

Conduite à tenir devant une victime de violences

Ophélie Rouville, Bernard Marc

Objectifs

- Évaluer les signes de gravité.
- Évaluer le traumatisme physique et psychique.
- Mettre en place les gestes de première urgence.
- Gérer le patient tant du point de vue médico-légal que sur le plan vital.

Signes

La classification médico-légale des lésions range celles-ci par ordre de gravité :

- **érythème** : rougeur congestive de la peau qui disparaît en quelques heures;
- **abrasion cutanée** : ablation de l'épiderme suite à un frottement et sans saignement;
- **contusion** : lésion tégumentaire produite par un choc brutal, avec une augmentation de volume des tissus lésés;
- **contracture musculaire** : contraction permanente douloureuse d'un muscle, consécutive à un effort prolongé et violent;
- **ecchymose** : lésion cutanée produisant des taches rouges de forme variable, en relation avec une extravasation sanguine dans les tissus hypodermiques;
- **hématome** : présence de sang collecté dans les tissus ou dans une cavité préexistante (ex. : paupière, espace extradural entre la dure-mère et la voûte crânienne);
- **lésions dues à des instruments coupants** :
 - **plaie franche** : solution de continuité des téguments causée par un instrument tranchant avec risque de lésions profondes vasculaires, tendineuses et nerveuses,
 - **plaie par instrument piquant** avec orifice d'entrée très petit, reproduisant la pointe de l'objet (pointe de couteau ou de ciseaux, etc.),



Attention : un trajet rectiligne peut occasionner des lésions profondes vasculonerveuses et des hémorragies internes (plaies cardiaques, pulmonaires, hépatiques, etc.) et doit être exploré chirurgicalement.

- **plaie contuse** : solution de continuité sans limites précises occasionnée par un instrument contondant sans arête vive;

- **fracture**, rupture traumatique de la continuité osseuse :
 - **fracture simple** sans déplacement avec fracture rectiligne due à un choc direct,
 - **fracture spiroïde** due à un mouvement de torsion,
 - **fracture avec déplacement** → soins particuliers, comme immobilisation en traction ou intervention de chirurgie orthopédique;



Dès son arrivée aux urgences, le patient avec fracture déplacée est considéré comme un patient à opérer.

Toute fracture ouverte nécessite des soins antiseptiques particuliers et la vérification de l'immunité antitétanique.

- **plaies par arme à feu** : différentes selon l'arme utilisée, le type de projectile (balle ou plomb, etc.), la distance de tir. Une lésion par arme à feu peut comporter un orifice d'entrée et un orifice de sortie, ou seulement un orifice d'entrée lorsque le projectile n'est pas ressorti. La taille de l'orifice d'entrée n'est pas liée à la gravité des lésions internes.

Prise en charge à l'arrivée du patient

Interrogatoire du patient

- Rechercher une perte de conscience, immédiate ou retardée (lésion encéphalique).
- Demander à la personne si elle ressent une paralysie sur une zone particulière (lésion médullaire ou des nerfs moteurs).
- Demander si un malaise est survenu après les faits ou avant d'arriver à l'hôpital (hypovolémie, choc vagal).
- Interroger sur une gêne respiratoire progressive (hémothorax ou pneumothorax).
- Demander si la personne est sous traitement anticoagulant ou présente des troubles de la coagulation.
- Questionner sur un risque infectieux particulier (morsure humaine ou animale, séropositivité de la victime pour une infection type hépatite ou VIH).
- Demander si une personne est à prévenir.

Premiers gestes

Évaluer les lésions et leurs répercussions sur l'état général de la victime. Il en découle des gestes de première urgence, l'indication d'une oxygénothérapie, de la mise en position adaptée, d'une immobilisation selon le cas.

Lors du temps de diagnostic et de soin, il y a surveillance et recherche des signes d'alarme :

- **pour la respiration** : gêne à l'inspiration et à l'expiration, rythme et amplitude anormaux, signes de lutte (tirage ou saturation d'oxygène en air ambiant inférieure à 90 %) ;

- **pour la circulation** : absence de pouls (radial, fémoral ou carotidien) et caractère filant ou imprenable, mauvaise qualité de la circulation périphérique (refroidissement des extrémités, voire marbrures ou pâleur anémique);
- **pour la conscience** : ouverture des yeux, réponse verbale et réponse motrice, éléments clés pour le score de Glasgow.

Prise en charge : bilans/traitements



Pour toute plaie saignante, le port de gants de la part des soignants est systématique pour se protéger des risques infectieux et pour des raisons médico-légales éventuelles (traces de poudre si plaies par arme à feu).

Bilans

- **Le bilan lésionnel** est particulièrement attentif. Chez une victime inconsciente ou blessée par arme à feu, l'examen est systématiquement effectué sur une personne entièrement dénudée. **Au mieux, pour le bilan lésionnel, une prise de photographies, en utilisant par exemple un smartphone, peut être réalisée simultanément aux premiers soins indispensables pour la victime. Les clichés pris devront être conservés et mentionnés sur l'observation des urgences. Ils font partie du dossier médical et sont protégés par le secret professionnel.**
- **Un bilan traumatique** complet s'impose pour mettre en route le traitement approprié et pour établir un bilan lésionnel correct. Si des bilans complémentaires sont nécessaires, il est indispensable de poser rapidement une voie veineuse périphérique.

Prise en charge des plaies

- **Les plaies craniocérébrales** sont particulièrement graves. Chez une victime consciente ou comateuse, le bilan initial comporte la recherche de :
 - l'état pupillaire;
 - un éventuel déficit;
 - une notion d'intervalle libre.
- **Les plaies abdominales** se compliquent de deux risques :
 - infection pour les viscères creux → surveillance de la température, des signes fébriles;
 - hémorragie pour les organes pleins → surveillance des constantes cardiocirculatoires (fréquence cardiaque, pression artérielle) répétée, pratique de l'*HemoCue* répétée pour rechercher un syndrome hémorragique et évaluer son importance.
- **Les lésions des membres** associent des complications nerveuses, osseuses, cutanées, des parties molles et vasculaires :
 - risques hémorragiques, ischémiques, œdémateux et infectieux;

- recherche des pouls périphériques (lésions vasculaires);
- recherche de déficit moteur ou sensitif (lésions nerveuses).
- **Les plaies thoraciques** peuvent occasionner plusieurs complications :
 - plaie soufflante → à colmater immédiatement par compresses fixées par bande élastique;
 - pneumothorax;
 - épanchement péricardique avec risque de tamponnade et d'arrêt cardiaque.
- **Les lésions maxillo-faciales** présentent :
 - des risques infectieux et hémorragiques dus à la riche vascularisation de la face;
 - des risques asphyxiques dus au sang, à la salive, aux fragments osseux et dentaires pouvant obstruer les voies respiratoires;
 - des lésions nerveuses en raison de la riche innervation faciale.
- **Les lésions du cou** présentent des risques principaux de trois ordres :
 - vasculaires en raison de la proximité des gros vaisseaux;
 - respiratoires en raison du passage des voies aériennes supérieures (VAS);
 - neurologiques si la moelle épinière est lésée.

Conseils pratiques

- La mesure des paramètres essentiels (pouls, pression artérielle, température, oxymétrie transcutanée) est systématique et doit être répétée régulièrement tout au long des soins ou des examens diagnostiques et notée sur les observations.
- La victime est également une victime souffrante. L'évaluation et le traitement de la douleur (voir [fiches 15](#) et [16](#)) font partie intégrante de la prise en charge de la victime de violences aux urgences.
- Le rôle infirmier est aussi un rôle de conseil pour les démarches à entreprendre, si la victime peut le faire elle-même, ou de relais par le biais du signalement, décidé après discussion avec les membres de l'équipe médicale et soignante au sein des urgences.
- Outre la surveillance des constantes vitales et l'évaluation des traitements institués (perfusions, antalgie, antibioprophylaxie), le rôle infirmier ne doit pas négliger l'empathie pour la victime.

Évaluation – Surveillance

Évaluation du soin ou du traitement administré

La bonne gestion du trauma, les mesures d'antisepsie et d'antibioprophylaxie, le traitement de la douleur en cas de lésions ouvertes sont des éléments primordiaux dans la prise en charge de toute victime de violences.

Prise en charge psychologique, sociale et juridique

- Évaluer la nécessité d'un entretien avec un psychologue ou un psychiatre. Le proposer, le cas échéant, devant un stress aigu post-traumatique immédiat.
- Informer la victime sur les organisations internes au centre hospitalier qui peuvent intervenir (fiches actions selon les victimes, unité médico-judiciaire, service social).
- Informer sur les associations de victimes sur la zone géographique du centre hospitalier. Elles ont maintenant une organisation nationale et départementale sous l'appellation France Victimes suivie du numéro de chaque département (ex. : France Victimes 60). Leur liste est disponible sur www.france-victimes.fr; la victime peut être conseillée par téléphone au 116 006 (numéro d'aide aux victimes) 7 jours sur 7 de 9 h à 19 h, il est également possible d'envoyer un mail à victimes@france-victimes.fr.

Ces associations assurent un suivi psychologique et juridique, en liaison avec d'autres associations qui peuvent assurer un hébergement d'urgence selon le cas pour les victimes.

Dispositions légales

La démarche infirmière est de veiller ensuite à ce que la victime, à l'issue des soins, dispose de tous les éléments nécessaires pour déposer plainte.

L'infirmier(e) doit renseigner la victime sur les formalités utiles pour déposer plainte ou faire signaler les violences, dans le respect des conditions légales. Le soignant doit être d'autant plus vigilant si la victime est vulnérable.

La gravité des violences est jugée en fonction de la durée d'incapacité totale (au sens pénal), qui n'est pas un arrêt de travail, mais qui juge de la gêne réelle et totale à faire les gestes de la vie courante comme se vêtir, faire sa toilette, s'habiller, se nourrir. Par exemple, si la durée d'ITT (au sens pénal) occasionnée par des violences est supérieure à huit jours sur le certificat établi, l'auteur des violences peut être jugé par un tribunal correctionnel et risque trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende.



Fiche 127 : « Maltraitance : dépistage et conduite à tenir aux urgences »

Fiche 129 : « Conduite à tenir devant une victime de violences conjugales »

Fiche 130 : « Conduite à tenir devant une victime adulte de violences sexuelles »

Fiche 131 : « Violences sexuelles chez l'enfant et l'adolescent de moins de 15 ans »