

***Au creux du mutisme, l'alliance :
accompagner la parole blessée après des
violences sexuelles***



Mémoire de fin d'études présenté en vue de la validation de l'UE 5.6. S6 « Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles » (8 ECTS) Et de l'UE 3.4 S6 : "Initiation à la démarche de recherche" (2 ECTS).

Guidant de mémoire : Mme Sylvette MARTINEZ



PRÉFET DE LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

**CHARTRE ANTI - PLAGIAT
DE LA DRDJSCS AUVERGNE - RHONE - ALPES**

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du préfet de région les diplômes paramédicaux et du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue, que les directives suivantes sont formulées.

Elles concernent l'ensemble des candidats devant fournir un travail écrit dans le cadre de l'obtention d'un diplôme d'État, qu'il s'agisse de formation initiale ou de parcours VAE.

La présente charte définit les règles à respecter par tout candidat, dans l'ensemble des écrits servant de support aux épreuves de certification du diplôme préparé (mémoire, travail de fin d'études, livret2).

Il est rappelé que « le plagiat consiste à reproduire un texte, une partie d'un texte, toute production littéraire ou graphique, ou des idées originales d'un auteur, sans lui en reconnaître la paternité, par des guillemets appropriés et par une indication bibliographique convenable »¹.

La contrefaçon (le plagiat est, en droit, une contrefaçon) **est un délit** au sens des articles L. 335-2 et L. 335-3 du code de la propriété intellectuelle.

Article 1 :

Le candidat au diplôme s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 2 :

Le plagiaire s'expose à des procédures disciplinaires. De plus, en application du Code de l'éducation² et du Code de la propriété intellectuelle³, il s'expose également à des poursuites et peines pénales.

Article 3 :

Tout candidat s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné(e) Atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS Auvergne-Rhône-Alpes et de m'y être conformé(e).

Je certifie avoir rédigé personnellement le contenu du livret/mémoire fourni en vue de l'obtention du diplôme suivant :

Fait àLe.....Signature





FORMULAIRE DE DECLARATION D'UTILISATION DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Utilisation de l'Intelligence Artificielle Générative (IA)

Les étudiants et élèves peuvent recourir à l'utilisation de l'IA comme aide à la réflexion au cours d'un travail. L'IA peut être utilisée comme un outil de soutien à la recherche, à la génération d'idées et à la vérification de la conformité aux normes de citation et de référencement.

L'utilisation de l'IA ne doit pas substituer le travail intellectuel personnel de l'étudiant ou de l'élève qui doit toujours apporter sa propre réflexion, son analyse critique et sa compréhension des sujets traités.

D'un point de vue légal les conditions d'utilisations de l'IA exigent de mentionner son utilisation. Pour l'université comme à l'IFSI-IFAS, présenter comme sien un travail que l'on n'a pas rédigé soi-même est une fraude, que le rédacteur soit un tiers humain ou une IA.

Je soussigné(e).....,

déclare avoir/ ne pas avoir (barrer la mention inutile) utilisé un-des outil-s d'intelligence artificielle

(si nécessaire nommé l'IA) afin de m'aider dans mes recherches, générer du texte et/ou des idées, corriger mon écrit
.....

Fait à.....

Le.....

Signature

Zér 

Remerciement

*Je remercie ma **guidante de mémoire** pour son accompagnement et son encadrement tout au long de ce travail. Ses remarques et ses conseils ont contribué à la structuration de ma réflexion et à la réalisation de ce mémoire.*

*Je remercie tous les **professionnels de santé** que j'ai pu rencontrer et qui m'ont permis d'affiner mon esprit critique tout au long de l'écriture de ce travail de fin d'études.*

*Je tiens à remercier profondément mes 4 sœurs : **Vlera, Venera, Rinesa et Earta** pour leurs recherches, leurs relectures, et leur aide généreuse, pour m'aider à réaliser ce mémoire.*

À vous toutes qui avez toujours cru en moi lorsque je n'y croyais plus, sans vous ce mémoire n'aurait pas vu la couleur, il est le fruit de votre soutien, et de votre bienveillance. Merci de m'avoir montré que le soutien d'une sœur pouvait faire des miracles.

À Vlera, Venera, Rinesa et Earta, ma réussite est la vôtre. Je vous aime.

*Je tiens à adresser mes sincères remerciements à ma camarade de promotion et amie : **Farah**. Dont le soutien a été précieux tout au long de ce parcours. Sa disponibilité, ses conseils, et son esprit d'entraide ont grandement contribué à la réalisation de ce travail. Son amitié a largement contribué à rendre ce parcours plus serein et motivant, et je lui en suis profondément reconnaissante.*

Merci à vous tous pour avoir contribué à la réalisation de ce mémoire.

"La mémoire du corps est plus tenace que celle de l'esprit."

Boris Cyrulnik

Table des matières

Introduction	8
Légitimité du sujet	8
Situation de départ	9
Questionnement	10
Phase conceptuel.....	10
Partie 1 : L'évaluation clinique au cœur de la vulnérabilité.....	11
1.1) Le traumatisme et ses impacts sur la relation de soins	11
1.2) La mémoire traumatique : comprendre pour mieux accompagner.....	13
1.3) L'évaluation du risque suicidaire : une vigilance infirmière structuré	16
Partie 2 : l'alliance thérapeutique comme outils de sécurité dans la relation infirmière patiente	19
2.1) La relation infirmière-patiente : quand la présence ne suffit pas à créer une rencontre	20
2.2) L'Alliance thérapeutique : de la méfiance à la confiance	22
2.3) L'accompagnement infirmier : outils au service de l'alliance	25
Présentation de la démarche exploratoire	28
Analyse des données recueilli	33
Autour de la question de recherche	43
Hypothèse	44
Les limites de mon travail	44
Conclusion	45
Bibliographie	47
Annexes	50
1) Annexe n°1 : Entretien n°1	50
1) Annexe n°2 : Entretien n°2.....	51
2) Annexe n°3 : Guide d'entretien	51
3) Annexe n°4 : Entretien semi-directif n°1	52

4)	Annexe n°5 : Entretien semi-directif n°2.....	60
5)	Annexe n°6 : Entretien semi-directif n°3.....	71

Introduction

Les violences sexuelles constituent un enjeu majeur de santé publique, aux conséquences multiples sur la santé physique, psychique et sociale. Elles s'inscrivent dans des parcours de soins complexes, nécessitant une prise en charge globale, coordonnée et sécurisante.

En effet, à la suite d'un traumatisme tel que des violences sexuelles, les patientes peuvent se sentir vulnérables ce qui peut rendre compliqué le fait pour elles de parler de ce qu'elles ont vécu ; ainsi, la compréhension de la mémoire traumatique est essentielle pour comprendre pourquoi certains gestes, sensations peuvent faire renaître la souffrance chez la patiente. Dans ces cas-là, l'infirmière ne doit pas se limiter à réaliser les actes sur prescription médicale. Elle doit avant tout faire preuve d'écoute, de patience et de collaboration afin d'offrir une aide spécifique aux besoins physiques, psychologiques et sociaux de la patiente. L'attitude et la posture de l'infirmière peuvent jouer un rôle primordial pouvant favoriser ou créer un obstacle à l'alliance thérapeutique.

Pour aider les infirmières dans l'accompagnement des patientes ayant subi des violences sexuelles, plusieurs organismes mettent en avant l'importance d'adopter une approche respectueuse du traumatisme et bienveillante et insistent sur l'évaluation du risque suicidaire par le biais du RUD. Toutefois, sur le terrain, il a été démontré qu'il n'est pas toujours simple de mettre en œuvre ses recommandations de bonnes pratiques. En effet, les infirmières peuvent rencontrer plusieurs difficultés dans ces situations, en raison de délais courts, de moyens limités, d'une charge émotionnelle importante et, dans certains cas, d'une formation spécifique insuffisante.

C'est dans cette optique que s'inscrit mon mémoire de fin d'études. Ce travail vient s'appuyer sur une situation rencontrée en stage, complétée par des sources scientifiques et des entretiens réalisés auprès d'infirmières dans différentes structures. Il met alors en avant l'écart de pratiques entre les recommandations et la réalité sur le terrain afin de mieux cerner les enjeux liés à la prise en soins infirmiers des personnes victimes de violences sexuelles.

Légitimité du sujet

Le choix de ce sujet a été nourri par une expérience en espace de santé Publique. Au cours de ce stage, j'ai pris en soin une patiente ayant été victime de violences sexuelles. Cette

situation a mis en avant la difficulté pour une patiente à accepter les gestes techniques ou à exprimer son vécu. Elle m'a alors permis de questionner ma posture infirmière, et ma capacité à instaurer un climat de confiance dans un contexte de traumatisme.

Cette situation a fait naître en moi une première question qui me semblait nécessaire à me poser : comment, en tant qu'infirmière, puis-je accompagner une patiente qui a subi des violences sexuelles ? Cette question m'a fait réfléchir et selon moi, la relation infirmière – patiente peut influencer positivement le vécu de la prise en charge. Ce mémoire représentait donc l'occasion de mettre des mots sur mes questionnements, d'approfondir mes connaissances et de développer une pratique infirmière plus adaptée et respectueuse du traumatisme.

Par ailleurs, ce sujet me semble important pour la profession infirmière. En effet, selon l'Observatoire national des violences faites aux femmes (2024), 217 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de viols, tentatives de viol et/ou agressions sexuelles en une seule année, et plus de la moitié sont âgées de 18 à 24 ans (lettre de l'Observatoire, 2024). Interroger le rôle de la relation soignant-soigné permet donc de mettre en lumière les compétences spécifiques du cœur de métier infirmier : l'écoute, l'empathie, la communication, le respect de l'autonomie et la prise en compte globale de la personne soignée.

Situation de départ

Lors de mon stage à l'Espace de Santé Publique, j'ai pu prendre en soins une patiente avec un contexte qui m'a questionnée. Une jeune fille de 17 ans s'est présentée au service, redirigée par les urgences après avoir été victime d'un viol la veille. La prescription médicale prévoyait des prélèvements buccaux, une prise de sang, ainsi qu'un vaccin contre l'hépatite B. Lorsque je suis allée la chercher en salle d'attente, j'ai tout de suite perçu une grande détresse : elle était refermée sur elle-même, marchait lentement et évitait tout contact visuel. Une fois en salle de soins, elle s'est montrée réticente à retirer son gilet ou à ouvrir la bouche. Malgré sa réserve, les prélèvements ont pu être réalisés. Face à son silence, j'ai tenté de créer un lien en engageant une discussion sur ses centres d'intérêt. Mais les échanges sont restés très limités : elle ne répondait que par « oui » ou « non », sans lever les yeux. Lorsqu'elle a quitté la salle, elle n'a prononcé aucun mot. Elle avait le regard baissé et les larmes aux yeux. Je me suis sentie démunie. J'ai choisi de ne pas aborder directement le sujet du viol, par

crainte d'aggraver son mal-être. Pourtant, je me suis demandé si j'avais bien fait. J'ai eu le sentiment de ne pas avoir su répondre à ses besoins ni d'avoir su l'orienter. Ce moment a été un déclencheur de réflexion : comment établir une relation de soins face à un tel traumatisme ? Quel est notre rôle, en tant qu'infirmier, dans ce type de prise en soins ? Cette situation a éveillé en moi le besoin de mieux comprendre les spécificités de la relation soignant-soigné dans le contexte des violences sexuelles, et m'a poussée à faire de cette expérience le point de départ de ce travail de fin d'études.

Questionnement

Cette situation de soins m'a amenée à me questionner. Je me suis sentie impuissante face au mal-être de la patiente et à mon incapacité à créer un climat de confiance. Ce qui a suscité plusieurs questions :

- Est-ce que la complexité de la prise en charge dépend du traumatisme vécu ?
- Comment rassurer une patiente traumatisée ?
- Existe-t-il des protocoles spécifiques pour ce cas particulier ?
- Comment accompagner une patiente tout en respectant ses limites ?

Ces interrogations m'ont conduites à élargir ma réflexion sur les mécanismes qui influencent la relation de soins dans un contexte aussi sensible. Une première formulation de mon questionnement a émergé : En quoi les violences sexuelles vécues par les patientes influencent-elles la relation de soins ?

Phase conceptuel

La prise en soins infirmière des femmes victimes de violences sexuelles représente un défi clinique complexe, où la souffrance psychique s'exprime souvent par un silence lourd de sens. Au cœur de cette vulnérabilité, la relation soignant-soigné ne se limite pas à un simple échange verbal ; elle devient un outil thérapeutique essentiel, capable de restaurer la sécurité intérieure de la patiente et de permettre le repérage du risque suicidaire. Afin de comprendre les difficultés relationnelles rencontrées lors de cette prise en soins, il apparaît nécessaire d'explorer les conséquences cliniques et psychiques des violences sexuelles sur les patientes. En effet, avant de pouvoir instaurer une relation de confiance, l'infirmière doit être en mesure de reconnaître les manifestations du traumatisme et d'évaluer la vulnérabilité de la personne soignée.

Cette première partie vise donc à analyser en quoi l'évaluation clinique infirmière constitue un élément central de la prise en soins des patientes victimes de violences sexuelles.

Partie 1 : L'évaluation clinique au cœur de la vulnérabilité

Face au mutisme, au repli sur soi et à la difficulté de coopération observés chez la patiente de la situation de départ, une première question se pose : **comment le traumatisme vécu influence-t-il le comportement de la patiente et la relation de soins ?**

Avant d'envisager des outils relationnels ou d'évaluation, il est indispensable de comprendre les mécanismes traumatiques à l'œuvre et leurs effets sur la rencontre infirmière - patiente.

1.1) Le traumatisme et ses impacts sur la relation de soins

La sidération traumatique : comprendre la réaction immédiate

La sidération traumatique constitue une réaction neurobiologique immédiate face à un danger vital. Selon les travaux de Porges (2011), L'immobilisation n'est pas volontaire. Au contraire, elle correspond à une réponse automatique de l'organisme, qui cherche à se protéger lorsqu'il interprète la situation comme trop menaçante ou impossible à gérer. À ce moment-là, l'organisme réagit comme s'il devait se mettre temporairement en pause afin d'assurer sa survie, rendant impossible le fait de parler, de crier, de bouger ou de se défendre. Cela permet de comprendre pourquoi certaines personnes ne se défendent pas physiquement pendant une agression.

D'après Levendosky et al. (2013), cet état de sidération ne s'efface pas forcément une fois l'événement traumatique passé. Ce souvenir peut ressurgir lorsque la personne est de nouveau exposée à des situations qui rappellent l'agression, en particulier lors d'une prise en charge à l'hôpital. Certains gestes médicaux qui impliquent une proximité corporelle, le fait d'être allongée ou de subir des actes perçus comme intrusifs (par exemple un examen gynécologique, un prélèvement, ou le fait de devoir se dévêtir) peuvent réactiver une immobilisation. La personne se trouve alors, sur le plans émotionnel et physiologique, dans un état comparable à celui vécu au moment de l'agression, ce qui peut l'empêcher d'exprimer son malaise ou d'énoncer clairement ses limites.

L'infirmière exerçant en psychiatrie illustre parfaitement ces manifestations cliniques de la sidération : « *Au début, j'ai l'impression qu'elles agissent de manière robotique, ou ne parlent pratiquement pas, elles sont très fermées et leur regard semble vide et figé.* ». Ce témoignage décrit précisément l'état physique et psychologique lié à la sidération : le regard absent, la froideur émotionnelle s'apparentent, l'impression de « vide » correspondent à un psychisme qui s'est mis en protection face à un danger perçu.

L'infirmière libérale ayant exercé aux urgences confirme cette difficulté initiale à établir le contact : « *Au début, elles ne disent rien, elles ne se confient pas, mais au fur et à mesure qu'elles se sentent en confiance et qu'elles se rendent compte qu'on est là pour les aider, elles se libèrent et arrivent à expliquer leurs émotions et à raconter ce qu'il s'est passé.* » Ce constat révèle que le silence initial n'est pas un refus de communication, mais l'expression d'un état de sidération qui nécessite du temps et une approche progressive pour être dépassé.

Dans la situation initiale, j'ai compris après coup que je n'avais pas interprété de façon adéquate les réactions de la patiente. Compte tenu de sa difficulté à ouvrir la bouche pour les prélèvements et de son refus d'enlever son gilet, je n'ai pas interprété ces réactions comme pouvant relever d'un état de sidération traumatique. Dans un contexte d'urgence, centrée sur l'exécution des gestes techniques, j'ai poursuivi les soins sans ajuster assez ma posture relationnelle et sans prendre le temps d'examiner ce que ces refus pouvaient exprimer sur le plan émotionnel.

Avec le recul, on peut penser que ces gestes, souvent considérés comme banals du côté des soignants (ouvrir la bouche, se dénuder en partie), ont sans doute été ressentis par cette patiente, agressée sexuellement la veille, comme une intrusion supplémentaire dans son corps. Ces actes ont probablement réactivé des sensations et des émotions associées à l'agression, ce qui a pu placer son corps dans un état de sidération proche de celui vécu au moment du viol. À ce moment-là, son corps semblait se mettre à l'écart comme pour se protéger, et il ne parvenait plus à prendre la parole.

Le fait qu'elle ait quitté la consultation la tête baissée, en larmes, sans parvenir à prononcer un mot, m'a profondément marquée. Ce comportement m'a conduit à penser qu'elle était probablement restée en état de choc pendant toute la prise en charge. Ne parvenant ni à verbaliser ses émotions, ni à poser des limites, ni à s'opposer à des gestes vécus comme

intrusifs, elle a réactivé un sentiment d'impuissance comparable à celui éprouvé lors de l'agression.

Cette analyse me fait comprendre que la sidération n'est pas un « refus » de la relation de soins, mais une réaction neurobiologique de protection qu'il m'appartient de reconnaître et de respecter. Les signes cliniques à repérer sont : le regard fixe ou au contraire fuyant, l'immobilité corporelle, les réponses monosyllabiques ou l'absence de réponse, la difficulté à prendre des décisions simples, et surtout, l'absence d'expression émotionnelle.

Je comprends ainsi qu'il faudrait que je sois vigilante à ces signes lors de ma future pratique infirmière. Pour prévenir la réactivation de la sidération lors des soins, je devrai systématiquement :

- **Verbaliser chaque geste avant de le réaliser** : « Je vais maintenant te demander d'ouvrir la bouche pour faire un prélèvement. Je te préviens avant de toucher. Est-ce que tu es d'accord ? »

- **Obtenir un consentement explicite et répété** : ne pas me contenter d'un hochement de tête ou d'un silence, mais demander une réponse verbale claire.

Ainsi, la notion de sidération traumatique permet de mieux comprendre les réactions immédiates de figement ou de retrait observées chez certaines patientes. Elle amène aussi une question plus générale : *pour quelles raisons ces réactions ne s'atténuent-elles pas avec le temps après l'événement, et comment expliquer qu'elles puissent réapparaître bien plus tard, notamment lors d'une situation de soins ou d'un examen médical ?*

Pour répondre à cette question, il faut examiner le fonctionnement de la mémoire traumatique. Cette approche aide à comprendre pourquoi certains gestes de soin, perçus comme ordinaires par les soignants, peuvent réactiver des souvenirs corporels pénibles, raviver la douleur vécue et mettre à l'épreuve la relation de confiance entre la patiente et l'équipe soignante.

1.2) La mémoire traumatique : comprendre pour mieux accompagner

Muriel Salmona (2018) décrit la mémoire traumatique comme « *la réactivation incontrôlée et brutale du vécu traumatisant, qui revient à l'identique sous forme de flashback, cauchemars, sensations corporelles ou images intrusives* » (Le livre noir des violences

sexuelles, p. 117-119). Cette mémoire se distingue de la mémoire classique par son caractère non intégré : contrairement aux souvenirs ordinaires qui sont contextualisés et peuvent être racontés de manière cohérente, la mémoire traumatique reste figée dans le temps, comme si l'agression continuait à se produire au présent.

Van der Kolk (2015), dans ses travaux sur la neurobiologie du traumatisme, explique que lors d'un événement traumatique extrême, le cerveau est submergé par un afflux de stress (cortisol, adrénaline) qui altère le fonctionnement de l'hippocampe, structure cérébrale responsable de la contextualisation des souvenirs. Le traumatisme n'est alors pas « enregistré » comme un souvenir classique, mais reste encodé sous forme de réactivation sensorielle (odeur, sons, sensations tactiles) qui peuvent être réactivés à tout moment par des stimuli. La personne « revit » avec la même intensité émotionnelle et physiologique qu'au moment des faits.

Cette conceptualisation éclaire directement ce que l'infirmière libérale observe dans sa pratique : « *Les patientes sont déjà très renfermées sur elles-mêmes à leur arrivée et n'osent pas en parler, les soins sont difficiles à réaliser.* » Cette réticence n'est pas un refus de coopération, mais une manifestation de la mémoire traumatique qui peut être déclenchée par des éléments du quotidien : un bruit, une odeur, et surtout, un geste de soin. Élément qui est confirmé par l'infirmière libérale qui rapporte qu'une patiente « *exprime ne plus ressentir de la colère, mais de la haine* » et verbalise « *des peurs d'elle-même* ».

Dans ma situation de départ, cette compréhension aurait pu transformer ma manière de voir et de faire les choses : lorsque la patiente ne voulait pas ouvrir la bouche pour les prélèvements buccaux et refusait de retirer son gilet, je n'ai pas fait le lien avec la mémoire traumatique. Or, ces gestes techniques (ouvrir la bouche, dénuder une partie du corps) peuvent réactiver les sensations de l'agression où elle a subi une intrusion corporelle. L'infirmière libérale confirme cette nécessité d'adaptation en soulignant qu'il est essentiel de « *privilégier la communication et d'instaurer un temps limite afin de donner l'opportunité à la victime de pouvoir s'exprimer librement* ». Cela implique pour la pratique infirmière que chaque soin technique doit être précédé d'une explication et d'un consentement explicite, transformant ainsi mon rôle : il ne s'agit pas seulement de réaliser des prélèvements, mais de les réaliser sans traumatiser, en adaptant mon rythme au sien et non l'inverse.

Mieux comprendre la mémoire traumatique permet d'expliquer pourquoi certains gestes, certaines sensations, ou encore le cadre même des soins peuvent réactiver la détresse chez

une patiente. En comprenant cela, la focalisation sur les éléments déclencheurs aide à interpréter les réactions de la patiente.

Comment expliquer alors que certaines patientes restent silencieuses, évitent la parole et semblent porter une lourde culpabilité face à ce qu'elles ont vécu ?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire d'analyser le silence et la culpabilité comme des obstacles majeurs à l'expression du vécu traumatique.

Le silence et la culpabilité : déconstruire les obstacles à la parole

Selon le CAMH (2023), le sentiment de culpabilité apparaît lorsque la victime n'arrive pas à parler de ce qu'elle a vécu, et finit par se sentir responsable de l'agression. Grihom (2015) précise que cette impossibilité de verbaliser enferme la victime dans une idée fautive : « Si je ne dis rien, c'est que j'ai quelque chose à me reprocher. » Cette analyse théorique trouve un écho direct dans le témoignage de l'infirmière libérale qui insiste sur la nécessité de « *rassurer la victime et de lui expliquer que rien n'est de sa faute, car c'est ce qui empêche la victime d'oser prendre la parole* ». L'infirmière en psychiatrie illustre concrètement les manifestations de cette culpabilité : la patiente se qualifie elle-même de « *mère indigne* » dans un contexte où sa fille a également été victime, culpabilité si intense qu'elle génère une « *peur d'elle-même* ».

Dans le contexte de départ, la patiente prenait rarement la parole et ses interventions restaient limitées. Elle répondait de façon très concise, le plus souvent par « oui » ou « non », et évitait presque toujours de croiser mon regard. Lorsqu'elle est sortie, la tête baissée et les larmes aux yeux, sans avoir pu prononcer un mot, j'ai ressenti un profond malaise. J'ai aussi eu le sentiment d'être passé à côté d'un moment important, d'un élément essentiel dans la relation de soin. Par crainte d'être intrusive et de raviver sa souffrance, j'ai décidé de ne pas évoquer explicitement le viol. En évitant le sujet, j'ai peut-être renforcé cette vision : si même l'infirmière n'ose pas en parler, alors c'est trop grave pour le dire.

Cela me fait comprendre que mon rôle n'est pas d'éviter le sujet, mais de créer un lieu où la patiente se sent en sécurité pour expliquer son ressenti et son vécu, à travers des phrases simples que je n'ai pas prononcées : « Ce n'est pas votre faute, le seul coupable est votre agresseur » ou « Si vous avez besoin d'en parler, je suis là pour vous écouter, sans jugement », ce qui permet ainsi de déconstruire peu à peu la culpabilité et de laisser place à la confiance.

Le traumatisme et le fonctionnement de la mémoire traumatique aident à comprendre pourquoi, après des violences sexuelles, certaines patientes parlent peu, éprouvent un sentiment de culpabilité ou donnent l'impression d'être en grande détresse. Au-delà de la souffrance psychique, une question essentielle pour la pratique infirmière se pose : **dans quelle mesure cette détresse peut-elle fragiliser la patiente au point de compromettre sa sécurité, voire de mettre sa vie en danger ?**

L'évaluation du risque suicidaire s'impose alors comme une vigilance clinique incontournable dans la prise en soins infirmière.

1.3) L'évaluation du risque suicidaire : une vigilance infirmière structurée

Le lien entre traumatisme et risque suicidaire

L'INSPQ (2019) révèle que 42 % des victimes de violences sexuelles ont tenté de mettre fin à leurs jours au moins une fois après l'agression, tandis que l'OMS précise que des facteurs de risque tels que « le traumatisme ou l'abus » constituent des déclencheurs majeurs de la tentative de suicide. Ce constat prend tout son sens lorsque l'infirmière en psychiatrie rapporte qu'une patiente a exprimé « *des peurs d'elle-même* », signes qui nécessitent une évaluation du risque suicidaire. Elle met en avant l'importance de questionner pour évaluer le risque.

Dans ma situation, la patiente a quitté le service « tête baissée, les larmes aux yeux, sans un mot », et je n'ai pas évalué le risque suicidaire à ce moment-là. Deux facteurs m'en ont empêché : je ne voulais pas la brusquer, et je ne maîtrisais pas le RUD et je ne savais pas non plus comment formuler mes questions. Cependant, en ne posant pas ces questions, j'ai laissé repartir une patiente sans savoir si elle était en insécurité.

Cela met en évidence que mon malaise personnel ne doit pas primer sur la sécurité de la patiente : évaluer le risque suicidaire relève de mon rôle propre (article R4311-5 du Code de la santé publique), et l'infirmière en psychiatrie le confirme en insistant sur la nécessité d'« *avoir un binôme lors des premiers entretiens difficiles* » et de s'assurer que la « *disponibilité téléphonique soit assurée pour les patients entre les consultations* », dispositifs qui permettent de sécuriser le parcours de soins lorsque l'évaluation initiale identifie un risque.

Le RUD : un outil structurant pour l'évaluation

Le RUD (Risque, Urgence, Dangersité) est une échelle qui permet d'évaluer le risque suicidaire à travers des questions précises : la présence d'idées suicidaires, la présence de scénario et l'accès aux moyens pour se suicider. Cet outil est l'élément principal de l'évaluation clinique, mais l'infirmière en psychiatrie illustre la difficulté de son application sur le terrain : lors de l'entretien, elle a tenté d'approfondir « *ce qui fait peur exactement* » à la patiente, mais explique avoir été « *mise en difficulté* » par manque d'expérience, notant qu'elle « *aurait dû être accompagnée par un collègue* ».

Cette difficulté rejoint l'analyse de l'infirmière libérale qui souligne que « *les soignants non formés voudraient suivre profondément le protocole sans prendre en compte les besoins et les plaintes qui sont différentes pour chaque patiente* », révélant une tension entre l'utilisation rigide d'un outil et l'adaptation nécessaire à chaque situation.

Dans ma situation, j'aurais pu poser ces questions structurantes : « Comment te sens-tu en ce moment ? », « Est-ce qu'il t'arrive de penser que tu ne veux plus vivre ? », « As-tu pensé à un moyen pour mettre fin à tes jours ? », « As-tu accès à ce moyen maintenant ? ». Si j'avais posé ces questions, j'aurais pu soit déterminer l'absence de risque immédiat, soit alerter rapidement en cas de danger, mais surtout, j'aurais exercé mon rôle propre en documentant cette évaluation. L'infirmière libérale rappelle « *qu'il est possible pour chaque soignant d'appeler des numéros dédiés aux victimes de violences sexuelles afin d'obtenir des conseils* ».

Cela indique que la maîtrise du RUD passe par la coordination avec d'autres professionnels et l'utilisation des dispositifs pouvant être efficaces lors de la prise en soins en assurant une traçabilité claire, et une orientation plus rapide vers les dispositifs adaptés (3114, consultation spécialisée, voire hospitalisation si la situation l'exige). Il permet ainsi de passer d'un sentiment d'impuissance à une démarche professionnelle plus sûre, mieux cadrée et davantage maîtrisée.

Ainsi, le RUD me sert de repère central pour structurer l'évaluation du risque suicidaire et étayer mon raisonnement clinique en tant qu'infirmière. Toutefois, cette démarche ne représente qu'un point de départ pour une consolidation plus complète de l'accompagnement. On peut alors se demander **comment passer d'une évaluation clinique, limitée au constat, à des mesures concrètes de prévention et de protection adaptées à cette patiente.**

Cette transition s'appuie surtout sur le partage d'informations et sur une coordination claire au sein de l'équipe. Dans ce cadre de sécurité, l'infirmière occupe une place centrale : elle transmet ses observations, signale toute situation préoccupante si besoin, et prend part à la coordination des soins autour de la patiente.

De l'évaluation à la transmission : l'infirmière comme maillon de sécurité

La HAS (2025) insiste sur la traçabilité obligatoire de l'évaluation du RUD dans le dossier de soins, permettant d'informer l'équipe pluriprofessionnelle et d'orienter vers les dispositifs spécialisés (3114, Vigilans, consultations spécialisées). L'infirmière libérale qui rejoint la HAS insiste sur l'importance « *d'orienter les patientes vers des professionnels en capacité de pouvoir les aider (psychologues, associations, numéros)* », expliquant que la transmission ne se limite pas au dossier médical, mais prend aussi en compte l'accompagnement vers des ressources extérieures. Dans ma situation, je n'ai pas évalué le RUD, donc je n'ai rien transmis : la patiente est repartie sans que personne ne sache si elle était en danger, ce qui illustre précisément ce qu'a expliqué l'infirmière en psychiatrie comme un « *sentiment d'échec lié au manque d'expérience* ». Ces témoignages confirment que l'absence de traçabilité peut provoquer une rupture des soins et mettre la patiente en insécurité.

Tous ces éléments m'ont fait comprendre que mon rôle en tant qu'infirmière ne s'arrête pas à l'évaluation : je dois aussi orienter vers des dispositifs et tracer mes soins dans le dossier pour m'assurer que la patiente ne sera pas laissée seule face à sa souffrance. L'infirmière en psychiatrie insiste d'ailleurs sur la « *disponibilité téléphonique assurée pour les patients entre les consultations* », ce qui montre que la transmission est une démarche collective où chaque professionnel constitue un maillon essentiel de sécurité.

Synthèse de la première partie :

Cette analyse met en avant un point important à comprendre : le silence, la réticence aux soins et le repli ne sont pas des refus de ma présence, mais des signes cliniques de la souffrance liée au traumatisme. Mon rôle infirmier sera alors de créer un environnement assez sécurisant pour que la patiente puisse se sentir en confiance pour expliquer ses besoins et son ressenti. L'évaluation du risque suicidaire via le RUD est indispensable pour s'assurer de la sécurité de la patiente.

Cependant, comment puis-je mobiliser cet outil face à une patiente dont le silence semble infranchissable ? Poser des questions directes sur le suicide nécessite d'avoir préalablement instauré une relation de confiance.

Cette interrogation conduit à explorer le rôle fondamental de l'alliance thérapeutique dans la relation infirmière-patiente.

Partie 2 : l'alliance thérapeutique comme outils de sécurité dans la relation infirmière patiente

L'analyse précédente a révélé que l'évaluation du risque suicidaire est indispensable, mais comment la réaliser face à une patiente mutique ? Dans ma situation, la patiente ne répondait que par « oui » ou « non », évitait mon regard et est repartie sans avoir verbalisé sa détresse. Mon erreur n'était pas seulement de ne pas avoir évalué le RUD, mais de ne pas avoir créé les conditions relationnelles permettant cette évaluation.

L'alliance thérapeutique est un des éléments principaux dans les soins relationnels. Selon Bordin (1979), elle se définit comme « *la qualité et la force du lien collaboratif entre le thérapeute et le patient* ». Elle est composée de 3 éléments indispensables :

- L'accord sur les objectifs du soin.
- L'accord sur les tâches à accomplir
- Le développement d'un lien affectif mutuel basé sur la confiance et le respect.

Martin, Garske et Davis (2000) précisent que cette alliance constitue « *le meilleur prédicteur de l'efficacité thérapeutique, indépendamment du type d'intervention* », confirmant son rôle indispensable dans le processus de soin.

Dans le contexte des violences sexuelles, la haute autorité de santé (HAS, 2025) insiste sur le fait que « *la qualité de l'alliance thérapeutique est le principal facteur de protection contre le passage à l'acte suicidaire* », précisant que sans ce lien de confiance, les outils d'évaluation comme le RUD ne sont plus efficaces car la patiente peut prendre le choix de dissimuler certaines pensées par manque de confiance envers l'infirmière. L'alliance thérapeutique n'est donc pas un simple cadre ou une qualité relationnelle : elle est un outil à part entière, capable de transformer le silence en parole et la méfiance en confiance.

Si l'alliance thérapeutique apparaît comme une condition indispensable à l'évaluation et à la sécurité de la patiente, il convient d'abord de s'interroger sur la nature même de la relation infirmière-patiente. Pourquoi la simple présence du soignant ne suffit-elle pas toujours à créer une rencontre thérapeutique, en particulier auprès de patientes traumatisées ?

2.1) La relation infirmière-patiente : quand la présence ne suffit pas à créer une rencontre

Comprendre ce qui fonde une relation de soins adaptés :

Manoukian définit la relation comme une « rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires » (Manoukian, 2008, p. 9-10), tandis que Formarier précise que « chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures » (Formarier, 2007, p. 34). Cette conceptualisation éclaire directement ce que rapporte l'infirmière en psychiatrie lors de sa première prise en charge : elle se sentait « *mal à l'aise face à la situation* » et reconnaît qu'elle « *aurait dû être accompagnée par un collègue* », témoignant que la rencontre initiale avec une patiente traumatisée nécessite une préparation spécifique. L'infirmière libérale confirme cette complexité en expliquant que les patientes arrivent « *déjà très renfermées sur elles-mêmes* » et perçoivent les établissements de santé comme « *des lieux où l'écoute et la communication ne sont pas présentes du fait du manque de temps* », révélant que l'histoire traumatique de la patiente contamine immédiatement la perception qu'elle a de la relation soignante.

Dans ma situation, lorsque j'ai rencontré la patiente en salle d'attente, j'étais dans mon rôle institutionnel (« je venais chercher la patiente de 17 ans pour les prélèvements »), mais cette patiente, elle, ne venait pas chercher une infirmière : elle venait chercher de l'aide après un viol. Nos attentes étaient différentes : moi, je pensais à réaliser les soins techniques ; elle, elle avait besoin d'être en sécurité et qu'on reconnaisse son statut de victime. Cette différence a créé un premier décalage que je n'ai pas réussi à identifier, illustrant ce que décrit Formarier : sa dernière interaction a été un viol, donc quand je suis arrivée pour réaliser les soins (une nouvelle intrusion dans son intimité), elle a dû percevoir ma présence comme n'étant pas sécurisante.

Cela met en évidence que ma simple présence institutionnelle ne suffit pas à créer une relation de soins : pour transformer cette rencontre formelle en une véritable alliance, je dois d'abord reconnaître que la patiente arrive avec une histoire traumatique qui influence sa manière de me percevoir, et mon rôle consiste à déconstruire cette perception de menace pour créer un espace de sécurité, ce que l'infirmière libérale synthétise en insistant sur la nécessité de « *privilegier la communication et d'instaurer un temps limite* » plutôt que de se précipiter sur les soins techniques.

La communication : transformer le malaise en posture professionnelle

La communication est définie comme « l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation d'une ou plusieurs personnes » (Anzieu & Martin, 1968, p. 189), et Bioy souligne que « le langage du corps est le seul qui soit sincère » (Bioy, Bourgeois, & Negre, 2009, p. 53), signifiant que lorsque nos mots contredisent notre posture, c'est le non-verbal qui est perçu comme le véritable message. L'infirmière en psychiatrie rejoint ces propos en illustrant avec une situation. En effet, elle a expliqué que lors de l'entretien avec la patiente, elle a été « *mise en difficulté* », ce qui a conduit la patiente à ressentir l'entretien « *comme agressif* », montrant que sa gêne s'est lue à travers son non-verbal malgré le fait qu'elle voulait l'aider. L'infirmière libérale confirme cette difficulté en expliquant que les soignants « *ne savaient pas comment s'y prendre avec les victimes* », ce qui conduit à de l'hésitation qui renforce la méfiance des patientes.

Dans ma situation, j'ai tenté d'engager une conversation « pour créer un lien » en posant des questions sur ses centres d'intérêt, mais ma gêne intérieure (« j'ai peur d'être intrusive, je ne sais pas quoi dire ») s'est lue dans mon non-verbal : mon regard et ma voix hésitante ont envoyé un message contradictoire. Mes mots disaient « je suis là pour t'aider », mais mon corps disait « je suis mal à l'aise et je ne sais pas quoi faire pour t'aider », et la patiente a peut-être perçu cet inconfort, limitant ainsi la création d'une alliance thérapeutique. C'est ce que Carl Rogers appelle le manque de congruence, cette incohérence entre ce que je ressens, ce que je dis, et ce que je montre.

Cela implique pour ma pratique infirmière que, avant de chercher à communiquer avec la patiente, je dois d'abord travailler sur ma propre communication interne : accepter mon malaise, le reconnaître, et choisir consciemment de ne pas le laisser contaminer la relation, ce qui passe par des techniques concrètes que l'infirmière en psychiatrie a identifiées après réflexion : « *travailler sur soi-même, ses émotions et sa connaissance de soi* » et « *distinguer ses propres émotions de celles du patient* », permettant ainsi à mon corps de dire « tu es en sécurité ici, je peux accueillir ta douleur » plutôt que de transmettre mon propre inconfort.

Le cadre réglementaire comme légitimité professionnelle

Le Code de déontologie (article R4312-2 du CSP) définit la relation infirmière-patient comme « *une relation d'aide et de soutien* », et l'article R4311-5 précise que « *l'infirmière a le devoir d'évaluer les besoins de la patiente, légitimant ainsi le fait de poser des questions*

sur le vécu traumatique, d'évaluer le risque suicidaire, et de proposer un soutien psychologique ». Ce ne sont donc pas des intrusions mais des obligations professionnelles.

L'infirmière libérale souligne le cadre en expliquant que « *les soignants peuvent appeler des numéros dédiés aux victimes de violences sexuelles afin d'obtenir des conseils* », confirmant que le cadre professionnel offre des ressources pour exercer ce rôle. Pourtant, l'infirmière en psychiatrie fait part d'un écart entre ce cadre et le ressenti en situation : elle s'est sentie « *mise en difficulté* », se demandant si elle avait la « *capacité à aider la patiente* », révélant que connaître le cadre légal ne suffit pas à avoir une posture professionnelle assumée. Dans ma situation, j'ai pensé : « Si je lui parle du viol, je vais la brusquer », mais en ne lui en parlant pas, je lui ai envoyé un autre message : « Ce qui t'est arrivé est tellement grave que même l'infirmière n'ose pas en parler », isolant davantage la patiente.

Cela met en évidence que connaître le cadre légal me libère de la peur d'être intrusive : je ne suis pas intrusive. Je suis une infirmière mandatée, et je peux dire à la patiente : « Je sais que tu as vécu quelque chose de très difficile. Mon rôle ici, c'est de m'assurer que tu es en sécurité, physiquement et psychologiquement. Pour cela, j'ai besoin de te poser quelques questions. Tu n'es pas obligée de répondre, mais je suis là pour t'écouter si tu en as besoin », phrase que l'infirmière libérale synthétise en insistant sur l'importance « d'expliquer *que rien n'est sa faute* » et de « *rassurer la victime* », transformant ainsi la légitimité formelle en posture relationnelle sécurisante.

Comprendre les limites de la relation de soins amène à une nouvelle question : **comment transformer une relation marquée par la méfiance, la peur et la culpabilité en une relation de confiance ?**

L'alliance thérapeutique apparaît alors comme un processus dynamique permettant de restaurer un sentiment de sécurité et de redonner une place active à la patiente dans sa prise en soins.

2.2) L'Alliance thérapeutique : de la méfiance à la confiance

Comprendre ce qui a été brisé par le traumatisme

Le modèle de Hildegard Peplau décrit la relation de soins comme un processus évoluant par phases : orientation (le patient identifie si le soignant est une ressource fiable), identification (le patient commence à faire confiance), exploitation (le patient utilise la relation pour progresser) et résolution (le patient devient autonome). Comment faire quand un patient nous voit comme une menace ? En psychiatrie, on constate que si une personne n'a pas le

sentiment d'être en sécurité, il devient très difficile, parfois même impossible, d'engager et de maintenir une alliance thérapeutique. La souffrance qu'elle ressent peut parfois s'exprimer par de la colère ou un rejet adressé à l'infirmière. Il ne s'agit pas d'une agressivité volontaire, mais plutôt d'une réaction liée à la méfiance et à la peur d'être de nouveau blessée.

Selon une infirmière travaillant en psychiatrie, la culpabilité est souvent le premier frein à prendre en compte dans l'accompagnement. Avant toute intervention technique, l'infirmière a d'abord pour mission de créer un climat de sécurité afin que la personne ne vive plus la présence de l'infirmière comme une menace. L'accompagnement commence à avoir une réelle utilité pour le patient dès lors qu'une relation de confiance s'installe.

Dans ma situation, la patiente était figée et en retrait avant même la phase d'orientation : ses réponses simples par oui ou par non, son regard baissé et ses larmes traduisent qu'elle ne cherchait même pas à évaluer si j'étais une ressource fiable, elle me percevait probablement comme une menace potentielle. Pourquoi cette méfiance ? Elle a perdu tout sentiment de confiance après son agression. En effet, après des violences sexuelles, la victime est en alerte constante afin de savoir si elle est en sécurité ou non.

J'ai involontairement présenté certains signes d'insécurité : je l'ai conduite dans une salle fermée, ce qui pouvait lui rappeler l'enfermement, je lui ai demandé d'ouvrir la bouche et de retirer son gilet, gestes qui peuvent faire penser à ceux de l'agression. Et surtout, mon propre malaise était visible, ce qu'elle a probablement interprété comme un jugement. La patiente a pu ressentir ce décalage et a sûrement pensé que l'infirmière ne pouvait pas l'aider.

Cela met en évidence que la méfiance n'est pas un défaut de la patiente, c'est une réaction adaptative à un trauma, et mon rôle n'est pas de forcer la confiance, mais de créer un environnement suffisamment sécurisant pour que la patiente puisse, à son rythme, évaluer si je suis digne de confiance, ce que l'infirmière libérale synthétise en insistant sur la nécessité d'« *instaurer un temps limite afin de donner l'opportunité à la victime de pouvoir s'exprimer librement* », reconnaissant que la confiance nécessite du temps et ne peut être précipitée.

Les leviers concrets de l'alliance thérapeutique

On peut se référer à Carl Rogers pour qui la relation thérapeutique se fonde sur la congruence, c'est-à-dire l'authenticité du soignant, l'empathie, qui est la capacité de comprendre l'autre dans ce qu'il vit sans le juger, et le regard positif inconditionnel,

autrement dit l'acceptation totale de la personne. La HAS considère également en 2025 que la qualité de l'alliance thérapeutique est le seul facteur de protection contre le passage à l'acte suicidaire.

L'infirmière en psychiatrie illustre bien l'importance de la congruence décrite par Carl Rogers. À la suite de sa première prise en charge, elle a pris conscience qu'elle aurait dû avouer ses limites à la patiente et se faire accompagner par une collègue. En voulant paraître compétente, elle a manqué d'authenticité. La patiente a ressenti ce décalage et en a conclu que l'infirmière ne pouvait pas l'aider.

L'infirmière libérale illustre concrètement comment construire cette alliance en expliquant qu'il faut « *rassurer la victime et lui expliquer que rien n'est sa faute* » et « *privilégier la communication* », ce qui montre que la confiance se construit par des actes de reconnaissance explicites.

Dans ma situation, j'ai manqué de congruence : ma gêne (peur d'être intrusive) a contredit mon rôle de base (infirmière), et la patiente a senti cette incohérence. De plus, j'aurais dû restituer le pouvoir à la patiente : après un viol, la victime a perdu tout contrôle sur son corps et sa vie, et mon rôle consiste à lui rendre ce contrôle dans le soin. Concrètement : « Est-ce que tu es d'accord pour que je fasse ces prélèvements ? », « Je vais avoir besoin que tu ouvres la bouche. Je te préviens avant de toucher, et si à un moment tu veux que j'arrête, tu me le dis, d'accord ? ».

Cela met en évidence que la confiance se construit par des micro-actes relationnels : chaque fois que je demande le consentement, que j'explique avant de toucher, que je laisse du temps, que je valide les émotions de la patiente (« C'est normal d'avoir peur », « Tu n'as rien à te reprocher »), je pose une brique dans la construction de l'alliance thérapeutique, ce que l'infirmière en psychiatrie a compris rétrospectivement en insistant sur l'importance de « *travailler sur soi-même* » et d'« *approfondir les questions* » pour permettre à la patiente de se sentir véritablement écoutée et comprise.

Même si l'alliance thérapeutique est souvent présentée comme un élément essentiel de la relation de soins, elle doit aussi se traduire concrètement dans les pratiques et les échanges entre le soignant et le patient, et pas seulement rester une idée théorique. La question centrale est la suivante : **dans la pratique quotidienne, de quelles façons l'infirmière peut-elle construire, entretenir et protéger cette relation lors de ses échanges avec la personne soignée ?**

L'entretien infirmier et l'attestation clinique apparaissent alors comme des leviers essentiels de cet accompagnement.

2.3) L'accompagnement infirmier : outils au service de l'alliance

L'entretien infirmier : structurer la parole pour sécuriser le parcours

L'entretien infirmier de soutien n'est pas une simple discussion : c'est un acte de soin à part entière visant à redonner à la patiente le contrôle sur son récit, permettant de valider la réalité du vécu traumatique, de diminuer le sentiment de culpabilité, d'évaluer les impacts psychotraumatiques, de repérer le risque suicidaire et d'orienter vers les ressources. L'infirmière en psychiatrie a décrit les étapes de cet entretien : elle a tenté « *d'approfondir les questions* » pour comprendre ce que la patiente ressentait mais reconnaît que ses questions ont été vécues « *comme agressives* » par la patiente, démontrant qu'un entretien mal conduit peut amener à une rupture de confiance.

Dans ce contexte, je n'ai pas mené d'entretien structuré. Je me suis surtout centrée sur les actes techniques prescrits, comme les prélèvements et la vaccination. Je n'ai pas fait intervenir mon rôle propre dans l'évaluation clinique et la surveillance de l'état de la personne soignée. Avec le recul, je constate que j'avais déjà repéré des signes de mal-être chez la patiente : elle pleurait, parlait peu, gardait le silence et semblait se replier sur elle-même.

À ce moment-là, je ne savais pas vraiment comment intervenir ni comment l'accompagner autrement qu'en appliquant les gestes techniques. Avec le recul, j'identifie un manque de repères pour apporter un soutien plus global, au-delà de l'aspect strictement pratique. Le fait de ne pas disposer d'une méthode clairement définie pour orienter mon intervention m'a placée en difficulté et, finalement, la patiente est repartie sans l'accompagnement adapté à ses besoins. Cette expérience m'a montré qu'il est indispensable de lier, à chaque fois, l'évaluation clinique au geste technique afin d'assurer une prise en charge à la fois sûre et respectueuse de la personne.

Je comprends maintenant que c'est une rupture dans sa prise en charge. J'aurais certes dû me présenter comme étudiante infirmière, mais surtout comme une personne présente pour veiller à sa sécurité. L'instauration de ce cadre sécurisant aurait constitué un préalable

essentiel pour l'inviter à mettre des mots sur son ressenti, et ainsi permettre une évaluation du risque suicidaire à l'aide de la grille RUD, menée de manière moins frontale et plus apaisée.

Enfin, une orientation adaptée et une traçabilité rigoureuse s'imposaient, notamment par la remise de ressources utiles et la transmission des informations pertinentes à l'équipe soignante, afin d'assurer une continuité dans la prise en charge.

Cette trame structurée permet de créer un cadre sécurisant, d'évaluer les risques, de réaliser les soins sans retraumatiser, et d'assurer la continuité des soins. L'infirmière libérale le confirme en insistant sur la nécessité d'« *orienter les patientes vers des professionnels en capacité de pouvoir les aider* », et l'infirmière en psychiatrie ajoute l'importance d'une « *disponibilité téléphonique assurée pour les patients entre les consultations* », démontrant que l'entretien infirmier est l'outil qui matérialise l'alliance thérapeutique en actes de soins concrets, ne se limitant pas à « discuter pour discuter » mais constituant une évaluation clinique rigoureuse préservant l'alliance thérapeutique.

L'attestation clinique infirmière : transformer l'observation en protection

Selon l'article R.4312-23 du Code de la santé publique, l'infirmière peut établir des attestations documentant les observations cliniques, et ce document constitue un lien direct entre l'évaluation clinique et la protection juridique de la patiente. L'infirmière libérale mentionne l'importance « *d'orienter vers des professionnels* » mais ne cite pas l'attestation clinique, suggérant une méconnaissance de cet outil.

L'infirmière en psychiatrie rejoint les propos de l'infirmière libérale expliquant qu'elle ne connaît pas l'attestation clinique infirmière. Même au sein de services spécialisés, l'attestation clinique infirmière reste un outil encore méconnu. Lors de cette prise en charge, je n'ai pas rédigé d'attestation clinique infirmière, simplement parce que j'ignorais l'existence de ce document. Cette méconnaissance a eu des conséquences concrètes : aucune trace écrite de la détresse exprimée par la patiente et aucune information formalisée transmise à l'équipe soignante.

L'attestation clinique infirmière ne doit pas être considérée comme un simple document ; elle atteste d'une réelle évaluation clinique de l'infirmière. Elle constitue une reconnaissance du traumatisme de la patiente. Effectivement, le fait de mettre sa souffrance par écrit lui

donne un statut reconnu et contribue à légitimer ce qu'elle a vécu dans le cadre de sa prise en charge.

De plus, son rôle ne se limite pas à cela. Ce document participe à la continuité de la prise en charge en garantissant une traçabilité précise et fiable des observations faites lors de l'évaluation clinique. Il constitue ainsi un moyen concret de protéger la patiente, tout en appuyant l'intervention professionnelle de l'infirmière.

De plus ce document joue un rôle essentiel dans la continuité de la prise en charge notamment si la patiente décide de déposer plainte. En effet, depuis 2025, la HAS considère cette attestation comme un élément clé pour orienter les patientes vers les dispositifs de protection judiciaire.

L'écart entre ce que devrait faire l'infirmière et ce qui se passe réellement est clairement démontré par des enquêtes. En effet, une enquête menée en 2016 sur la prise en charge, des violences sexuelles en milieu hospitalier met en évidence la faible utilisation de l'attestation clinique infirmière : sur dix situations, une seule a donné lieu à la rédaction de ce document. Ce constat souligne à quel point cet outil reste encore peu intégré dans les pratiques professionnelles, y compris dans des contextes pourtant spécialisés.

Synthèse de la partie 2

Cette analyse montre que l'alliance thérapeutique ne se décrète pas, mais qu'elle se construit progressivement à travers des micro-actes du soin, tels que la transparence, la restitution du pouvoir à la patiente et la congruence du soignant. L'entretien infirmier structuré apparaît alors comme un support essentiel pour évaluer la situation, orienter la prise en charge et assurer une traçabilité adaptée, tout en préservant cette alliance. Par ailleurs, l'attestation clinique infirmière constitue un outil à la fois clinique et juridique indispensable, permettant de sécuriser le parcours de la patiente et de reconnaître officiellement sa situation.

Les témoignages des infirmières confirment que la difficulté rencontrée lors de ma prise en soins n'était pas une incompétence personnelle, mais le reflet d'un problème réel : l'existence de recommandations de bonnes pratiques et d'outils spécifiques (attestation clinique, entretien structuré) qui ne sont ni connus, ni appliqués par les infirmières de terrain.

Dès lors, mon questionnement initial évolue, je ne cherche plus à comprendre en quoi les violences sexuelles impactent la relation, mais plutôt comment l'infirmière peut-elle mobiliser les outils et recommandations afin d'instaurer une relation de soins sécurisante

auprès d'une patiente victime de violences sexuelles ? C'est cette question qui m'a permis d'élaborer une question de départ :

En quoi l'écart entre les recommandations de bonnes pratiques et leur application sur le terrain impacte-t-il la prise en soins infirmière des patientes victimes de violences sexuelles ?

Présentation de la démarche exploratoire

Après avoir déterminé ma question de départ, il m'a paru essentiel d'identifier et de définir précisément les concepts qui structurent cette recherche. Ces concepts constituent le cadre théorique de la démarche exploratoire et ont guidé la construction du guide d'entretien ainsi que l'analyse des données recueillies auprès des infirmières interrogées.

L'exploration de la littérature scientifique et des recommandations de bonnes pratiques met en évidence l'existence de consignes concernant la prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles. Ce cadre repose sur des recommandations de bonnes pratiques qui mettent en avant l'importance de prendre en compte non seulement l'aspect clinique mais aussi le côté relationnel et organisationnel du soin. Ils accordent toute l'importance au fil conducteur de la prise en soins : accueillir la personne, construire puis entretenir l'alliance thérapeutique, évaluer le risque suicidaire, utiliser des outils (RUD, entretien infirmier, attestation clinique), pour finir travailler en collaboration pour optimiser la prise en soins des patientes ayant été victimes de violences sexuelles.

Les premiers entretiens avec des infirmières ont rapidement montré que ces recommandations restent parfois difficiles à appliquer sur le terrain. On observe souvent un décalage entre les recommandations et les pratiques réelles, lié aux contraintes de l'organisation, à la charge émotionnelle de ces situations et au manque d'outils concrets pour orienter l'action.

Deux concepts centraux ont ainsi émergé de la démarche exploratoire :

- **Les recommandations de bonnes pratiques**, entendues comme le cadre de référence structurant la prise en soins infirmière ;
- **L'écart**, défini comme la distance entre ce cadre normatif et les pratiques réellement mises en œuvre sur le terrain.

La notion de **prise en soins infirmière** est ici intégrée au sein du concept de recommandations de bonnes pratiques, celles-ci englobant l'ensemble des dimensions du soin relationnel, clinique et organisationnel mobilisées par l'infirmière auprès des patientes victimes de violences sexuelles.

Ces deux concepts sont interdépendants : comprendre les recommandations permet de définir ce qu'est une prise en soins de qualité, et analyser l'écart permet d'identifier pourquoi ces recommandations ne sont pas (ou mal) appliquées. C'est cette articulation qui structure mon exploration du terrain. Je vais donc tout d'abord commencer par définir le concept de recommandation de bonnes pratiques.

Recommandations de bonnes pratiques

Les recommandations de bonnes pratiques : un cadre de référence théorique

Selon la haute autorité de santé (HAS), les recommandations de bonnes pratiques correspondent à des propositions élaborées selon une méthodologie explicite, visant à aider les professionnels et les patients à orienter les décisions de soins dans des situations cliniques données (HAS, 2022). Elles reposent sur des données scientifiques et visent à harmoniser les pratiques professionnelles entre infirmières.

Accueillir une personne victime de violence sexuelle demande à l'infirmière une approche globale, qui combine les soins physiques et le soutien moral. Quand on regarde les recommandations (de l'OMS, de la HAS ou de la MIPROF), on voit bien que ce n'est pas juste une question d'appliquer des règles. Il faut surtout savoir détecter les violences au plus vite, en étant vraiment à l'écoute et en ne s'arrêtant pas juste aux blessures apparentes. Les professionnels de santé, dont les infirmiers, sont encouragés à adopter une posture proactive, fondée sur des questions ouvertes et directes, dans un cadre sécurisant et non jugeant.

Ensuite, la qualité de la relation soignante est identifiée comme un élément central de la prise en soins. Pour établir une alliance thérapeutique solide et réduire le risque de re-traumatisation, certaines compétences sont essentielles dans la prise en charge. Il s'agit d'abord d'être à l'écoute de la patiente, de prendre en compte ce qu'elle a vécu, de respecter son rythme, et de s'assurer à chaque étape qu'elle donne bien son accord aux soins proposés. Ces gestes, simples mais indispensables, contribuent à instaurer un cadre à la fois sûr et apaisant, dans lequel la patiente se sent réellement écoutée et respectée.

Les recommandations insistent aussi sur la nécessité d'une approche pluridisciplinaire, qui

associe, au-delà des équipes médicales et paramédicales, des psychologues, des travailleurs sociaux et des associations spécialisées. Cette coordination vise à garantir la continuité du parcours de soins et à offrir un accompagnement ajusté aux besoins propres à chaque patiente, en prenant en compte sa vulnérabilité ainsi que son vécu traumatique.

Enfin, certaines sources mettent en lumière l'importance de l'évaluation du risque suicidaire chez les personnes victimes de traumatismes, soulignant le lien étroit entre violences sexuelles, détresse psychique et risque de passage à l'acte.

Ce cadre existe, il est précis, il est structuré. Pourtant, mes entretiens avec 2 infirmières de terrain révèlent qu'il n'est pas appliqué. Pourquoi ? C'est ce qu'explore le concept suivant : l'écart entre le cadre normatif et la pratique réelle.

Ecart

L'écart désigne la distance entre le cadre normatif (ce que préconisent les recommandations de bonnes pratiques) et la pratique réelle (ce qui est effectivement réalisé sur le terrain par les professionnelles). Grol et Grimshaw (2003) définissent cet écart comme « *la différence entre ce qui devrait être fait selon les données probantes et ce qui est fait en pratique clinique* ». Cabana et al. (1999) identifient plusieurs dimensions à cet écart :

- Dimension cognitive (méconnaissance des recommandations)
- Dimension comportementale (difficulté à modifier les pratiques)
- Dimension organisationnelle (contraintes de temps et de ressources)
- Dimension attitudinale (résistance au changement).

Dans le contexte des violences sexuelles, l'infirmière libérale témoigne directement de cet écart lorsqu'elle explique que « *les infirmiers travaillant aux urgences n'ont pas de formation sur la prise en charge de ces victimes et ne savent pas comment s'y prendre* », ce qui révèle une dimension cognitive (méconnaissance des outils) suivie d'une dimension organisationnelle (absence de formation institutionnelle). L'infirmière en psychiatrie quant à elle illustre la dimension comportementale en reconnaissant qu'elle s'est sentie « *mise en difficulté* » et qu'elle « *aurait dû être accompagnée par un collègue* ».

Dans la situation vécue, cet écart s'est manifesté à la fois sur le plan cognitif et comportemental. Je connaissais l'existence d'un risque suicidaire chez les victimes de violences sexuelles, mais je n'ai pas su mobiliser l'outil RUD pour l'évaluer. L'infirmière en libéral rejoint ce constat et témoigne qu'elle a à certains moments pu se retrouver perdue,

avec peu de repères concrets. Le décalage entre la théorie et la pratique ne tient pas seulement à un manque de connaissances. Cette situation renvoie à une tension plus complexe, qui tient à la fois aux exigences du poste, aux limites de l'organisation et à une gêne souvent difficile à formuler lorsqu'il s'agit d'être confronté à la souffrance traumatique des patientes. Cette barrière psychologique ne s'estompe pas par la seule introduction de procédures formalisées, même si elles restent indispensables.

Campbell et al (2019) expliquent que l'absence de protocole à l'hôpital entraîne une forte variabilité de la qualité des soins et augmente le stress des soignantes. De leur côté, Hegarty et Al. (2013) proposent une approche similaire, ils indiquent que l'absence de formation augmente le sentiment d'insécurité chez les soignantes et réduit leur capacité à répondre de manière adéquate aux besoins des patientes.

L'infirmière libérale rejoint ce constat en soulignant « *l'absence de protocole au sein des urgences pour ce type de prise en charge* », précisant que même s'il existait, « *les soignants non formés voudraient suivre profondément le protocole sans prendre en compte les besoins et les plaintes qui sont différentes pour chaque patiente* », mettant en avant une tension entre le besoin de protocole et la nécessité de s'adapter à chaque situation clinique.

L'infirmière en psychiatrie témoigne des conséquences concrètes de cet écart : son entretien avec la patiente a été vécu « *comme agressif* » parce qu'elle n'a pas su adapter sa posture malgré ses bonnes intentions, et une « *procédure judiciaire prévue le mardi suivant* » n'a pas été suffisamment creusée, créant une rupture dans le parcours de soins.

Dans ma situation, cet écart s'est traduit par une improvisation relationnelle : j'ai tenté de « créer un lien » en posant des questions sur ses centres d'intérêt, sans cadre structuré, sans évaluation du RUD, sans remise d'attestation clinique, et sans orientation vers des ressources spécialisées (3114, associations), laissant finalement repartir la patiente « tête baissée, les larmes aux yeux, sans un mot ».

Une étude de l'université de Berkeley (2012) confirme qu'un nombre important d'infirmières manquent de préparation pour une prise en charge adaptée des victimes de violences sexuelles, ce qui peut entraîner des erreurs et une prise en charge inadaptée. Cela met en évidence que l'écart n'est pas seulement théorique : il comporte des conséquences directes sur la sécurité des patientes, ce qui génère des ruptures de soins et un sentiment

d'impuissance chez les professionnelles qui témoignent, comme l'infirmière libérale, d'un accompagnement qu'elles ne jugent « pas *très efficace* ».

Synthèse de l'écart :

L'analyse de cet écart révèle que la difficulté rencontrée par les infirmières, et que j'ai moi-même vécue lors de ma prise en soins, n'est pas une incompétence personnelle mais le reflet d'un problème systémique. Les recommandations existent (HAS, OMS, MIPROF), les outils existent (RUD, attestation clinique, 3114), les formations existent (MIPROF, formations Sentinelle), mais ils ne parviennent pas aux professionnelles de terrain. Les causes de cet écart sont multiples et interdépendantes : absence de diffusion de l'information, absence de formation initiale et continue obligatoire, absence de protocoles dans les services, manque de temps institutionnellement protégé pour la relation thérapeutique, et malaise émotionnel face au traumatisme que la seule connaissance théorique ne suffit pas à résorber.

C'est l'articulation de ces écarts qui a permis l'élaboration d'un guide d'entretien afin de pouvoir réaliser 3 entretiens semi-directifs avec des infirmières travaillant dans différents services :

Le premier entretien a été réalisé avec une infirmière exerçant au sein d'une association pour femmes victimes de violences. Elle a été sélectionnée en raison de son expérience : quotidiennement confrontée à des patientes ayant subi des violences sexuelles, elle possède ainsi une expérience pratique et détient tous les outils nécessaires à leur prise en charge.

Le deuxième entretien a été réalisé avec une infirmière exerçant en espace de santé publique. Cette professionnelle correspond totalement au contexte de ma situation de départ, survenu lors de mon stage dans un service similaire. Les espaces de santé publique reçoivent des patientes victimes de violences sexuelles pour des examens médicaux tels que les prélèvements biologiques et la recherche d'infections sexuellement transmissibles.

Le troisième entretien a été réalisé avec une infirmière ayant exercé dans un service d'urgences hospitalières. Les urgences sont des lieux où l'on réalise tout type de prise en charge qu'elle soit médicale ou médico-légale, et où les personnes sont orientées vers d'autres structures.

Afin de structurer ces entretiens j'ai réalisé un guide d'entretien qui tourne autour de 4 grands axes :

- La posture professionnelle face aux violences sexuelles

- Les ressources disponibles au sein des structures
- Les obstacles rencontrés dans la relation de soins
- Les besoins en termes de formation ou d'outils spécifiques.

Mon objectif était de comprendre comment les infirmières de terrain appréhendent la prise en soins des victimes de violences sexuelles, quels outils elles mobilisent, quelles difficultés elles rencontrent, et quelles ressources elles souhaiteraient avoir pour améliorer leur pratique. Les résultats de cette exploration sont présentés dans la partie suivante.

À travers ces trois entretiens, on observe que chaque structure aborde la prise en charge sous un angle différent : l'association s'occupe surtout du côté psychologique et social tandis que l'espace de santé publique traite des aspects médicaux et préventifs. Tandis que les urgences illustrent les contraintes organisationnelles et temporelles de l'accueil initial. Cette approche multisectorielle contribue à identifier à la fois les bonnes pratiques, les obstacles rencontrés, et les écarts entre les recommandations théoriques et leur application concrète sur le terrain, en lien direct avec la situation observée lors de mon stage.

Analyse des données recueilli

L'analyse des trois entretiens semi-directifs menés auprès d'infirmières exerçant dans des contextes différents (association spécialisée, espace de santé publique, urgences) révèle des convergences et des divergences dans la manière dont la prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles est appréhendée sur le terrain. Afin de saisir la réalité du terrain, j'ai choisi de ne pas simplement lister les témoignages, mais de les faire dialoguer avec la littérature scientifique. Cette mise en perspective m'a permis de dégager quatre axes de réflexion qui font écho aux défis de ma future pratique. À travers leurs récits, ce sont surtout l'absence de protocoles et le déficit de formation, tout comme la complexité du lien avec des patientes traumatisées et l'enjeu, parfois difficile, de la coordination pluridisciplinaire.

Chacune de ces thématiques sera analysée en confrontant les propos des infirmières aux recommandations de bonnes pratiques et aux données scientifiques, dans le but de mieux comprendre l'écart existant entre la théorie et la pratique.

Thématique n° 1 : l'absence de protocole et l'improvisation professionnelle

Constat : une hétérogénéité majeure en fonction des services

Les entretiens menés auprès des trois infirmières interrogées mettent en évidence une forte hétérogénéité concernant l'existence et l'application de protocoles structurés. L'infirmière exerçant en espace de santé publique indique ainsi : « On n'a pas vraiment de recommandations, on utilise notre bon sens. » Ce constat est partagé par l'infirmière travaillant en association, qui précise : « Il n'y a rien d'officialisé, on se dit des choses entre nous. »

À l'inverse, seule l'infirmière des urgences mentionne l'existence d'un protocole structuré, mis en place via l'unité médico-judiciaire (UMJ). Toutefois, elle nuance immédiatement son propos en soulignant les limites de son application : « La première fois, j'étais perdue, je n'avais pas le temps d'aller voir le protocole. »

Ces éléments soulèvent plusieurs interrogations. Pourquoi les protocoles, lorsqu'ils existent, sont-ils peu connus ou difficilement mobilisables par les infirmières ? L'infirmière des urgences évoque notamment le manque de temps comme obstacle majeur : dans un service souvent surchargé, il est complexe de consulter un document écrit lorsque la patiente est présente et en demande immédiate de soins.

Toutefois, cette difficulté révèle un problème plus profond. Lorsqu'un protocole n'est pas intégré dans la formation ou régulièrement travaillé en équipe, il demeure un document théorique, peu accessible en situation d'urgence. Campbell et al. (2019) soulignent d'ailleurs que l'absence de protocoles favorise une grande variabilité dans la qualité des soins et augmente le niveau de stress des soignants. De leur côté, Hegarty et al. (2013) montrent que le manque de formation accroît le sentiment d'insécurité des professionnels et limite leur capacité à répondre de manière adaptée aux besoins des patientes.

Ces travaux confirment ainsi que la simple existence de protocoles ne suffit pas : ceux-ci doivent être connus, appropriés et réellement mobilisables dans la pratique quotidienne.

Face à l'absence d'un cadre structuré, les infirmières développent alors des stratégies d'adaptation reposant principalement sur leur « bon sens », leur expérience personnelle et le soutien informel de collègues plus expérimentés.

L'infirmière de l'espace de santé publique explique : « On essaie d'utiliser un peu notre bon sens, à force on a quand même travaillé avec beaucoup de personnes. » L'infirmière des urgences témoigne : « La première fois, j'ai été accompagnée par mes collègues qui m'ont montré comment faire. »

Cette improvisation pose question. D'un côté, elle témoigne d'une capacité d'adaptation et d'une intelligence situationnelle des professionnels, qui parviennent à créer des réponses pertinentes malgré l'absence de cadre formel. À l'inverse, cette situation met en lumière une inégalité d'accès aux soins pour les victimes. En fonction du service dans lequel la patiente est prise en charge et de l'expérience de l'infirmière présente, l'accompagnement proposé peut varier considérablement. Certaines victimes bénéficient ainsi d'une prise en charge structurée et sécurisée, notamment aux urgences en lien avec l'unité médico-judiciaire, tandis que d'autres se voient proposer un accompagnement plus improvisé, parfois insuffisant, dans les services ne disposant pas de protocole formalisé.

Thématique n°2 : Le manque de formation comme facteur d'insécurité professionnelle

Constat : absence unanime de formation spécifique

Les trois infirmières interrogées déclarent unanimement ne pas avoir bénéficié d'une formation spécifique concernant la prise en charge des victimes de violences sexuelles, que ce soit au cours de leur formation initiale à l'IFSI ou dans le cadre de la formation continue. L'infirmière exerçant au sein de l'espace de santé publique précise ainsi : « Jamais ça n'a été abordé à l'école. Ce n'est pas un sujet qui avait été abordé. » Ce constat est partagé par l'infirmière travaillant en association, qui explique : « On n'a reçu aucune formation en école ou en hôpital. On a appris principalement sur le terrain, avec l'accompagnement de collègues plus expérimentés. » De son côté, l'infirmière des urgences évoque sa première expérience dans ce contexte : « La première fois, j'étais perdue. J'ai été accompagnée par mes collègues. »

Ces témoignages font écho aux travaux de Hegarty et al. (2013), qui montrent que l'absence de formation spécifique expose les soignants à un sentiment d'insécurité et limite leur capacité à répondre de manière adaptée aux besoins des patientes. Campbell et al. (2019) soulignent également que les professionnels non formés sont davantage susceptibles de commettre des maladresses relationnelles ou de formuler des jugements implicites, susceptibles d'aggraver la souffrance des victimes. Par ailleurs, une étude menée par l'université de Berkeley (2012) met en évidence qu'un nombre important d'infirmières manque de préparation pour assurer une prise en charge efficace des victimes de violences sexuelles, ce qui peut conduire à des erreurs et à des soins inadaptés.

L'ensemble de ces travaux souligne l'importance fondamentale de la formation pour garantir des soins de qualité et assurer la sécurité des patientes. Pourtant, les infirmières interrogées rapportent avoir essentiellement appris « sur le tas », en s'adaptant progressivement aux

situations rencontrées. En l'absence de formation institutionnelle, elles s'appuient principalement sur l'expérience et le soutien de collègues plus expérimentés pour développer leurs compétences dans ce domaine.

L'infirmière des urgences explique : « *La première fois, j'ai été accompagnée par mes collègues qui m'ont montré comment eux faisaient. Ça m'a beaucoup aidé après pour la suite.* » L'infirmière en association confirme : « *On a appris avec l'accompagnement de collègues plus expérimentés.* »

Cette transmission informelle présente des avantages : elle permet une adaptation au contexte spécifique du service, elle crée une solidarité entre collègues, et elle offre un soutien émotionnel face à des situations difficiles.

Thématique n°3 : Les obstacles relationnels liées au traumatismes

Constat : des comportements de fermeture et de dissociation

Les trois infirmières décrivent des comportements similaires chez les patientes victimes de violences sexuelles : fermeture, mutisme, dissociation, réticence aux soins. L'infirmière de l'espace de santé publique témoigne : « *Au début, j'ai l'impression d'avoir des robots devant moi. Elles sont très extérieures, très fermées. J'ai l'impression d'avoir une personne qui est vide.* » L'infirmière des urgences confirme : « *Il y en a qui sont très prostrés, qui ne vont pas vouloir qu'on les touche, qui ne vont pas vouloir discuter.* » L'infirmière en association ajoute : « *Au début, elles ne vont pas tout dire du premier coup. En fait, en posant des questions, on apprend beaucoup.* »

Ces comportements ne sont pas des refus de la relation, mais des manifestations cliniques du traumatisme. Muriel Salmona (2018) aide à comprendre ces réactions de défense. Ses travaux nous aident à comprendre que la dissociation est une protection face à un traumatisme : le cerveau se met en quelque sorte "hors ligne" pour échapper à la violence. Concrètement, cela se traduit par un regard absent, une froideur émotionnelle, et une incapacité à mettre des mots sur ce qu'il s'est passé. Peters et al. (2017) complètent cette analyse en soulignant que les victimes développent souvent une anxiété intense et une vigilance extrême, ce qui complique la relation de soins.

Ces connaissances permettent de comprendre les comportements observés. L'infirmière de l'espace de santé publique dit : « *J'ai l'impression d'avoir des robots devant moi.* » Ainsi, en découvrant que ces comportements sont des manifestations cliniques du traumatisme, on

comprend que ce sont en réalité des personnes dont le psychisme tente de survivre en se coupant des émotions. Comprendre ce mécanisme modifie profondément la posture du soignant : il ne s'agit plus simplement de « faire parler » la patiente, mais de créer un espace suffisamment sécurisant pour qu'elle puisse s'exprimer librement.

Les infirmières rapportent une difficulté initiale à interpréter le silence des patientes. Comme l'explique l'infirmière de l'espace de santé publique : « Lorsque je commence mon entretien d'enquête, au début, j'ai l'impression d'obtenir des réponses très fermées. »

L'infirmière en association confirme : « *Elles ne s'en rendent pas compte, mais il y a des liens derrière dans la situation qui vont suivre. En posant des questions, on apprend beaucoup.* »

Ce constat révèle une compétence essentielle : le silence n'est pas un vide, c'est une information clinique. Il indique que la patiente est en état de sidération, qu'elle ne fait pas encore confiance, qu'elle craint d'être jugée, ou qu'elle ne trouve pas les mots pour dire l'indicible. L'infirmière en association a développé une stratégie d'accueil qui prend en compte cette réalité : « *Je leur dis qu'elles disent ce qu'elles veulent, que si elles n'ont pas envie de me répondre, elles ne me répondent pas, que tout ce qui sera dit ne sera pas jugé. Je dis vraiment qu'on est dans un endroit bienveillant de non-jugement.* »

Cette posture transforme le silence en espace de liberté : la patiente sait qu'elle n'est pas obligée de parler, ce qui paradoxalement peut faciliter la parole.

Thématique n°4 : La pluridisciplinarité comme levier de compensation

Constat : une prise en soins collective plutôt qu'individuelle

Les trois infirmières insistent sur l'importance du travail d'équipe et de la coordination pluriprofessionnelle pour pallier les limites individuelles. L'infirmière en association décrit une prise en charge globale incluant : « *Une psychologue, une juriste, une ergothérapeute, une réflexologue, une prof de yoga, un coiffeur, un masseur, et la gendarmerie. L'infirmière coordonne tout ça.* » L'infirmière des urgences souligne : « *Si ça ne passe pas avec moi, j'envoie une collègue. C'est un travail collectif.* » L'infirmière de l'espace de santé publique confirme : « *On travaille avec des dispositifs d'écoute, des sage-femmes, des psychologues.* »

Cette pluridisciplinarité répond à un besoin de complémentarité : aucune profession ne peut, à elle seule, répondre à l'ensemble des besoins d'une victime de violences sexuelles. Mais

comment cette coordination se met-elle concrètement en place sur le terrain ? Les travaux de Garcia-Moreno et al. (2015) montrent que la coordination entre les différents professionnels constitue un élément clé d'une prise en charge efficace des victimes de violences sexuelles. Dans le même sens, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013) souligne l'importance d'une approche intégrée, associant soins médicaux, soutien psychologique, accompagnement social et orientation judiciaire.

Les témoignages recueillis auprès des infirmières interrogées viennent confirmer ces constats théoriques et mettent en évidence l'importance du travail en réseau dans la pratique quotidienne.

L'infirmière en association décrit une coordination formalisée, avec des réunions d'équipe hebdomadaires : « *Toutes les semaines, on fait des réunions d'équipe qui peuvent durer une à deux heures où vraiment on reprend certaines situations et on prend vraiment des décisions en équipe.* » Le témoignage de l'infirmière de l'espace de santé publique décrit une situation souvent observée dans la pratique : la coordination des soins est présentée comme réactive, mais elle repose encore surtout sur des échanges informels et demeure partielle. Le sentiment d'être « désarmée » vient souvent du manque de retours clairs. Dans ce contexte, la patiente peut avoir l'impression que sa prise en charge se réduit à une suite d'actes séparés, sans continuité ni mise en relation entre les étapes. La coordination devient alors un enjeu central : comment assurer un suivi cohérent quand les interventions des différents professionnels restent fragmentées et ne s'inscrivent pas dans une continuité clairement identifiable, aussi bien pour la patiente que pour le soignant ?

La réponse semble résider à la fois dans une meilleure circulation des informations, notamment grâce à des outils tels que le dossier médical partagé (DMP), et dans la désignation d'un professionnel pivot, comme l'infirmier référent, chargé d'assurer le lien entre les différents acteurs et d'éviter que la patiente ne se perde dans les failles du système de soins.

L'infirmière en association témoigne de l'efficacité de ces solutions : « On a plein de partenaires locaux, la gendarmerie, la maison des familles, la clinique. Du coup, c'est facile de faire le lien. »

Synthèse des éléments recueilli : vers une compréhension de l'écart

L'analyse thématique des trois entretiens révèle que l'écart entre les recommandations de bonnes pratiques et la pratique réelle ne s'explique pas par un seul facteur, mais par un système complexe d'interactions entre plusieurs dimensions :

1. Dimension cognitive : méconnaissance des recommandations, des outils (RUD, attestation clinique) et des dispositifs d'orientation (MIPROF, 3114)
2. Dimension formative : absence de formation initiale et continue, apprentissage « sur le tas », transmission informelle entre pairs.
3. Dimension organisationnelle : absence de protocoles dans la majorité des services, manque de temps aux urgences, absence de coordination formalisée entre professionnels
4. Dimension émotionnelle : malaise face au traumatisme, peur de « mal faire », difficulté à gérer le silence et la dissociation.
5. Dimension temporelle : tension entre l'idéal de la relation de confiance (qui nécessite du temps) et les contraintes organisationnelles (manque de temps)

Ces dimensions sont liées. Un manque de formation peut aggraver le malaise émotionnel des infirmières. Certaines finissent alors par éviter d'aborder le sujet avec la personne accompagnée, ce qui peut fragiliser l'alliance thérapeutique et réduire la qualité de la prise en charge. À l'inverse, dans les services où des protocoles sont présents et accessibles, comme aux urgences ou en unité médico-judiciaire, ce cadre peut en partie compenser les limites liées aux compétences ou à l'expérience de chacun. Il propose des repères précis et sécurise la prise en charge, à la fois pour l'infirmière et pour la patiente.

De même, une pluridisciplinarité formalisée, en lien avec le secteur associatif, contribue à soutenir les infirmières et à sécuriser la prise en charge des patientes.

Ces entretiens m'ont permis de relever 1 concept clé mis en évidence par les 3 infirmières interrogées : la formation. Il me semble donc intéressant de l'exploiter afin de mieux comprendre la prise en soins des femmes majeures victimes de violences sexuelles.

La formation comme levier de transformation du malaise en compétences

Les analyses précédentes ont mis en évidence un paradoxe professionnel : si le cadre réglementaire définit clairement le rôle propre infirmier (notamment en matière d'évaluation du risque suicidaire (RUD), de conduite de l'entretien clinique et de rédaction d'une

attestation), ces outils restent peu mobilisés dans la pratique quotidienne. Dans ma propre expérience, bien que j'aie connaissance, sur le plan théorique, de l'existence d'un risque suicidaire chez les victimes de violences sexuelles, je n'ai pas su l'identifier ni l'évaluer de manière adaptée.

Ce décalage entre les connaissances théoriques et la réalité du terrain est également exprimé par l'ensemble des infirmières interrogées. Celles-ci qualifient leur accompagnement de « pas très efficace », déclarent ne pas connaître l'attestation clinique infirmière et expliquent éviter d'aborder directement la question des violences, par crainte de « mal faire » ou d'aggraver la situation.

Cet écart entre le savoir théorique et le savoir-faire pose une question fondamentale : qu'est-ce que la formation propose pour que nous puissions exercer pleinement notre rôle infirmier face aux victimes de violences sexuelles ? Cette partie vise à analyser ce que la formation initiale apporte, à identifier les formations continues existantes en 2025, et surtout à comprendre comment la formation peut transformer le malaise du soignant en une posture professionnelle sécurisante.

Entre théorie et pratique : l'apport de la formation initiale

Lorsque je me suis entretenu avec les infirmières, elles ont toutes relevé le même constat : le manque de formation infirmière concernant la prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles. Elles n'étaient donc pas à l'aise avec la prise en soins et trouvaient leur accompagnement « pas très efficace ». Il m'a paru alors nécessaire d'effectuer des recherches sur les formations obtenues à l'IFSI concernant le repérage des violences.

Au cours de ma formation à l'IFSI, j'ai eu l'occasion d'assister à un cours magistral sur le repérage des femmes victimes de violences. Ce cours théorique posait les bases indispensables :

- Le questionnement direct : la nécessité de poser des questions claires et sans détour pour lever le tabou.
- Le repérage des conséquences : L'identification des impacts psycho-traumatiques (dissociation, conduites à risques, risques suicidaires).
- L'orientation : la connaissance des dispositifs de soutien pour les femmes victimes de violences.

Cependant, ma situation de stage a révélé un « fossé » entre le savoir théorique (connaître les signes) et le savoir-être (oser aborder le sujet). Si le cours m'a donné les outils intellectuels, il n'a pas suffi à désamorcer le malaise de la confrontation réelle au

traumatisme. Cela démontre que le repérage nécessite une préparation psychologique du soignant pour contenir la parole de l'autre.

Je me suis alors posé la question suivante : quelles sont les formations continues disponibles en 2025 pour permettre aux infirmières de développer leurs compétences après le diplôme ?

État des lieux des formations existantes en 2025 : des ressources méconnues mais essentielles

La formation MIPROF : des outils concrets pour le repérage et l'accompagnement

La mission interministérielle pour la protection des femmes (MIPROF) propose depuis 2013 des formations continues spécifiques pour les professionnels de santé. En 2025, ces formations ont été renforcées et incluent :

1. **Des kits pédagogiques téléchargeables** : Fiches pratiques sur le repérage des violences, la conduite de l'entretien, la rédaction de certificats médicaux
2. **Des formations en présentiel ou en e-learning** : Modules de 1 à 3 jours sur la prise en charge des victimes de violences sexuelles
3. **Des outils d'évaluation** : grilles de repérage, questionnaires validés, protocoles de soins
4. **Des focus sur la relation** : comment poser les questions sans retraumatiser, comment gérer le silence, comment orienter vers les bonnes ressources

Analyse de ma pratique : Lors de ma prise en soins, je ne connaissais pas l'existence de la MIPROF. Si j'avais eu accès à leurs kits pédagogiques, j'aurais trouvé des phrases types pour aborder le sujet avec la patiente :

- « Je vois que tu as vécu quelque chose de difficile. Est-ce que tu te sens en sécurité en ce moment ? »
- « Beaucoup de femmes dans ta situation se sentent coupables. Je veux que tu saches que rien de ce qui s'est passé n'est ta faute. »
- « J'ai besoin de te poser quelques questions pour m'assurer que tu es en sécurité. Tu n'es pas obligée de répondre, mais c'est important que je le demande. »

Ces phrases simples m'auraient donné un cadre, une structure pour entrer en relation avec la patiente sans improviser dans l'urgence.

Les deux infirmières interrogées ne connaissaient pas la MIPROF. Quand je leur ai demandé si elles avaient suivi des formations continues sur les violences, elles m'ont répondu : « On

ne savait pas que ça existait. » Ce qui pose question : comment peut-on exercer pleinement notre rôle si on ne connaît pas les ressources disponibles pour se former ?

Ce que j'en tire : la MIPROF propose des outils accessibles à toutes les infirmières, mais il reste tout de même méconnu. Il existe donc un problème de diffusion : les formations existent, mais les infirmières ne le savent pas. Mon rôle en tant que future professionnelle est donc de me tenir informée de ces dispositifs et de les partager avec mes collègues.

Questionnement : au-delà de la MIPROF, quelles autres formations permettent de développer des compétences spécifiques, notamment sur le repérage du risque suicidaire ?

Les formations sentinelles et le dispositif 3114

En 2025, le plan national de prévention du suicide a renforcé les actions de formation à destination des professionnels de première ligne, parmi lesquels figurent les infirmiers. Deux dispositifs majeurs ont été déployés dans ce cadre.

Le premier est la formation dite « Sentinelle », dont l'objectif est de permettre aux professionnels de repérer précocement une crise suicidaire. Concrètement, cette approche s'appuie sur des outils de terrain comme la grille d'évaluation du risque suicidaire (RUD). L'objectif est de transformer l'échange : apprendre à mener un entretien avec une personne en détresse pour, ensuite, l'orienter efficacement. Cela peut passer par le recours au 3114, le transfert vers les urgences psychiatriques ou, si la situation l'exige, une hospitalisation.

La formation se déroule sur deux jours en présentiel et s'adresse à un public varié, comprenant les professionnels de santé, les éducateurs et les travailleurs sociaux. Une place importante y est accordée aux mises en situation, permettant aux participants de s'exercer concrètement à la prise en charge de situations de détresse.

Le second dispositif est le 3114, numéro national de prévention du suicide, accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il met à disposition des écoutants spécifiquement formés à l'accueil de la crise suicidaire et permet aux professionnels de santé d'orienter immédiatement une personne en situation de détresse. Ce dispositif propose notamment des formations aux professionnels de santé, dont les infirmières, afin de déterminer la gestion et l'évaluation du risque suicidaire chez les patients. Lorsque j'ai pris en soins la patiente, j'ignorais l'existence de ce dispositif. Si je l'avais su, cela aurait permis à la patiente d'obtenir une aide immédiate en cas d'idée suicidaire.

Ces deux dispositifs sont donc des outils concrets à destination des professionnels de santé pour adapter la prise en charge face au suicide. La formation a aussi une place indispensable dans la prise en soins car elle permet de transformer le malaise de l'infirmière en confiance. Elle permet aussi de mieux comprendre les situations afin de s'adapter au traumatisme et d'adopter une posture pleinement professionnelle. L'infirmière peut ainsi intervenir de façon plus sécurisée pour la patiente tout en renforçant sa propre confiance dans la prise en charge.

Cette analyse indique que l'écart entre les règles en place et ce qui se fait au quotidien ne reflète pas un défaut d'engagement ni un manque de volonté de bien faire chez les infirmières. Il renvoie plutôt à une préparation insuffisante face à la charge émotionnelle liée au récit traumatique des patientes.

Autour de la question de recherche

L'analyse conceptuelle et exploratoire menée tout au long de ce travail a permis de mettre en évidence l'existence d'un écart significatif entre les recommandations de bonnes pratiques relatives à la prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles et leur mise en œuvre effective sur le terrain infirmier. Les recommandations de bonnes pratiques définissent des règles précises pour la prise en soins, intégrant la prise en compte du traumatisme, la création de l'alliance thérapeutique et l'évaluation du risque suicidaire. Les constats mis en évidence par les infirmières ont indiqué que ces recommandations ne sont pas toujours exploitées sur le terrain en raison d'un défaut de formation de protocole ainsi que de gestion émotionnelle face au traumatisme. Face à ces difficultés, un élément clé de la prise en charge est mis en avant par toutes les infirmières : l'absence de formation spécifique.

Il a un impact direct sur leur posture professionnelle, sur leur aptitude à s'appuyer sur les outils préconisés et sur leur manière d'assumer pleinement leurs responsabilités dans l'évaluation, l'orientation et la sécurisation du parcours de soins. Cette observation montre que l'écart entre les recommandations théoriques et les pratiques de terrain ne traduit pas un manque d'implication des professionnelles. Il renvoie plutôt à un manque de ressources de formation pour faire face à la complexité clinique et à la charge émotionnelle des situations rencontrées.

Cette analyse fait aussi ressortir, de façon transversale, que les infirmières disent manquer d'une formation spécifique. Cet élément semble jouer un rôle central et être directement lié à l'écart constaté entre les recommandations de bonnes pratiques et les pratiques réellement observées sur le terrain.

C'est pourquoi ma question de recherche finale s'oriente vers l'identification d'un levier d'action concret : **la formation comme déterminant de la qualité de l'alliance thérapeutique et de la sécurité de la prise en charge.**

En appliquant la méthode PICO (Population, Intervention, Comparaison, Outcome), ma question de recherche se formule ainsi :

En quoi la formation spécifique des infirmiers constitue-t-elle un levier d'amélioration de la relation de soins auprès des femmes victimes de violences sexuelles ?

L'exploration du terrain et de la littérature a mis en évidence un écart entre recommandations et pratiques. Parmi les facteurs identifiés, le manque de formation apparaît de manière transversale dans les discours infirmiers. Si ce travail devait être poursuivi, il serait pertinent d'explorer la formation comme levier potentiel de réduction de cet écart.

Hypothèse

Je suppose que l'absence de formation spécifique limite la capacité de l'infirmière à instaurer une alliance thérapeutique sécurisante, et freine l'utilisation des outils recommandés (RUD, orientation, traçabilité).

Cette hypothèse s'appuie à la fois sur les données issues de la littérature scientifique, sur les résultats des entretiens menés auprès des infirmières et sur l'analyse de la situation de soins vécue lors de mon stage.

Ainsi, l'absence de formation spécifique apparaît comme un facteur transversal reliant les difficultés relationnelles, le non-recours aux outils recommandés et l'écart observé entre les recommandations de bonnes pratiques et les pratiques infirmières effectives. Cette hypothèse permet de comprendre que les limites rencontrées dans la prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles ne relèvent pas d'un manque d'engagement des infirmières, mais d'un besoin de formation adaptée afin de soutenir une posture professionnelle sécurisante et conforme aux recommandations.

Les limites de mon travail

Comme tout travail de recherche, ce mémoire présente certaines limites qu'il convient de prendre en considération. Il s'inscrit toutefois dans une démarche exploratoire, dont l'objectif principal était de comprendre les pratiques infirmières et les difficultés rencontrées dans la prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles.

La première limite concerne le nombre restreint d'entretiens réalisés (n = 3). Bien que ces entretiens aient permis de recueillir des données qualitatives riches et approfondies auprès d'infirmières exerçant dans des contextes professionnels différents, cet effectif ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la profession infirmière. Les analyses proposées reflètent donc des expériences singulières, inscrites dans des environnements institutionnels et organisationnels spécifiques.

Une autre limite réside dans le profil des infirmières interrogées. Aucune d'entre elles ne bénéficiait d'une formation spécifique reconnue dans le champ de la prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles (type formations MIPROF ou Sentinelle). Cette absence ne permet pas de comparer les pratiques infirmières selon le niveau de formation des professionnelles. Toutefois, elle met en évidence de manière transversale le manque de formation spécifique ressenti par les infirmières, élément central ressortant de l'analyse et en lien direct avec l'écart observé entre recommandations de bonnes pratiques et pratiques effectives.

Malgré ses limites, cette étude a permis d'identifier plusieurs éléments importants sur la prise en charge infirmière des femmes victimes de violences sexuelles. Il met surtout l'accent sur l'importance de la formation pour construire une posture professionnelle rassurante, adaptée aux besoins des patientes et conforme aux recommandations de bonnes pratiques. Il ouvre ainsi des perspectives de réflexion pour la pratique infirmière et pour de futurs travaux de recherche.

Conclusion

Ce travail de fin d'études s'est intéressé à la prise en soins infirmière des femmes victimes de violences sexuelles, à travers l'analyse de l'écart existant entre les recommandations de bonnes pratiques et les pratiques effectives sur le terrain. L'exploration de la littérature et les entretiens réalisés auprès d'infirmières ont permis de mettre en évidence la complexité de ces situations de soins, marquées à la fois par la vulnérabilité des patientes, l'intensité émotionnelle des rencontres et les contraintes organisationnelles auxquelles les professionnelles sont confrontées.

L'analyse des données recueillies auprès des infirmières montre que les recommandations de bonnes pratiques offrent un cadre nécessaire pour organiser une prise en soins sûre et adaptée. Elle repose sur le respect du traumatisme, la création de l'alliance thérapeutique et

l'évaluation du risque suicidaire. Malgré leur existence, un écart est présent sur le terrain au quotidien. Il ne peut pas être interprété comme un manque d'engagement de la part des infirmières, mais il est plutôt le résultat de nombreuses difficultés rencontrées (émotionnelle, organisationnelle, ...). Dans ces cas-là, la formation représente un facteur d'aide pour renforcer la posture professionnelle de l'infirmière et accompagner efficacement les patientes ayant subi des violences sexuelles.

Ce travail, inscrit dans une démarche exploratoire, met en lumière l'importance du rôle propre infirmier dans la prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles. Il souligne la nécessité de disposer de repères clairs et de ressources adaptées afin de répondre de manière cohérente et sécurisante aux besoins spécifiques de ces patientes.

Bibliographie

Ouvrages et chapitres de livres

Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (1968). *La dynamique des groupes restreints*. Presses Universitaires de France.

Bioy, A., Bourgeois, F., & Négré, I. (2009). *Communication soignant-soigné : Repères et pratiques* (2e éd.). Bréal.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.

Cyrułnik, B. (s.d.). Citation sur la mémoire du corps. [Citation utilisée en début de mémoire]

Dubar, C. (2002). *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles* (3e éd.). Armand Colin.

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42.

Grihom, M.-J. (2015). *Culpabilité et violence du traumatisme*. L'Harmattan.

Manoukian, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. Lamarre.

Paillard, C. (2023). Émotion. Dans C. Paillard, *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné : 751 définitions, 2305 références bibliographiques, 235 citations* (6e éd., p. 208-209). Setes.

Rogers, C. (s.d.). Concepts de congruence, empathie et regard positif inconditionnel. [Théorie de l'approche centrée sur la personne]

Salmona, M. (2018). *Le livre noir des violences sexuelles* (2e éd.). Dunod.

Articles de revues scientifiques

Campbell, R., Greeson, M. R., Bybee, D., & Raja, S. (2019). The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: A mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 194-207.

Hegarty, K., O'Doherty, L., Taft, A., Chondros, P., Brown, S., Valpied, J., Abrahams, N., Taket, A., Gold, L., Feder, G., & Gunn, J. (2013). Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 382(9888), 249-258.

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.

Peters, M. D., Godfrey, C. M., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Methodology for JBI scoping reviews. Dans *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2017*. The Joanna Briggs Institute.

Documents officiels et recommandations

Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. A., & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282(15), 1458-1465.

Centre for Addiction and Mental Health [CAMH]. (2023). *Trauma and mental health*. CAMH.

Garcia-Moreno, C., Zimmerman, C., Morris-Gehring, A., Heise, L., Amin, A., Abrahams, N., Montoya, O., Bhate-Deosthali, P., Kilonzo, N., & Watts, C. (2015). Addressing violence against women: a call to action. *The Lancet*, 385(9978), 1685-1695.

Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 1225-1230.

Haute Autorité de Santé [HAS]. (2022). *Recommandations de bonnes pratiques : Méthodologie*. HAS.

Haute Autorité de Santé [HAS]. (2025). *Prévention du suicide et évaluation du risque suicidaire*. HAS.

Institut National de Santé Publique du Québec [INSPQ]. (2019). *Les agressions sexuelles et leurs répercussions sur la santé*. INSPQ.

Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes [MIPROF]. (2013). *Formations continues pour les professionnels de santé*. MIPROF.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2013). *Répondre à la violence conjugale et à la violence sexuelle à l'encontre des femmes : Directives cliniques et politiques de l'OMS*. OMS.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (s.d.). *Facteurs de risque du suicide*. OMS.

Université de Berkeley. (2012). *Study on healthcare providers' preparation for holistic care of sexual violence victims*. University of California, Berkeley.

Textes législatifs et réglementaires

Article R4311-5. Code de la santé publique.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913898

Article R4312-2. Code de la santé publique.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913901

Article R4312-23. Code de la santé publique.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913922

Documents pédagogiques et cours

Blervaque, L. (2025, 24 janvier). *Formulation d'une question de recherche : Quelques points clefs* [Présentation]. Centre Hospitalier Métropole Savoie, Unité de recherche clinique.

Entretiens réalisés

Infirmière en association pour femmes victimes de violences. (2024). *Entretien semi-directif réalisé dans le cadre du travail de fin d'études* [Entretien non publié].

Infirmière en Espace de Santé Publique. (2024). *Entretien semi-directif réalisé dans le cadre du travail de fin d'études* [Entretien non publié].

Infirmière aux urgences hospitalières. (2024). *Entretien semi-directif réalisé dans le cadre du travail de fin d'études* [Entretien non publié].

Modèles théoriques

Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. G.P. Putnam's Sons.

Dispositifs et numéros d'urgence

3114 - Numéro National de Prévention du Suicide. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://www.sante.gouv.fr/le-3114-numero-national-de-prevention-du-suicide>

Formations Sentinelles. (s.d.). *Programme de formation au repérage de la crise suicidaire*.

VigilanS. (s.d.). *Dispositif de veille et de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide*.

Annexes

1) Annexe n°1 : Entretien n°1

Pour mon premier entretien libre sur le thème « la relation soignant-soigné avec des patientes ayant été victimes de violences sexuelles », je me suis tout de suite orientée auprès des infirmières travaillant aux urgences. Néanmoins, n'ayant reçu aucune réponse positive pour un entretien, j'ai réalisé mon entretien avec une infirmière libérale qui a expliqué être très intéressée par mon thème de mémoire.

Tout au long de l'entretien, l'infirmière a explicité la difficulté d'approche des patientes qui viennent pour des violences sexuelles subies, du fait de leur méfiance, de leur sentiment de culpabilité et de leur manque de confiance envers les soignants qu'ils voient comme des personnes en qui ils ne peuvent pas avoir confiance, car les établissements de santé sont vus comme des lieux où l'écoute et la communication ne sont pas présentes du fait du manque de temps des professionnels de santé. Ainsi, les patientes déjà très renfermées sur elles-mêmes à leur arrivée n'osent pas en parler et les soins sont difficiles à réaliser. Elle a donc insisté sur le fait de privilégier la communication et d'instaurer un temps limite afin de donner l'opportunité à la victime de pouvoir s'exprimer librement. Il est tout aussi important de rassurer la victime et de lui expliquer que rien n'est de sa faute, car c'est ce qui empêche la victime d'oser prendre la parole sur les violences sexuelles subies. Elle a aussi souligné le fait que les infirmiers travaillant aux urgences n'ont pas de formation sur la prise en charge de ces victimes et ainsi ne savent pas comment s'y prendre avec les victimes de violences sexuelles, ce qui ne permet donc pas d'instaurer une relation de confiance entre le soignant et la victime. Elle a fait part de l'absence de protocole au sein des urgences pour ce type de prise en charge, car celui-ci sera trop compliqué à suivre du fait que les soignants non formés voudraient suivre profondément le protocole sans prendre en compte les besoins et les plaintes qui sont différentes pour chaque patiente. Il est important de souligner qu'il est possible pour chaque soignant d'appeler des numéros dédiés aux victimes de violences sexuelles afin d'obtenir des conseils pour assurer une meilleure prise en soins pour les patientes. Pour finir, il est important de pouvoir orienter les patientes vers des professionnels en capacité de pouvoir les aider (psychologues, associations, numéros...).

1) Annexe n° 2 : Entretien n° 2

Pour mon second entretien, j'ai choisi de le réaliser auprès d'une infirmière en psychiatrie, car aucune infirmière aux urgences n'a pu me recevoir pour l'entretien.

Lors de cet entretien, l'infirmière m'a expliqué avoir pris en soins une patiente victime de violences sexuelles. C'était son tout premier entretien infirmier seul depuis l'obtention de son diplôme, il était donc difficile pour elle de faire face à cette situation, car elle ne trouvait pas les bons mots à employer. De plus, elle explique avoir été en difficulté du fait de ses émotions ressenties. En effet, elle explique qu'elle ressentait de la tristesse et de la gêne parce que c'était pour elle une première. Il aurait été plus judicieux, selon elle, qu'elle soit accompagnée par un collègue pour mieux aider la patiente. Elle dit n'avoir trouvé aucun protocole de prise en soins dans le service et qu'il fallait s'appuyer sur nos compétences propres, notamment les entretiens infirmiers, pour aider au mieux les patientes. Elle n'avait pas non plus connaissance de l'attestation clinique infirmière. Elle a rajouté par la suite qu'il est important d'affirmer à la patiente qu'elle est la seule victime, que c'est puni par la loi et que rien ne justifie les violences sexuelles.

2) Annexe n°3 : Guide d'entretien

Recommandations de bonnes pratiques	Prise en soins	Violences sexuelles
<ul style="list-style-type: none">- Avez-vous connaissance des recommandations de bonnes pratiques ?- Comment en avez-vous eu connaissance ?- Comment les appliquez-vous ?- Pouvez-vous me parler de l'attestation clinique infirmière ?	<ul style="list-style-type: none">- Détectez-vous des freins et facteurs favorisant la prise en soins ?- Comment arrivez-vous à prendre en soins les femmes victimes de violences sexuelles ?- Comment évaluez-vous votre prise en soins ?- Comment évaluez-vous la communication ?	<ul style="list-style-type: none">- Avez-vous détecté des comportements inhabituels chez ces femmes ?

3) Annexe n°4 : Entretien semi-directif n°1

IDE : Bonjour, excusez-moi du retard. Vous êtes bien l'étudiante pour le mémoire ?

Elsa : Oui c'est bien moi. Il n'y a aucun souci.

IDE : Bon, ça ne suit jamais l'organisation qu'on avait prévue.

Elsa : Oui, je comprends totalement.

IDE : Allez, on y va. Alors... dites-moi tout.

Elsa : Du coup, comme vous le savez, c'est un entretien pour le mémoire sur les recommandations de bonnes pratiques pour les femmes majeures victimes de violences sexuelles.

IDE : D'accord.

Elsa : J'ai une dizaine de questions à vous poser, si ça ne vous dérange pas.

IDE : Ok.

Elsa : Est-ce que vous avez des recommandations de bonnes pratiques dans votre établissement ?

IDE : Est-ce qu'on a des recommandations de bonne pratique dans notre établissement en ce qui concerne quoi ?

Elsa : la prise en soins des patients.

IDE : Non, peut-être non.

Elsa : D'accord, et vous savez pourquoi ? Ou c'est quelque chose qui n'est pas mis en place dans le service ?

IDE : Eh bien, on a un fonctionnement dans l'établissement, mais après, les recommandations, je dirais que c'est en interne en fait. Ce n'est pas officiel.

Elsa : D'accord.

IDE : On se dit des choses entre nous qu'il ne faudrait pas faire, mais je ne crois pas qu'il y ait quelque chose d'officiel. Je ne crois pas qu'il y ait un processus ou quelque chose d'officialisé, quoi.

Elsa : D'accord, je comprends. Et vous, de votre côté, comment accueillez-vous les femmes victimes de violences sexuelles ?

IDE : Alors nous, on est une association d'aide aux victimes de violences. Les femmes et les enfants. Toutes violences confondues, donc : sexuelles, sexistes, violences conjugales, violences au travail, harcèlement, violences physiques, verbales, psychologiques, économiques. Toutes sortes de violences. Elles viennent dans l'association, soit c'est du

bouche à oreille, soit c'est le médecin traitant, une sage-femme, une gynéco, voilà, ou alors c'est par rapport aux actions qu'on mène sur les terrains qu'elles ont entendu. En général, elles prennent contact par téléphone. On met en place un premier rendez-vous qui est d'office un rendez-vous avec une infirmière d'accueil. L'infirmière d'accueil, elle fait l'entretien où elle essaye d'avoir le plus d'informations possibles sur la situation mais aussi tout le contexte environnemental. En fait, tout ce qui est familial, social, économique, professionnel. On essaye d'en savoir un maximum pour comprendre la situation et pour pouvoir aider la personne par la suite. Et après, l'infirmière oriente en fonction des besoins aux professionnels.

Elsa : D'accord, je comprends. Et vous, du coup, vous êtes à l'accueil ou... ?

IDE : Alors, moi, je suis l'infirmière d'accueil et on est tous à temps partiel dans l'association. C'est une asso qui est nationale, qui s'est implantée dans le territoire depuis 3 ans mais moi, je n'y suis que depuis septembre. Et on a, je ne sais pas, on a deux entrées par semaine.

Elsa : D'accord. Mais ça fait quand même pas mal.

IDE : Oui, on a un fil conducteur de 50 personnes, femmes et enfants confondus, 50 personnes qu'on suit au quotidien.

Elsa : Et elles en parlent facilement des violences subies ?

IDE : Alors, une fois qu'elles ont fait le premier pas de venir dans l'association, oui. Enfin, je dirais, une fois que le premier pas est fait, oui, parce qu'elles savent qu'elles sont là pour parler, mais elles ont pris la décision de parler. Cela étant, il y a des situations où la femme clairement va me dire, ça, « il y a, je ne sais pas, cinq ans de ma vie, je ne veux pas en parler ». On ne mettra pas au-dessus, elle ne voudra pas en parler. Et il y a des femmes qui expliquent leur situation et c'est à moi de mettre en mots. Donc, leur dire, là, madame, ça s'appelle des violences conjugales. « Là, madame, ça s'appelle un viol ». « Là, madame, ça s'appelle des violences économiques ». C'est à moi de mettre des mots parce qu'elles ne s'en rendent pas compte. Et y'en a qui disent, mais pas tout. Et en fait, en posant des questions, on apprend beaucoup. En fait, elles ne vont pas tout dire du premier coup.

Elsa : D'accord. Il faut vraiment les guider.

IDE : Ça dépend. Il y en a, il faut poser des questions. Il y en a, on sait que ça va mettre des mots. Par exemple, on a une dame qui est venue l'été dernier. Donc, elle a eu une prise en charge psychologique. Et ce n'est qu'un mois après qu'elle a accepté la prise en charge psychologique.

Elsa : Et là, elle va mieux ?

IDE : Elle est encore en cours.

Elsa : Ah, en cours, d'accord.

IDE : Oui.

Elsa : Et dans votre établissement, vous faites quoi exactement ?

IDE : Quoi exactement ? On fait quoi ?

Elsa : Oui.

IDE : Qu'est-ce qu'on propose ?

Elsa : Oui, qu'est-ce que vous proposez ?

IDE : Du coup, il y a l'infirmière d'accueil, donc qui fait les entrées, et qui, en fonction, soit continue à suivre les bénéficiaires qui ont besoin pour parler. Ou alors elle met en place un suivi médical pour celles qui ont besoin d'aide. Pour les traitements, on les accompagne pour les rendez-vous, et on se déplace pour aller voir un spécialiste avec elles. Il y a aussi de nombreuses femmes qui ont besoin de faire des dossiers MDPH. C'est assez large. Je peux aussi proposer des activités sportives. Donc, on peut aller marcher. On peut proposer des ateliers bien-être. Donc là, on fait venir des coiffeuses, des maquilleuses bénévoles. On a aussi une psychologue qui propose une prise en charge psychologique et psycho traumatique. On a une juriste, une prof de yoga. On a une clinique qui offre des soins une fois par mois. Une ergo qui offre des soins une fois par mois. Et après, on a plein de partenaires. Donc, on a aussi la réflexologue qui offre des soins une fois par mois. C'est toute une journée. On a quelqu'un qui fait du watsu. On a une prof de danse. On a une prof de self défense. Voilà. Cela étant, on a un grand panel de partenariats qui fait que l'infirmière, elle coordonne tout ça. Donc, c'est elle qui gère tous les rendez-vous, qui les met en place et qui, en fonction des situations, propose tel ou tel soin, telle ou telle prise en charge.

Elsa : Donc, en fait, elle se déplace à l'association et puis elle part le jour même ou elle se déplace ?

IDE : Alors, nous, on n'est pas... On est un accueil de jour. On n'a pas d'hébergement d'urgence. Donc, en fait, elles viennent sur rendez-vous. Les locaux sont ouverts, mais on veut qu'elles viennent sur rendez-vous parce que parfois, on n'est pas là ou on est partis. On a aussi développé l'allée verte pour celles qui ne peuvent pas se déplacer. Il y a des salles en mairie, des salles en CCRS, des salles dans des assos. On arrive à se rapprocher de la personne pour pouvoir avoir un rendez-vous avec elle et qu'elle ait une prise en charge. Parce que nous, on est encore... Là, on est dans un milieu... On est au-dessus dans un milieu qui est un peu rural. Et pour ne pas freiner l'accès aux soins, en fait, on a développé l'allée verte.

Elsa : Et vous... Quelles sont les stratégies que vous mettez en place pour bien discuter avec elle ? Parce qu'on parle souvent des entretiens infirmiers, la relation d'aide ... Vous pourriez m'en parler un petit peu plus ?

IDE : Alors, du coup, les entretiens, j'essaye de les mener toutes de la même manière. Déjà, on a un logiciel informatique partagé. Donc, je remplis leurs coordonnées, tout ça. On fait tout ce qui est un peu informatique au départ. Et après, je ferme le PC, je passe sur papier. Donc, je leur explique comment fonctionne l'association. Je leur explique que comme j'ai une casquette infirmière, je vais commencer par leur poser des questions et qu'après, elles m'expliqueront la situation. Je dis toujours qu'elles disent ce qu'elles veulent, que si elles n'ont pas envie de me répondre, elles ne me répondent pas et que tout ce qui sera dit ne sera pas jugé dans une optique de non-jugement et non-critique. Donc, j'estime vraiment qu'on est dans un endroit bienveillant de non-jugement où elles peuvent dire ce qu'elles veulent, quand elles veulent, qu'elles font comme elles le souhaitent et qu'on part sur des prises en charge individuelles et que potentiellement, on pourra proposer du collectif mais que c'est à sa guise. On dit vraiment qu'il n'y a rien d'obligatoire. Chacune prend son temps, chacune son tempo. Et après, du coup, je commence par leur demander les basiques, l'âge, le nombre d'enfants, où est-ce qu'elles vivent, si elles sont locataires, propriétaires, si elles travaillent à temps plein, à temps partiel. Donc, tous les basiques. Les antécédents médicaux aussi, si elles prennent des traitements. Et en fait, tout ça, elles ne s'en rendent pas compte mais il y a des liens derrière dans la situation qui vont suivre. Et après, en fait, je leur demande « expliquer moi pourquoi vous êtes là. » Et puis, elles commencent à expliquer. Et au fur et à mesure des explications, je pose des questions pour comprendre. Ce sont des entretiens d'une heure et demie, deux heures, c'est vraiment beaucoup. Mais quand je vois qu'on n'a pas tout fait, l'entretien d'accueil, je le fais en deux fois.

Elsa : D'accord. C'est quand c'est trop long.

IDE : Ouais, sinon c'est trop lourd et pour moi et pour la personne. Donc, s'il y a besoin, je coupe. Mais en général, c'est une heure ou deux.

Elsa : D'accord. Et est-ce que vous pensez que ce sont ces traumatismes qui impactent la communication ?

IDE : Euh... Alors, je dirais que... Moi, je ne le vois pas comme ça parce qu'une fois qu'elles... Comme je vous l'ai dit, une fois qu'elles ont fait le pas de venir chez nous, c'est qu'elles ont besoin et qu'elles ont pris la décision qu'elles allaient en parler. Cela étant, il y en a beaucoup qui ne nous disent pas tout. Il y en a beaucoup qui viennent sous X ou qui

viennent avec le nom de famille parce qu'encore, elles craignent qu'on les connaisse. Elles craignent qu'on sache leur situation. Elles craignent les préjugés. Enfin, voilà. La parole n'est pas totalement libérée avec toutes. Hum hum. Mais... Les victimes de violences, effectivement, il y en a beaucoup qui ne parlent pas et certainement que les chiffres ne sont pas sous-dotés. Mais... Voilà. Je pense qu'il y en a beaucoup qui restent chez elles et qui n'en parlent pas et qui n'ont pas de professionnels, effectivement. Mais nous, une fois qu'elles sont là, c'est qu'elles ont choisi en fait de parler. Je ne sais pas si ça répond à la question.

Elsa : Oui, ça répond à ma question. J'ai un peu plus... Je vois un peu plus ce que vous voulez dire. Voilà. Je pense que ça a fait un peu le tout-le-tout. Vous avez répondu au fur et à mesure à mes questions.

IDE : Je ne vous ai pas dit, mais du coup, comme on prend en charge les enfants, on a aussi une psychologue pour enfants. Et c'est souvent qu'en fonction des situations, on propose aux mamans qu'elles nous amènent leurs enfants parce que on t'a compté, mais il y en a plein qui ont des problématiques liées aux violences intra-familiales. Toutes les semaines, on fait des réunions d'équipe qui peuvent durer une à deux heures où vraiment on reprend certaines situations et on prend vraiment des décisions en équipe. Qu'est-ce que je pourrais vous dire d'autre ? On a plein de partenaires locaux, des associations d'aide aux victimes, mais aussi la gendarmerie, la maison des familles. Notre présidente, elle est cadre sage-femme à la clinique. Du coup, c'est elle aussi qui peut nous aider à orienter et qui, en interne, gère les victimes de violences conjugales dans la clinique via les urgences. Qu'est-ce que je pourrais vous dire d'autre ? Du coup, on fait pas mal de travail par le corps. Je vous disais, on a Ergo, on a Kiné, on a Reflexologue, on a du yoga. Et notre psychologue, elle propose de l'hypnose qui fonctionne, ou pas. Et le travail sur le corps avec aussi les ateliers bien-être et les marches, ça permet aux femmes de reprendre confiance en elles et de se reconstruire au fur et à mesure.

Elsa : Et c'est quelque chose qui fonctionne bien auprès des patientes ?

IDE : Ah oui. Ah oui, de toutes. Alors, il y en a plein qui vont nous dire que, par exemple, les séances d'Ergo, n'importe quoi, c'est de l'ostéo, ce n'est pas de l'ergothérapie, c'est une ostéopathe, Il y en a plein qui vont nous dire que les séances d'ostéopathe, elles veulent les faire mais une fois que les procédures juridiques sont finies. Il y en a qui veulent finir les procédures juridiques et après prendre soin d'elles, enfin, relâcher. Ah oui, nous, quand elle vient, Laura, l'ostéopathe, c'est une ostéopathe pour la rééducation périnéale et elles sont très contentes. Et voilà, c'est une association qui est nationale, c'est Women's Safe and Children. On est entre Corse, on est à Paris, on est en Savoie et là, il y a une ASSOCA ouverte en Bretagne. Et voilà, après là, Women's Safe, ils sont en train de développer en interne la formation.

Elsa : La formation des professionnels ?

IDE : Non, pour que tous les professionnels deviennent fondateurs de la cause. Ils sont en train de développer ça dans l'ASSO, on va tous devenir formateurs. On fait aussi des séances de débats, on fait des séances de débats avec les jeunes sur le harcèlement, sur la sexualité, on intervient aussi dans les collèges et les lycées. Enfin voilà, on fait plein de petits trucs. Je ne sais pas s'il y a plus de choses que je pourrais vous dire.

Elsa : Vous me dites que vous travaillez étroitement avec les services de police ? La gendarmerie.

IDE : Oui, la gendarmerie. Etroitement, alors on est en lien avec eux et on peut orienter les femmes. Mais nous, de base, on ne leur dit pas qu'il faut aller faire ci, il faut faire ça, on ne leur dit pas. On essaie de les orienter mais elles font ce qu'elles veulent dans leur tempo à elles. Mais c'est pareil, on a des, par exemple, on a un jeune autiste de 15 ans qui est venu avec ses parents parce qu'il a été victime de viol et lui, ça a mis quelques mois, ça a mis 3 mois pour qu'il arrive à en parler et il n'a rien forcé et au bout de 3 mois, donc il a accepté d'en parler devant sa mère et la psychologue pour enfants et avec la maison des familles, c'est la gendarmerie, la maison des familles, ils ont su détecter 5 viols différents à 5 endroits différents avec la même personne mais à 5 moments et à 5 endroits différents. Donc, c'est un travail qui est assez long avec certaines pathologies parce qu'on prend en charge aussi des personnes en situation de handicap. D'accord. On prend en charge tout le niveau social. Il n'y a pas que le niveau social bas et il n'y a pas que de la précarité. On a aussi beaucoup de familles riches et parfois, c'est pire parce que ce sont des personnes, comment je pourrais vous dire, les milieux aisés, je dirais que c'est beaucoup plus facile de connaître que de cacher parce que on n'accueille que des femmes, on n'accueille pas d'hommes donc c'est que des hommes qui sont hauts pour présumer mais ils passent beaucoup mieux. Ce sont des personnes qui prétendent très bien, qui ont des postes à haute responsabilité donc on a du mal à les croire et ce sont des personnes qui sont très intelligentes donc souvent sournoises et manipulatrices.

Elsa : D'accord. Oui, qui cachent bien leur jeu.

IDE : Ouais, c'est parfois comme ça, je trouve. Ouais, mais après, il n'y a pas que la précarité, il y a tout le niveau social.

Elsa : Et est-ce que vous avez déjà entendu parler de l'attestation clinique infirmière puisque vous me dites que vous travaillez avec, que vous collaborez avec la gendarmerie, est-ce que c'est quelque chose qui est proposé dans votre secteur ?

IDE : L'attestation clinique infirmière, les signalements ? Oui. Non, nous, on ne le fait pas. Alors, on ne le fait pas parce que à 15 minutes de chez nous, il y a un centre d'accueil d'urgence. Et là, les femmes peuvent être hébergées. Donc quand on a des victimes où vraiment c'est urgentissime et vraiment là, ça met en question leur, leur, comment je pourrais dire ? leur vie, qu'elles sont en danger. On les oriente vers les structures d'urgences. Donc, elles décident d'y aller ou pas, les centres d'hébergement d'urgence. Nous, ça nous est arrivé, ben moi, je n'y suis que depuis septembre et vraiment, il y a eu une situation qui était à risque. La femme était vraiment à risque. Du coup, ça nous pose des questions. J'ai fait intervenir mon directeur parce que je voyais qu'elle ne prenait pas

conscience. Donc, je me suis dit, bon, peut-être qu'à deux voix, on va essayer de mettre des mots plus facilement. Donc, on lui a dit que, voilà, la situation nous inquiétait et que peut-être qu'il fallait qu'elle se protège en prévenant la gendarmerie. On n'a pas dit il faut porter plainte. On a essayé de tourner les mots différemment parce que dans les violences conjugales, il y a beaucoup de violences psychologiques et il y a beaucoup de femmes qui sont manipulées et qui se retrouvent comme femmes objets, en fait. Elles ont l'habitude qu'on leur dise fais-ci, fais-ça. Elles sont dévalorisées, rabaissées. Donc, on essaye de ne pas se remettre en posture de supériorité. On leur pardonne. Et donc, du coup, cette femme-là, vraiment, elle nous avait posé questions. On lui avait proposé une structure d'urgence elle n'avait pas voulu parce qu'elle avait une ado. On lui avait proposé d'y aller avec son ado. Elle n'avait pas voulu. On lui avait proposé d'aller chez des amis. Elle n'a pas voulu. Et bon, on lui avait proposé de prendre contact avec la maison des familles. Elle n'avait pas voulu. Et cette femme-là, eh bien, je crois qu'elle nous a recontactées un mois après.

Elsa : Donc, vous avez quand même réussi à avoir un lien avec elle

IDE : c'est-à-dire qu'elle est revenue, mais on s'est beaucoup mis en question. On s'est demandé si on ne l'avait pas alertée, si ça ne l'avait pas effrayée, si ce n'était pas notre faute pour qu'elle ne revienne pas, sachant qu'elle nous avait déjà appelées plusieurs fois sans venir. Il y en a beaucoup qui nous appellent, qui prennent rendez-vous et qui ne viennent pas, qui vont appeler une semaine après, trois mois après. Voilà, il y en a qui appellent et qui ne viendront pas ou qui viendront un mois après. Elle est revenue un mois après, mais pour l'instant, on ne fait pas de signalement pour les femmes. Cependant, on a eu l'occasion de faire des IP pour les enfants avec la PMI. D'accord. Comme on suit des enfants et que ça peut être des enfants qui sont suivis par la PMI, on a fait des IP.

Elsa : Et c'est quelque chose qui pourrait être mis en place à l'avenir ou pas ?

IDE : les signalements ? Je ne sais pas. Je ne sais pas parce que peut-être que comme on n'est pas à un accueil d'urgence, on n'a pas vraiment de situation. Cependant, en service d'urgence hospitalier ou en maternité, je pense certainement que ça doit être fait. Oui. Parce que nous, on a beaucoup de... Enfin, les CMP nous orientent aussi beaucoup de bénéficiaires parce qu'ils sont surchargés et donc, ils ne peuvent pas les prendre en charge parce que nous, c'est gratuit en plus. D'accord, c'est gratuit. Oui, tout est gratuit. Tout ce qu'on propose, c'est gratuit. Même Ergothérapeute... Enfin, même la Kiné, Réflexologue, tout ça, c'est gratuit. Et même les CMP, voilà, ils nous orientent mais on n'a pas fait d'alerte parce que certainement, on n'est pas prise en charge d'urgence et donc, on ne doit pas avoir ce genre de cas. Parce que là, je me disais, la dame qui nous a posé vraiment question, le monsieur était rentré, ils se sont séparés, le monsieur avait les clés, il y a eu des problèmes il est rentré du jour au lendemain sans prévenir, il était très énervé, il a tout fracassé dans la maison et elle, elle n'avait pas de signe apparent de violence sur elle mais on s'est posé la question, quoi.

Elsa : Et pour cette femme, maintenant, ça va mieux ?

IDE : Elle est en cours de prise en charge. Mais je vous dis, certainement, au milieu hospitalier où là, ils y voient clairement... Oui, c'est dans les plus grosses structures d'urgence. C'est dans les grosses

structures d'urgence où il y a des problèmes. Je pense que ce sont plutôt les urgences qui font des signalement. Nous, on peut faire des attestations de prise en charge psychologique où la psychologue, elle atteste suivant la dame intelte qui a telle et telle conséquence des violences. Mais on ne fait pas de... Non. On n'a pas eu l'occasion d'en faire, en tout cas. Pas parce qu'on ne veut pas, pas parce qu'on n'a pas eu l'occasion.

Elsa : D'accord, je comprends mieux.

IDE : Voilà. Ou je vous dis des IP et dans ce cas-là, les IP des enfants, les informations préoccupantes des enfants, on les fait en partenariat avec la PMI mais ce n'est pas nous qui lancerons l'alerte pour pas briser la relation de confiance.

Elsa : D'accord. D'accord. Eh bien, écoutez, si vous avez d'autres choses à me... à m'expliquer ?

IDE : Euh... Ben là, tout de suite, non. Mais si vous avez d'autres... d'autres questions, ne vous hésitez pas. Ben je crois que c'est tout pour moi. Ah oui, ce que je ne vous ai pas dit, peut-être, je ne sais pas si ça va avoir un impact, mais du coup, on est une association... on est une association nationale qui a donc plusieurs... plusieurs antennes. Et nous, on n'est pas de... de base. C'est à nous d'aller chercher les financements. Donc là, par exemple, pour l'année à venir, on n'était pas sûr de... de pérenniser notre activité parce qu'on n'avait pas de financement. Et comme on a mené plein d'actions et qu'on s'est fait montrer en fin d'année, il y a plein de financements qui tombent. Donc la CAF va nous aider, l'ARS va nous aider, la collectivité nous aide. Mais malgré qu'on prenne en charge un grand nombre de bénéficiaires, ici, sur notre territoire, les communes, elles ne veulent pas forcément afficher qu'elles donnent de l'argent à cette association parce que dans cette commune-là, il y a des victimes de violence. Vous voyez ce que je veux dire ? D'accord oui je vois, vous voyez, il y a un discours en train de... Cela étant, il y a une reconnaissance. Alors, ils reconnaissent ce qu'on fait, mais bon, pour l'image de la ville, certains maires ne veulent pas s'associer à Women's Safe pour ne pas s'étiqueter ville qui accueille des auteurs et des victimes de violence. Je ne sais pas si c'est clair.

Elsa : D'accord, oui, je commence à comprendre.

IDE : Voilà. Il y a des maires qui ne veulent pas nous donner de l'argent parce qu'ils ne veulent pas que ça se sache. Donc, oui, bien que ce soit une cause qu'on entend de plus en plus, eh bien, nous, les financements, on a du mal à les avoir.

Elsa : Oui, c'est quelque chose qui est encore trop tabou comme sujet.

IDE : Oui, trop tabou. Et puis, je pense que les... Je pense que les dépenses publiques, elles sont... Elles sont dispatchées, peut-être, de pas de manière homogène.

Elsa : Oui, surtout que le nombre de femmes qui sont victimes de violences, ça augmente de plus en plus, donc...

IDE : Je ne sais pas si ça augmente de plus en plus ou si c'est la parole qui est de plus en plus libérée. On a fait un ciné-débat sur... Il y a un documentaire Black Box Diaries qui est sorti au cinéma sur une femme qui s'est fait violer sur le contexte de son travail. Je crois que c'est au Japon. Il vient de sortir et on a fait un ciné-débat là-dessus et effectivement, il y a de plus en plus de... je pourrais dire

d'alertes, mais on ne sait pas si c'est parce qu'il y en a plus ou si c'est parce que les femmes, elles en parlent plus. Je ne suis pas sûre qu'il y ait plus de violences qu'il y a 20 ans. Je pense que c'est... Maintenant, la parole est un peu plus libérée.

Elsa : Oui, il y a un peu plus de dispositifs et d'écoute, donc ça libère la parole.

IDE : Voilà, je le pense. Mais je ne pense pas qu'il y ait plus de femmes battues qu'avant.

Elsa : D'accord, je comprends.

IDE : écoutez je crois que j'ai fait le tour de tout ce que je pouvais vous expliquer. Je ne sais pas si vous avez besoins d'autres renseignements.

Elsa : non c'était très complets, vous avez fait le tour de toutes mes questions, je vous remercie d'avoir pris le temps.

IDE : avec plaisir. Passez une bonne journée et bon courage pour votre mémoire.

Elsa : Merci. Bonne journée.

4) Annexe n°5 : Entretien semi-directif n°2

IDE : Bonjour, vous êtes Elsa c'est ça ?

Elsa : Bonjour, oui c'est moi

IDE : Alors, dites-moi tout !

Elsa : Sur mon thème de mémoire, sur la relation de soins avec des victimes de violences sexuelles, je voulais savoir si vous avez des recommandations de bonnes pratiques dans votre service.

IDE : Alors, c'est un peu compliqué, moi je suis dans un service qui est assez spécifique puisque je suis dans un centre de lutte antituberculeuse, donc on est avec une population qui est assez précaire avec des personnes qui sont soit issues de la migration, soit issues de... du moins on a pas mal de personnes aussi qui sont dans la rue et en fait on est face à des populations où on n'a pas vraiment de bonnes pratiques, on n'a pas vraiment de retour aussi sur... on sait qu'il y a pas mal de violences, on a beaucoup de femmes au moins qui reviennent avec des témoignages de violences, mais c'est vrai qu'on est assez désarmé, on a des dispositifs au sein de l'hôpital, et c'est ça les protocoles, on peut les contacter, du moins ils sont certains jours présents sur notre hôpital, mais c'est vrai qu'il n'y a pas forcément de... du moins je n'ai pas ma connaissance du moins des recommandations.

Elsa : D'accord, donc en fait vous utilisez un petit peu ce que vous avez comme connaissances et comme compétences infirmières pour les prendre en soin ?

IDE : C'est ça, on utilise un maximum du moins, c'est un peu notre... on essaie d'utiliser un peu notre bon sens, après à force on a quand même du moins travaillé avec beaucoup de personnes qui sont plus ou moins dans le domaine, je sais qu'on travaille un petit peu avec des services d'aide, du moins je pense que c'est peut-être, je ne sais pas si c'est partout dans tous les hôpitaux ou autre, c'est un dispositif qui est... pour les femmes qui sont victimes de violences du moins, qui est accessible, je crois que c'est un lien avec le dispositif d'écoute, mais c'est plus général au sein de tous les départements, et nous c'est plus le dispositif d'écoute au niveau de notre CH, donc on va dire qu'on a quelques recommandations d'eux en fait, quand on discute avec eux, du moins le premier cas, moi j'ai été assez désarmée, du coup j'ai été assez facilement guidée, accompagnée vers ce dispositif, c'est un peu leurs recours qui m'ont dit comment travailler là-dessus, même aborder en fait le sujet, parce que des fois on l'aborde de manière indirecte et ce n'est pas forcément de la meilleure façon, je trouve que, si on a une femme qui est enceinte devant nous, et on sait que c'est lié à un viol sur un parcours migratoire, parfois on voit ça comme quelque chose de joyeux, une grossesse, elle ne le voit pas du tout comme ça, et c'est là qu'on fait la gaffe, et moi je vois que c'est là où je suis le plus désarmée, et qu'après la suite de la prise en charge peut être compliquée.

Elsa : Et quand vous voyez que c'est dû à un viol, ou que ça commence à devenir compliqué, vous faites comment pour parler avec elle ?

IDE : Déjà c'est vrai que ce n'est pas la première chose que j'aborde avec eux, on voit qu'il y a une relation qui se crée, je suis sur un service où généralement la prise en charge va être de 6 mois à 2 ans à peu près, donc on a une réelle complicité qui se met en place, du moins elles savent que je suis leur référente, et au contraire elles savent qu'elles peuvent venir aussi, moi je sais que je peux leur parler plus facilement, et elles peuvent venir me parler un peu plus facilement qu'aux autres personnes de l'équipe, et souvent c'est des choses, en fait, on a des questions naturellement, comment on fait nous au niveau de mon travail, on a une déclaration obligatoire à faire qui est liée à la tuberculose, donc on est censé déjà faire une micro-enquête et avoir des informations sur leur personne, du coup j'ai déjà des questions à leur poser, et des fois ce n'est pas quelque chose qui revient tout de suite, le fait des violences, mais parfois ça peut revenir notamment quand on va parler de parcours migratoires, qu'il y a des grossesses, ou même dans la rue, mais au fur et à mesure, des semaines qui passent, le fait qu'on se revoit, parfois ça peut être un sujet qui est abordé, au début je n'étais pas forcément à l'aise, donc j'avais du mal à vraiment aborder la chose, à échanger là-dessus avec la personne, et on va dire que c'est quelque chose que j'ai beaucoup transféré, du moins aux

sage-femmes qui sont présentes à l'hôpital, qui ont beaucoup plus l'habitude, on va dire dans certains services, notamment au gynéco, qui ont beaucoup plus l'habitude de parler de ça, au fur et à mesure, on va dire que je ne vais pas être à l'aise, je trouve qu'il y a des histoires qui sont assez touchantes, assez impressionnantes, et même dures à entendre, ça reste compliqué, mais après je pense que de leur côté aussi, ça reste compliqué d'en parler à 15 000 personnes, donc je pense que j'ai l'oreille qui est de plus en plus tendue, je sais que ce n'est pas de mon côté, je peux leur proposer un temps d'écoute, je peux leur proposer de l'orientation, mais je n'ai pas beaucoup de choses à leur proposer en fait, c'est sûrement au niveau de l'orientation, quand je vais les proposer au DISAV, je sais qu'il y a pas mal de psychologues, il y a une type gynéco, il y a aussi de notre côté du moins la gendarmerie qui vient faire des permanences deux fois par semaine pour recueillir justement au niveau de l'hôpital ces témoignages-là, donc des fois j'ai tendance justement à être davantage dans l'accompagnement pour proposer de réelles solutions.

Elsa : D'accord, je vois un petit peu ce que vous voulez dire, et après par la suite, elles arrivent à en parler assez facilement ?

IDE : Avec moi on va dire que ça va être un peu plus simple, c'est pas quelque chose qu'on va aborder tout le temps, je vois que j'ai une personne, je suis là, elle va pas tarder à être son terme, je sais très bien qu'il y a des questions à lui poser, comment va sa grossesse ou autre, c'est pas des questions que je peux lui poser, je sais que c'est pas un enfant qui est voulu, je sais qu'il a une grossesse qui n'est pas voulue, on a parlé un petit peu ensemble, des fois elle me parlait de questions, elle vient vers moi poser certaines questions, notamment le fait qu'elle ne peut pas regarder l'enfant, c'est vrai qu'on en parle plus facilement, après c'est vrai que c'est compliqué en soi, au niveau de sa grossesse, c'est pas du tout moi qui fait son suivi, je sais qu'elle s'ouvre, pas tant que ça, au niveau de son suivi gynéco, elle n'ose pas encore, elle les voit moins souvent que moi je la vois, mais c'est vrai qu'elle s'ouvre moins, je suis moins compétente, du coup c'est vrai que c'est un sujet qui est abordé de plus en plus facilement, une fois qu'on l'a abordé une fois, déjà moi ça me permet d'éclairer et comprendre un peu mieux, parce que cette personne là je la trouvais très fermée de base, je ne comprenais pas trop parce qu'elle avait besoin d'avoir des informations, c'est une femme qui avait déjà des enfants en fait, du coup je la suis pendant quelques temps, c'était une phase latente de sa maladie, du coup je la suis aussi, surtout qu'elle était en période de grossesse, je la suis pendant deux ans, mais je ne comprenais pas pourquoi elle était aussi fermée, et c'est vrai que ça lui a permis de s'ouvrir, cette ouverture nous a permis un peu de créer un réel lien aussi, quand elle s'est confiée à moi, que j'ai pu l'accompagner, et ce n'est pas forcément

simple d'être l'unique personne à qui elle souffre, parce que ce n'est pas forcément ouvert qu'elle a été témoignée, elle est venue au dispositif d'écoute, elle a réussi à faire ce pas là, mais ça reste encore très compliqué quoi.

Elsa : D'accord, mais ça permet aussi, enfin ça permet quand même qu'elle s'ouvre un peu plus de jour en jour.

IDE : C'est ça, même si c'est très long, parce qu'il y a cette barrière aussi qui fait qu'elle est fermée par rapport à son parcours aux violences sexuelles qu'elle a eues, surtout que c'étaient des violences sexuelles intra-familiales, on va dire que c'était vraiment des violences assez dures, et à côté il y a cette barrière de la langue où elle ne parle pas forcément français, donc c'est plus compliqué aussi. On est dans un département, où on a très peu de moyens aussi de traduction ou autre, donc elle souffre plus, mais peut-être plus lentement que des personnes où les violences sexuelles d'autant plus, c'est vraiment compliqué en fait de base, on arrive avec des profils qui sont assez cassés, fermés, je vois un peu en portes, j'ai fait des stages aussi où j'ai déjà rencontré des personnes qui avaient été face à des violences sexuelles, et on voit sur des profils de femmes, j'ai jamais rencontré des hommes, c'est tout le temps des femmes, des femmes cassées en fait, mais là il y a cette cassure qui fait qu'il est encore plus compliqué à essayer de colmater par la barrière de la langue, et le fait qu'elle est sur un territoire, elle est venue en France pas de son plein gré pour échapper à tout ça, et c'est vrai que ce n'est pas forcément simple.

Elsa : Et du coup avec la barrière de la langue, vous faites à peu près comment pour quand même pouvoir parler avec la patiente ?

IDE : Bah en fait c'était un peu compliqué, au début il y avait un traducteur, du moins un membre de sa famille, qui traduisait, un homme, du moins qui faisait le lien en fait entre la traduction, on n'a jamais vraiment su qui était cet homme, c'était tout le temps la traduction par téléphone, lui c'était une personne de confiance, en fait on voyait qu'elle l'appelait plus facilement, puis au fur et à mesure j'ai compris qu'en fait c'était un membre de sa famille aussi qui l'avait violée plusieurs fois à plusieurs reprises, et qui fait qu'aujourd'hui elle est enceinte on va dire, du coup je fais de moins en moins confiance en fait à ce membre de la famille, on ne sait pas qui c'est forcément, on a du mal à comprendre, moi j'ai beau lui demander je ne comprends pas qui c'est, du coup on fait plus facilement appel à un traducteur par téléphone, on a des traducteurs, on a ISM, on a plusieurs dispositifs en fait de traduction, et même si c'est quelqu'un qu'on ne connaît pas, que des fois elle est un peu tendu, je vais expliquer que c'est quelqu'un qui est formé au secret médical, chose que le membre de sa famille je ne sais pas où il est, je ne sais pas s'il est en France, je ne sais pas s'il est à l'étranger,

je ne sais pas s'il a un lien aussi avec son violeur, et c'est vrai que quand on parle même de violences sexuelles, intrafamiliales, parler de ça avec quelqu'un de sa propre famille, il y avait ça aussi qui faisait qu'au début, c'était peut-être un peu plus compliqué à s'ouvrir, et qu'on voit que là on a réussi à créer vraiment une bulle, puis même elle commence à parler français on va dire, donc voilà.

Elsa : D'accord, et c'est un service où elles viennent tous les jours, ou elles restent par exemple un petit temps, ensuite elles repartent ?

IDE : Alors il n'y a pas d'hospitalisation, donc on est sur un service où ils viennent, mais on est aussi sur des déplacements, je sais que c'est une famille où je vais pas mal à domicile, je vais les voir à domicile, ce qui a fait aussi qu'on a créé un réel lien, et que je suis un peu devenue une référente, après il y a d'autres personnes aussi, c'est un peu la même situation. Quand les parcours de vie sont vraiment compliqués, peu importe, il y a la migration, il y a une vie précaire, ou même on a des personnes, bon c'est rare, on avait une personne française, mais il n'y avait pas eu de viol ou autre, mais il y a eu des violences, pas sexuelles on va dire, mais d'autres types de violences, qui avaient fait que c'était une personne qui était brisée aussi. On a davantage, moi je sais que je vais beaucoup plus à domicile, on a cette chance d'avoir un véhicule de travail ou autre, on peut nous permettre d'aller à domicile, ce sont plus des suivis que je fais à domicile, que à l'hôpital on va dire.

Elsa : D'accord, donc ça crée vraiment une relation de confiance, et en plus vous rentrez dans le domicile, dans la sphère privée.

IDE : Oui, c'est clairement ça. C'est quelque chose qu'ils ne peuvent pas, du moins on a cette chance-la dans le service, c'est de pouvoir aller à domicile. Il y a très peu de services, du moins qu'on peut leur proposer, même des suivis hospitaliers qui peuvent aller à domicile, donc c'est vrai que là-dessus, ça a peut-être permis qu'on ait une relation qui est un peu plus proche avec toutes ces femmes, mais puis on va dire qu'on a des profils tous les deux, je ne sais pas si c'est ça, mais je ne suis pas non plus très âgée, elle aussi elle a à peu près mon âge, on va dire moi j'ai 24 ans, cette jeune fille elle a 27 ans, on va dire qu'on a un âge qui est quand même assez rapproché, qui fait que peut-être que c'est plus simple de s'ouvrir, des fois je me dis ça à une personne jeune, du moins qui a un âge assez similaire, qu'à ma collègue de 62 ans quoi.

Elsa : D'accord, donc vous pensez que ça peut être, pas un frein mais l'inverse, que ça peut lui permettre de s'ouvrir encore plus l'âge rapproché ?

IDE : Oui, après je ne sais pas trop, c'est vrai qu'elle a tout le temps été proche de moi et pas de ma collègue, c'est moi qui fais le suivi en fait, c'est moi qui l'accompagne pour toutes ces

étapes-là, mais je pense que oui, on peut voir les jeunes, généralement les jeunes filles au sein du service, aussi bien de mon service que parfois elles sont suivies par des assos, sont plus proches en fait de femmes de l'âge du moins, je parle aussi un peu anglais, qui fait que c'est plus facile en fait, il y a plein de choses qui font que, je ne sais pas si c'est totalement l'âge ou c'est peut-être d'autres choses, mais c'est vrai que l'échange est plus simple on va dire.

Elsa : D'accord et est-ce que vous voyez des freins, à l'inverse, qui peuvent compliquer la relation ?

IDE : Bah du moins je sais que pour toutes les femmes que j'ai accompagnées souvent c'était, on s'est retrouvés face à un homme au dispositif, et je ne sais pas si je me dis que c'est des hommes qui sont très à l'écoute, mais j'ai l'impression qu'il y a une perte de confiance en l'homme, qui fait que quand elles ont un homme en face d'elles, j'ai l'impression qu'il y a une part de sulfitage, elles se décomposent et quand on en re-échange après, souvent pour un temps d'échange après encore, j'ai l'impression qu'elles n'ont pas tout dit, et des fois je leur ai dit, je leur ai plusieurs fois posé la question, est-ce que c'est par rapport à un homme, que c'est un homme en face de nous, vous auriez préféré que ce soit une femme ? Souvent j'ai cette question où elles préfèrent parler aux femmes, des violences qu'elles ont eues, parce qu'il n'y a que les femmes qui peuvent les comprendre, bon les hommes aussi sont formés, c'est ce que je leur explique s'ils sont là, il y a eu une formation auprès de l'équipe, tous les gens qui travaillent au dispositif ont été formés, chose que moi je n'ai pas été formée à ça ou à quoi, mais je pense que refaire confiance, quand c'est des violences hommes-femmes, je pense qu'il y a une part où ça peut être un frein.

Elsa : D'accord. C'est à cause du traumatisme subi, qu'elles font moins confiance ?

IDE : C'est ça. Et puis je ne sais pas si c'est quelque chose chez toutes ces femmes du moins, mais elles sont hyper bien entourées d'un côté féminin, mais il n'y a plus aucun homme autour d'elles en fait, c'est vraiment un orbite féminin, et il n'y a aucun homme qui fait partie de cette orbite.

Elsa : D'accord. Et du coup, votre service ne propose pas de formation pour les infirmières ?

IDE : Non, je me suis renseignée aussi auprès de l'hôpital, à part les professionnels intervenants sur le dispositif qui ont une formation davantage de l'ordre départemental avec les associations de solidarité femmes ou hommes qui sont vraiment actives. Sinon, c'est elles qui font les formations, et elles font les formations Co professionnelles du dispositif, il n'y a pas d'autres formations proposées. Du moins je sais que j'ai déjà abordé ce sujet avec ma

cadre notamment au tout début, où je n'étais pas forcément à l'aise, ou du moins en service en fait, quand ils sont hospitalisés là-haut, j'ai fait des services, j'avais pas l'impression d'avoir ce recul au niveau du fait que, je pense qu'elles s'ouvrent beaucoup moins quand il y a une hospitalisation, parce qu'on tourne beaucoup plus, elles voient plein de monde, mais c'est vrai que là j'ai l'impression qu'elles s'ouvrent beaucoup plus, il y a des histoires de vie hyper compliquées que moi-même des fois j'ai du mal à entendre, mais on n'a aucune, du moins, j'ai aucune réponse de ma cadre sur ce type de formation-là, c'est vrai qu'elle me dit qu'il faut les orienter vers Le dispositif, il faut les accompagner, faire de notre mieux, sans trop aussi en faire, mais il n'y a rien qui est proposé par l'hôpital, quoi. C'est dommage qu'il n'y a pas plus de formation. Au sein de la formation aussi, du moins de l'école, il me semble que j'avais jamais, c'est pas un sujet qui avait été abordé, du moins, j'ai aucune trace de ça, et pourtant je trouve qu'on va avoir des échanges, du moins, des cours, du moins, sur plein de choses, sur la relation soignant-soigné et tout, mais on nous dit qu'il faut garder quand même une place assez proche du patient pour qu'il y ait une relation, mais quand même assez lointaine, parce qu'il y a cette place de soignant et de soigné, mais jamais ça a été abordé cette place de violence sexuelle dans ces relations soignant-soigné, qui est aussi compliquée pour le soigné d'en parler, et savoir concrètement est-ce que cette relation doit rester la même ou est-ce que cette relation doit prendre un fondement, ou doit vraiment être une personne référente, là-dedans, et pas forcément qu'un soignant, je sais pas.

Elsa : Oui, c'est ce que j'ai remarqué dans les cours que j'ai eu à l'IFSI, il n'y a aucun cours qui parle de violence sexuelle ou de l'accompagnement qu'on peut proposer, c'est quelque chose qu'on voit juste sur le terrain et qu'on nous dit qu'il faut s'adapter et puis utiliser ses propres compétences, mais je trouve que ça peut être compliqué, du coup, de bien agir.

IDE : Je sais que la seule chose, moi du moins, la seule chose qui, des fois, fait du bien, c'est d'en échanger avec les autres collègues, chose que parfois, c'est vrai qu'on n'essaye pas forcément, du moins, quand c'est au sein du service, ça va, mais quand on échange avec d'autres, d'autres collègues qui sont dans d'autres services, on est face au secret médical, donc on peut pas tout dire, mais des fois, ça fait du bien aussi d'échanger sur le fait qu'il y a une situation qui est compliquée, et qu'on voit aussi que d'autres collègues ont le contraire, on est plein à le rencontrer, en fait, on se retrouve à échanger de ça, et ça, c'est la seule chose, en fait, en quelque sorte, qui va nous permettre de nous dire, bon, au moins, on n'est pas tout seul, quoi, on n'est pas tous désarmés, il y a de plus en plus de violence, mais à la fin, on a l'impression d'être isolés, quoi.

Elsa : Oui, je comprends ce que vous voulez dire. Et il y avait des situations où, finalement, ça a fini par la prise en soin, elle a fini par être intacte, et vraiment aider la personne ?

IDE : Ben, du moins, de mon recul, on va dire que j'ai l'impression qu'il y a une blessure qui continue, il y a une prise en charge qui est autour, on voit qu'il y a quelque chose qui est fait, on voit que j'ai une jeune fille qui, elle, avait subi des violences sexuelles, il y a eu une réelle prise en charge, elle est suivie par un psychologue, tout, après, c'est vrai qu'on en parle un petit peu, ça se voit qu'elle a vraiment trouvé quelqu'un qui se réfère un peu plus que moi, que moi, je ne sais pas du tout, je trouve que je peux en échanger, mais j'ai mes limites qui font que je n'ai pas toutes les compétences pour faire face à cette situation-là, on pense qu'il y a une prise en charge, après, est-ce que la prise en charge est suffisante ? Ça, j'ai des doutes quand je l'entends, quoi.

Elsa : D'accord. Et c'est que des femmes majeures, ou il y a aussi des mineurs ?

IDE : Ben, du moins, justement, on va dire qu'on a pas mal de mineurs, parce que, du moins, moi, dans mon service, c'est ce que je disais tout à l'heure, je prends pas mal aussi de migrants, des primo-arrivants, sauf qu'on va dire que les trois-quarts, la moitié des primo-arrivants, c'est des mineurs non accompagnés, donc c'est des jeunes femmes, on a beaucoup d'hommes sur les mineurs non accompagnés, on a quelques jeunes femmes, mais les jeunes femmes qui arrivent de manière isolée, c'est elles qui ont justement des gros traumatismes, elles ont fait la route migratoire toutes seules, elles ont subi je ne sais combien de violences sur la route, c'est connu, on le sait quand elles arrivent, c'est vrai que c'est quelque chose qu'au début, quand je suis arrivée dans le service, je ne le savais pas, avec des infirmières référentes de la jeune fille, je l'ai su, mais il y a une réelle prise en charge autour, parce qu'elles sont suivies par le département, une fois que nous, on en parle un petit peu, on arrive avec les infirmières du département à faire aussi un peu le lien avec tout ce qu'elle dit, sa voix, mais au niveau des personnes qui sont isolées, donc elles n'ont pas de parents, elles n'ont pas de cadre familial pour les entourer. Voilà.

Elsa : D'accord. Elles viennent de leur propre chef ou elles sont orientées vers un autre service ou une association ?

IDE : L'association, je ne sais pas trop, je ne crois pas qu'elle travaille pour les mineurs, je ne crois pas qu'il y ait trop de lien avec l'association par rapport aux autres services. Elles vont être accompagnées. On va dire qu'on les guide, mais de toute façon, quand elles arrivent en France, elles sont très guidées, en fait. Elles ne sont jamais allées voir de sage-femme, elles ne sont jamais allées voir trop de médecins, donc c'est vrai qu'on les guide pas mal, on échange pas mal. Après, est-ce qu'on les guide vers les bonnes personnes ? En fait, on les

guide avec les personnes qu'on travaille du moins souvent avec. Ce n'est pas elles qui choisissent trop, en fait, vu qu'elles sont mineures, c'est vrai que c'est davantage nous qui la guidons. C'est vraiment pas du tout dépendant d'elles. C'est nous qui les guidons, mais c'est vrai que les associations pour les mineurs, ben, je n'ai pas l'impression qu'on les guide plus que ça, en fait. Je sais qu'au niveau du Cegid, avec qui j'ai travaillé pas mal, le Cegid aussi à pas mal de personnes, en fait, qui viennent se faire dépister liées à des violences sexuelles ou autres. On avait parlé un petit peu là-dessus. Elles, elles ont pas mal de mineurs qui on va dire, des Françaises qui sont là depuis, qui sont vraiment nées ici ou autres, qui ont l'habitude, on va dire, du système de santé, qui viennent un peu chez elles parce qu'elles viennent de subir une violence sexuelle. La première chose, en fait, j'ai l'impression que ce qu'on avait échangé avec elles, avec les pertes de services, la première chose qu'elles pensent, du moins, nous, c'est plus au niveau de mon service, on va penser plus aux violences au niveau, du moins, même pas du dépistage, en fait, parce que le dépistage, on va le faire automatiquement, ça va être plus au niveau des violences et de la trace que tu peux avoir psychologiquement. Elles, vraiment, les Françaises qui arrivent, elles vont directement au Cegid, c'est pour le dépistage. En fait, c'est leur premier crainte et ça leur marque la vie, en fait. C'est vraiment ça. Elles refusent, d'ailleurs, quand elles échangent une collègue qui travaille là-bas, mais c'est peu par le dépistage, en fait, qu'elles voient. Elles ne voient pas forcément, elles sont tellement axées là-dessus que je pense que j'ai un peu tourné le sujet. Ce sont les violences sexuelles, mais en soi, c'est le dépistage qui prime avant tout sur ma population. C'est plus, on voit que ce sont des femmes qui sont vraiment atteinte psychologiquement, de toute façon, ce sont des violences qui sont souvent plus anciennes, du moins, qui peuvent y avoir déjà quelques semaines, quelques mois, tandis que, pour les Françaises, on les voit assez, du moins. Celles qu'on voit au niveau de l'hôpital, on voit pas mal qui va assez rapidement et qui viennent très rapidement se faire dépister.

Elsa : D'accord. C'est-elle qui viennent en tout premier lieu pour cette problématique de violences sexuelles.

IDE : C'est ça. C'est ça. Elles viennent directement, pas forcément parce qu'elles viennent ici dans le service par pur hasard et qu'on arrive à débloquent ce sujet-là. Elles viennent la parler directement et par crainte, en fait, d'avoir du moins, dans ces violences-là, il n'y a pas la question de la protection ou autre aussi pour tout ce qui est IST. Elles viennent plutôt par rapport à ça que par rapport à un traumatisme psychologique qui ne s'est peut-être pas encore installé. Ils sont peut-être encore sous le coup du choc et pour elles, c'est encore secondaire, peut-être.

Elsa : D'accord. Et... Est-ce que vous travaillez un petit peu avec les services de police dans ces cas-là ou pas du tout ?

IDE : Si. En soit, c'est la gendarmerie qu'on travaille à peut-être, on les guide pas mal. Je sais qu'on ne va jamais dans les commissariats ou aux gendarmeries. Ils se déplacent, eux, ils ont des permanences deux fois semaine pour recueillir tout ce qui est plainte au niveau de l'hôpital. On a tendance à les employer auprès de ces personnes qui se déplacent à l'hôpital, qu'à la gendarmerie déposer plainte. On les accompagne, c'est soit leur souhait ou pas. Pour toutes celles qui nous font part de violences, la première chose qu'on leur propose, du moins que nos collègues, du moins on s'est d'accord pour proposer, c'est un suivi, mais aussi d'aller voir la gendarmerie qui est présente deux fois semaine au niveau du pôle Femme pour en parler.

Elsa : D'accord, je trouve ça très intéressant, ça peut peut-être les aider à mieux s'ouvrir si la police arrive sur les lieux, plutôt qu'elles se déplacent. Je trouve ça très intéressant, c'est la première fois que j'entends ça. Je sais que c'est un frein de se déplacer au commissariat, mettre les pieds au commissariat, attendre je ne sais combien de temps dans la salle d'attente.

IDE : C'est vrai qu'ils ont la chance que généralement c'est pris hyper rapidement. Après pareil, c'est vraiment un dispositif qui permet, je sais qu'il y a un juge qui est présent aussi une fois par mois aussi, ils peuvent avoir un avocat qui peut être mis à leur disposition s'il y a des choses vraiment... ça leur permet d'avoir toute la prise en charge ailleurs dans un commissariat qui fait encore peur parfois.

Elsa : D'accord. Et est-ce que du coup dans ces cas-là, vous faites des fiches infirmières pour dire les violences qu'elles ont subies ?

IDE : Il y a des fiches qui vont être faites, qui sont censées être... que personne n'est censé ouvrir en fait, qui sont disponibles sur le logiciel de l'hôpital, on va dire, qui racontent un peu le témoignage auprès de la Gynéco du moins ce qu'ils font tous. Nous à côté, on rédige un document pareil qu'on met sur le dossier, on met une tranche du moins de façon... si la personne est d'accord, on met une tranche sur son dossier, donc ça va être les dossiers médicaux qu'on a sur notre plateforme du moins, qu'il y a eu une violence, soit qu'elle n'en souhaite pas en parler ou qu'elle souhaite en parler, mais c'est vrai que sinon on ne fait pas force aux fiches, en fait on n'a pas de modèles de fiches, je vois en Gynéco, ils ont des modèles pour ça, des fois quand ils sont liés à des violences, qu'on les accompagne, que je fasse du moins, que je fasse une matinée avec elle dans ce dispositif-là, à la fin de la matinée, quelques jours plus tard, c'est vrai que c'était bien, on a une tranche en fait qui est disponible, mais ce qui est bête, c'est que souvent c'est dit que en début d'interrogatoire de prise en

charge c'est dit que ça reste entre nous, que ce sera nulle part écrit sur une feuille retranscrite qui leur permettra d'avoir un avis, mais que ce sera accessible nulle part et au final c'est quand même accessible à tous les soignants qui la prennent en charge du moins sur notre plateformes, mais il y a vraiment des détails, je trouve que ça c'est la petite chose qui me dérange, c'est que dans ce dispositif-là on dit que c'est bien que pour nous trois, il n'y a que nous trois qui l'écoutons, mais en fait il y a plein de personnes autour qui l'écoutent et peut-être qu'elle n'a pas forcément envie que tout soit retranscrit à tous ses soignants.

Elsa : Et du coup elle est quand même prévenue que tout le monde peut voir et l'entendre ?

IDE : Bah du moins c'est écrit sur mes disques, mais non ils ne sont jamais prévenus, ce document-là déjà il faut l'ouvrir, il y a écrit non ouvrable en fait, il y a écrit que normalement on n'a pas le droit de l'ouvrir, mais c'est un document en fait c'est juste le titre qui est l'ouvrable on appuie dessus, il est ouvert et on voit tout quoi. Puisqu'il n'y a pas de dispositif qui fait qu'il filtre, ça s'est plus lié à la plateforme mais qu'il filtre les ouvertures de ce dossier au seul professionnel un peu du moins. Je comprends qu'en soit quand on la prend en charge c'est une information qui peut être vraiment intéressante de savoir qu'elle a eu des violences sexuelles, après de savoir tous les détails pour ces personnes-là Mais c'est pas trop utile quoi, c'est la façon qu'elle a envie d'en parler, elle en parlera mais C'est quelque chose qui est utile, c'est vrai que ça peut être une gaffe de savoir que la personne est enceinte de son oncle et pas un mari, que c'est pas une grossesse qui est consentie je pense que c'est quelque chose qui est assez important à savoir parce que je vois, moi j'ai l'impression d'avoir fait une gaffe au début de sa prise en charge, c'était compliqué à rattraper, j'ai ramé pour créer une relation c'est vrai que quand ils sont hospitalisés, je me dis lors de la grossesse, lors de l'accouchement ça fait quelque chose qui peut être intéressant, qui peut expliquer beaucoup de comportements et même si tout a été dit à la gynécologue je trouve qu'il est très intéressant d'avoir les infos de la présence et de la date du viols, ...

Elsa : Est-ce que le fait qu'elles ont vécu des violences sexuelles impactent-ils les soins ? ou est-ce qu'elles ont des comportements différents ?

IDE : Euh moi je trouve qu'elles sont vachement extérieures surtout des personnes qu'on ne connaît pas au début, c'est sûrement due au traumatismes subit et au manque de confiance envers des professionnels qu'elles ne connaissent pas, lorsqu'on réalise des soins techniques comme par exemples des prises de sang ou autres, des entretiens, ..., elles sont très extérieures, c'est-à-dire que j'ai l'impression d'avoir une personne qui est vide du moins au début de la prise en soins lorsqu'on vient de les rencontrer. Et lorsque je commence à faire mon entretien d'enquête au début j'ai l'impression d'avoir des réponses très fermes et d'avoir

des robots devant moi et après je vois des petites choses qui me dérangent et c'est au fur et à mesure en revenant sur certaines infos qu'elles nous pas voulu expliciter, c'est après qu'on arrive à avoir des infos importantes pour aider à la prise en charge de la patiente. Lorsque la patiente ne veut pas parler de sa situation je lui explique que ce n'est pas un souci et que je reviendrais sur la déclaration plus tard et j'arrive tout de même à avoir les réponses utiles les prochains jours. Après je pense que ça dépend des personnes, certaines arrivent à en parler plus facilement que d'autres. La principale chose importante c'est qu'elles ne sont pas dans le refus de soins mais on est face à des robots qui sont très fermes.

Elsa : D'accord je vois. Je pense avoir fait le tour de toutes mes questions.

IDE : d'accord, très bien. Si vous avez d'autres questions n'hésitez pas vous avez mon numéro.

Elsa : D'accord je vous remercie. Passer une bonne journée. Au revoir.

IDE : Bonne journée également. Au revoir.

5) Annexe n°6 : Entretien semi-directif n°3

IDE : Bonjour, vous êtes l'étudiante infirmière avec qui je vais faire l'entretien ?

Elsa : Bonjour, oui c'est bien moi. Alors comme vous le savez je fais un mémoire sur la relation soignant – soigné avec des patientes ayant été victimes de violences sexuelles. Et dans ce cadre-là j'aurais quelques questions à vous poser.

IDE : D'accord, alors on peut commencer.

Elsa : Vous m'aviez expliqué au téléphone que vous aviez pris en soins des patientes ayant été victimes de violences sexuelles dans différents services. Pourriez-vous me dire dans quel service.

IDE : Alors du coup j'ai été diplômé y'a 3 ans de l'école d'infirmière, j'ai travaillé d'abord en psychiatrie, j'ai travaillé ensuite un peu aux urgences et là depuis 1 an et demi je travaille en chirurgie générale donc euh on fait un peu de tout, pédiatrie, orthopédie, viscérale, plastie, stomatologie, ORL, ... enfin voilà plein de chose.

Elsa : Et du coup c'est dans quel service où tu as eu des cas de violences sexuelles ?

IDE : Euh ben du coup j'en ai eu principalement en psychiatrie et j'en ai eu aussi aux urgences et très rarement en chirurgie mais du coup dans tous les services en vérité.

Elsa : D'accord. Et est-ce que tu te souviens si euh dans à peu près tous les services que tu as faits si y'avais des recommandations de bonnes pratiques ? par exemple un protocole qui est utilisé pour ce type de prise en soins.

IDE : Alors ça dépend vraiment des services en fait parce que le contexte dans lequel on reçoit les patients ce n'est pas vraiment la même. Par exemple en psychiatrie c'est souvent plutôt des choses qui datent du genre un petit moment et du coup les patients sont là parce que ça les affecte psychologiquement aujourd'hui mais ce ne sont pas forcément des choses qui se sont passés dans l'immédiat. Du coup euh la prise en charge ça va vraiment être l'écoute, un accompagnement psychologique et voilà on n'a pas forcément de protocole. Pareil en chirurgie, il y'en a vraiment pas parce que à la base les patients ils ne sont pas hospitalisé pour ça, donc je pense que ce n'est pas forcément quelques chose auxquels on pense directement. Après aux urgences, c'est différent parce qu'en générale quand tu reçois un patient avec cette problématiques c'est vraiment pour des choses qui sont passés bah à l'instant T dans la journée, la veille ou des choses récentes. Du coup il y 'a tout un protocole. Déjà dans un premier temps on va écouter la personne, discuter avec elle, tout ça, après elle va être vue par des médecins à l'UMJ donc l'unité médico judiciaire pour bien recueillir toute les informations, pour faire des examens complémentaires, prendre des photos par exemple si c'est nécessaire pour des procédures judiciaire, enfin ça dépend. Et après du coup il y'a un accompagnement psychologique que ce soit de la part du personnel médical, paramédical, ... et la faire voir par un psychologue ou un psychiatre selon ce qui est nécessaire.

Elsa : D'accord je comprends mieux, Et elles arrivent à en parler facilement ou il y a des freins à la communication et aux soins ? parce que j'imagine que les soins ne doivent pas être évident surtout si elles viennent de subir des violences sexuelles. Donc, est-ce que tu as rencontré des difficultés à mettre en place les soins ou as communiquer ?

IDE : Ouais en générale ça peut être compliquer. Désolé ma voix est un peu cassée. Mais euh ouais c'est difficile parce que pour ce qui est d'en parler par exemple en psychiatrie elles ont souvent du mal à le faire parce que voilà ce sont des choses qui les touchent vraiment donc ce n'est pas facile d'avoir des informations, ça demande souvent du temps, de discute, de bien écouter la patiente et ne surtout pas la forcer à parler quand elle ne le veut pas. Après aux urgences c'est pareil, il y en a qui vont avoir on va dire une facilité à raconter ce qui s'est passé, enfin je ne sais pas si on peut vraiment dire ça comme ça mais qui vas raconter facilement ce qu'il s'est passé. Et il y en a d'autres qui sont très fermés, ça peut être liée au manque de confiance et de la peur, elles ne vont pas vouloir qu'on les touche, qui ne vont pas vouloir discuter, qui vont être très prostré et tout donc c'est compliquer. Après voilà on fait en sorte de pouvoir expliquer les choses calmement, et on va prendre le temps. Pour que

la patiente accepte les soins. Et qu'on puisse l'aider au mieux. Mais ce n'est pas toujours évident.

Elsa : J'imagine qu'aux urgences du coup avec tous les soins qu'il y'a à faire, tous les patients qu'il y'a il faut quand même être assez rapide. Parce qu'on m'avait parler d'un manque de temps aux urgences mais avec ce genre de situation où la patiente à des problème à communiquer, comment tu faisais pour pallier le manque de temps ? Je ne sais pas si tu vois ce que je veux dire, enfin par exemple est ce que tu prenais 10-15 minutes ou un peu plus et comment tu faisais pour pas perdre de temps sur le reste de ton travail et en même temps leur laisser le temps de parler et de se confier ?

IDE : Ben c'est vrai que c'est compliqué parce qu'aux urgences on est très sollicités, on est souvent très débordés par le travail. Après faut réussir à faire la part des choses entre pas aller trop vite et bien prendre en soins les patients. Et du coup moi ce que je faisais c'est que j'essayais de me libérer au maximum quand je pouvais le faire. Après si par exemple je reste un petit moment avec la patiente et que je vois que ça ne donne rien, bah je vais lui laisser un peu de temps et revenir vers elles ou alors je vais envoyer une collègue qui elle sera disponible pour la patiente pour pouvoir parler ensemble. Donc ouais c'est un travail d'équipe qu'on fait autour des patients et du coup ça permet bah déjà d'avoir plus d'informations parce que bah parfois juste ça ne passe pas avec certains soignants et parfois il faut juste du temps pour assimiler les choses et après les dire. Donc oui, ça dépend vraiment des cas, des patients, et de comment ils sont. Après c'est vrai que les psychologues sont là aussi et qui aident beaucoup.

Elsa : D'accord, je comprends mieux et finalement ta méthode de travailler fonctionnait avec les patientes ? Est-ce que les patientes finissaient par bien communiquer et est-ce que t'arrivais à bien les aider dans leur démarches ?

IDE : C'est vrai que ça fonctionne la plupart du temps après il y'a toujours des cas où ça reste plus compliqué mais voilà comme j'ai dit faut laisser le temps aux patientes d'assimiler les choses, pas les forcer à dire ce qu'elles ne veulent pas dire et travailler avec son équipe et laisser la main aux autres pour pas être trop insistant.

Elsa : D'accord. Et en ce qui concerne l'accompagnement, est-ce qu'automatiquement tu leur adressais des psychologue ou associations ou dépôts de plainte à leur sortie de l'hôpital, je ne sais pas trop comment ça fonctionne. Et on m'avait parler d'une fiche d'attestation infirmière, est-ce que c'était quelque chose qui était fait dans ton service ?

IDE : Ouais enfaite quand les patients ils arrivent, on essaye de remplir le plus d'informations et de vraiment tout noter pour que s'ils veulent porter plainte, ils aient de

quoi avoir de la matière pour bien appuyer le dossier. Comme j'ai dit, ils sont vus par des médecins, par l'UMJ qui du coup va faire des examens si la patiente est d'accord et prendre des photos et faire tout ce qu'il faut pour compléter le dossier après pour la sortie. Si la plainte n'a pas encore été déposée, on va leur conseiller quand même de le faire. Après il y'en a qui refuse et voilà c'est leur droit. Mais on leur conseille en tout cas et on les oriente vers des associations, psychologues pour tout de même avoir un suivi sans être relâché dans la nature et leur faire comprendre qu'il y a des choses qui sont mises en place et qu'ils ne sont pas seuls dans leurs problèmes.

Elsa : D'accord, et du coup je remarque qu'il y'a plein de démarches à suivre au niveau infirmier. Du coup la première fois que tu en as pris en soins ce type de problème tu étais accompagné un peu par tes collègues ou guidé par le protocole pour t'aider ? IDE : Ouais on essaye de les accompagner au mieux vraiment du début à la fin et après pour ce qui est de la prise en charge, c'est vrai qu'au début, la première fois j'étais un peu perdue, parce que même si on a un protocole écrit dans le service, on n'a pas forcément le temps d'aller jeter un coup d'œil quand la patiente se présente. Et après ça reste toujours délicat de prendre en charge ce genre de patient même si on sait comment s'y prendre. Du coup oui la première fois j'ai été accompagné par mes collègues qui m'ont montré comment eux faisaient et du coup ça m'a beaucoup aidé après pour la suite pour moi prendre en charge ce genre de patient.

Elsa : D'accord je vois. Donc là on a fait le tour de toutes mes questions que j'avais à poser. Ça a été vraiment complet dans tes réponses.

IDE : En tout cas, j'espère que ça t'aura aidé, et si tu as d'autres questions n'hésite pas à m'écrire. Bonne journée.

Elsa : Oui merci ça m'a beaucoup aidé, tu m'as apporté beaucoup de matière pour mon mémoire. Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions. Bonne journée.

IDE : Bonne journée.