

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. PROBLEMATIQUE PRATIQUE	3
2.1. Constat de terrain	3
2.1.1. Définitions.....	3
2.1.2. Epidémiologie.....	4
2.1.3. Les conséquences sur la santé des femmes.....	5
2.1.3.1. En traumatologie.....	5
2.1.3.2. Les pathologies chroniques.....	6
2.1.3.3. En gynécologie.....	6
2.1.3.4. En obstétrique.....	6
2.1.3.5. En psychiatrie.....	7
2.1.3.6. La mortalité.....	8
2.1.4. Législation et professionnels de santé.....	8
2.2. Conclusion de la problématique pratique	12
3. PROBLEMATIQUE THEORIQUE	12
3.1. Le soin	12
3.1.1. Définitions.....	12
3.1.2. Le soin-relation.....	14
3.1.3. Le soin-conseil.....	15
3.2. La relation d'aide	16
3.2.1. Définitions.....	16
3.2.2. Instaurer la relation d'aide.....	17
3.2.3. Ecouter et entendre.....	18
3.2.4. L'entretien.....	19
3.3. Conclusion de la problématique théorique	20
4. HYPOTHESE	21
5. CONCLUSION GENERALE	22
6. BIBLIOGRAPHIE	24

1. INTRODUCTION

Lors des divers stages hospitaliers effectués au cours de ma formation, j'ai pu participer aux soins et à l'accompagnement d'un grand nombre de personnes, appréciant ainsi la diversité des problèmes qu'elles pouvaient rencontrer.

Une catégorie de patientes a particulièrement retenu mon attention : les femmes victimes de violences conjugales.

Au sein des différentes équipes, j'ai été amenée à soigner quelques femmes se trouvant dans cette situation. Chaque fois, les mêmes problèmes se sont posés : difficulté d'établir une relation, incertitude sur l'existence ou non d'une maltraitance, départ de la patiente avant qu'une procédure puisse être mise en route, souvent même « sortie contre avis médical »...

Ces observations m'ont conduite à m'interroger sur les rôles de l'IDE¹ face à la maltraitance, en tant que professionnel de santé comme en tant que citoyen.

Je me suis demandé quels étaient les moyens mis à sa disposition, la meilleure approche à adopter, les conseils qu'il pourrait donner, les actions qu'il devrait mettre en place en priorité afin de protéger les victimes et de leur apporter son soutien.

Ce questionnement, ajouté à un intérêt ancien pour ce sujet, m'a amenée à choisir ce thème pour la réalisation de mon Travail de Fin d'Etudes.

Cependant, c'est en progressant dans mes recherches que je me suis aperçue de l'ampleur de ce problème et de l'importance du rôle que pouvait jouer l'IDE dans l'amélioration des conditions de vie de ces femmes.

J'ai choisi pour entamer ce devoir la question suivante :

« Face à une patiente victime de violence conjugale, quelles actions l'IDE d'un établissement de soins devra-t-elle mettre en place pour apporter son aide ? ».

¹ Infirmier diplômé d'état

Afin d'y apporter des éléments de réponse, j'ai articulé mon travail en trois grandes parties.

Dans la première, intitulée problématique pratique, j'essaierai de présenter une vue d'ensemble du problème des violences conjugales, par une série de définitions, de données épidémiologiques, médicales et légales, et ainsi de déterminer les différentes actions à mettre en place par les soignants.

Dans la problématique théorique, je tenterai d'approfondir les concepts du soin et de la relation d'aide à l'aide d'ouvrages s'y référant, en essayant d'établir un lien avec le thème choisi et ma future pratique infirmière.

Ce travail s'achèvera par la formulation d'une hypothèse.

Enfin, la conclusion me permettra de revenir sur les principaux points abordés dans ce devoir et d'envisager d'autres projets de recherche infirmière.

2. PROBLEMATIQUE PRATIQUE

Dans cette partie, nous tenterons d'avoir une vue d'ensemble sur le problème, ses conséquences sur la vie des personnes concernées et le rôle des soignants dans leur accompagnement.

2.1. Constat de terrain

2.1.1. Définitions

La violence à l'encontre des femmes est un problème qui concerne tant la santé que les droits de la personne humaine.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en accord avec l'Organisation des Nations Unies (ONU), définit ainsi la violence à l'égard des femmes : « *tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* ».

On classera donc dans ces violences, outre les coups : les sévices sexuels, les menaces, le chantage, le proxénétisme, le harcèlement sexuel au travail, les mutilations génitales féminines.

Nous étudierons ici la violence conjugale, autrement appelée violence domestique. Celle-ci se définit comme un « *processus au cours duquel, dans une relation de couple, un partenaire exerce des comportements agressifs et violents à l'encontre de l'autre afin de le contrôler et de le dominer* » (Service des Droits des Femmes et de l'Égalité, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité).

Le site pour les professionnels de santé sur les violences conjugales (SIVIC) précise : « *nous considérons comme violences conjugales, toutes les formes de violence utilisées par un partenaire ou ex-partenaire, à l'encontre de sa femme, dans un but de destruction et de contrôle permanent* ».

Il existe donc plusieurs formes de violence. Elles sont variées, et peuvent être classées en quatre catégories :

La violence verbale et psychologique : elle consiste à dénigrer, humilier, dégrader la femme dans sa valeur. Elle comprend des attaques verbales, des insultes, des menaces, un contrôle des activités, un isolement pouvant aller jusqu'à la séquestration.

La violence physique : il peut s'agir de toutes les atteintes au corps de l'autre.

La violence sexuelle, autrement appelée viol conjugal. Il s'agit de relations sexuelles ou des actes dégradants et humiliants réalisés sous la contrainte ou la menace.

La violence économique : les hommes maltraitants exercent souvent un contrôle économique et professionnel, allant jusqu'à la privation de biens ou de moyens essentiels, amenant la femme à être totalement dépendante de son bourreau.

Ces différentes manifestations de la violence ont des conséquences graves sur la santé physique et mentale des victimes, conséquences qui seront développées plus loin. Néanmoins, on comprend que la violence conjugale s'impose aujourd'hui comme faisant partie intégrante de la Santé Publique, impliquant de plus en plus les médecins et tous les personnels de santé.

Un certain nombre d'enquêtes a donc été réalisé, en France et dans le monde, afin de donner une idée précise de l'étendue du problème et de réfléchir aux solutions à envisager.

2.1.2. Epidémiologie

En 1997, l'ENVEFF (enquête nationale sur les violences envers les femmes en France), pilotée par le secrétariat d'Etat aux droits des femmes dresse un état des lieux :

10% des femmes subissent des violences conjugales (cette proportion se retrouve dans toutes les études effectuées ces 10 dernières années).

Contrairement à une idée généralement répandue, la fréquence est homogène selon les catégories socioprofessionnelles.

Les violences conjugales sont les plus cachées.

Les victimes ont recours à leur médecin dans 24% des cas.

En tant que soignants, nous ne pouvons qu'être interpellés par ces données.

En 1999, l'Enquête Nationale Droits des Femmes parvient à la conclusion suivante : c'est dans leur vie de couple que les femmes subissent le plus de violences physiques, psychologiques et sexuelles ; et en 2001, l'institut médico-légal de Paris étudie les situations d'homicide subis par des femmes et constate que l'auteur est le mari dans 31% des cas, un autre partenaire dans 20% des cas.

C'est pourquoi, devant une femme semblant avoir subi des violences, l'IDE devra en priorité orienter ses questions sur les relations du couple.

D'une manière générale, les différentes études aboutissent à un constat alarmant :

Les situations de violence conjugale sont extrêmement fréquentes (10% des femmes ont subi des violences conjugales au cours de l'année 2001 et une femme meurt du fait de ces violences tous les cinq jours en France).

Les séquelles traumatologiques sont importantes.

Les violences constituent un risque pour la santé mentale des victimes : dépression, conduites addictives (tabac, alcool, drogues, médicaments psychotropes).

Les violences conjugales sont une des causes principales de la mortalité des femmes : suicide, homicide, pathologies en lien avec la violence ou aggravées par elle.

La violence au sein du couple a donc une incidence majeure sur la santé des femmes, du fait des blessures provoquées ou des affections chroniques qu'elle peut engendrer.

Les conséquences des violences sur la santé des femmes se retrouvent dans toutes les spécialités de la médecine et requièrent toute notre attention.

2.1.3. Les conséquences sur la santé des femmes

Les problèmes de santé occasionnés sont le plus souvent graves et très variés. Sont recensés ici les plus communs, classés par spécialité.

2.1.3.1. En traumatologie :

Les lésions les plus fréquentes sont les ecchymoses, contusions, plaies, brûlures, morsures, traces de strangulation, fractures.

Ces atteintes siègent principalement au visage, au cou, aux extrémités, mais peuvent être dissimulées par les vêtements.

Les traumatismes dentaires, maxillo-faciaux, ophtalmiques et otologiques sont assez fréquents. On peut constater des fractures dentaires, des os propres du nez et du massif maxillo-facial, des hémorragies conjonctivales et des décollements de rétine responsables d'une baisse de l'acuité visuelle, des perforations tympaniques responsables d'une baisse de l'acuité auditive.

2.1.3.2. Les pathologies chroniques :

Toutes les pathologies nécessitant un suivi continu et régulier peuvent être déséquilibrées ou aggravées par les violences. C'est plus précisément le cas des affections pulmonaires (asthme, bronchite chronique, insuffisance respiratoire), des affections cardiaques (angine de poitrine, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque), ou des maladies métaboliques telles que le diabète.

On comprend en effet qu'il puisse être difficile pour la femme de suivre son traitement ou de consulter, en raison d'une asthénie, d'un mauvais état de santé physique, d'un état dépressif ou parce que son mari contrôle ses faits et gestes et l'en empêche.

2.1.3.3. En gynécologie :

En cas de violence sexuelle (0,9 % des cas de violence conjugale, ENVEFF) on peut retrouver des maladies sexuellement transmissibles, des troubles sexuels, des infections génito-urinaires à répétition, ainsi que des douleurs pelviennes chroniques inexplicables.

2.1.3.4. En obstétrique :

La grossesse est un cas particulier. Selon les études, entre 1 et 20% des femmes enceintes sont victimes de violences conjugales (SIVIC). La grossesse peut à elle seule faire rechercher une violence domestique. Tous les auteurs considèrent qu'elle en est un facteur déclenchant ou aggravant.

En premier lieu, elle peut être la conséquence d'un viol conjugal, ou d'une impossibilité pour la femme d'avoir recours à une contraception.

La grossesse, mal suivie, peut se compliquer : décollement placentaire, hémorragies...

L'état de santé de la mère (dépression, tabagisme, alcoolisme, usage de drogues) a bien sûr un retentissement sur l'évolution de la grossesse et l'état de l'enfant.

Les violences peuvent atteindre directement le fœtus : mort in utero, retard de croissance, fractures fœtales.

Ainsi que le rappellent les experts, le personnel soignant est un interlocuteur privilégié pour les femmes victimes de violences conjugales.

Au cours d'un soin, l'IDE pourra mettre la patiente en confiance et l'amener à parler de sa situation. A cette occasion, il est important de la rassurer sur la confidentialité de l'échange et de lui assurer une écoute attentive et sans préjugés.

L'infirmier pourra ainsi l'informer sur les recours possibles ; servir de relais entre elle et les autres interlocuteurs tels que les médecins, psychologues, travailleurs sociaux, centres d'hébergement ; et l'accompagner dans ces démarches au sein de l'institution.

Il est important de préciser que la violence conjugale est un délit punissable par la loi et qu'elle en est la victime et non la responsable, mais qu'aucune procédure ne sera engagée sans son consentement.

Enfin, l'IDE transcrira toutes les informations recueillies dans le dossier patient. Ces données pourront ainsi faire l'objet d'un suivi pluridisciplinaire de qualité et seront très utiles si la femme décide ultérieurement d'entamer une procédure judiciaire.

D'après le Rapport Henrion (2001, page 44), « *l'analyse de nombreux cas démontre que la capacité d'une femme victime de violences conjugales à mettre fin à sa situation dépend étroitement de la clarté des réponses qui lui sont données et de l'aide qui lui est offerte* ».

De plus, comme l'a révélé l'enquête ENVEFF citée dans la partie épidémiologie, les violences conjugales sont les plus cachées. La première étape de l'aide aux victimes pourrait bien être l'observation et la reconnaissance de certains comportements, symptômes et contextes de demande de soin évoqués dans ce chapitre.

2.1.3.5. En psychiatrie :

La violence psychologique peut exister séparément ou n'être qu'un préalable à la violence physique. Elle est faite d'attitudes ou de propos dénigrants, humiliants, méprisants, de menaces ou de chantage.

Cette violence insidieuse se poursuit sur une période souvent très longue. L'état de tension, de peur et d'angoisse dans lequel les femmes maltraitées sont maintenues par leur agresseur peut produire différentes formes de troubles psychiques.

Ainsi, parmi soixante patientes hospitalisées dans un service de psychiatrie nord-américain, la moitié avait été victime de violences conjugales (Rapport Henrion, 2001, page 25).

Les troubles rencontrés peuvent se classer ainsi :

Troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité.

Anxiété et attaques de panique.

Troubles psychosomatiques : douleurs chroniques, céphalées, asthénie, engourdissements, Palpitations, difficultés à respirer.

Troubles du sommeil (insomnies, cauchemars).

Troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie).

Dépressions avérées avec ou sans idées de suicide.

Syndrome post traumatique.

Troubles psychotiques ou d'allure psychotique : désorientation, confusion mentale, altération du niveau de conscience et pensées délirantes ou paranoïaques.

Abus de substances psycho-actives : tabac, alcool, analgésiques, anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques. On estime que 10% des victimes abusent des médicaments prescrits par leur médecin (Rapport Henrion, 2001, page 26).

Globalement, les femmes victimes de violences conjugales reçoivent quatre à cinq fois plus de traitements psychiatriques que la population générale (2001, page 27).

2.1.3.6. La mortalité

Comme nous l'avons vu plus haut, les violences conjugales sont une des causes principales de mortalité pour les femmes. D'après le Ministère de l'Intérieur, en France, 6 femmes meurent du fait de violences conjugales tous les mois.

La mort peut être l'issue ultime de la violence : suicide, homicide, pathologie en lien avec la violence (lésions du foie, rupture de la rate...).

Par ailleurs, on estime que les femmes victimes de violences conjugales font cinq fois plus de tentatives de suicide que dans la population générale (Rapport Henrion, 2001, page 25).

Il ne s'agit donc en aucun cas de simples conflits conjugaux, mais bien d'un acte punissable par la loi, portant atteinte à la liberté et aux droits de l'Homme, dénoncé par l'ONU et le Conseil de l'Europe. En effet, le code pénal en vigueur depuis le 1^{er} mars 1994 (loi n° 92-683 du 22 juillet 1992) mentionne que la qualité de conjoint ou de concubin de la victime constitue une circonstance aggravante des atteintes volontaires à l'intégrité de la personne. Ces violences constituent un délit et relèvent du tribunal correctionnel (Rapport Henrion, 2001, page 33).

La nécessité d'un dépistage et d'une action en vue de faire cesser la violence apparaît donc essentielle, et concerne non seulement les professionnels de santé et les services sociaux, mais toutes les personnes susceptibles d'avoir décelé des comportements suspects et d'en référer à la justice.

2.1.4. Législation et professionnels de santé

Comme le stipule le Code Pénal dans son article 223-6², « *quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire, est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle soit en provoquant un secours* ». Cette règle s'applique à tous et fait ressortir quatre éléments : le péril couru par la personne, la possibilité d'agir, l'absence de risque et le refus d'agir.

A ceci s'ajoutent pour les soignants le respect du secret professionnel et le devoir de protection de leurs patients. Il y a parfois une confusion entre ces règles et les médecins ou infirmiers peuvent avoir des difficultés à décider de la marche à suivre.

En ce qui concerne le secret, ce même Code Pénal prévoit dans son article 226-13³ que « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état, soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ».

Le secret admet tout de même des exceptions, prévues dans l'article 226-14⁴ : le secret n'est pas applicable « *à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique* » ; ni au médecin qui « *avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises* ». Chez la femme victime de violences, certains facteurs peuvent témoigner d'une fragilité importante : l'état de santé délabré, la grossesse, la présence d'enfants au foyer, la dépression, les tendances suicidaires. Pour les médecins, aux articles 223-6, 226-13 et 226-14 du Code Pénal correspondent respectivement les articles 9, 4 et 44 du Code de Déontologie Médicale⁵, à ceci près que la dérogation au secret devient une obligation de signalement : « *il doit, sauf*

² Annexe 1.1

³ Annexe 1.2

⁴ Annexe 1.3

⁵ Annexe 2

circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives ». Il faut cependant préciser qu'alerter les autorités pour que cessent les violences ne signifie en aucun cas désigner l'auteur de l'agression. Le faire serait violer le secret médical et s'exposer à des poursuites. La nuance est subtile et mérite d'être expliquée.

Pour les infirmiers, il n'existe pas de code de déontologie. Les IDE sont tenus au secret professionnel selon les articles 226-13 du code pénal ; R4311-1 et R4311-4 du décret de compétences n° 2004-802 du 29 juillet 2004⁶ (R4311-1 : « *dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment au secret professionnel* ») ; et L4314-3 du code de santé publique⁷ (« *les infirmiers et infirmières et les étudiants des instituts de formation préparant à l'exercice de la profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal* »). Ils ont donc le droit de trahir le secret dans certaines conditions, mais n'y sont aucunement obligés.

En revanche, « *s'ils ne sont pas obligés de dénoncer, ils sont obligés de protéger* » (G.Devers, 2003, page 67). Outre la fameuse loi sur la non-assistance à personne en danger citée plus haut, le décret de compétences infirmières insiste particulièrement dans deux de ses articles sur le devoir de protection et d'aide aux personnes soignées.

Article R4311-2⁸ : « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité de relations avec le malade [...] Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :*

- 1) de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;*
- 2) de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels ».*

⁶ Annexe 1.1

⁷ Annexe 4

⁸ Annexe 3.2

Article R4311-5⁹ : « dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques [...] : dépistage et évaluation des risques de maltraitance.

Comme le souligne notre décret de compétences infirmières, nous avons un véritable rôle à jouer dans la protection et la promotion de la santé des personnes. Dans ce cas, les actions à entreprendre visent la mise à l'écart de la personne fragilisée en attendant de pouvoir ou non l'aider à se protéger. Cette mise à l'écart peut notamment se faire par le biais d'une hospitalisation, qui sera décidée avec l'accord de la patiente en concertation avec l'ensemble de l'équipe soignante : médecin chef de service, cadre de santé, services sociaux, Direction de l'établissement si nécessaire.

Lorsqu'une femme victime de violences est admise dans un service d'urgences ou d'hospitalisation, les infirmières font partie de ses premiers interlocuteurs et sont par la suite toujours présentes. Elles auront de ce fait la possibilité de détecter les signes évoquant une violence conjugale et d'agir pour tenter d'apporter une solution.

Deux autres notions apparaissant dans ce décret méritent à mon avis d'être soulignées dans le cadre de la prise en charge des femmes victimes de violences.

Il s'agit tout d'abord de la collaboration avec les divers intervenants, évoquée dans l'article R4311-1 : « Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif ». Ceci est fondamental puisque nous avons vu que l'IDE servait de relais entre la femme victime et les services sociaux.

Enfin, dans l'article R4311-5 (alinéas 40 et 41), on peut noter que, toujours dans le cadre de son rôle propre, l'IDE procède à un « entretien d'accueil privilégiant l'écoute et une orientation si nécessaire » ; et apporte « une aide et un soutien psychologique ». Ces notions seront développées dans la problématique théorique.

⁹ Annexe 3.3

2.2. Conclusion de la problématique pratique

Au terme de cette problématique pratique, nous avons pris connaissance d'un certain nombre de données sur le problème et ses implications dans la pratique soignante. Il est apparu qu'une relation de confiance pouvait se mettre en place entre l'IDE et la patiente au cours d'un soin, et évoluer vers une série de discussions et de démarches en vue d'améliorer sa situation. Il me semble à présent important de comprendre les modalités d'apparition de cette relation ainsi que le comportement à adopter par le soignant afin de la faciliter. C'est pourquoi cette deuxième partie est basée sur l'étude des deux concepts qui m'ont parus les plus susceptibles de m'aider à approfondir et à proposer une hypothèse de travail concernant la question suivante :

« En quoi le soin favorise-t-il la mise en place d'une relation d'aide ? »

3. PROBLEMATIQUE THEORIQUE

Pour construire cette partie, j'ai retenu deux concepts que j'ai essayé de mettre en lien avec la situation particulière qui nous intéresse. J'ai choisi d'explorer en premier lieu le concept du soin, puis celui de la relation d'aide.

3.1. Le soin

Pour des professionnels de la santé, le soin peut sembler aller de soi, ne nécessiter aucune définition. Pourtant, un certain nombre de points peuvent être éclaircis pour nous aider dans notre pratique soignante.

3.1.1. Définitions

D'après le dictionnaire encyclopédique Axis (Paris, 1995), le *soin*, ou *prendre soin de quelqu'un*, revient à « *veiller à son bien-être* ». Le pluriel, en revanche, désigne un « *traitement destiné à maintenir ou rétablir la santé, le bon fonctionnement d'un organe* ».

On notera la nuance entre le soin, qui amène une notion de bien-être de la personne dans sa globalité ; et les soins, plus centrés sur l'aspect médical, biologique de la santé.

Walter Hesbeen précise : « *Le mot soin, lorsqu'il est orthographié au singulier, désigne l'attention positive et constructive portée à quelqu'un dans le but de réaliser quelque chose avec lui ou pour lui* ». [...] *L'expression prendre soin – que l'on ne confondra pas avec celle faire des soins – concerne tous ceux, professionnels de la santé ou non, qui se veulent soignants, c'est-à-dire attentifs à une personne en vue de lui venir en aide dans la situation de vie particulière et singulière qui est la sienne* » (2002, pp 22-23).

Il existe donc une différence fondamentale entre ces deux définitions, mais cela ne signifie pas qu'il doive y avoir un clivage entre elles.

Au contraire, la *pratique soignante* se situerait à la rencontre de ces deux concepts : « C'est la lente, patiente et subtile quête du sens, confrontée à la complexité de la vie d'autrui ». (page 16).

La notion d'*équipe* est très importante lorsqu'il s'agit de prendre soin d'une personne dans sa globalité. Selon W.Hesbeen, « *le prendre soin constitue le lien le plus fondamental permettant de réunir tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire dans une même perspective* » (page 38).

En ce qui concerne la personne soignée, W.Hesbeen déplore que la médecine moderne, toujours plus performante et certes très utile, se concentre sur le *corps objet* et la maladie qui peut le toucher, ne laissant qu'une place relative à la singularité de la personne, le *corps sujet*, avec tout ce qui caractérise son être, son existence, ses aspirations, son devenir, voire sa souffrance ou sa détresse si souvent indicible.

Nous sommes ici dans une situation où la personne soignée présente bien sûr des blessures physiques qu'il faudra traiter, mais aussi et surtout une souffrance psychologique, qui se traduira ou non par une demande de soin mais qu'il conviendra de prendre en compte.

Dans notre réflexion sur la pratique soignante, il nous faudra donc chercher quelles sont les actions et les questions à poser afin de venir en aide à cette personne dans sa globalité.

Les *soins infirmiers* sont souvent découpés en soins de base ou *nursing*, soins techniques, soins relationnels, éducation à la santé, prévention. Pourtant, dans la pratique, peut-on réellement établir des frontières entre ces différents aspects du travail d'un IDE ? D'après Walter Hesbeen, « *le soin n'est pas la somme d'actes fragmentés. Prendre soin de la personne forme un tout cohérent et indivisible* » (2002, page 46).

Il s'agit bien ici de réunir ces composantes du soin et d'avoir une vision globale de notre patiente. Ainsi, on pourra, sans nuire à l'aspect sanitaire de notre travail, développer le côté social, qui passe par l'écoute, le dialogue et la recherche de solutions pratiques aux problèmes qu'elle rencontre.

3.1.2. Le soin-relation

Nous avons établi au cours de la problématique pratique qu'il était nécessaire d'instaurer une relation de confiance pour amener la femme victime à parler de son problème et tenter de lui venir en aide.

Malgré notre formation de soignants, nous ne sommes pas toujours préparés à ce genre de situation, et ne savons pas toujours entrer en relation avec les personnes soignées, particulièrement au début de notre carrière.

W.Hesbeen nous décrit la démarche soignante (2002, page 30) comme le fondement de la pratique des soignants. Elle procède de deux étapes : la rencontre et l'accompagnement. Ainsi, *« prendre soin dans une perspective de santé c'est aller à la rencontre d'une personne pour l'accompagner dans le déploiement de sa santé »*.

La réussite de cette rencontre tiendrait dans l'émergence d'un sentiment de confiance. Selon lui, cela équivaut à ce que la personne soignée puisse envisager le soignant comme un allié capable de lui venir en aide dans la situation qui est la sienne. L'essentiel lors de cette première rencontre est, toujours selon W.Hesbeen, de se concentrer sur la personne et de prêter attention à ses angoisses, qui ne concernent pas toujours la pathologie ayant nécessité l'hospitalisation. Ce premier contact permettrait au patient de se sentir considéré comme une personne plutôt que comme un objet de soins. Ceci correspond bien à la situation qui nous intéresse : les plaies ou fractures de la femme victime de violences conjugales ne sont que la partie la plus visible d'un problème autrement profond et anxiogène. La peur pour l'avenir, l'inquiétude pour ses enfants, le sentiment de culpabilité inhérent à son statut de victime, la difficulté à en parler sont à prendre en compte en premier lieu pour prendre soin de cette personne.

Lorsque la rencontre est réussie, que des liens de confiance se sont tissés, et que la personne soignée est parvenue à parler de son problème, on peut aborder la deuxième étape : l'accompagnement. Comme le souligne W.Hesbeen (2002, page 32), lorsque l'on *« fait un bout de chemin avec la personne, il s'agit bien de l'accompagner sur le chemin qui est le sien »*.

L'IDE proposera son aide, ses conseils puis agira selon le désir de la patiente. En effet, l'aide apportée prendra la forme souhaitée par elle, qu'il s'agisse d'entreprendre des démarches pour quitter son domicile, déposer une plainte, demander un soutien psychologique, ou même de ne rien faire. L'IDE se doit de respecter ce choix et d'apporter tout son soutien à sa patiente. C'est peut-être là l'aspect le plus délicat de notre métier : accepter de guider le patient dans une voie qui ne nous semble pas être la bonne. Mais d'après W.Hesbeen, « *c'est peut-être également le plus passionnant, puisqu'il met le soignant au contact de la singularité d'une personne, de la complexité de sa situation* » (2002, page 33).

3.1.3. Le soin-conseil

C'est ici qu'intervient tout le travail d'information et de conseil qui permet de s'assurer que la personne est bien consciente des possibilités qui lui sont offertes et de toutes les éventuelles conséquences de sa décision.

Dans ce cas, W.Hesbeen nous parle de la double fonction d'expert et de conseiller que remplit le soignant. Voici ce qu'il en dit (2002, pp 34-35) : « *Le soignant est expert car il dispose de différentes ressources issues tant de sa vie personnelle que de sa formation et de son expérience professionnelles. [...] La fonction d'expert permet d'augmenter le nombre de chemins possibles, c'est-à-dire permettre à la personne soignée d'identifier les différentes possibilités, les différents chemins qui s'offrent à elle. [...] En faisant entrevoir d'autres issues, le soignant enrichit l'horizon du malade et agit, de la sorte, comme vecteur d'espoir [...] ce qui n'équivaut pas, bien sûr, à décider de l'horizon à la place de l'autre* ».

« *Le soignant est conseiller dans le sens où il accompagne la personne en l'éclairant sur les opportunités, risques, difficultés associés à tel ou tel chemin et où il tient conseil avec elle quant au choix du meilleur chemin pour elle* ». Il compare ici le rôle du soignant à celui d'une carte routière (page 36), qui « *n'indique jamais où aller mais les différents endroits où il est possible de se rendre et les chemins parfois multiples pour y accéder* ».

A nouveau, il s'agit bien ici d'éclairer notre patiente grâce aux connaissances acquises en formation ou par l'expérience, de lui offrir nos ressources et celles de notre équipe et de l'aider à faire le choix le plus approprié à ce moment de sa vie et selon son état physique, son état d'esprit concernant son conjoint et sa capacité à changer, son sentiment d'être capable ou non de bouleverser sa vie, sa confiance dans les services sociaux, son désir même de s'engager dans ces changements.

C'est ainsi que dans sa conceptualisation de la santé, qui n'est pas l'absence de maladie mais un état bien plus subtil et difficile à atteindre, W.Hesbeen écrit (page 28) : « *[la santé] nécessite parfois les ressources diverses de professionnels pour réussir à se déployer, pour permettre à la personne en souffrance d'évoluer vers un bien-être qui lui est propre, témoin de son harmonie personnelle et à nulle autre pareille* ». C'est donc en respectant les choix des personnes soignées que nous serons le plus à même de les aider dans leur démarche de santé.

Dans sa description du « comportement soignant » (2002, pp 70-71), W.Hesbeen définit notamment l'écoute, qui « *permet d'accueillir la parole d'autrui en commençant par se taire. Ecouter n'est pas chercher à dire à l'autre ce qu'il doit faire mais lui permettre d'exprimer sa souffrance, ses difficultés ou ses incertitudes. L'écoute aide la personne à identifier et à exprimer les réponses qu'elle a en elle* ».

W.Hesbeen écrit également (2002, page 45) : « *Il s'agit de resituer l'écoute dans un ensemble complexe plus vaste, c'est-à-dire dans le prendre soin, en soulignant qu'il s'agit là d'un des fondements incontournables de toute pratique authentiquement soignante* ».

Ces notions nous amènent à la deuxième partie de cette problématique théorique : la relation d'aide.

3.2. La relation d'aide

Il s'agit dans ce chapitre de comprendre les conditions nécessaires à la mise en place d'une relation d'aide, les critères permettant au soignant de reconnaître ce besoin d'aide, les résultats à attendre de cette pratique.

3.2.1. Définitions

Relation¹⁰ : lien entre des choses ou des personnes. Etre en relation c'est être en rapport avec.

Aide : aider c'est apporter son soutien ou son secours à quelqu'un. C'est contribuer au mieux-être de l'autre.

Dans son ouvrage sur la relation d'aide, Alain Raoult parle de « démarche relationnelle ». Il s'agit d'une « *relation entre deux êtres qui choisissent librement et en conscience de se*

¹⁰ Définitions tirées du Petit Larousse, Paris, 2000.

rejoindre au cœur d'une rencontre interpersonnelle, faite d'intelligence et de respect réciproque » (2004, page 52).

Nous allons voir comment cette rencontre peut s'effectuer et ce qu'elle peut apporter à la femme victime de violences en termes de bien-être.

La relation d'aide pourra être mise en place au cours d'un entretien, pouvant se définir comme « *une conversation sérieuse visant un but déterminé autre que le simple plaisir de la conversation* » (page 117). Nous reviendrons plus loin sur cette nécessité de définir un objectif à la relation.

3.2.2. Instaurer une relation d'aide

D'après Alain Raoult, pour qui veut devenir un aidant, une des étapes les plus importantes et les plus difficiles est celle du travail sur soi. Cette réflexion personnelle permettra à l'accompagnant de découvrir, outre certaines faiblesses enfouies, des ressources dont il ne soupçonnait pas l'existence. C'est par cette découverte de l'ignorance de soi qu'il apprendra plus tard à l'aidé à aller lui aussi à la recherche des ressources qui lui permettront de progresser et de s'aimer.

Toujours selon A.Raoult (2004, page 63), certaines valeurs humaines et professionnelles sont indispensables pour quiconque se destine à une fonction d'aidant. On peut citer entre autres : l'humilité, la responsabilité, l'implication, le respect des droits du patient, la bienveillance, l'esprit d'équipe, la patience, l'attention, le sens de l'observation, le sens de la pudeur, la discrétion, le sens du détail, le désir de faire au mieux... Cette liste n'est bien sûr pas exhaustive et peut être enrichie et classée par chacun selon ses propres critères.

Enfin, la relation d'aide ne pourra avoir lieu que si le moment convient aux deux protagonistes, c'est-à-dire que le patient est prêt à parler et que le professionnel est disponible pour l'entendre. Il vaut mieux éviter d'entamer une relation d'aide si l'on n'est pas sûr de pouvoir la poursuivre : on risquerait de perdre la confiance du patient.

Ainsi, dans le cas où la patiente semble encline à parler alors que l'IDE est occupé ailleurs, il pourra, après lui avoir manifesté son intérêt, lui proposer de remettre la discussion à un autre moment. Au moment convenu, l'IDE lui expliquera qu'ils ne seront pas dérangés et relancera la conversation en reformulant ce que la patiente lui disait précédemment.

3.2.3. Ecouter et entendre

La démarche relationnelle passe évidemment par l'écoute. Celle-ci est prise au sens large. A.Raoult nous rappelle que le mot écouter vient du latin *auscultare* qui signifie « tenir compte de quelqu'un, de ses paroles, de sa volonté, de ses désirs ». Prendre une personne en charge sur le plan psychologique c'est lui montrer qu'elle est digne d'être accueillie, que son vécu est pris en compte et qu'elle mérite de l'intérêt.

On comprend qu'il soit nécessaire à ce stade de connaître, autant que possible, l'histoire de notre patiente victime de violences. C'est ce qu'A.Raoult appelle la « biographie de l'aidé ». Il se place dans la situation où le praticien reçoit son client à plusieurs reprises, sur une durée de temps assez longue, ce qui n'est pas le cas d'un IDE face à une patiente hospitalisée. Cependant, nous pouvons essayer d'avoir un aperçu de la vie de la patiente, de son regard sur le monde et sur son propre parcours. On ne peut en effet envisager d'aider à résoudre un problème sans en connaître toutes les données. Cette étape comporte des risques : « *dans sa méthode de recueil de données le thérapeute devra faire preuve de tact et de patience afin d'éviter d'induire de la résistance qui peut à son tour engendrer des troubles de la mémoire, volontaires ou non, en amplifiant la difficulté à parler de soi. Il devra faire le nécessaire pour que le patient ne subisse pas par la suite l'angoisse du regret : je n'aurais pas dû dire* » (A.Raoult, 2004, page 191).

L'écoute exige également de l'aidant qu'il sache se taire, laisser la place à celui qui a besoin d'être écouté (page 84). Les interruptions intempestives, même si elles sont motivées par le désir d'aider la personne à s'exprimer, risquent à terme de décourager l'aidé, qui finira par renoncer à parler.

Il est en outre important de savoir entendre : « *être capable d'entendre c'est posséder le sens de la pudeur faite de retenue et de délicatesse et une grande discrétion qui permet de tout dire* » (page 79). La femme victime de violences hésite souvent à parler par crainte d'être jugée. Si elle se sent en sécurité avec l'infirmier, elle se confiera plus facilement.

A ce sujet, Alain Raoult écrit également : « *écouter c'est accueillir ce qui s'exprime sans porter de jugement, en tentant de comprendre le monde intérieur de l'autre dans son système de référence à lui* » (2004, page 110). Il s'agit bien, dans cette situation comme dans beaucoup d'autres, d'essayer de suivre le raisonnement de notre patiente sans l'influencer, en fonction de son histoire de vie, de sa culture, de ses valeurs.

En entretien de relation d'aide, on utilisera notamment la technique de la reformulation. Voici comment A.Raoult la définit : « *La reformulation consiste à reproduire le contenu*

sémantique d'une phrase par une autre phrase, différente mais signifiant la même chose. [...] C'est une technique d'entretien établie sur le désir de perfectionner l'attitude compréhensive. [...] Elle exige de rejoindre l'écouté dans ce qu'il vient de dire et vise à l'aider à préciser sa pensée » (2004, page 149). Ainsi, plutôt que de poser des questions, on préférera revenir sur ce qui vient d'être dit. De cette façon, la patiente sera sûre qu'on l'écoute avec attention, et elle se sentira libre de continuer dans le même sens. La reformulation permet également de s'assurer que l'on a bien compris ce que la personne voulait exprimer, et donc d'établir une communication de qualité.

Enfin, selon A.Raoult, écouter doit toujours avoir un objectif. Le plus souvent, l'objectif sera de donner un espace de parole à la personne. Mais comme l'écrit l'auteur : « *Ecouter est également le commencement de la solution au problème de celui qui n'en peut plus* » (2004, page 110). En effet, pour quelqu'un qui souffre depuis longtemps sans oser en parler, comme c'est souvent le cas pour les victimes, le simple fait de se confier à un professionnel forcément neutre et tenu au secret peut être un révélateur de sa propre capacité à résoudre son problème.

3.2.4. L'entretien

L'entretien de relation d'aide se déroulera dans le calme, à un moment prévu à l'avance si possible.

Les cinq impératifs de la bonne attitude de l'entretien d'aide sont selon A.Raoult (2004, page 126) :

L'accueil et non pas l'initiative : il s'agit d'une attitude de réceptivité. Elle s'oppose à une attitude d'initiative qui met le client dans l'obligation de répondre aux questions et de réagir. Nous devons donc attendre que la patiente décide de nous parler. En attendant, nous pourrions simplement adopter une attitude bienveillante et réceptive.

Etre centré sur ce qui est vécu par le sujet et non sur les faits qu'il évoque.

S'intéresser à la personne du sujet, non au problème. L'interviewer doit essayer d'envisager non pas le problème en soi, mais le problème du point de vue du sujet concerné. L'IDE tentera ainsi d'orienter la discussion vers le ressenti de la patiente victime, sans s'attarder sur les faits décrits mais en insistant sur leur impact sur sa santé et son moral.

Respecter le sujet et lui manifester une considération réelle au lieu de lui montrer la perspicacité ou la domination de l'interviewer.

Faciliter la communication et non faire des révélations. Il ne s'agit pas d'écouter le sujet dans le but de classer ses dires dans les cadres tout préparés d'un système d'interprétation, ni d'attendre le bon moment pour lui révéler une explication que nous supposerions être la vérité. Le thérapeute n'est ni un prophète ni un voyant. Comme nous l'avons vu plus haut, le soignant offre ses ressources personnelles et professionnelles afin d'aider la patiente à résoudre son problème. Il n'est donc pas celui qui détient toutes les réponses mais celui qui peut amener la personne soignée à trouver les siennes.

3.3. Conclusion de la problématique théorique

Dans cette problématique théorique, nous avons abordé un certain nombre de notions concernant la pratique soignante, la nature même du soin et les diverses ressources que l'IDE, au sein de l'équipe soignante, pouvait apporter à une femme victime de violences conjugales pour l'aider à améliorer sa qualité de vie.

Cet accompagnement ne peut se faire sans une rencontre réussie, c'est-à-dire sans l'émergence de la part de la patiente d'un sentiment de confiance. Cette confiance sera le résultat d'une approche de la personne dans sa globalité, dans le respect de son identité et de ses valeurs personnelles, ajoutée à un souci pour le professionnel de faire preuve d'humilité et de patience dans sa démarche d'aide. Walter Hesbeen l'exprime en ces termes : « [par le prendre soin], *les soignants exercent la subtile mission de venir en aide à une personne en son existence* » (2002, page167).

Il faut toutefois garder à l'esprit que la relation d'aide est une discipline à part entière, qui requiert une formation et ne pourra être pratiquée sans risque par le soignant inexpérimenté. Cependant, comme le souligne Alain Raoult : « *Ecouter est thérapeutique. Toute personne qui sait écouter est thérapeute quelque part* » (2004, page 54).

4. HYPOTHESE

Au terme de ce travail de recherche et de réflexion, je pense pouvoir émettre l'hypothèse suivante :

« La qualité de la pratique soignante face à la patiente victime de violences conjugales varie en fonction de l'établissement dans lequel exerce l'IDE et de son ancienneté dans la profession ».

Afin de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse, j'aurais pu entreprendre un enquête auprès d'infirmiers exerçant en établissements de soins et en institutions à caractère social tels que les centres de Protection Maternelle et Infantile.

J'aurais choisi comme outil d'enquête le questionnaire. Cet outil me semble adapté car il permet d'avoir l'avis d'un nombre assez important de sujets. Il permet également aux personnes qui le remplissent de répondre, si elles le désirent, sans la présence de l'enquêteur, qui pourrait peut-être occasionner une gêne.

5. CONCLUSION GENERALE

Ce devoir, en me poussant à effectuer des recherches approfondies, m'a permis de mieux appréhender le rôle de l'IDE dans le soin aux patientes victimes de violences conjugales.

En effet, j'ai pu étudier les aspects sanitaires, légaux, sociaux et psychologiques de cette prise en charge et réfléchir à la meilleure façon de les aborder.

Au terme de ce travail, il me semble utile de revenir sur les points qui me paraissent importants.

En premier lieu, rappelons que les violences conjugales constituent un réel problème de santé publique, souvent banalisé ou minimisé.

Retenons en outre que, comme le prévoit la législation française, chacun se doit de venir en aide à une personne en danger dès lors qu'il en a la possibilité. En ce qui concerne les infirmiers, la détection des maltraitances fait partie de leur rôle propre.

Rappelons également que les femmes victimes se confient peu aux professionnels de santé. Cela peut s'expliquer par leur propre vécu, souvent fait de honte et de culpabilité. Mais il est possible que certaines d'entre elles aient eu l'intention de se confier à un médecin ou à une infirmière et n'aient pas rencontré une écoute adéquate. De fait, le repérage des victimes nécessite souvent d'être expérimenté, et les techniques d'écoute et de relation d'aide ne sont pas accessibles à tous les personnels médicaux et paramédicaux. Pour pallier à ce manque, un projet de loi est actuellement examiné au parlement. Il prévoit entre autres mesures d'inclure dans la formation initiale des professionnels de santé, ainsi que dans celle des magistrats et travailleurs sociaux, une préparation spécifique visant à améliorer la prévention, l'accueil des victimes et leur suivi, en développant la coopération entre les différents acteurs.

Nous pouvons à ce stade affirmer que les IDE jouent un rôle de premier plan dans l'accueil des victimes et leur devenir.

Les principes de cette prise en charge pourraient se décliner ainsi :

Savoir reconnaître les signes de maltraitance afin d'adapter nos actions.

Etre à l'écoute et laisser la patiente venir à nous.

Faire preuve d'humilité, de discrétion et de respect dans notre relation à la personne écoutée.

Insister sur la notion de secret professionnel, afin qu'elle ne regrette pas ses confidences.

Conseiller sans chercher à imposer telle ou telle décision, en rappelant qu'***aucune action ne sera déclenchée sans son accord***.

Ne pas essayer de gérer la situation seul mais *inscrire notre pratique soignante dans une collaboration avec autant d'intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux qu'il sera nécessaire.*

Insister sur le fait qu'elle est une victime, et que l'objectif de notre travail est de la protéger et de l'accompagner sur le chemin qu'elle aura choisi.

Enfin, lorsque l'on parle d'un problème de santé publique, on ne saurait omettre la prévention, fondement incontournable de toute politique de santé.

Ainsi que le souligne le groupe Henrion, la formation des professionnels de santé et l'information au grand public doivent être développées, afin de diminuer l'ampleur de ce phénomène.

En tant qu'infirmiers, nous pouvons initier ou participer à des campagnes de prévention à l'hôpital, dans les plannings familiaux, dans les centres de protection maternelle et infantile, mais également dans les universités et les lycées. En effet, les jeunes femmes sont statistiquement les plus exposées au risque de subir des violences dans leur couple, comme l'établit l'étude ENVEFF : « *les femmes les plus jeunes (20-24 ans) sont environ deux fois plus exposées que leurs aînées* » (Rapport Henrion, 2001, page 18). Il y a là une population à cibler en priorité dans les actions d'information et de prévention, ce qui pourrait faire l'objet d'un prochain travail.

6. BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

DEVERS G. *Lettre d'un avocat à une amie infirmière*. Lamarre, Droit et Pratique du Soins. Paris, 2003. 79 pages.

HESBEEN W. *La Qualité du Soins Infirmier* 2^{ème} édition. Masson. Paris, 2002. 208 pages.

RAOULT A. *Démarche Relationnelle*. Vuibert, Théories et Pratiques Infirmières. Paris, 2004. 425 pages.

Dictionnaires

Dictionnaire Encyclopédique *Axis*. Hachette, l'Univers documentaire, Volume 6. Paris, 1995.

Dictionnaire *Le Petit Larousse*, Grand format. Paris, 2000.

Documents officiels

Rapport au Ministre délégué à la Santé, réalisé par un groupe d'experts sous la présidence du professeur Roger Henrion. *Les Femmes Victimes de Violences Conjugales, le Rôle des Professionnels de Santé*. La documentation Française, Collection des Rapports Officiels, Paris, 2001. 81 pages.

Sites Internet

Site pour les professionnels de santé sur les violences conjugales

Auteurs : Equipe de professionnels de santé et d'associations d'aide aux femmes victimes de violences conjugales. Ce site entre dans le cadre de l'initiative Daphné, programme mis en place par la Commission Européenne. Cinq pays ont participé : la France, la Belgique, l'Italie, l'Espagne et le Portugal.

Articles consultés :

- *Présentation*
- *La violence conjugale*
- *Professions paramédicales*
- *Identifier, évaluer, agir.*

Référence du site : <http://www.sivic.org/site-fr>

Date de consultation : 26 décembre 2004.

Site Interministériel de la Préfecture de Charente Maritime : Information et Aide aux Victimes de Violences Conjugales ou de Violences au Sein du Couple.

Auteurs : Deux groupes de travail réunis à la demande de la Commission départementale contre les violences faites aux femmes. Le premier est constitué d'anciennes victimes, travailleurs sociaux, avocats, policiers et professionnels de santé ; le deuxième regroupe les membres de la Commission départementale. Ce site est financé par la Préfecture de Charente-Maritime et le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (Mission aux Droits des Femmes et à l'Égalité).

Articles consultés :

- *Qu'est-ce que la violence conjugale ?*
- *Que faire ?*

Référence du site : <http://www.charente-maritime.pref.gouv.fr>

Date du document : 2003

Pages de début et de fin des articles consultés : 3 à 5.

Date de consultation : 28 décembre 2004.

Site Légifrance

Auteurs : Site proposé par les institutions républicaines.

Articles consultés :

- *Code pénal (partie législative)*
- *Code de la santé publique (partie législative)*

Référence du site : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Date des documents : 2002

Date de consultation : 5 mai 2005

Site pour les étudiants infirmiers

Auteurs : Equipe d'infirmiers et d'étudiants en soins infirmiers

Article consulté : *Nouveau décret IDE*

Référence du site : <http://www.etudiantinfirmier.com>

Date du document : 2003

Date d'actualisation : 2005

Page de début : 31

Date de consultation : 5 mai 2005

Site de l'ordre national des médecins

Article consulté : *Intégralité du Code de Déontologie Médicale*

Référence du site : [http : //www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

Pages de début : 1 ; 2 ; 5

Date de consultation : 7 mai 2005.

Site du Sénat

Article consulté : *Proposition de loi relative à la lutte contre les violences au sein des couples*

Référence du site : [http : //www.senat.fr](http://www.senat.fr)

Date de consultation : 12 mai 2005.

Extrait du Code Pénal¹¹

Article 223-6

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

¹¹ Source : www.legifrance.gouv.fr

Extrait du Code Pénal¹²

Article 226-13

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

¹² Source : www.legifrance.gouv.fr

Extrait du Code Pénal

Article 226-14¹³

(Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 art. 15 Journal Officiel du 18 juin 1998)

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 89 Journal Officiel du 18 janvier 2002)

(Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 art. 85 Journal Officiel du 19 mars 2003)

(Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 art. 11 Journal Officiel du 3 janvier 2004)

L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

NOTA : Loi 2004-1 du 3 janvier 2004 art. 16: Les dispositions de l'article L. 226-14 du code pénal sont applicables en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et dans les îles Wallis et Futuna.

¹³ Source : www.legifrance.gouv.fr

Extrait du Code de Déontologie Médicale¹⁴
figurant dans le Code de la Santé Publique
sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112

Article 4 (article R.4127-4 du code de la santé publique)

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Article 9 (article R.4127-9 du code de la santé publique)

Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires

Article 44 (article R.4127-44 du code de la santé publique)

Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

¹⁴ Source : www.conseil-national.medecin.fr

Extrait du Décret n°2044-802 du 29 juillet 2004¹⁵

Article R. 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article R. 4312-4

Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris.

L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

¹⁵ Source : www.etudiantinfirmier.com

Extrait du Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004¹⁶

Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

¹⁶ Source : www.etudiantinfirmier.com

Extrait du Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004¹⁷

Article R. 4311-5

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

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état

¹⁷ Source : www.etudiantinfirmier.com

de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;

20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;

21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;

22° Prévention et soins d'escarres ;

23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;

24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;

25° Toilette périnéale ;

26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires

27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;

28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;

29° Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;

30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;

31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;

32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;

33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;

34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;

35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;

36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;

37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;

38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;

39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes

a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;

b) Sang : glycémie, acétonémie ;

40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire

41° Aide et soutien psychologique ;

42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Extrait du Code de la Santé Publique¹⁸

Article L4314-3

Les infirmiers et infirmières et les étudiants des instituts de formation préparant à l'exercice de la profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

¹⁸ Source : www.legifrance.gouv.fr

SESSION ORDINAIRE DE 2004-2005

Annexe au procès-verbal de la séance du 3 décembre 2004

PROPOSITION DE LOI¹⁹

relative à la lutte contre les violences au sein des couples,

PRÉSENTÉE

Par Mmes Nicole BORVO, Hélène LUC, Annie DAVID, Éliane ASSASSI, M. François AUTAIN, Mme Marie-France BEAUFILS, MM. Pierre BIARNÈS, Michel BILLOUT, Robert BRET, Yves COQUELLE, Mmes Michelle DEMESSINE, Évelyne DIDIER, MM. Guy FISCHER, Thierry FOUCAUD, Robert HUE, Gérard LE CAM, Mme Josiane MATHON, MM. Roland MUZEAU, Jack RALITE, Ivan RENAR, Bernard VERA et Jean-François VOGUET,

Sénateurs.

(Renvoyée à la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement).

Femmes.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

La famille n'est pas toujours ce havre de paix et d'harmonie que l'on serait tenté d'imaginer. Toutes les enquêtes consultées l'attestent : en France, au moins 10 % des femmes interrogées auraient subi des violences au sein de leur couple au cours des douze derniers mois. Selon la Commission européenne, dans près de 99 % des cas, la violence est le fait de l'homme, aussi, nous pouvons sans crainte cibler notre population victime comme étant féminine.

Pour les femmes de 16 à 44 ans, cette violence serait même la principale cause de décès et d'invalidité avant le cancer et les accidents de la route selon les statistiques citées par un rapport du Conseil de l'Europe. Une femme sur cinq est victime de violence conjugale au cours de sa vie, six femmes meurent chaque mois des suites d'actes violents de leur conjoint.

Qu'elle soit physique, psychologique, verbale, émotionnelle, sexuelle ou économique, cette violence est toujours préjudiciable à l'intégrité et à la dignité de la personne. Elle se manifeste

¹⁹ Source : www.senat.fr

sous des aspects très variés et se développe à travers des cycles dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps. Elle s'exerce au cours d'incidents répétés et, souvent, de plus en plus sévères et entraîne des blessures, des symptômes et des séquelles affectives et psychologiques graves.

Malgré les idées reçues, il n'y a pas de profil particulier et rien ne prédestine une femme à devenir victime de son conjoint. On la trouve dans tous les groupes sociaux, économiques et culturels, dans toutes les classes d'âge, en milieu urbain comme en milieu rural. La majorité des victimes a même une activité professionnelle et perçoit un revenu personnel.

La violence envers les femmes dans le couple, quel que soit le lien unissant les individus, est aujourd'hui un véritable fléau social, ces comportements sont inacceptables et l'on ne peut supporter qu'ils soient banalisés. La famille est peut être la plus violente des institutions sociales pour les femmes mais la violence conjugale n'est pas pour autant une affaire privée. Le législateur se doit donc d'appréhender ce phénomène comme faisant partie intégrante de la santé publique et, bien entendu, de la sécurité publique.

C'est donc à travers ces deux dimensions, la santé et la sécurité publique, que nous avons décidé d'intervenir. Nous souhaitons porter une attention toute particulière à l'assistance, à la protection et à l'aide financière des victimes. De même, le suivi thérapeutique, l'écoute et la prise en charge de l'agresseur est une piste qu'il ne faut pas négliger.

a) Former tous les acteurs sociaux, médicaux et judiciaires afin d'améliorer l'accueil, la protection et le suivi des femmes victimes de violences conjugales.

Il convient d'inciter ces acteurs, en fonction de leurs missions respectives mais dans le souci de promouvoir un esprit de coopération, à s'impliquer activement dans la prévention, le dépistage et la protection des femmes victimes de violences conjugales. Ce sujet devrait être impérativement inscrit dans les programmes de formation initiale continue et la constitution de réseaux devrait être encouragée.

b) Étendre les dispositions législatives de la loi n° 92-683 du 22 juillet 1992 aux partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

La loi n° 92-683 du 22 juillet 1992, mise en application en mars 1994, a réformé les dispositions pénales. Ainsi, la qualité de conjoint ou de concubin de la victime constitue une circonstance aggravante des atteintes volontaires à l'intégrité de la personne. Même s'il n'y a aucune Incapacité Totale de Travail (ITT), cette violence constitue un délit qui est donc passible du Tribunal correctionnel.

Il nous paraît juste d'étendre ces mesures aux couples pacsés dans la mesure où ce lien juridique connaît un vif succès dans notre pays. Ce serait aussi un moyen de reconnaître que ces comportements peuvent s'exercer dans le cadre d'unions de personnes du même sexe.

c) Protéger la victime en l'éloignant du domicile.

On déplore aujourd'hui l'insuffisance des lieux d'accueil destinés aux femmes victimes de violences au sein du couple. Mais est-ce là le seul moyen d'agir ? Il nous semble injuste d'orienter une politique de prévention uniquement sous cet angle. Les scénarios de protection

suggérés aux femmes (noter des numéros de téléphone importants, identifier des personnes susceptibles de les aider, informer les enfants, préparer un sac de départ, prévoir de mettre en lieu sûr ses papiers importants...) sont insuffisants.

Pourquoi la victime devrait elle quitter son foyer, s'éloigner de son entourage pour un lieu d'hébergement incertain, impersonnel et venant renforcer son sentiment de détresse, d'isolement et d'abandon ? Cette appréhension de la fuite, cette peur de la misère et des obstacles matériels, ce sentiment de briser un équilibre en perdant ses repères les plus élémentaires et finalement cet enfermement dans le piège du quotidien pourraient être bien moindres si les femmes avaient conscience que c'est l'agresseur qui doit partir.

On peut même supposer qu'elles seraient davantage enclines à porter plainte plus tôt, à ne pas vivre si longtemps dans la terreur et la culpabilité. Éloigner l'agresseur du domicile est le moyen d'inverser les rôles, de renverser le rapport de force. C'est à la fois une mesure de prévention et de protection.

Certes, l'article du code de procédure pénale dans sa rédaction actuelle permet déjà d'imposer à l'intéressé de « ne pas se rendre en certains lieux » et de « s'abstenir de rencontrer certaines personnes ». Il n'en demeure pas moins vrai qu'en pratique, l'absence de la mention expresse selon laquelle cette interdiction peut s'appliquer à la personne qui a, a priori, vocation à occuper le logement - parce que c'est elle qui en est le propriétaire ou le locataire en titre - peut entraîner des hésitations sur la possibilité de prononcer une telle interdiction.

Il est donc nécessaire de mettre un terme à ces hésitations et de permettre aux juges de prononcer plus systématiquement l'éloignement du domicile conjugal.

d) Combattre les causes de violences conjugales en proposant des mesures de prise en charge thérapeutiques adaptées.

La violence exercée par le partenaire au sein de la famille se présente sous la forme d'un ensemble de comportements qui tendent à établir et à entretenir le contrôle sur la femme et parfois sur les enfants. Il s'agit bien d'une stratégie de pouvoir et de domination élaborée en fonction des réactions de sa partenaire.

Si l'on peut douter, dans la grande majorité des cas, de la responsabilité d'un individu soucieux de trouver n'importe quel prétexte pour justifier ses agissements, certaines personnes sont plus susceptibles d'être violentes. Les hommes autoritaires, investis de fonctions de commandement ou de responsabilités, les hommes victimes d'abus sexuels ou de violences dans leur enfance, les hommes à la personnalité perturbée, les psychopathes, les paranoïaques, les alcooliques sont beaucoup plus susceptibles d'être violents envers leur partenaire. Ainsi, des mesures d'examen, de rééducation, de traitement ou de soins devraient pouvoir être proposées aux agresseurs le plus rapidement possible après les faits.

e) Donner les moyens financiers aux victimes de faire face aux séquelles sociales, physiques et psychologiques provoquées par les violences conjugales.

D'après le rapport Henrion de février 2001, la violence au sein des couples a une incidence majeure sur la santé des femmes, que ce soit du fait de blessures provoquées ou des affections chroniques qu'elle peut engendrer. Les coups reçus, l'état de tension, de peur et d'angoisse dans

lesquelles elles sont maintenues par leur agresseur, ont de graves conséquences et sont à l'origine de troubles très variés. Selon l'OMS, ces femmes perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé.

Que ce soit dans le domaine de la traumatologie, des pathologies chroniques, de la psychiatrie, de la gynécologie, de l'obstétrique ou de la pédiatrie, les conséquences des violences nécessitent une prise en charge médicale coûteuse qui ne saurait devoir être supportée par la seule victime. De même, la mise sous condition de ressources de l'aide juridictionnelle constitue un obstacle majeur à l'assistance juridique des victimes.

Dans ce sens, à l'instar de ce qui se pratique dans d'autres pays d'Europe, les victimes de violences conjugales devraient pouvoir bénéficier d'une indemnisation au même titre que les victimes d'attentats, d'accidents de la route ou de la chasse.

La législation en matière de violences conjugales mérite d'être améliorée et la situation présente est intolérable. Rappelons-nous que le Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) a affirmé, dans sa Recommandation générale 19, que les États peuvent être tenus responsables « d'actes privés s'ils n'agissent pas avec la diligence voulue pour prévenir la violation des droits ou pour enquêter sur des actes de violence, les punir et les réparer ». Il en va donc de la responsabilité de l'État de combattre ce fléau, c'est là l'objet de cette proposition de loi.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

Les médecins, ainsi que l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats et les personnels de la police nationale et de la gendarmerie nationale, reçoivent une formation initiale et continue propre à leur permettre de répondre aux cas de personnes victimes de violences conjugales et de prendre les mesures nécessaires de prévention et de protection qu'elle appellent. Cette formation est dispensée dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Article 2

Dans le 6° de l'article 222-3, le 6° de l'article 222-10, le 6° de l'article 222-12 et le 6° de l'article 222-13 du code pénal, après les mots : « par le conjoint ou le concubin », sont insérés les mots : « ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ».

Article 3

Dans le 3° de l'article 138 du code de procédure pénale, après les mots : « ne pas se rendre en certains lieux », sont insérés les mots : « notamment au domicile commun en cas de violences au sein du couple ».

Article 4

Le 10° de l'article 138 du code de procédure pénale est complété par les mots : « ou de prévention des violences au sein du couple ».

Article 5

Le 2° de l'article 706-3 du code de procédure pénale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« - soit ont été commis à l'égard d'un conjoint, d'un concubin ou d'un partenaire lié par un pacte civil de solidarité dans le cadre des articles 222-3, 222-8, 222-10, 222-12, 222-13, 221-1, 221-3, 222-15, 222-16, 222-17, 222-18, 222-23, 222-29, 222-30, 223-1, 223-5, 224-1 du code pénal ».