

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
CROIX ROUGE FRANÇAISE - ALENÇON



**DE L'ALCOOL Á LA VIOLENCE**

**CONJUGALE**

**UNE RELATION D'AIDE EN**

**SERVICE DES URGENCES**

**CHOTTARD THIERRY**

**PROMOTION 2005/2008**

Soutenance 1<sup>er</sup> octobre 2008

## Sommaire

Introduction.....	1
1 <sup>ère</sup> Partie.....	2
Phase descriptive.....	3
Mes questions :.....	4
La problématique :.....	5
II <sup>ème</sup> partie : Analyse et connaissances.....	5
A. La confrontation à l'alcool et à la violence conjugale.....	5
1 L'alcool : représentation de l'addiction.....	5
Le regard de la société, les facteurs, les manifestations.....	5
2 La violence - représentations de la violence conjugale.....	8
B. la prise en charge en urgence.....	9
Les acteurs, prioriser les soins, l'orientation.....	9
C. Relation d'aide :.....	10
1 Emotions et mécanismes de défense du soignant.....	11
2 Le savoir être (comment je suis face à la patiente).....	12
3 Le savoir faire (comment je me comporte).....	13
D. Le travail d'équipe en situation d'aide et de soins.....	15
Organisation du soin, l'échange, le soutien.....	15
Synthèse.....	16
Conclusion.....	17

## Introduction

J'ai choisi comme sujet le problème d'alcool au féminin et la violence conjugale dans un service des urgences.

Dans cette situation où j'étais acteur, je me suis trouvé confronté pour la première fois à la prise en charge d'une femme en détresse psychologique et physique.

Dès la première année d'étude, les formateurs m'ont sollicité et accompagné dans la perspective de mon travail de fin d'études. A chaque stage, je me suis interrogé sur des situations de terrain, qu'elles soient positives ou non. Je devais en outre avoir une position de futur professionnel infirmier. Je m'efforçais, dans ces situations, de faire abstraction de mes valeurs personnelles et prendre suffisamment de recul pour ne pas être dans le jugement. La prise en charge des patients, quelles que soient leurs origines culturelles ou leurs conditions sociales, reste mon leitmotiv. A l'époque, je n'avais pas étudié dans mon cursus de formation ni les conduites addictives ni la prise en charge de la violence conjugale, ce dernier problème n'étant d'ailleurs pas abordé à l'heure actuelle.

J'aborderai, dans ce travail de fin d'études, la représentation de l'addiction en lien avec les violences conjugales, cela en rapport avec ma situation vécue lors de mon stage en service des urgences. J'analyserai ensuite ma situation en abordant les différentes prises en charge et la relation d'aide et enfin le travail d'équipe.

## Situation de stage

### Infirmier stagiaire en 2<sup>ème</sup> année dans un service d'urgences le 25 Janvier 2007

Il s'agit d'une patiente arrivée pour addiction à l'alcool et victime de violences conjugales.

Cette femme de 35 ans a des antécédents pour les deux problèmes évoqués.

Elle est accompagnée par l'assistante sociale d'un secteur voisin de la ville et celle de l'Hôpital, qui m'expliquent sommairement la situation : Madame X, brutalisée par son concubin, est en attente de sevrage à l'hôpital de Y et le rendez-vous est pris. Afin de la protéger de son concubin, elle a été orientée vers un hôpital hors secteur.

Par la suite elle devra être hébergée dans une structure pour femmes ayant subi des violences physiques et psychologiques.

A son arrivée, je perçois une personne anxieuse et inquiète pour son avenir. Elle est agitée, semble alcoolisée, mais est en capacité de tenir des propos cohérents. Elle s'exprime en ces termes : « *Je ne veux pas retourner chez l'homme avec lequel je vis, il m'a dépouillée de mes biens* ».

Je lui dis : « *Pour le moment vous êtes en sécurité, vous ne risquez rien car votre compagnon ne sait pas que vous êtes ici* ».

Elle ne porte pas de traces d'ecchymoses apparentes ; seul un collant est déchiré. De taille moyenne, elle est mince, ses cheveux longs sont attachés et son visage est érythrosique.

Je l'accompagne dans une chambre au calme et je fais, en accord avec l'équipe, un recueil de données, après avoir averti le médecin urgentiste de la présence de cette personne.

Dans la prise de données, je lui demande de me faire part de son état-civil, lieu d'habitation et vie familiale. Elle m'indique qu'elle n'a pas d'enfant.

Concernant son addiction, je lui demande : « Combien de quantité avez-vous bu aujourd'hui et à quand remonte votre dernière prise ? ».

Elle me répond : « J'ai bu 3 bouteilles de rosé, la dernière il y a une heure »

Au fil de l'entretien, je sens un climat de confiance s'installer.

« Ah, vous êtes gentils ! », me dit-elle à plusieurs reprises. Je dois faire preuve d'empathie sans toutefois tomber dans la compassion, car elle a tendance à faire preuve de familiarité à mon égard.

Elle cherche à me poser des questions sur ma vie personnelle et familiale : « Vous êtes marié ? Avez-vous des enfants ? Où habitez-vous ? » Elle essaye ainsi d'entrer dans mon espace privé.

De façon cordiale, tout en réalisant des soins (électrocardiogramme, pose d'un cathéter avec prise de sang, ionogramme sanguin, NFS, VS, hématoците, glycémie, Gamma GT, transaminases, alcoolémie ainsi que la recherche de toxiques), je lui réponds : « Oui je suis marié et j'ai deux enfants ». Ensuite, je lui explique les soins que je vais lui prodiguer.

Elle me signifie : « J'espère que vous êtes doux et que vous n'allez pas me faire mal ».

Je lui réponds : « Vous allez ressentir une douleur lors de la piqure, mais si vous préférez que cela soit une autre personne qui la fasse, je peux faire appel à une autre infirmière ».

« Allez-y, de toute façon, il faut bien que cela soit quelqu'un, mais si j'ai mal je crie ». Sur prescription du médecin, j'effectue la pose de garde de veine avec un soluté de sérum glucosé 5% de 1,5 litre sur 24 heures pour l'hydrater et de valium afin de la sédater et de la vitamine B1, B6 pour éviter une encéphalopathie hépatique.

Comme cette patiente est déjà venue dans ce service, je demande aux archives de me faire parvenir son dossier.

Dès réception, je m'aperçois que cette femme a, sur le plan organique, une insuffisance hépatique. J'apprends avec surprise qu'elle est mère de 3 enfants placés en famille d'accueil et qu'elle a été victime d'inceste par son père.

A cet instant je me rends compte que la situation de Madame X va être difficile à gérer.

Je suis partagé entre l'idée d'assumer sa prise en charge et celle de la déléguer à une infirmière de l'équipe.

Comment vais-je aborder la situation ? Comment éviter au moment des échanges avec cette patiente que des problématiques surgissent et que je sois en difficulté pour maîtriser le contexte ? Comment contenir mes émotions et la soigner ?

Elle est nerveuse et logorrhéique. Malgré des nausées, elle veut fumer.

Je lui réponds : « Vous ne pouvez pas fumer dans l'établissement, mais je peux vous accompagner à l'extérieur ». Elle exprime un fort besoin de fumer et il m'est difficile de ne rien lui proposer.

Nous sortons donc en dehors du service. Elle est en possession de son téléphone portable car elle veut joindre son ami pour régler divers problèmes. Elle profère alors des invectives à l'encontre de celui-ci.

Madame X est dans un état d'excitation, et dit : « Je veux m'en aller d'ici ».

Je tente de la convaincre de l'intérêt pour elle de rester dans le service, qu'elle n'est pas en état de partir : « Vous avez besoin de repos et la situation la plus acceptable pour vous est de rester dans nos services où nous pourrions trouver ensemble une solution à vos problèmes ».

Elle ne contactera donc pas son ami mais passera, en ma présence, un appel téléphonique à sa mère pour que des vêtements lui soient apportés.

Au retour dans sa chambre, elle se réinstalle et je l'informe que je dois m'absenter pour lui trouver une place en service de médecine de l'établissement.

Elle me dit avoir des nausées. Je l'installe en position demi-assise et je mets à sa disposition un « haricot » ainsi que des mouchoirs jetables.

Je me rends alors dans le service de médecine pour demander l'entrée de cette patiente auprès du médecin. Il m'annonce son refus catégorique de la prendre en charge et me dit : « Cette patiente a généré des problèmes dans le service lors de son dernier passage. Son compagnon a vociféré et proféré des insultes à l'égard du personnel soignant. »

Un peu désemparé, j'en réfère à l'équipe et au médecin du service des urgences. Ce dernier me dit que l'on ne peut garder cette patiente plus de 24h. Il contacte donc le médecin du service de médecine qui finit par donner son accord mais sous condition :

Que son compagnon ne fasse pas irruption dans le service.

Que cette patiente respecte les règles du service et le personnel.

Je retourne voir la patiente et je lui explique la situation : « Nous allons vous transférer dans le service de médecine, mais vous ne devrez en aucun cas entrer en contact avec votre concubin.

Dans l'attente de votre séjour en cure, vous resterez dans le service où l'on pourra vous aider, à condition que vous adhérez au projet de soins. Vous pourrez voir l'assistante sociale qui vous suit et celle de l'hôpital dès demain.

Si vous le souhaitez, vous pouvez aussi avoir une consultation avec le psychologue pendant votre séjour en médecine.

Mais surtout, vous devrez respecter l'ensemble du personnel.

Etes-vous d'accord ?»

Madame X exprime de vive voix son consentement.

Je la sens apaisée malgré une alcoolisation qui rend la situation fragile.

A cet instant, je ne saurais dire si elle est en capacité d'adhérer au projet de soins jusqu'à son terme.

Ce jour, elle est donc transférée en médecine.

### **Mes questions :**

Plusieurs problèmes connus coexistent : l'alcool, la violence subie par son père dans le passé, et celle, aujourd'hui, de son conjoint, la séparation avec ses enfants, la dépendance tabagique.

- Faut-il prioriser les difficultés ?
- Est-ce que l'alcool génère la violence ou est-ce que la violence est la cause de l'alcoolisation ?
- Est-ce que d'autres souffrances personnelles amplifient son alcoolisation ?
- Quelles sont mes connaissances sur le sujet alcool et sur la violence ?

- La multiplication des intervenants n'est-elle pas non plus un frein pour une prise en charge efficace ?
- Ai-je bien posé les bonnes questions lors de l'entretien ?
- La nécessité du travail en équipe et ses limites face à cette situation ?
- Comment se situer en tant qu'infirmier à l'égard du patient ?

### **La problématique :**

Comment l'infirmier peut-il soigner et être aidant dans la relation à l'autre lorsqu'il est confronté au problème de l'alcool et à la violence conjugale dans un service des urgences ?

2<sup>ème</sup> Partie  
Analyse et connaissances

## **A. La confrontation à l'alcool et à la violence conjugale**

### **1 L'alcool et la représentation de l'addiction :**

#### **Le regard de la société.**

Aux yeux de la société, l'image de la personne alcoolique est dégradante. Mais elle semble encore plus déshonorante lorsqu'il s'agit d'une femme. L'alcoolisation des femmes a toujours été considérée comme dangereuse, d'un point de vue médical tout d'abord. C'est également l'avis des hommes qui craignent que l'alcool ne transforme leur femme devenue incapable d'apporter la sérénité et le réconfort dans le foyer. Quant à la vie familiale, le danger est réel. Elle est dangereuse par rapport aux enfants. La femme peut être jugée, par la société, plus responsable que l'homme, du fait de son rôle éducatif auprès de ses enfants. Elle se doit d'être une mère exemplaire et doit veiller à l'équilibre de la cellule familiale.

Or, aujourd'hui, selon l'émission de télévision « *Sortir de l'alcool* », diffusée le 21 septembre 2006 sur France 2, environ 600 000 femmes sont dépendantes de l'alcool en France. C'est-à-dire qu'une personne alcoolique sur trois est une femme et l'âge moyen relevé est de 36 ans.

Madame X, arrivée aux urgences, présentait toutes les caractéristiques d'une femme dépendante (faciès congestionné et couperosé, conjonctives injectées et sub-ictériques, haleine d'odeur alcoolisée, tremblements des doigts, attitude excito-

motrice, nausées, vomissements et langage logorrhéique) et d'un alcoolisme secondaire, c'est-à-dire lié à des problèmes psychologiques et environnementaux. Elle n'était plus en capacité de s'occuper de ses enfants qui étaient confiés, sur décision judiciaire, au service de l'Aide sociale à l'enfance et placés en famille d'accueil. En tant que professionnel, je devais examiner la situation sans être dans le jugement de valeurs. La seule attitude pour moi était de me mettre dans un positionnement empathique. Je devais éviter de majorer ses angoisses, car elle pouvait changer de comportement et ne plus accepter le soin. Son alcoolisme n'était pas le fait du hasard.

Plusieurs éléments sont à l'origine de sa dépendance.

### **Les facteurs.**

On remarque souvent un élément déclencheur à la prise d'alcool. Celui-ci correspond bien souvent à des blessures de la vie qui n'ont pas été surmontées. On parle alors de perturbations psychoaffectives. Un mariage ou un deuil mal accepté, un licenciement, une homosexualité non avouée peuvent pousser à se réfugier dans l'alcool. Ces perturbations peuvent être liées à d'autres traumatismes très fréquents chez les femmes : des abus sexuels durant l'enfance ou des actes incestueux, par exemple. Madame X a été victime d'inceste pendant son enfance ; de plus, elle a dû endurer des séparations avec des conjoints et la séparation d'avec ses enfants. Ces événements traumatiques sont des facteurs déterminants de Madame X, qui au fil des années se sont multipliés et amplifiés.

Ces situations sont repérables une fois sur deux. L'événement traumatique prend tout son sens dans l'interprétation de la personne à le supporter et par son impact sur sa vie relationnelle ultérieure.

Les difficultés qui ont joué un rôle déterminant dans l'alcoolisation des femmes, sont souvent liées à leurs relations familiales : leur famille (parents, frères, sœurs...), le conjoint ou la belle famille. Le fait d'avoir des parents alcooliques peut servir de modèle.

Dans son ouvrage *L'Alcoolique, les proches, le soignant*, Henri Gomez<sup>1</sup>, médecin gastroentérologue et alcoologue, membre de la Société Française d'Alcoologie, écrit :

*« Les filles de père alcoolique épousent souvent des alcooliques, parfois même avant qu'ils ne le deviennent ».*

Le docteur Claude Uehlinger<sup>2</sup>, psychiatre et responsable de l'Unité de Traitement des Addictions de Fribourg, explique que *« l'alcoolisme d'un conjoint a de fortes chances d'induire celui de son partenaire. C'est souvent l'homme qui consomme abusivement. Sa compagne est alors tentée de boire plus qu'elle n'en a l'habitude. Comme elle possède une résistance moindre à l'alcool, elle risque d'être entraînée rapidement dans la dépendance ».*

Après avoir étudié les différents facteurs permettant de mieux comprendre pourquoi une femme se réfugie dans l'alcool, il est important d'étudier l'impact que cette substance, peut lui apporter concrètement ainsi que les manifestations provoquées par cette drogue.

---

<sup>1</sup> Henri Gomez, *L'Alcoolique, les proches, le soignant*, éd. Dunot, 2003

<sup>2</sup> Claude Uehlinger, Maryse Tschui, *Quand l'autre boit*, essai, éd. Anne Carrière, p. 114, 2006

## Les manifestations.

La personne recherche l'euphorie, la levée de l'inhibition. La prise d'alcool libère sa parole et ses certitudes ; elle accroît sa confiance et lui donne l'illusion d'une relation partagée. C'est en effet la levée de l'inhibition, la recherche de la confiance et une communication facile qui sont recherchées. L'alcool est une substance euphorisante, permise et banalisée. Il est associé à ce que recherchent souvent les personnes, à savoir le courage, la fête, la libération de la parole et des sens, la créativité.

La femme timide se désinhibe, la femme silencieuse ose prendre la parole. Elle n'hésite pas à y recourir de plus en plus, souvent pour se faire du bien ou pour se sentir mieux. Elle glisse du plaisir au besoin.

La fuite devant les responsabilités et la réalité est souvent présente chez les femmes alcooliques. L'alcool marque très tôt l'envie d'un retrait du réel. Ces personnes ont une très faible estime pour elles-mêmes, renforcée la plupart du temps par un mari ou des parents qui leur reprochent de tout rater. Elles sont toujours perdantes, puisqu'elles dévalorisent leurs succès en les attribuant à des facteurs extérieurs. Par contre, elles se reprochent leurs échecs qu'elles perçoivent comme le fruit de leurs faiblesses.

Pour se donner du courage et de l'assurance, la personne s'alcoolise pour être efficace dans une tâche à accomplir. Elle pense pouvoir mieux affronter son environnement grâce à un verre d'alcool. Laure Charpentier<sup>3</sup> explique que « *le verre d'alcool symbolise une compensation, la drogue permise, l'ami, l'adjuvant indispensable à toute activité* » (...)

« *L'alcoolique recherche en premier lieu l'oubli, la fuite en douce, à l'aide d'une drogue elle-même qualifiée de douce* <sup>4</sup> »

Elle oublie tout, même le fait qu'elle est un être humain, doté de dignité et responsable de ses actes. Elle oublie les dates, les heures, les rendez-vous qu'on lui a fixés, le cours réel du temps. Les femmes recherchent, également l'oubli, dans le sommeil.

L'alcool a un pouvoir anesthésiant. Il permet de supporter les violences conjugales et ainsi de s'évader et de ne plus sentir les coups d'un partenaire violent. En effet Madame X s'alcoolisait régulièrement, parfois massivement, comme le jour de son arrivée aux urgences. Cela lui permettait de ne plus ressentir la violence de son compagnon. Elle en oubliait le cours de la réalité. Son alcoolisation avait une double conséquence, son hospitalisation et la révélation de ses problèmes de violences conjugales.

## 2 La violence.

Représentations de la violence conjugale,

### Définition :

La violence conjugale est considérée comme un processus au cours duquel, dans le cadre d'une relation de couple (mariage, concubinage, pacte civil de

<sup>3</sup> Laure Charpentier, *Toute honte bue, l'alcoolisme au féminin*, éd. Granger, p. 29, mars 2006

<sup>4</sup> Laure Charpentier, *op.cit.*, p. 55

solidarité) un partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents et destructeurs.

Les femmes sont les principales victimes de ces violences. Elles sont atteintes soit dans leur intégrité physique, psychologique, économique soit les trois à la fois.

#### Le cycle des violences :

Le cycle commence par des périodes de crises où l'agresseur agit de façon souvent progressive. Le début est caractérisé par des dénigrement, des insultes, des accès de jalousie, jusqu'à déboucher à la première gifle. Il s'ensuit une escalade de la violence. Elle est entrecoupée de périodes de rémission où le conjoint fait endosser la responsabilité de son comportement à la victime. Il se justifie en lui signifiant que c'est elle qui a provoqué ces événements. Elle se raccroche alors à l'espoir qu'il ne sera plus violent.

Il n'existe pas de portrait-type de femmes victimes de violences et cela quel que soit le milieu social.

Leur souhait de changer la situation ou de modifier le comportement de l'homme leur paraît insurmontable. Plusieurs raisons sont à l'origine de ces difficultés :

- Le sentiment de culpabilité
- L'unité familiale à préserver
- L'état physique et psychologique
- Les menaces et la peur
- La méconnaissance des droits
- Les pressions extérieures
- La peur de l'isolement social
- La perte de ressources

Toutes ces raisons font hésiter les femmes à changer de vie car elles se sentent impuissantes.

Par ailleurs, il arrive que dans un climat de violence, les femmes s'alcoolisent. Elles ont alors une image dégradante d'elles-mêmes au point de trouver légitimes les mauvais traitements subis.

En France, selon ENVEFF<sup>5</sup>, une femme meurt tous les trois jours des suites de violences conjugales (étude réalisée en 2004).

La loi du 1<sup>er</sup> mars 1994 du Code pénal mentionne que la qualité de conjoint ou concubin de la victime constitue une circonstance aggravante des atteintes à l'intégrité de la personne, même si les violences n'ont pas entraîné une interruption temporaire de travail. Ces faits constituent un délit et sont donc passibles du tribunal correctionnel.

Madame X, malgré l'accompagnement de travailleurs sociaux visant à la mettre en sécurité dans le service des urgences, ne se sentait pas rassurée. Elle essayait par l'intermédiaire de son téléphone portable de contacter son compagnon. Cette décision lui appartenait et je ne pouvais pas m'y interposer fermement. Je ne pouvais que l'encourager ou l'inciter à ne pas le contacter. Le seul point où je restais contraignant était l'interdiction du téléphone mobile dans le service. Elle était sous l'emprise de son ami et dépendante puisqu'elle vivait chez lui. Son état d'alcoolisation ne lui permettait pas non plus d'avoir un jugement objectif par rapport à sa situation. Les mesures prises pour sa mise en sécurité ne la rassuraient que partiellement. En effet, elle se coupait du lien familial avec son compagnon et se

---

<sup>5</sup> ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France)

retrouvait, de fait, isolée socialement. Elle avait aussi l'impression qu'elle ne pourrait pas se dégager de la dépendance de ce dernier.

Eu égard à ce contexte, j'aborderai maintenant comment l'équipe soignante prend en charge cette problématique, en précisant le rôle de chacun des intervenants dans un service des urgences.

B.

la prise en charge en

urgence

### **Les acteurs.**

Dans ce service, plusieurs professionnels médico-sociaux interviennent. A son arrivée, j'ai pris en charge cette patiente sur la proposition d'une infirmière du service. Ensuite, après avoir pris les informations nécessaires auprès des assistantes sociales, j'ai informé un des médecins urgentistes de la présence de cette patiente. Ce jour-là, la secrétaire chargée de l'accueil des patients était absente. En effet, dans ce service, elle n'intervient que deux fois par semaine. Une infirmière m'a relayé pour la prise en charge administrative. Cela m'a permis d'installer la patiente dans une chambre au calme et de la rassurer. Ensuite, le médecin l'a auscultée, l'a interrogée sur le processus de son alcoolisation et l'a informée des risques qu'elle courait sur le plan physique.

### **Prioriser les soins.**

Lorsque l'on accueille une personne sous l'emprise d'un état alcoolique aux urgences, la priorité est de la sécuriser, à la fois psychologiquement et physiquement.

Sur le plan psychologique, la priorité était pour Madame X, de la rassurer et de ne pas majorer son anxiété. La mise au calme dans une chambre à l'écart des allées et venues était nécessaire. De même, laisser la lumière allumée et les stores baissés lui permettait de rester calme. Ma présence constante était un des facteurs importants durant la première demi-heure. Il n'y avait pas de protocole spécifique de prise en charge pour ce type de patiente.

Sur le plan physique la prescription d'une sédation pour diminuer les effets psychoactifs de l'alcool et d'un soluté de G 5% pour l'hydrater et éviter un risque d'hypoglycémie étaient délivrés par le médecin. En revanche, il n'était pas pratiqué dès son installation dans la chambre, l'échelle de Cushman<sup>6</sup>. J'ai pris ses constantes et dépisté les signes d'alcoolisation, sans toutefois pouvoir les coter.

### **L'orientation.**

Aux urgences, service spécifique de la première réponse, il s'agit de traiter les patients à leur arrivée dans une période de crise paroxystique puis de les muter dans un service correspondant à leur pathologie. En ce qui concerne Madame X, je me

---

<sup>6</sup> Echelle permettant d'évaluer les signes d'alcoolisation et les risques de délirium tremens ; voire en annexe

suis renseigné auprès du service de médecine générale de l'établissement afin de savoir si un lit était disponible. Comme je l'ai évoqué auparavant, j'ai rencontré des difficultés à la faire admettre dans ce service. J'ai informé cette patiente de sa réorientation vers le service de médecine ainsi que du déroulement de sa prise en charge. Je lui ai indiqué également qu'elle pourrait consulter des professionnels de santé : le service d'unité d'alcoologie de secteur, le psychologue du service, l'infirmière de psychiatrie de liaison et l'assistante sociale.

## C. La Relation d'aide

Définition<sup>7</sup> :

Selon Carl Rogers<sup>8</sup>, « *la relation d'aide consiste simplement à écouter l'autre dans sa souffrance. Cette écoute permet d'entendre les sentiments de l'autre et leur résonnance sur soi. La relation d'aide est une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au client d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rende capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation. Cette hypothèse a un corollaire naturel : toutes les techniques utilisées doivent avoir pour but de développer cette relation libre et permissive, cette compréhension de soi dans l'entretien d'aide, et cette orientation vers la libre initiative de l'action*<sup>9</sup>.

*Pour pouvoir parler de relation d'aide, il faut aussi que le soignant se place dans l'écoute de la réponse, dans une disponibilité à l'autre et à ses expressions. S'inscrire dans une relation d'aide est l'unique manière de prendre soin efficacement du patient, c'est-à-dire de l'aider à se sentir mieux. »*

Il s'agit avant tout de prendre soin plus que de soigner et d'accompagner plutôt que de guérir. Cela peut être aussi considéré comme la reconnaissance d'une forme d'altérité dans la prise en charge de Madame X.

Altérité : L'altérité est un concept signifiant la reconnaissance de l'autre dans sa différence. L'altérité est un témoignage de compréhension de la particularité de chacun, hors normalisation, individuellement ou en groupe.

### 1- Emotions et mécanismes de défense.

Il peut paraître difficile de gérer ses émotions en tant que soignant dans des situations inédites telles qu'elles sont décrites dans ma situation. En effet, ma difficulté était d'arriver à prendre suffisamment de recul pour pouvoir appréhender les problèmes de Madame X. Il me fallait ne rien laisser transparaître au regard de cette patiente.

Pendant l'entretien, je devais faire abstraction de toute velléité affective. Il était donc essentiel de ne pas avoir d'a priori, de jugements de valeurs ou faire preuve de curiosité autre que professionnelle, mais au contraire avoir un sincère intérêt pour cette patiente, être bienveillant et faire preuve de neutralité.

<sup>7</sup> Antoine Bioy, Françoise Bourgeois, et Isabelle Nègre, *Communication ; soignant soigné ; repères et pratiques ; IFSI formations paramédicales*, éd. Bréal

<sup>8</sup> Carl Rogers, Psychologue et psychanalyste américain (1902-1987)

<sup>9</sup> *Revue Recherche en soins infirmiers N° 84 – mars 2006*

### Jugements de valeurs :

Ils expriment les sentiments, les goûts et les préférences de l'individu qui les énonce. En ce qui les concerne, il ne peut être question de vérité ou de fausseté. Ils sont ultimes et ne sont soumis à aucune preuve.

Qu'en était-il réellement ? J'éprouvais de réelles difficultés à communiquer avec elle. A chaque intervention verbale de ma part, je me demandais comment elle allait réagir. Cet entretien était entrecoupé de moments de silence. Je craignais de m'exposer et donc ne pas savoir mener à bien cet entretien. J'ai donc utilisé des mécanismes de défense, surtout lorsque la patiente me posait des questions sur ma vie personnelle.

Les mécanismes de défense selon M Rusniewski <sup>10</sup> :

*Toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui, engendre en chacun de nous des mécanismes psychiques qui s'installant à notre insu, revêtent une fonction adaptative et nous préservent d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse. Ces mécanismes de défense, fréquents, automatiques et inconscients, ont pour but de réduire les tensions et l'angoisse et s'exacerbent dans les situations de crise et d'appréhension extrême.*

### Le mensonge

Il s'agit du mécanisme le plus radical et le plus dommageable. C'est dire qu'il s'agit parfois d'employer des termes inappropriés pour le patient, sachant qu'il ne les comprendra pas.

Le problème est que cette réaction coupe tout dialogue autour de la maladie et rompt la relation de confiance.

### La banalisation

Il consiste en une forme de reconnaissance de la vérité tout en occultant la souffrance psychique du patient. C'est en quelque sorte prendre en charge la maladie avant le malade. Il permet ainsi une prise de distance en maintenant l'action sur un domaine concret, connu et maîtrisé. Exemple : le patient qui sonne « sans raison » puisqu'il n'a ni mal ni faim ni soif.

### L'esquive

Sans banaliser ni mentir, on peut parfois rester « hors sujet » pour éluder l'angoisse contenue dans les perches tendues par le malade.

### La fausse réassurance.

<sup>10</sup> M. Ruszniewski, *Face à la maladie grave, patients, famille, soignants*, Dunod, 1999, p. 32

Ce mécanisme consiste à optimiser les résultats et entretenir chez le malade un espoir artificiel alors que le malade n'y croit plus.

### La rationalisation

Ce mécanisme permet ainsi de donner toute la vérité, toutes les informations mais dans la langue du médecin... Cela lui permet souvent d'éviter ainsi de s'engager sur le versant émotionnel. Mais il ne permet pas au patient ni de comprendre, ni d'intégrer les informations reçues. Cela peut provoquer de l'angoisse sans fournir les outils pour mieux l'affronter.

### L'évitement.

C'est la fuite du patient (ne plus entrer dans la chambre) ou de la conversation avec lui (entrer, regarder le dossier, parler aux infirmières en ce qui concerne le médecin ; parler au dessus du lit à la collègue, distribuer les médicaments sans un regard pour le soigné)... C'est la fuite de la dimension relationnelle...

J'étais à la fois dans une position d'esquive et d'évitement, je savais l'importance de sa situation, après avoir pris connaissance, à l'appui de son dossier médical et des informations données par les professionnels du service social qu'elle souffrait d'une insuffisance hépatique et qu'elle était dans une grande précarité psychosociale.

## **2 Le savoir-être (comment je suis face à la patiente).**

Il n'y a pas de relation d'autorité, mais il s'agit d'un lien entre deux personnes qui se respectent. C'est donc être attentif et accepter de se faire candide (simplicité, sincérité, franchise et sans défiance).

Je devais faire preuve d'empathie à son égard pour établir une relation de confiance et la rassurer.

L'empathie : Selon Carl Rogers, l'empathie consiste à saisir, avec autant d'exactitude que possible, les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si l'on était cette autre personne.

La résilience est un nouveau concept apparu dernièrement.

*La résilience<sup>11</sup> a ses origines dans la théorie du développement psychologique et humain. Ce mot décrit en général la capacité de l'individu à faire face à une difficulté ou à un stress importants, de façon non seulement efficace, mais susceptible d'engendrer une meilleure capacité de réagir plus tard à une difficulté. Diverses études ont examiné la résilience au sein de groupes exposés à la guerre, à la pauvreté et à la maladie chronique. Ces études et d'autres recherches ont permis de cerner les caractéristiques des personnes qu'on dit « résilientes ». Selon certains, la résilience se compose d'un équilibre entre, d'une part, le stress et les difficultés et, d'autre part, la capacité de faire face à la situation et la disponibilité d'un soutien.*

<sup>11</sup> [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/pubs/risque/chap1-2\\_f.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/pubs/risque/chap1-2_f.htm)

*Lorsque les sources de stress excèdent les facteurs de protection de l'individu, même les personnes qui ont fait preuve de résilience antérieurement peuvent être dépassées (Mangham et Coll, 1995).*

### 3 Le savoir-faire (comment je me comporte).

La façon de se comporter ou de se tenir face à une personne en souffrance est primordiale dans la prise en charge soignante.

Le savoir-faire c'est aussi connaître la démarche qui va permettre d'aider la patiente à évoluer de façon positive afin qu'elle puisse, dans un premier temps, se projeter dans un avenir proche.

Il fallait aussi poser des questions en adéquation avec les événements. J'étais insatisfait de ma prise en charge et j'avoue que, connaissant maintenant des éléments sur la prise en charge d'une patiente alcoolique et maltraitée par son conjoint, je m'y prendrais d'une autre façon.

L'ANAES<sup>12</sup>, a mis en place des orientations diagnostiques de prises en charge de l'intoxication éthylique aiguë des patients admis aux urgences.

Sans ressembler à un interrogatoire, voire à une liste exhaustive de questions, cette démarche semble un outil intéressant. Elle permet aussi de connaître l'état de dépendance.

Voici, quelques exemples de questions.

Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation vous a-t-elle empêché de faire face à ce qui était normalement attendu de vous ?

Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

Combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ? Vous a-t-il suggéré de la réduire ?

Il s'agira de reformuler les questions en fonction de ce que le patient a compris ou non.

---

<sup>12</sup> ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé)

De même, si je faisais remarquer précédemment qu'il y avait peu d'informations sur la violence conjugale et sur l'accueil aux urgences, il existe dans le décret de compétences des infirmiers du 29 juillet 2004 du code de la santé publique, un article traitant de la maltraitance en général.

#### Article R4311-5 :

*Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques, à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :*

- *Dépistage et évaluation des risques de maltraitances.*

*Afin de ne pas banaliser les violences, il est essentiel d'être à l'écoute et ne pas sous-estimer les faits. En effet, il se peut qu'il n'y ait aucun signe physique apparent. Cependant prendre le temps nécessaire pour écouter une personne en souffrance ne doit pas être considéré comme secondaire voire inutile.*

Lors de l'entretien avec Madame X, je lui ai indiqué qu'elle était en sécurité et qu'elle pouvait s'exprimer sans crainte, que la confidentialité de cet entretien resterait maintenue au sein de l'équipe de soins et ne sortirait pas de l'établissement car nous sommes soumis au secret professionnel.

J'ai dû négocier avec cette patiente pour la suite de cette prise en charge afin qu'elle accepte d'effectuer un séjour en médecine.

Partager en équipe les observations faites et les suspicions sur une éventuelle situation de maltraitance, m'amène à évoquer le travail en équipe dans une situation de soins.

## D. Le travail d'équipe en situation d'aide et de soins.

### Organisation du soin.

*« Organiser un soin, c'est planifier en équipe les modalités de surveillance pour confirmer ou infirmer la maltraitance sous-jacente en cas de suspicion difficilement étayée<sup>13</sup> ».*

Au service des urgences, il n'y a pas de planification comme on peut l'entendre dans des services de court ou moyen séjour. Dans le service où j'effectuais mon stage, il n'y avait pas d'infirmier d'accueil ou de référent par patient. Les patients étaient pris en charge au fur et à mesure de leur arrivée et accompagnaient jusqu'à leur sortie du service.

Le travail en équipe, c'est aussi planifier la sortie en travaillant conjointement avec tous les partenaires. Pour Madame X, nous devons trouver une solution à court terme, c'est-à-dire lui permettre de recouvrer physiquement l'équilibre ; dans un

<sup>13</sup> Hallouët Pascal et Eggers Jérôme, *Fiches de soins infirmiers*, éditions Masson ; p. 100

deuxième temps, l'accompagner vers le service de médecine et s'assurer qu'elle adhère aux soins prévus.

### **L'échange et le soutien.**

Il fallait aussi s'entretenir avec l'équipe de médecine et donner toutes les informations nécessaires à sa prise en charge. Il était important de rester attentif aux visites qui auraient pu annihiler toutes les démarches entreprises.

L'échange des informations entre les différents acteurs rend possible une meilleure prise en charge soignante. Cette démarche est donc incontournable et elle doit s'inscrire dans un processus qui permet au patient de se projeter dans l'avenir. Au-delà des transmissions lors du relais de la prise de service, les informations nécessaires à la continuité des soins sont exposées. Toute interrogation concernant le patient doit faire l'objet d'échanges de point de vue entre les différents soignants. Cela a pour effet de ne pas s'enfermer dans une démarche singulière et donc de partager une expérience en vue d'améliorer la prise en charge. Cette expérience partagée peut permettre d'envisager, à l'avenir, de conceptualiser l'accompagnement de ce type de patiente.

Je conçois que, dans un service comme celui des urgences, les soignants parent souvent au plus pressé. Il faut traiter les crises paroxystiques et prévoir l'orientation des patients. L'affluence des malades joue un rôle déterminant dans la qualité de prise en charge. Il arrive souvent que des patients, par manque de places, se retrouvent sur un brancard dans un couloir en attendant qu'une place se libère. Cette situation peut nuire au bon déroulement des soins. Ces conditions d'accueil deshumanisantes est un frein à un échange efficient entre l'équipe soignante et peut conduire à un comportement empirique de la prise en charge soignante.

## Synthèse

Je reviens maintenant à ma question centrale : comment l'infirmier peut-il soigner et être aidant dans la relation à l'autre lorsqu'il est confronté au problème d'alcool et à la violence conjugale dans un service des urgences ?

Dans un premier temps, j'ai décidé de traiter le sujet de la prise en charge de l'alcoolisation puis celui de la violence conjugale.

Pour réaliser ce travail, je suis allé à la rencontre de professionnels de santé. J'ai rencontré tout d'abord deux infirmières d'une unité d'alcoologie de liaison. Je leur ai fait part de la situation concernant Madame X et mon questionnement relatif à cette problématique.

Elles m'ont permis de cibler et d'orienter mon travail. Je ne pouvais pas dissocier la problématique alcool de la violence conjugale. Les deux éléments étaient en effet fortement liés l'un à l'autre.

J'ai par la suite, avec une équipe du CIDF<sup>14</sup>, assisté à une journée de formation qui se terminait par le visionnement du film « *Ne dis rien*<sup>15</sup> » suivi d'un débat avec les différents protagonistes. J'ai lu divers ouvrages qui m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur le sujet.

J'ai donc dû définir ce qu'était la représentation de l'addiction et de la violence conjugale.

La prise en charge n'est pas de donner des conseils à une patiente, car ils ont des vertus infantilisantes, mais de se mettre à la disposition de la personne. La relation d'aide est conditionnée par la qualité d'écoute de l'infirmier en facilitant l'expression libre du soigné. Les conditions essentielles de l'entretien reposent sur des questions ouvertes, la reformulation, la clarification, la focalisation, les silences, le reflet, l'accompagnement pour une meilleure prise de décisions.

C'est aussi permettre au patient d'être justement reconnu dans sa souffrance. Le soignant lui-même doit être capable de contrôler ses réactions émotionnelles pour ne pas dévier de sa mission. La connaissance de la pratique professionnelle et du cadre législatif sont des moyens qui lui permettent de maîtriser ses émotions. Je me suis donc appuyé sur les textes législatifs en vigueur, (le Code pénal ainsi que le Code de la santé publique) pour argumenter mon travail écrit. Travailler en équipe, c'est mettre en cohérence ses actions soignantes. Cela ne doit pas s'arrêter aux transmissions ciblées, mais repose aussi sur des notions de partages, d'interactions, de travail de groupe et d'interdisciplinarité.

## Conclusion

J'ai éprouvé beaucoup d'intérêt à réaliser ce travail de fin d'études, menant une réflexion continue pour mieux appréhender cette problématique.

Ce cheminement m'a amené à repérer les différents facteurs qui gravitent autour de l'alcoolisme. Puis, au regard de l'expérience de Madame X, j'ai compris l'importance de prendre en compte les interférences existantes entre les problèmes de l'alcool et de la violence conjugale, les deux phénomènes pouvant interagir.

Lors de mon stage, en troisième année, dans un service des entrées en psychiatrie, j'ai pu mettre à profit cette expérience.

En effet, devant des situations analogues à celle de mon travail de fin d'études, j'ai mené, grâce à cette réflexion préalable, avec beaucoup plus d'aisance des entretiens infirmiers encadrés par des infirmiers diplômés d'état. Cela m'a permis d'évoluer dans ma pratique de futur professionnel.

Au-delà du sujet abordé, il me paraît important de souligner l'intérêt pour un étudiant d'intervenir dans un service des urgences. Si la réactivité et la capacité d'adaptation sont des atouts indispensables au métier d'infirmier, cela est d'autant plus vrai dans ce service, confronté à toutes formes de pathologies et de situations, plus différentes, les unes que les autres.

<sup>14</sup> Centre d'Information aux Droits des Femmes

<sup>15</sup> *Ne dis rien*, film espagnol de Victor Molero, Studio Canal +, 2001

Ce que je retiens, c'est que le rapport soignant soigné n'est jamais figé. Je pense que pour accompagner des patients dans une relation d'aide, l'infirmier doit toujours faire preuve d'adaptation tout au long de son parcours professionnel.

La remise en cause mais aussi la formation continue sont autant d'éléments pour s'enquérir des nouvelles avancées aussi bien techniques que relationnelles.

Citation de Walter HESBEENS

*« La maladie, quelle qu'elle soit, ne sera pas vécue de la même façon par chacun car elle s'inscrit dans une situation de vie unique animée par un désir de vivre, lui aussi unique. C'est que la maladie a beau être objectivée dans le corps que l'on a ; elle ne touche en fin de compte, que le corps que l'on est<sup>16</sup>».*

## ANNEXES

---

<sup>16</sup> W. Hesbeen, *Prendre soin à l'hôpital*, interéd. Masson, 1997, p. 24

## **Echelle de CUSHMAN**

Points	0	1	2	3
Fréquence cardiaque	< 80	81 à 100	101 à 120	> 120
Pression artérielle systolique	< 125	126 - 135	136 - 145	> 145
18 à 30 ans	< 135	136 - 145	146 - 155	> 155
31 à 50 ans	< 145	146 - 155	156 - 165	> 165
> 50 ans				
Fréquence respiratoire	< 16	16 à 25	26 à 35	> 35
Tremblements	0	Main	Membre supérieur	Généralisés
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Généralisée et contrôlable	Généralisée et incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Phonophobie Photophobie Prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées

Score < 7 : état clinique contrôlé

Score 7 à 14 : sevrage modéré

Score > 14 : sevrage sévère

Alcool : Sevrage

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Ouvrages**

- CHARPENTIER Laure – Toute honte bue, L'alcoolisme au féminin, Saint-Amand-Montrond : Grancher, 2006 – 165 p.
- Dr UEHLINGER Marlyse Tschui – Quand l'autre boit, Guide de survie pour les proches des personnes alcooliques, Paris : Anne Carrière, 2006 – 196 p.
- GOMEZ Henri – L'alcoolique, les proches, le soignant, Pour une autre pratique de l'alcoologie, Paris : Dunod, 2003 – 174 p. – (Psychothérapies).
- BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise, et NEGRE Isabelle  
Communication - soignant soigné - repères et pratiques - IFSI  
formations paramédicales - éditions Bréal
- COULLOMBIER Yves – Manuel de l'alcoologie sociale ou « les aventures d'Hercule... » Préface de Françoise CLAUSSE et Martin HIRSCH – Chronique Sociale
- M. RUSZNIEWSKI - face à la maladie grave - patients, famille, soignants – Dunod - 1999
- HALLOUET Pascal et EGGERS Jérôme - Fiches de soins infirmiers ed, Masson.

## **REVUE**

- Revue Recherche en soins infirmiers N° 84 – mars 2006

## **SITES INTERNET CONSULTÉS :**

- Association nationale de prévention de l'alcoolisme :  
[www.anpaa.asso.fr](http://www.anpaa.asso.fr)

- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie : [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)
- [www.alcoolinfo.com](http://www.alcoolinfo.com)
- La croix bleue : [www.croixbleue.fr](http://www.croixbleue.fr)
- <http://.infofemmes.com>
- [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/pubs/risque/chap1-2\\_f.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/pubs/risque/chap1-2_f.htm)

### **FILM**

- Ne dis rien - film espagnol de Victor MOLERO - studio Canal+ Espagne - 2001

Soutenance effectuée le 1<sup>er</sup> octobre à 10h00

IFSI d'Alençon