. Ficarelli, E. Jehle, H. Lambert, P. Lebrin, Ph. Lestavel

Conseillers scientifiques : H. Cardot, JC. Ducreux

Jury du Consensus : B. Bedock (Président)

JF. Ampélas, A. Boye, E. Allessandri, D. Favreau, JP. Fontaine, F. Joye, S. Meyran, Y. Nicol, Dr Picherot, F. Puisieux, D. Purper, J. Rottner, P. Roy, N. Telmon

Groupe de lecture bibliographique : H. Alipour Milajerdi, L. Baudin, F. Briand, S. Cavare Vigneron, C. Chollet, M. Cristiano, S. Dufraise, F. Fritsch, K. Humbert, G. Kierzek, F. Maillet, S. Masse, A. Muller, V. Sclan

La conférence est organisée avec l'aimable participation de :

La Société Française de Gériatrie et Gérontologie

Présidente : Professeur Françoise FORETTE

La Société Française de Pédiatrie

Présidente : Professeur Danièle SOMMELET

La Fédération Française de Psychiatrie

Président : Professeur AUSSILLOUX représenté par Madame M. GARRET GLOANNEC

SAMU de France / SAMU 95

Président : Docteur Marc GIROUD

La Société Française de Médecine Légale

Président : Professeur Michel PENNEAU représenté par Madame M. LE GUEUT

L'Association Francophone pour l'Etude et la Recherche sur les Urgences Psychiatriques

Présidente : Docteur Isabelle FERRAND

TEXTE COURT

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.

QUESTION N°1 : DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Définition

La maltraitance est une situation pathologique dans laquelle une personne ou un groupe de personnes inflige de mauvais traitements à une autre personne pouvant conduire à son décès ou être à l'origine de préjudices physiques, psychiques, ou socio-économiques. Elle se distingue des autres formes de violences par la relation de dépendance qui unit la personne maltraitée et la personne maltraitante. Cette relation, sensée être bénéfique, devient nuisance à autrui.

Les différents types de maltraitance

La maltraitance peut être le fait d'abus (actes de violence physique, psychologique ou de spoliation des ressources ou des libertés individuelles) ou de négligences (omission ou privation des besoins de la vie quotidienne).

Il n'y a pas de stéréotype de la personne maltraitée mais certaines personnes sont particulièrement exposées. Cette vulnérabilité, dans le sens clinique du terme utilisé dans la conférence sauf mention contraire, résulte de l'intrication de facteurs personnels et environnementaux (jeune âge ou personne âgée, handicap physique ou psychique, milieu socio-économique défavorisé...) mais également des possibilités d'adaptation de l'entourage.

En France, la notion de vulnérabilité au sens pénal est plus restrictive et renvoie soit à la notion de circonstances aggravantes due à la qualité de la victime, soit à la notion de circonstances pouvant dégager le médecin du secret professionnel (cf. questions 3 et 5).

Epidémiologie

Les enquêtes réalisées démontrent que la fréquence de la maltraitance est très largement sous-estimée. Les données chiffrées sont cependant limitées, de qualité diverse et à appréhender avec prudence.

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. Les cas les plus graves s'observent surtout chez les moins de un an. L'incidence de l'infanticide parmi les cas étiquetés « syndrome de mort subite du nourrisson inexplicite » serait comprise entre 1 et 5 %.

La prévalence de la maltraitance des personnes âgées varie de 2 à 10 % en fonction des études et s'accroît avec l'âge. Elle s'observe au domicile dans plus de 2/3 des cas. La maltraitance des personnes âgées en institution implique les personnels médicaux et soignants dans 70 % des cas, mais aussi l'entourage lors des visites.

Près de 10 % des femmes vivant en couple déclarent avoir subi une maltraitance dans l'année précédente. 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 (suicide). 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 (marginiaux, migrants, personnes sans domicile fixe, étrangers en situation irrégulière...). La sous-estimation de la maltraitance semble majeure pour ce type de personnes vulnérables.

Facteurs de risques

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. Certains sont communs à toutes les formes de maltraitance (tableau I) d'autres sont plus spécifiques aux enfants (tableau II). Chez les personnes âgées ou les adultes handicapés, l'existence de troubles cognitifs, mentaux ou du comportement majore le risque de maltraitance. 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 pendant laquelle débute le plus souvent la maltraitance.

La maltraitance peut cependant être observée dans tous les milieux. La notion de facteur de risque ne doit pas être utilisée comme un élément diagnostique chez un individu donné, mais comme une aide au repérage.

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

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

Caractéristiques de l'enfant
- 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
- 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
- famille nombreuse - monoparentalité - très jeune âge des parents

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

La maltraitance est sous estimée dans les services d'Urgences. Son diagnostic est souvent difficile car il ne repose sur aucun signe spécifique. Il faut donc savoir y penser quel que soit le motif de recours aux soins.

La maltraitance peut rarement être affirmée aux Urgences. Il n'existe pas d'outil validé en France pour aider au diagnostic de maltraitance. 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.

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.

Quand évoquer une maltraitance aux urgences ?

La démarche diagnostique 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 (tableau III)

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

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
---	--

2 - Les signes d'alerte (tableau IV)

Ils peuvent être liés 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
<i>Présentation :</i> <ul style="list-style-type: none">- manque d'hygiène- tenue inappropriée- mutisme- apathie- anxiété- agitation	<i>Présentation :</i> <ul style="list-style-type: none">- agressivité- conduite immature- état d'ivresse- troubles du comportement liés à un abus de toxiques- agitation
<i>Interaction avec les soignants :</i> <ul style="list-style-type: none">- indifférence aux soins- hostilité- fuite du regard- cris – pleurs incessants- quête affective- réactions de défense	<i>Interaction avec les soignants :</i> <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 <i>demandes à répétition d'examens complémentaires</i>
	<i>Interactions avec le patient :</i> <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

Certains éléments de l'interrogatoire du patient et de l'entourage peuvent orienter :

- ▶ la répétition des passages aux urgences
- ▶ l'existence d'accidents à répétition
- ▶ les vaccinations ou 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

Il doit être complet chez un patient déshabillé. La réalisation de photographies ou de dessins peut être utile.

On recherchera des éléments en rapport avec une carence de soins :

- aspect général détérioré (manque d'hygiène, vêtements inadaptés, parasitose),
- signes de dénutrition ou de déshydratation
- lésions dermatologiques
- déficits visuels, auditifs non corrigés, absence de prothèse dentaire chez la personne âgée.

Certaines caractéristiques lésionnelles sont particulièrement significatives :

- coexistence d'éléments d'âges différents ou de natures différentes
- siège peu compatible avec une cause accidentelle
- forme évoquant un objet traumatisant
- nombre ou caractère répété

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

- en regard des articulations (évoquant des liens)
- des 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 environnementaux et individuels (tableaux 1 et 2)

Leur présence traduit une augmentation statistique du risque de maltraitance mais ne doit pas conduire à des conclusions hâtives.

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

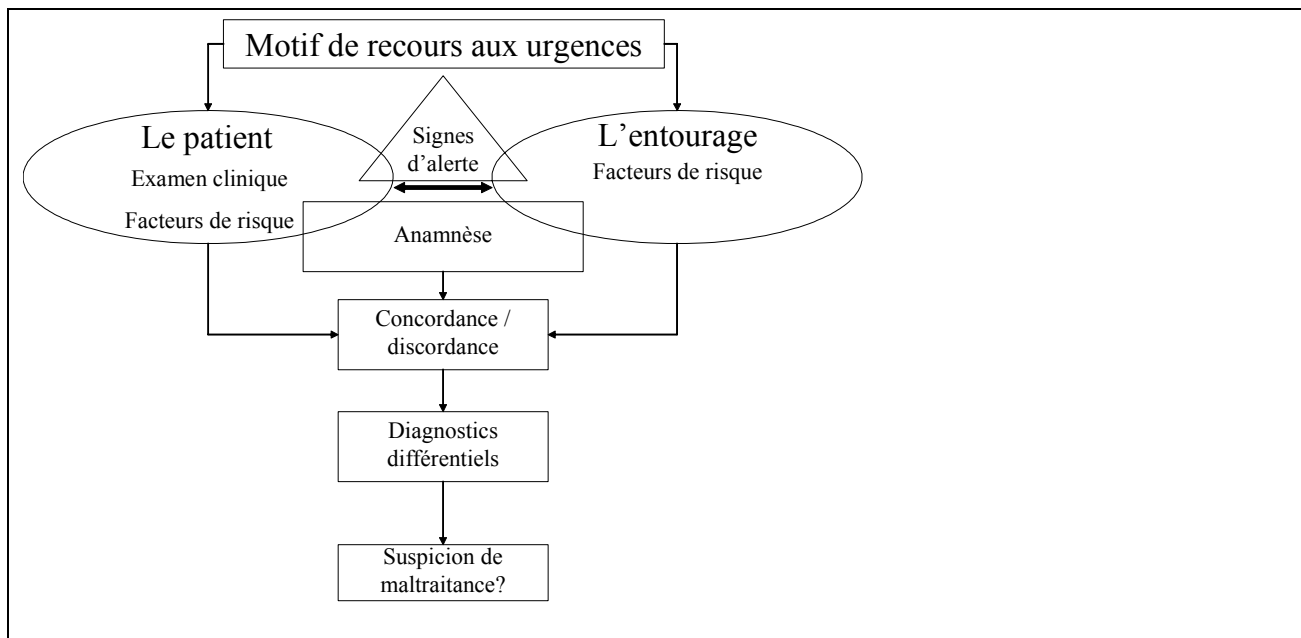
- incompatibles avec l'état de développement ou l'autonomie du patient
- ne justifient pas le retard du recours aux soins

- Chez l'adulte, il faut savoir penser aux blessures auto induites.
- Chez la personne âgée ou la personne handicapée, la polyopathie, les déficiences et les incapacités peuvent masquer les signes propres à la maltraitance.

7 - Les principaux diagnostics différentiels

- Chez l'enfant, il faut évoquer l'ostéogénèse imparfaite et les troubles de l'hémostase

Figure 1 : Démarche diagnostique



Quelles sont les formes spécifiques de maltraitance chez l'enfant ?

Chez l'enfant, il existe des formes particulières de maltraitance :

- Le syndrome de Silverman

Il est caractérisé par l'existence de lésions osseuses et de fractures multiples. La radiographie du squelette entier peut mettre en évidence :

- des cals osseux
- des arrachements métaphysaires
- des décollements périostés

Le principal diagnostic différentiel est l'ostéogénèse imparfaite

- Le syndrome du bébé secoué

Il est généralement observé chez des enfants de moins d'un an et se caractérise par la présence d'un hématome sous dural ou sous arachnoïdiens, conséquence d'un secouage de l'enfant.

La présentation clinique va de la détresse vitale à un tableau plus fruste, subaigu (sommolence, vomissements, apathie, irritabilité...). Il s'agit d'une forme particulière de maltraitance car concernant souvent un bébé sans antécédent de maltraitance. Le diagnostic repose sur le scanner cérébral.

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.

- Le syndrome de Münchhausen par procuration

Le syndrome de Münchhausen par procuration est 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.

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

- Le 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. Les médecins doivent prendre garde de ne pas entrer dans la manipulation.

Quels sont les troubles psychocomportementaux liés à la maltraitance ?

S'ils ne sont pas spécifiques à l'enfant ou la personne âgée, leur expression peut varier en fonction de l'âge

Ils regroupent :

- les réactions psychotraumatiques immédiates :

- état de stress aigu
- psychose réactionnelle brève

- état dissociatif (dépersonnalisation, anesthésie affective, amnésie...)
- les réactions psychotraumatiques différées (syndrome de stress post-traumatique) surviennent après un intervalle libre de durée variable. Elles se caractérisent par un syndrome de répétition (cauchemars, ruminations, évitement du souvenir traumatique "flash-back"), des conduites d'évitement et des manifestations anxieuses.

→ d'autres troubles et symptômes psychopathologiques : états dépressifs, états confusionnels, troubles de l'adaptation, tentatives de suicide, troubles fonctionnels somatoformes...

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, ...).

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 le 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 du secret des informations la concernant.

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 que le secret professionnel est institué dans l'intérêt des patients et s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi

2 - 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. (Article 434-3 du CP).

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

- les privations, sévices, atteintes sexuelles 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 (depuis 2004, la notion de mineur de moins de 15 ans a disparu au profit de la simple notion de minorité légale de 18 ans).
- avec l'accord de la victime, les sévices ou privations, sur le plan physique ou psychique, permettant de présumer de violences physiques, sexuelles ou psychiques.

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

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 maltraitance arrivant aux Urgences est toujours en souffrance physique et/ou psychique plus ou moins apparente.

L'entretien empathique se déroule dans un endroit calme, respectant la confidentialité et le rythme de la personne de façon empathique.. Les données recueillies doivent être rapportées avec rigueur dans le dossier.

Le nombre d'interlocuteurs auprès de la victime doit être limité afin d'éviter les redites. Il est nécessaire de créer un climat de confiance, une alliance thérapeutique de qualité avant d'aborder la maltraitance. Celle-ci peut être verbalisée sans détour. Il faut laisser au patient la possibilité d'en parler plus tard. Plus les questions sont ouvertes plus elles laissent au patient le choix du moment où il se confiera. L'écoute doit se faire sans jugement, ni recherche de preuve ou d'aveux.

Les transmissions orales et écrites permettent une articulation continue entre équipes de soins.

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

A tous les âges, le patient est souvent accompagné par un tiers. Celui-ci peut être à l'origine de la maltraitance. Dans ce cas, sa démarche peut correspondre à une demande d'aide ou de reconnaissance implicite de sa dangerosité. 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.

La protection de la personne maltraitée peut exiger de limiter, voire d'empêcher le contact avec un agresseur potentiel.

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

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: 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

Deux acteurs sont particulièrement importants au cours du passage aux Urgences : l'assistante sociale (AS) et le psychiatre.

Rôle de l'Assistante Sociale (AS)

Dans le cadre de la maltraitance, par sa connaissance du tissu social, l'AS occupe entre l'hôpital et les services sociaux et médico-sociaux une position d'interface. Elle doit intervenir rapidement. Son évaluation lui permet 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 adaptés : organismes et associations spécialisées qui pourront l'accueillir et le guider après sa sortie des urgences (ex : hébergement sécurisé) (cf. question 4).

Les coordonnées écrites de ces intervenants seront remises, un contact téléphonique, voire un accompagnement, peuvent être organisés. 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. L'AS fait référence à la loi, informant le patient sur les procédures et les démarches pour faire valoir ses droits juridiques et sociaux.

Dans les cas de sévices graves sur personne vulnérables au sens pénal, elle a l'obligation de réaliser un signalement 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).

Enfin, elle participe à des actions de sensibilisation du public (plaquettes, affiches...), de formation et d'information des équipes soignantes.

ROLE DU PSYCHIATRE DANS LA PRISE EN CHARGE INITIALE ?

1 - Contexte de l'intervention psychiatrique

Le recours au psychiatre ou au pédo-psychiatre 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 à voir un psychiatre

Son intervention se fait à la demande du médecin urgentiste, après accord du patient. L'appel au psychiatre est parfois vécu comme inopportun, voire humiliant par le patient. Afin de faciliter le passage d'une lecture somatique à une lecture psychologique de la maltraitance, il est souhaitable que l'urgentiste présente personnellement son collègue psychiatre en tant que spécialiste du psychotraumatisme au patient, en expliquant à celui-ci pourquoi il fait appel à lui, selon le principe de la triangulation thérapeutique.

L'intervention d'un psychologue rattaché au service est souhaitable. L'articulation entre le psychiatre et le psychologue doit être étroite.

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
- évaluer le contexte familial ou conjugal
- contribuer à l'élaboration du projet de prise en charge

L'expression des émotions liées au traumatisme 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 et ne doit jamais être demandée en urgence. 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.

Un entretien familial, quand il est réalisable, permet 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, l'accent étant porté sur le contexte familial. (cf. question 2)

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.

→ Suivi ambulatoire

Quand l'hospitalisation n'est pas indiquée ou refusée par le patient, un suivi psychiatrique ambulatoire doit être proposé : consultations post-urgence, Centre Médico-Psychologique, psychiatre libéral. Il est souhaitable qu'un contact téléphonique soit directement établi avec ces professionnels.

→ Traitement psychotrope

Chez l'adulte, un traitement anxiolytique ponctuel ou de durée brève est parfois nécessaire en cas de trouble anxieux aigu. En cas de troubles du sommeil, un hypnotique peut être indiqué pour une courte période.

Une prescription d'antidépresseurs ne se justifie pas 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.

Elle aura plusieurs buts :

- ▶ apporter les soins utiles
- ▶ le protéger en l'éloignant de son milieu
- ▶ l'observer dans un milieu neutre
- ▶ confirmer le diagnostic d'une maltraitance et éliminer les diagnostics différentiels.
- ▶ évaluer la gravité et rechercher des associations traumatiques
- ▶ effectuer le bilan médico psycho social
- ▶ transmettre les informations à la filière de soins qui assurera le suivi de l'enfant et de sa famille
- ▶ rédiger le signalement.

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

Le refus d'hospitalisation est exceptionnel. Lorsque les parents refusent l'hospitalisation et que la maltraitance est évidente ou les lésions graves, le médecin doit réaliser un signalement judiciaire auprès du Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance ou de son substitut.

Le premier contact téléphonique doit être confirmé par un signalement écrit. Le Procureur délivre une ordonnance de placement provisoire (OPP).

3 - 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
- ▶ le médecin traitant est contacté
- ▶ le service de Protection Maternelle Infantile (PMI) est informé
- ▶ l'AS de secteur est prévenue.

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.

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

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

- elle contacte le médecin traitant pour signaler la maltraitance (ou sa suspicion)
- elle propose au patient de contacter l'AS de secteur
- elle donne les coordonnées des associations spécialisées dans la maltraitance et l'aide aux victimes
- elle s'assure que la victime peut appeler à l'aide (téléphone, téléalarme...)
- elle propose une prise en charge psychologique

- elle remet au patient le certificat médical lésionnel.

Dans le cas de suspicion de maltraitance en institution, un signalement administratif à la DDASS est obligatoire.

Dans le cas de "la femme battue", il importe de respecter ses choix.

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'AS.

Un tableau indicatif des contacts utiles en cas de maltraitance doit être disponible et actualisé dans chaque service d'urgence. (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 ?

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. Elle est aussi utilisée 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 but de :

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

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

- ▶ le signalement judiciaire (procédure d'urgence) adressé au Procureur de la République (ou à son substitut) du Tribunal de Grande Instance du lieu de résidence habituel de la victime.

- ▶ le signalement administratif adressé au Président du Conseil Général ou à son représentant.

QUESTION 5 : ASPECTS MEDICO-LEGAUX

1 - Les certificats

La rédaction de certificats est un temps essentiel de la prise en charge des patients victimes de maltraitance. En dehors du certificat descriptif des lésions établi à la demande de la victime (ou de son représentant légal), deux certificats prévus par la loi sont obligatoires : certificat à la demande d'une autorité judiciaire sur réquisition et certificat de décès. Le certificat descriptif des lésions constitue l'élément principal de la preuve de la maltraitance.

La rédaction ne peut être faite que par un médecin inscrit au tableau de l'Ordre ayant examiné le patient.

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 notera 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.
- ▶ les faits allégués par le patient, 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 sont 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 : « *le patient déclare se plaindre de douleurs cervicales avec gêne aux mouvements ...* »
- ▶ les antécédents susceptibles d'aggraver les lésions et les éléments permettant d'apprécier une éventuelle vulnérabilité médico-légale (grossesse, infirmité, handicap, maladie, déficience physique ou psychique).
- ▶ les lésions constatées sont rapportées de manière descriptive (localisation, couleur, aspect, dimensions, forme) selon un standard médico-légal. Elles peuvent être photographiées ou schématisées.
- ▶ les constatations négatives : par exemple absence de lésion visible en regard d'une zone douloureuse.
- ▶ les éléments permettant d'apprécier le retentissement psychologique : prostration, pleurs, sentiment de culpabilité, agressivité ...
- ▶ les résultats des examens complémentaires
- ▶ les soins réalisés

- ▶ les conclusions, évaluées sous réserve de complications ultérieures, en précisant :

- La durée des soins prévue 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 toute lettre
- Le destinataire du certificat

- ▶ la signature et le cachet du médecin rédacteur.

EVALUATION DE L'INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

L'ITT correspond au laps de temps pendant lequel la victime ne peut accomplir seule les actes usuels de la vie courante (se laver, manger, s'habiller, se déplacer...). Elle tient compte des lésions constatées, de leur répercussion physique, d'un éventuel retentissement psychologique et du suivi ultérieur à prévoir.

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. En revanche, la nécessité de repos ou de rééducation ne peut être appréciée en urgence au moment de la rédaction du certificat.

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 du magistrat.

La durée de l'ITT, mentionnée dans le certificat médical initial, permet de décider de la compétence du tribunal qui juge et condamne le responsable des violences.

En cas de blessures volontaires (ce qui est le cas de la maltraitance) :

- si l'ITT est strictement supérieure à huit jours, les faits seront qualifiés de délit et relèveront de l'appréciation du tribunal correctionnel.
- si l'ITT est inférieure ou égale à huit jours, c'est le tribunal de police qui sera compétent et les faits seront qualifiés de contravention.

Le code pénal prévoit des circonstances aggravantes (dont certaines doivent être mentionnées dans le certificat médical : personne vulnérable, lésions compatibles avec l'usage d'une arme) qui correctionnalisent l'infraction quelle que soit la durée de l'ITT.

L'ITT est différente de l'arrêt de travail.
L'ITT s'applique à tous : nourrissons, enfants, personnes âgées...

2- Mort suspecte

Le certificat de décès doit obligatoirement mentionner un obstacle médico-légal dès qu'une maltraitance est suspectée.

Des éléments éveillent le doute sur une maltraitance :

- la discordance entre l'état ou les lésions constatées et les causes avancées par l'entourage
- un retard inexplicable 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

Pour les enfants, en l'absence de pathologie antérieure d'évolution potentiellement 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 les autorités judiciaires compétentes. 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 des ITT.

Les UMJ ou les services de médecine légale clinique lorsqu'ils existent constituent des services référents en matière de maltraitance.

Dans les cas complexes, le médecin urgentiste ne doit pas rester seul mais peut obtenir des conseils ou orienter le patient vers ces unités.

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, est 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 d'une fiche réflexe mentionnant les modalités de recours aux magistrats : Procureur ou son substitut joignable 24 H/24 H directement ou par l'intermédiaire de la police, de la gendarmerie, ou du Juge des enfants.

Le magistrat informé d'un cas de maltraitance suspectée pourra :

- poursuivre l'auteur des faits signalés au pénal
- ne choisir qu'une voie civile axée sur la protection de la victime mineure comme majeure en saisissant le Juge des enfants ou le Juge des tutelles
- ne rien faire dans la mesure où l'enquête judiciaire et /ou sociale n'apporte pas la preuve de faits pénalement qualifiés et ne détermine pas une situation de danger pour la victime.