

# En première ligne face aux violences domestiques et sexuelles: attitudes et représentations des professionnels de santé

par Emmanuel ESCARD\*, Chiara TORREGGIANI\*\*, Jean-Marc THELER\*\*\*, Idris GUESSOUS\*\*\*\* et Véronique JAQUIER\*\*\*\*\*

## Résumé

Les professionnels de santé sont en première ligne pour l'accueil, l'orientation et la prise en charge des patients vivant ou ayant vécu des situations de violences domestiques et sexuelles. Dans ce contexte, leurs attitudes et représentations en matière de violences domestiques et sexuelles ont un impact sur leur relation avec les patients. Cette recherche avait pour objectifs d'analyser les attitudes et représentations des professionnels de santé des Hôpitaux Universitaires de Genève concernant les situations de violences domestiques et sexuelles, et de les examiner en regard de la prise en charge de telles situations en milieu hospitalier et ambulatoire. Administrée sous forme d'enquête en ligne, elle a permis de recueillir les attitudes et représentations de 1'186 professionnels de santé identifiés comme prodiguant directement des soins aux patients. Les analyses ont mis en évidence la qualité des connaissances de ces professionnels et, dans l'ensemble, leur faible degré d'adhésion aux stéréotypes et mythes des violences domestiques et sexuelles. Elles ont permis de souligner l'absence de tolérance des participants en matière de violences domestiques et leur rejet des propos visant à culpabiliser les victimes de violences sexuelles. Si certains professionnels de santé se sont déclarés inquiets d'une possible aggravation des violences engendrée par leur dépistage, la majorité d'entre eux a reconnu l'importance et la possibilité d'une intervention médicale, même lorsque les victimes sont réticentes à reconnaître les abus subis. Bien que leurs positions n'aient pas été unanimes, nombre de professionnels ont témoigné de compétences spécifiques insuffisantes pour la prise en charge de situations de violences domestiques et sexuelles et réfuté l'idée que les violences peuvent être détectées en regard du seul comportement des victimes et sans être explicitement discutées. Si, en moyenne, seule une personne sur dix a indiqué avoir bénéficié d'une formation spécifique à la prise en charge de situations de violences domestiques et sexuelles, plus de trois participants sur quatre se sont déclarés intéressés par une telle formation.

**Mots-clés:** violences domestiques, violences sexuelles, représentations sociales, soignants, hôpital, victimes

\* Médecin-adjoint responsable, Unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV), DMCPRU, Hôpitaux Universitaires de Genève.

\*\* Psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, Unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV), DMCPRU, Hôpitaux Universitaires de Genève.

\*\*\* Docteur en biologie, Unité d'épidémiologie populationnelle (UEP), DMCPRU, Hôpitaux Universitaires de Genève.

\*\*\*\* Médecin-adjoint responsable, Unité d'épidémiologie populationnelle (UEP), DMCPRU, Hôpitaux Universitaires de Genève.

\*\*\*\*\* Docteure en criminologie, Centre romand de recherche en criminologie, Université de Neuchâtel.

### Summary

Healthcare professionals are on the front line to welcome, guide, and care about patients who experience or have experienced domestic and/or sexual violence. In this context, their attitudes and representations undoubtedly impact their relationship with patients. This study was conducted among healthcare professionals working at Geneva University Hospitals. Its objectives were to analyze professionals' attitudes and representations regarding domestic and sexual violence situations and to examine these findings with respect to the management of these situations in hospital and ambulatory care settings. Administered as an online survey this study provided the opportunity to examine the attitudes and representations of 1'186 healthcare professionals identified as providing direct care to patients. Findings showed the quality of healthcare professionals' knowledge and their overall low adherence to domestic and sexual violence stereotypes and myths. They underscored participants' lack of tolerance for domestic violence and their rejection of blaming attitudes towards victims of sexual violence. While some healthcare professionals have voiced concerns regarding the possibility of escalation subsequent to a proactive screening of violence situations, the majority has recognized the importance and feasibility of a medical intervention, even in situations where victims are reluctant to disclose abuse experiences. Although not unanimous, several professionals have reported insufficient training on how to provide care in domestic and sexual violence situations. They have rejected both the idea that violence situations can be detected simply based on victims' behaviors and the fact that these situations do not need to be explicitly addressed. Although about only one in ten participants reported undergoing specific training to address domestic and sexual violence situations, more than 3 in 4 participants indicated they would be interested in such a training.

**Keywords:** domestic violence, sexual violence, social representations, health care workers, hospital, victim

## Introduction

Chaque année en Suisse plusieurs dizaines de milliers de femmes et d'hommes sont victimes de violences. Les violences domestiques et sexuelles y constituent, comme dans la plupart des pays à travers le monde, l'un des principaux problèmes de santé publique ayant des conséquences à court et à long terme sur la santé (Coker *et al.*, 2002). Ces expériences sont associées à des atteintes directes et indirectes à la santé physique, mentale, sexuelle et reproductive, et sociale. La recherche a également mis en évidence des relations entre l'expérience de violences domestiques et sexuelles et divers comportements à risque pour la santé (Heise, Garcia-Moreno, 2002; Jewkes *et al.*, 2002).

Les professionnels de santé sont susceptibles d'être les premières personnes de contact pour les personnes victimes de violences domestiques ou sexuelles (Boyle, Todd, 2003; Hofner *et al.*, 2005; Phelan *et al.*, 2005). Il a été démontré que les femmes victimes de violences ont recours à des soins médicaux plus fréquemment que les non-victimes (Ramsay *et al.*, 2012), ce même si les personnes victimes, femmes et hommes, ne dévoilent pas nécessairement leurs expériences de violences aux professionnels de santé. Ces derniers sont cependant souvent identifiés comme les intervenants à qui les personnes

victimes feraient le plus confiance pour dévoiler leurs expériences abusives (OMS, 2013). Or, les attitudes des professionnels de santé sont fonction, d'une part, de leurs propres valeurs et perceptions et, d'autre part, des représentations sociales des violences domestiques et sexuelles (Martin, Lavoie, 1994).

Étudier les attitudes et représentations des professionnels de santé concernant les violences domestiques et sexuelles revient notamment à les interroger sur les explications qu'ils opposent à ces expériences, à qui ils en attribuent la responsabilité, ou encore comment ils se positionnent en tant que soignants par rapport au dépistage systématique de ces expériences. Nombre d'études se sont également penchées sur les compétences spécifiques nécessaires à la prise en charge de situations de violences domestiques et sexuelles et les besoins de formation en la matière. La recherche suggère en effet que, malgré les efforts entrepris dans ce domaine, les professionnels de santé – et les médecins en particulier – sont peu nombreux à dépister activement les situations de violences, n'ont souvent pas connaissance des ressources disponibles pour les personnes victimes et demeurent peu confiants en leurs capacités à prendre en charge ce type de situations (Escard *et al.*, 2015). Les attitudes, représentations et pratiques des professionnels de santé en matière de violences domestiques et sexuelles ont certes été étudiées par le passé, mais les travaux publiés ont presque exclusivement porté sur les violences domestiques des hommes envers les femmes et la majorité s'est attachée à investiguer les attitudes et les pratiques des médecins de famille et des médecins urgentistes. Enfin, bien que le rôle des professionnels en matière de dépistage des violences domestiques ait également été examiné en Suisse (Gillioz *et al.*, 2003; Hofner, Viens-Python, 2014), les travaux antérieurs se sont concentrés davantage sur le principe même de l'intervention médicale dans le contexte de la violence domestiques et sur les dispositifs à mettre en place. Cette étude est ainsi la première à questionner les attitudes, représentations et pratiques en matière de violences domestiques et sexuelles d'un échantillon aussi diverse de professionnels de santé.

### **Objectifs de la recherche**

En regard de ce qui précède, il paraissait important d'examiner les attitudes, représentations et pratiques des professionnels de santé face aux situations de violences domestiques et sexuelles, de manière à favoriser une prise en charge éthique et de qualité et, lorsque nécessaire, une orientation vers les services spécialisés.

Les professionnels de santé ont une opportunité unique de venir en aide aux personnes confrontées à des situations de violences domestiques et sexuelles. Bien qu'identifiés fréquemment comme des personnes de contact privilégiées pour les personnes victimes – et les personnes auteures – de violences, les professionnels de santé restent, en tant que groupe, peu formés aux enjeux spécifiques de la prise en charge des situations de violence (Margairaz *et al.*, 2006; Ramsay *et al.*, 2012; Short *et al.*, 2006b). Ces interactions sont cependant susceptibles de se révéler étonnamment complexes, d'une part, compte tenu de

la nature multidimensionnelle des situations de violences et, d'autre part, compte tenu des représentations que ces situations engendrent. Comme tout citoyen, les professionnels de santé sont confrontés à de multiples discours sur les violences, tels des discours «experts» relayés plus ou moins adéquatement au travers de canaux de communication formels et informels et des discours médiatiques fréquemment stéréotypés – voire simplifiés et partiels. À cela viennent s'ajouter de possibles expériences avec des situations de violences, dans leur vie personnelle ou professionnelle. Autant d'éléments susceptibles de colorer positivement ou négativement la relation de soin que s'efforcent de co-construire le patient et le professionnel qui l'accueille, soulignant ainsi la pertinence d'examiner plus spécifiquement les attitudes et représentations des professionnels de santé concernant les situations de violences domestiques et sexuelles.

Cette recherche avait pour objectifs principaux (1) d'identifier les représentations des professionnels de santé des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) concernant les situations de violences domestiques et sexuelles; et (2) d'examiner leurs attitudes en regard de la prise en charge de telles situations en milieu hospitalier ou ambulatoire.

## 1. Méthodologie

Cette enquête transversale portant sur les «représentations des professionnels de santé concernant les situations de violences domestiques et sexuelles rencontrées en milieu hospitalier ou ambulatoire» a été menée auprès des professionnels de santé exerçant au sein des HUG au début de l'été 2014. Les HUG sont un centre hospitalier d'urgence regroupant les huit hôpitaux publics genevois ainsi que 40 consultations ambulatoires, desservant ainsi un bassin de population de près d'un million de personnes. Les HUG sont le premier hôpital universitaire de Suisse en volume d'activité avec plus de 2'100 lits pour la prise en charge de patients et l'emploi de plus de 10'800 collaborateurs. L'enquête a été administrée en ligne de manière à favoriser un bon taux de réponse et d'offrir une interface confidentielle. Le procédé électronique permet de livrer les données dans une base de données de manière efficace et financièrement avantageuse et permet de régler les questions éthiques de consentement et d'archivage des données (Couper, 2000). Le logiciel *LimeSurvey* (1) a été utilisé pour cette enquête. Le questionnaire en ligne a été développé pour une administration anonyme en accès restreint, avec l'envoi d'un code d'invitation.

La population pour cette enquête a été identifiée sur la base des fonctions professionnelles indiquées dans le répertoire des adresses électroniques des HUG. Cette approche est apparue la plus adaptée pour atteindre une population diverse de professionnels de santé. Chacun d'entre eux a reçu une invitation à participer à l'étude par courrier électronique, ainsi que deux rappels de participation. Chaque courrier électronique précisait le contexte et les objectifs de l'étude, ainsi que les modalités de participation. Il était cependant attendu une

variation du degré d'utilisation de ces adresses électroniques parmi ces différents professionnels, notamment compte tenu du fait que tous ne disposent pas d'un accès privilégié à un ordinateur professionnel. Au total, 6'412 invitations à participer à l'enquête ont été envoyées: 1'186 questionnaires ont été validement complétés (2), soit un taux de participation de 18.5 %. Le consentement a été obtenu dans le cadre de l'invitation à participer à l'enquête en ligne. Les données ont été récoltées sous forme anonymisée. Eu égard aux objectifs de la recherche et aux résultats mis en évidence par d'autres études, il était cependant demandé aux participants d'indiquer leur sexe et leur fonction au sein des HUG en fin du questionnaire. Afin de garantir l'anonymat des participants, seules ces deux caractéristiques étaient enregistrées avec leurs réponses.

### 1.1 Participants

Au final, 1'186 professionnels de santé ont participé à cette enquête en ligne, soit 955 (80.5 %) femmes et 231 (19.5 %) hommes. Les participants étaient majoritairement des infirmiers (55.1 %) et des médecins (16.9 %). Les aides-soignants (7.0 %), les sages-femmes (4.9 %), les psychologues (3.2 %) et les techniciens en radiologie (2.3 %) constituaient les groupes les plus représentés après les infirmiers et les médecins (Tableau 1).

Il était également demandé aux participants d'indiquer le département des HUG dans lequel ils étaient amenés à exercer (Tableau 2). Les participants à cette enquête exerçaient majoritairement au sein des départements de santé mentale

Fonctions	Nombre de participants (n)	Fonctions représentées (%)
<b>Professionnels de santé</b>		
Aide-soignant(e)	83	7.0
Assistant(e) en soins et santé communautaire	13	1.1
Conseiller(ère) en santé sexuelle	3	0.3
Infirmier(ère)	654	55.1
Médecin	200	16.9
Psychologue	38	3.2
(Homme) Sage-femme	58	4.9
Professionnel(le) de santé occupant une fonction administrative	3	0.3
Professionnel(le) de santé assumant une fonction d'enseignement/recherche	4	0.3
<b>Pluriprofessionnels de santé</b>		
Animateurs	1	0.1
Art-thérapeutes	1	0.1
Assistant(e) social(e) ou socio-éducatif	16	1.3
Diététicien(ne)	12	1.0
Éducateur(trice)	4	0.3
Ergothérapeute	24	2.0
Logopédiste	5	0.4
Physiothérapeute	23	1.9
Psychomotricien(ne)	8	0.7
Technicien(ne) en radiologie/Chef(fe) technicien(ne) en radiologie	27	2.3
<b>Stagiaires</b>		
Toutes disciplines	7	0.6

Tableau 1. Participants selon leur fonction professionnelle

Départements	Nombre de participants (n)	Départements représentés (%)
Anesthésiologie, pharmacologie et soins intensifs	84	7.1
Chirurgie	76	6.4
Enfant et adolescent	132	11.1
Gynécologie et obstétrique	99	8.3
Imagerie et sciences de l'information médicale	26	2.2
DMCPRU Service des urgences	64	5.4
DMCPRU Service de médecine de premier recours	49	4.1
DMCPRU Autre service	29	2.4
Médecine génétique et de laboratoire	2	0.2
Médecine interne, réhabilitation et gériatrie	143	12.1
Neurosciences cliniques	40	3.4
Réadaptation et médecine palliative	48	4.0
Santé mentale et psychiatrie	212	17.9
Spécialités de médecine	66	5.6
Autres	31	2.6
Refus	85	7.2

**Tableau 2. Participants selon leur département**

et de psychiatrie (17.9 %), de médecine interne, de réhabilitation et de gériatrie (12.1 %), de l'enfant et de l'adolescent (11.1 %) et de gynécologie et d'obstétrique (8.3 %).

### **1.2 Mesures**

Cette recherche portant sur les attitudes et représentations des situations de violences domestiques et sexuelles, il a été nécessaire de développer un instrument spécifique. En effet, s'il existe des recherches mesurant les représentations des professionnels de santé concernant les violences domestiques, les représentations concernant les violences sexuelles n'ont pas été spécifiquement considérées. De surcroît, la majorité des études ont mesuré les représentations des violences domestiques des hommes envers les femmes. Afin de répondre aux objectifs de la présente recherche reflétant l'hétérogénéité des situations rencontrées dans le contexte des HUG, un instrument spécifique a été développé à partir de deux instruments existants, le *Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence* (PREMIS) (Short et al., 2006a) et le *National Community Attitudes Towards Violence Against Women Survey* (NCAS) (McGregor, 2009). Le processus de rétrotraduction («*back-translation*») a été choisi pour l'adaptation des questions en français suivant les directives communément adoptées en la matière (Brislin, 1986; Maneesriwongul, Dixon, 2004).

Les attitudes et représentations des professionnels de santé ont été évaluées à l'aide d'une série d'affirmations pour lesquelles ils devaient indiquer leur degré de désaccord/accord sur une échelle de 1 = *pas du tout d'accord* à 7 = *tout à fait d'accord*. Au total, le questionnaire développé comprenait 56 questions, formulées sous forme d'affirmations, ainsi que quatre questions ouvertes portant, d'une part, sur la pratique professionnelle des participants dans la prise en charge des situations de violences domestiques et sexuelles et, d'autre part, sur l'autoévaluation de leurs besoins de formation en la matière.

*Violences domestiques.* Vingt-quatre affirmations concernaient les violences domestiques; spécifiquement sept items adaptés du NCAS avaient pour objectif d'identifier les représentations des participants en la matière, quatre autres d'identifier leurs attributions quant à la survenue de ces violences (Easteal, 1990; Easteal, Easteal, 1992), et 13 items exploratoires développés pour cette recherche visaient à examiner des problématiques spécifiques pertinentes en regard du contexte de l'étude (représentations concernant les enfants exposés à la violence domestique, attitudes et représentations liées aux personnes auteurs de violence).

*Violences sexuelles.* Seize affirmations concernaient les violences sexuelles; spécifiquement, neuf items adaptés du NCAS pour objectif d'identifier les représentations des participants en la matière, quatre autres items ont été adaptés à partir des recherches sur le déni et la banalisation du viol (McMahon, Farmer, 2011; Payne *et al.*, 1999), et trois items exploratoires ont été développés spécifiquement pour cette recherche (violences sexuelles commises par les femmes, dévoilement).

*Prise en charge des situations de violence.* Eu égard aux objectifs de l'étude et à la pratique clinique au sein des HUG, trois mesures du PREMIS ont été retenues pour la présente étude. Les questions sélectionnées avaient pour objectif d'évaluer (a) le sentiment d'auto-compétence des professionnels, (b) leur sentiment de préparation à la prise en charge des personnes victimes, et (c) leur capacité à comprendre les personnes victimes. Une question a été ajoutée au PREMIS afin d'évaluer l'attitude des professionnels de santé quant au rôle de la promotion de la santé dans la prévention de la violence, pour un total de 16 items.

## **2. Résultats**

### ***2.1 Représentations des professionnels de santé***

Les représentations des professionnels de santé des HUG qui ont répondu à ce questionnaire dénotent leur absence de tolérance envers les violences domestiques qui ne peuvent pas être excusées, quelles qu'en soient les circonstances (Tableau 3). Leurs connaissances quant aux dynamiques à l'œuvre dans ce type de violence se sont également révélées intéressantes. Nombre de participants ont rejeté les facteurs sociaux comme la pauvreté et le chômage et les facteurs circonstanciels comme l'abus d'alcool ou de drogue; ils ont toutefois été relativement nombreux à considérer que les problèmes psychologiques de l'auteur expliquaient la commission de violences domestiques. Les antécédents de maltraitance ont été perçus davantage comme des facteurs explicatifs de la violence agie que de la violence subie. Les participants ont majoritairement refusé l'attribution d'une part de responsabilité à la victime de violence, même si une partie d'entre eux ne s'est pas déterminée. Cette enquête montre également que le caractère délétère des violences psychologiques fait partie des connaissances acquises par les participants. Ces derniers ont cependant été plus nuancés lorsqu'il s'est agi de reconnaître les conséquences psychologiques des violences

Question	Pas d'accord (%)	Ni d'accord ni pas d'accord (%)	D'accord (%)
<b>Tolérance des violences domestiques</b>			
Dans un couple ou dans la famille, il est normal de parfois en venir aux mains.	96.3	2.9	0.8
Les violences domestiques peuvent être excusées si, après coup, la personne violente regrette sincèrement ce qu'elle a fait.	87.1	9.4	3.5
Les violences domestiques peuvent être excusées lorsqu'elles sont le résultat d'une perte de contrôle temporaire.	82.9	10.5	6.7
Les violences domestiques peuvent être excusées si la personne violente est sous l'influence de l'alcool.	94.8	3.2	2.0
Les violences domestiques peuvent être excusées si la personne victime est sous l'influence de l'alcool.	97.0	2.2	0.8
<b>Causes des violences domestiques</b>			
Les violences domestiques sont causées par l'abus d'alcool ou de drogue.	43.8	31.4	24.9
Les violences domestiques sont causées par des facteurs sociaux comme la pauvreté ou le chômage.	56.1	24.3	19.6
Les violences domestiques sont causées par les problèmes psychologiques des auteurs.	26.3	24.7	49.0
Les violences domestiques sont causées par les problèmes psychologiques des victimes.	71.8	19.1	9.1
Les auteurs de violences domestiques ont souvent été maltraités dans l'enfance.	10.6	37.3	52.1
Les victimes de violences domestiques ont souvent été maltraitées dans l'enfance.	31.8	42.2	26.1
Les victimes de violences domestiques ont leur part de responsabilité dans les actes subis.	71.3	18.1	10.5
<b>Impacts des violences domestiques</b>			
Comparativement aux violences physiques, les violences psychologiques ont un impact moindre sur la santé.	97.2	0.9	1.9
Les auteurs de violences domestiques ne sont pas affectés psychologiquement par leurs actes.	67.4	25.0	7.6
Les enfants sont rarement témoins des violences domestiques de leurs parents.	95.3	4.0	0.7
Les violences domestiques entre les parents [n'ont pas] un impact négatif sur la santé des enfants.*	95.5	0.7	3.8
Les enfants [n'ont aucun] besoin de maintenir une relation avec leur père même en cas de violences domestiques à l'égard de leur mère.*	59.9	26.1	14.1
Une fois que l'auteur des violences est parti du domicile, les problèmes de santé des enfants se résolvent.	71.4	21.3	7.3
<b>Intervention en matière de violences domestiques</b>			
Les violences domestiques sont une affaire privée et doivent se régler dans la famille.	87.9	8.8	3.4
Parler des violences domestiques peut les aggraver.	79.8	12.8	7.4
Les violences domestiques [ne] devraient [pas] être considérées comme un problème médical.*	58.1	25.1	16.8
Il est [facile] de briser l'engrenage de la violence sans une aide extérieure.*	94.2	3.6	2.2
La majorité des victimes pourraient quitter une relation abusive si elles le souhaitent vraiment.	61.6	21.9	16.4
Cela ne sert à rien d'intervenir dans les situations de violences au sein d'un couple si les partenaires ne veulent pas se séparer.	88.8	8.1	3.1

\* Reformulé pour que tous les items aillent dans la même direction dans ce tableau

**Tableau 3. Représentations des violences domestiques, n = 1'186**



domestiques pour les auteurs. Font également partie des connaissances acquises la fréquence des violences interparentales survenant en présence des enfants, leurs impacts négatifs sur la santé de ces derniers, et la persistance de ces impacts au-delà d'une éventuelle séparation des parents. Les participants ont été moins unanimes en ce qui concerne la nécessité de maintenir une relation père-enfant en cas de violences domestiques à l'encontre de la mère. Enfin, la majorité des participants a considéré que les violences domestiques sont un problème médical, même si un quart d'entre eux ne s'est pas déterminé. Les participants ont reconnu la nécessité d'une intervention extérieure au couple/à la famille en cas de violences domestiques, ce même lorsque les partenaires souhaitent demeurer ensemble. Toutefois, certains sont demeurés indécis quant au risque éventuel d'aggravation lié au fait d'intervenir dans de telles situations, tandis que d'autres ont mis en doute la détermination de la victime à trouver une solution.

Question	Pas d'accord (%)	Ni d'accord ni pas d'accord (%)	D'accord (%)
<b>Circonstances et contextes</b>			
Les victimes de viol parlent spontanément de leurs problèmes aux soignants.	91.1	7.6	1.3
Les femmes qui sont sexuellement harcelées devraient régler la situation elles-mêmes plutôt que de la dénoncer.	97.7	1.7	0.6
Les violences sexuelles envers les hommes adultes n'existent pas.	94.6	3.9	1.5
Les femmes ne commettent pas de violences sexuelles.	88.0	8.6	3.4
<b>Crédibilité des victimes</b>			
Si une femme ne se défend pas physiquement, on ne peut pas vraiment dire qu'il s'agissait d'un viol.	98.1	1.3	0.5
Si la victime n'a pas de bleus ou de marques, il est peu vraisemblable qu'il y ait eu viol.	96.6	2.8	0.6
Si le violeur n'a pas d'arme, on ne peut pas vraiment appeler cela un viol.	99.2	0.4	0.3
Les femmes disent souvent «non» alors qu'elles pensent «oui».	90.1	8.2	1.8
Les femmes prononcent [souvent] de fausses accusations de viol.*	41.1	35.8	23.2
Les femmes sont [moins] susceptibles d'être violées par une personne qu'elles connaissent que par un inconnu.*	49.6	30.2	20.2
<b>Responsabilité des victimes</b>			
Les femmes tendent à exagérer les répercussions que peut avoir un viol.	93.8	5.0	1.3
Les femmes victimes de viol l'ont généralement bien cherché.	97.5	2.0	0.5
Si une femme est violée alors qu'elle est ivre, elle est au moins en partie responsable.	92.7	5.1	2.3
Une femme [ne] peut [pas] être violée par un homme avec qui elle a déjà eu un rapport sexuel.	81.2	1.5	17.3
Le viol survient quand un homme ne peut plus contrôler son désir sexuel.	50.2	29.0	20.8
Un homme est moins responsable d'un viol s'il était sous l'influence de l'alcool ou de la drogue au moment des faits.	97.6	1.3	1.1

\* Reformulé pour que tous les items aillent dans la même direction dans ce tableau

**Tableau 4. Représentations des violences sexuelles, n = 1'186**

Les représentations des professionnels de santé en matière de violences sexuelles sont dans l'ensemble peu empruntées de stéréotypes (Tableau 4). La grande majorité des participants a notamment rejeté l'idée que les femmes ne commettaient pas de violences sexuelles. Les données concernant la

Questions	Pas d'accord (%)	Ni d'accord ni pas d'accord (%)	D'accord (%)
<b>Sentiment de préparation</b>			
Les professionnels de la santé n'ont pas les connaissances nécessaires pour assister les patients à aborder des questions de violences.	35.0	24.9	40.1
Je [n'ai pas] la formation adéquate pour assister des personnes à aborder des situations de violences vécues.*	25.5	15.3	59.2
Je n'ai pas les compétences nécessaires pour discuter des abus subis par une victime de violences lorsque cette personne est une femme.	50.6	17.2	32.2
Je n'ai pas les compétences nécessaires pour discuter des abus subis par une victime de violences lorsque cette personne est un homme.	47.0	18.0	35.0
Je n'ai pas les compétences nécessaires pour discuter des abus subis par une victime de violences lorsque cette personne appartient à une culture/ethnie différente.	40.8	19.4	39.8
<b>Sentiment de compétence</b>			
Je me sens à l'aise de discuter des situations de violences avec mes patients.	24.9	18.7	56.4
Je [ne] suis [pas] capable d'identifier une situation de violences sans questionner directement mes patients.*	27.6	32.6	39.8
Je [ne] peux [pas] reconnaître les victimes de violences à la façon dont elles se comportent.*	22.2	33.3	44.5
Je suis capable de repérer les signes cliniques identifiant la violence comme cause sous-jacente des blessures d'un patient (p. ex. bleus, fractures).	29.6	24.5	45.9
Je suis capable de repérer les signes cliniques identifiant la violence comme cause sous-jacente de la maladie d'un patient (p. ex. dépression, migraines).	39.1	27.7	33.2
<b>Sentiment de responsabilité</b>			
Ce [n'est pas] le rôle de la promotion de la santé de renforcer et développer les compétences individuelles à résoudre les conflits.*	72.8	21.2	6.1
Les professionnels de la santé [ne] sont [pas] responsables de questionner tous les patients quant à d'éventuels abus subis.*	46.3	30.4	23.3
Dépister des violences subies est susceptible d'offenser les personnes interrogées.	45.5	24.6	29.9
Si un patient refuse de discuter des abus subis, les professionnels de santé peuvent uniquement soigner ses blessures.	48.2	26.2	25.5
Si une victime de violences ne reconnaît pas les abus subis, je ne peux faire que peu de choses pour l'aider.	47.0	25.1	27.9
Si une personne demeure dans une relation abusive après de multiples épisodes de violences, elle doit en accepter la responsabilité.	82.5	12.1	5.5
La majorité des victimes pourraient quitter une relation abusive si elles le souhaitaient vraiment.	61.6	21.9	16.4

\* Reformulé pour que tous les items aillent dans la même direction dans ce tableau

**Tableau 5. Représentations concernant la prise en charge des situations de violences domestiques et sexuelles, n = 1'186**

crédibilité des victimes se sont révélées plus nuancées. Si la grande majorité des participants a considéré, par exemple, que la violence physique ou la présence d'une arme n'étaient pas des conditions nécessaires à une qualification de viol, un participant sur cinq a estimé que les viols étaient principalement commis par des personnes inconnues des victimes féminines, alors que la recherche a établi l'inverse.

Mais surtout près d'un quart des participants a indiqué que les femmes prononçaient souvent de fausses accusations de viol et plus d'un tiers ne se sont pas déterminés sur ce point (3). Enfin, les représentations des participants concernant la responsabilité des victimes ont suggéré une faible présence de stéréotypes. L'alcool n'a, par exemple, été considéré ni comme un facteur d'excuse pour l'agresseur ni comme une preuve de responsabilité de la victime. Le seul item dont les réponses présentent un schéma particulier est celui qui affirme que le viol survient lorsqu'un homme ne peut plus contrôler son désir sexuel (d): un participant sur cinq s'est dit d'accord avec cette affirmation et 29.0 % ne se sont pas déterminés.

La troisième partie du questionnaire portait sur les représentations des professionnels de santé concernant la prise en charge des situations de violences domestiques et sexuelles. De manière attendue, les positions se sont avérées plus nuancées pour cette série de questions, dès lors qu'elles n'avaient pas pour fonction de mettre à jour des stéréotypes, mais bien d'identifier les positionnements personnels des participants. Il convient notamment de relever que la proportion de participants qui ne se sont pas déterminés est ici plus élevée que dans les deux tableaux précédents; une certaine réserve est dès lors requise dans l'interprétation des positions d'accord/désaccord.

Les premiers items du Tableau 5 renvoient au sentiment de préparation des professionnels de santé en matière de prise en charge des situations de violences domestiques et sexuelles. Une majorité de participants a ainsi estimé qu'elle n'avait ni les connaissances nécessaires ni la formation adéquate pour assister des personnes à aborder des situations de violences vécues. Les opinions étaient similaires en ce qui concerne le fait de discuter avec une victime de violences de sexe féminin ou masculin, ou dans une moindre mesure, avec une victime appartenant à une culture/ethnie différente.

S'ils se sentent à l'aise pour discuter des situations de violence avec leurs patients, les opinions des participants sont partagées quant à leurs capacités individuelles à identifier des situations de violence sans explicitement les adresser. Ainsi, un participant sur cinq considère qu'il est capable d'identifier une situation de violence sans questionner directement ses patients, tandis que deux sur cinq estiment le contraire. Dans le même sens, un participant sur cinq considère qu'il est capable de reconnaître une victime de violence à son comportement, tandis que deux sur cinq estiment le contraire. S'ils s'estiment compétents pour identifier la violence comme cause sous-jacente de signes cliniques de santé physique, les participants sont moins affirmatifs en ce qui concerne les signes cliniques de santé mentale.

Enfin, près de trois participants sur quatre considèrent que la promotion de la santé a un rôle à jouer dans le développement des compétences individuelles à résoudre les conflits. Près de la moitié des participants considèrent également qu'il est de leur responsabilité de questionner l'ensemble de leurs patients quant à d'éventuels abus subis. Bien qu'une partie des participants ne se déterminent pas, ils sont nombreux à considérer qu'ils sont en mesure d'aider leurs patients alors même que ces derniers ne reconnaissent pas les abus subis ou refusent d'en parler. Il est également avéré pour la majorité des participants que quitter une relation abusive n'est pas uniquement une question de volonté et que ces difficultés ne signifient pas que les victimes sont responsables des violences subies.

## ***2.2 Expérience professionnelle dans la prise en charge des situations de violences domestiques et sexuelles***

Interrogés sur leur expérience professionnelle en matière de violences domestiques, 71.9 % des participants ont indiqué avoir déjà rencontré une patiente ou un patient concerné par une situation de violences domestiques, et 41.3 % d'entre eux ont indiqué que cette prise en charge avait posé des problèmes particuliers. La richesse des raisons invoquées témoigne de la préoccupation des participants en la matière. Sans viser à l'exhaustivité ni ordonner ces raisons par importance, il convient d'en souligner quelques-unes, à commencer par celles qui renvoient à l'ambivalence des victimes, leur refus de collaborer, de rencontrer des spécialistes, ou encore la «dépendance» qui les lie à leur abuseur. Plusieurs participants ont aussi souligné le problème de la répartition des responsabilités en milieu hospitalier ou les difficultés posées par la détermination du degré d'implication du soignant dans les procédures. Il est apparu qu'il n'était pas non plus évident pour les professionnels de santé de gérer les émotions associées aux situations de violences domestiques et sexuelles, qu'il soit question des émotions des patients ou de celles occasionnées chez les professionnels par la prise en charge de telles situations.

Comparativement, les participants se sont révélés moins nombreux à avoir rencontré une patiente ou un patient concerné par une situation de violences sexuelles (54.4 %). Toutefois, 36.9 % d'entre eux ont indiqué que cette prise en charge avait posé des problèmes particuliers. Plusieurs des raisons invoquées pour expliquer ces difficultés avaient trait aux attitudes et expériences des victimes elles-mêmes: la méfiance des victimes envers les intervenants et leur peur de ne pas être crues ont été ainsi mises en avant, de même que l'impact d'antécédents de victimisation sur la prise en charge actuelle. Certains participants ont évoqué les difficultés liées à la mise en évidence des abus, particulièrement chez les populations vulnérables (jeunes enfants, personnes dépendantes), tandis que d'autres ont rappelé que les violences sexuelles demeuraient aujourd'hui un tabou.

Il convient de relever que les professionnels de santé interrogés ont indiqué avoir en moyenne référé un patient sur deux à un service spécialisé; spécifiquement, 55.2 % des patients concernés par une situation de violences

domestiques et 43.3 % des patients concernés par une situation de violences sexuelles ont été référés à un service spécialisé. L'absence d'orientation a été expliquée notamment par le refus des patients, l'existence d'une prise en charge antérieure, l'absence de pouvoir décisionnel et la méconnaissance des services.

### 2.3 Besoins en matière de formation

En moyenne, un participant sur dix a indiqué avoir suivi une formation spécifique sur la prise en charge des violences domestiques ou sexuelles. Les psychologues et les (hommes) sages-femmes ont été les plus nombreux à avoir indiqué le suivi d'une formation spécifique (Tableau 6). Cependant, quelle que soit leur fonction professionnelle, les participants se sont en très grande majorité dits intéressés par une telle formation: en moyenne, 78.4 % des personnes sans formation spécifique se sont dits intéressés.

Interrogés sur les thématiques et les modalités que pourrait prendre une telle formation, les participants ont émis plusieurs suggestions intéressantes dont certaines sont mentionnées ci-après. Plusieurs participants ont souligné l'importance des échanges pluridisciplinaires du travail en réseau, tandis que d'autres ont suggéré la mise en place de formations adaptées aux différents services. Certains ont également souligné l'importance du fait que le réseau élargi d'intervention (police, magistrats) soit représenté dans les formations. Parmi les thématiques de formation citées, il est intéressant de souligner quelques-unes, notamment: la gestion des émotions et la création d'un environnement sécurisé pour aborder les questions de violence; les techniques de facilitation de la communication; comment adapter la prise en charge au rythme du patient et au stade dans lequel il se trouve; et les outils de dépistage et d'évaluation du risque en matière de violence. Enfin, les attentes des participants quant aux modalités de formation en matière de violences domestiques et sexuelles renvoyaient fréquemment à l'interactivité et le travail en groupe (jeux de rôle), allant jusqu'à proposer des formations intégrant le témoignage de victimes ou des journées de stage auprès des professionnels des interventions dans ce domaine. À noter que seulement quelques participants ont spontanément suggéré la mise en place de module d'enseignement à distance (e-learning). De notre point de vue, si une telle approche pourrait permettre la diffusion de connaissances factuelles sur les circonstances des violences domestiques et sexuelles – et contribuer à remettre

Fonctions	Infirmier(ère) (% oui)	Médecin (% oui)	Psychologue (% oui)	(Homme) Sage-femme (% oui)	Autre (% oui)
<b>Questions</b>					
Avez-vous suivi une formation spécifique sur la prise en charge des violences domestiques ou sexuelles?	11.2	16.5	26.3	22.3	7.3
[Si absence de formation] Seriez-vous intéressés à suivre une telle formation spécifique sur la prise en charge des violences domestiques ou sexuelles?	80.4	74.3	75	97.8	71.8

Tableau 6. Besoins de formation

en question certaines connaissances stéréotypées –, elle ne paraît pas adaptée à la transmission aux professionnels de santé de compétences pour la prise en charge de patients confrontés à des situations de violences.

### 3. Discussion

Cette recherche avait pour objectifs d'analyser les attitudes et représentations des professionnels de santé des HUG concernant les situations de violences domestiques et sexuelles, et de les examiner en regard de la prise en charge de telles situations en milieu hospitalier et ambulatoire. Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude suisse sur un échantillon aussi important de professionnels de santé issus de différents services hospitaliers et ambulatoires, et de différentes professions.

Le taux de participation de 18.5% peut être considéré comme satisfaisant vu la surcharge de travail dans beaucoup de services, les tournus, l'accès très limité à un poste informatique non partagé au sein de l'institution et les très nombreuses autres problématiques gérées par des équipes dont le quotidien peut être très éloigné des situations de violence. Il faut tenir compte du fait que, dans de telles enquêtes en général, ne répondent que les personnes les plus intéressées ou concernées par la thématique investiguée. Ainsi, 80% des participants sont des femmes, soit une proportion plus élevée qu'au sein des HUG (69%). Certaines professions sont surreprésentées parmi les répondants (infirmiers, médecins), de même que certains départements (psychiatrie, médecine interne, pédiatrie). Les nombreux commentaires libres récoltés (p. ex. 526 en ce qui concerne les besoins en formation) témoignent du souhait des participants de rapporter leur expérience et de se questionner sur le sujet des violences domestiques et sexuelles.

Les analyses ont mis en évidence la qualité des connaissances de ces professionnels et, dans l'ensemble, leur faible degré d'adhésion aux stéréotypes des violences domestiques et sexuelles. Elles ont permis de souligner l'absence de tolérance des participants en matière de violences domestiques et leur rejet des propos visant à culpabiliser les victimes de violences sexuelles et déresponsabiliser les auteurs. Si certains professionnels de santé se sont déclarés inquiets d'une possible aggravation des violences causées par un dépistage, la majorité d'entre eux a reconnu l'importance et la possibilité d'une intervention médicale, même lorsque les victimes sont réticentes à reconnaître les abus subis. Bien que leurs positions n'aient pas été unanimes, nombre de professionnels ont témoigné de compétences spécifiques insuffisantes pour la prise en charge de situations de violences domestiques et sexuelles et réfuté l'idée que les violences puissent être détectées en regard du seul comportement des victimes et sans être explicitement discutées. D'une manière générale, les commentaires concernant la prise en charge de ces situations ont mis en évidence les difficultés que l'on peut rencontrer en termes de résonances personnelles.

Dès lors, d'importants besoins ont été révélés pour des formations adaptées et renouvelées sur ces thèmes. Par exemple, les professionnels de santé se posent des questions sur la façon de parler aux proches des victimes, la manière de gérer les allégations de violences anciennes, ou comment traiter des victimes non collaborantes, peu demandeuses de soins ou qui présentent d'autres problèmes graves (troubles psychiques, alcool, logement, revenu). Les professionnels ont rapporté de l'incompréhension, de la peur, de l'impuissance et de l'isolement dans leurs interventions. Des lacunes sont à combler dans la prise en charge des hommes (victimes et auteurs de violences) et des personnes migrantes, dans l'évaluation et la prise en charge des impacts psychologiques (versus physiques) des violences, et dans la collaboration entre intervenants pour ne pas ajouter à la confusion des patients.

Ces constats doivent inciter les directions et autorités locales à soutenir des formations spécifiques sur les violences et à en favoriser l'accès de manière large pour les professionnels de santé. Quant aux formateurs, ils doivent adapter leur enseignement aux connaissances et besoins réels des professionnels, faisant un usage large de situations cliniques et consacrant du temps pour expliquer les techniques relationnelles *ad hoc* et les différentes façons de limiter le malaise des professionnels face à des histoires complexes et déstabilisantes.

---

### Bibliographie

- Boyle, A., Todd, C. (2003). Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 20(5), 438-442.
- Brislin, R. W. (1986). The wording and translation of research instruments. In W. J. Lonner & J. W. Berry (Eds.), *Field methods in cross-cultural research* (pp. 137-164). Beverly Hills, CA: Sage.
- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., et al. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260-268.
- Couper, M. P. (2000). Web surveys: A review of issues and approaches. *Public Opinion Quarterly*, 64(4), 464-494.
- Easteal, P. (1990). *Doctors and spouse assault victims: Prevention or perpetuation of the cycle of violence. Final report to the criminology research council*. Canberra, Australia: Australian Institute of Criminology.
- Easteal, P., Easteal, S. (1992). Attitudes and practices of doctors toward spouse assault victims: An Australian study. *Violence and Victims*, 7(3), 217-222.
- Escard, E., Torreggiani, C., Jaquier, V. (2015). Les représentations des professionnels de santé par rapport aux violences et leur impact sur les patients. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique*, 68, 180-195.
- Gillioz, L., Gramoni, R., Margairaz, C., Fry, C. (2003). *Voir et agir: Responsabilités des professionnel-le-s de la santé en matière de violence à l'égard des femmes*. Genève: Médecine & Hygiène.
- Heise, L., Garcia-Moreno, C. (2002). La violence exercée par des partenaires intimes. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. Zwi & R. Lozano-Ascencio (Eds.), *Rapport mondial sur la violence et la santé* (pp. 98-135). Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Hofner, M.-C., Viens Python, N., Martin, E., Gervasoni, J.-P., Graz, B., Yersin, B. (2005). Prevalence of victims of violence admitted to an emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 22(7), 481-485.
- Hofner, M.-C., Viens Python, N. (2014). *Violences domestiques: Prise en charge et prévention*. Lausanne: PPUR.

- Jewkes, R., Sen, P., Garcia-Moreno, C. (2002). La violence sexuelle. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. Zwi & R. Lozano-Ascencio (Eds.), *Rapport mondial sur la violence et la santé* (pp. 164-201). Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Lonsway, K. A., Archambault, J., Berkowitz, A. (2007). *False reports: Moving beyond the issue to successfully investigate and prosecute non-stranger sexual assault*. from [www.evawintl.org](http://www.evawintl.org).
- Maneesriwongul, W., Dixon, J. K. (2004). Instrument translation process: A methods review. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 175-186.
- Margairaz, C., Girard, J., & Halpérin, D. S. (2006). Violences au sein du couple et de la famille: Implications pour le praticien. *Forum Médical Suisse*, 6, 367-373.
- Martin, G., Lavoie, F. (1994). Attitudes a l'égard de la violence conjugale chez les intervenants et intervenantes de première ligne. In M. Rinfret-Raynor & S. Cantin (Eds.), *Recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal* (pp. 209-230). Chicoutimi, QC: Gaëtan Morin.
- McGregor, K. (2009). *National community attitudes towards violence against women survey 2009: A full technical report*. Canberra, Australia: Australian Institute of Criminology.
- McMahon, S., Farmer, G. L. (2011). An updated measure for assessing subtle rape myths. *Social Work Research*, 35(2), 71-81.
- OMS/WHO. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Payne, D. L., Lonsway, K. A., Fitzgerald, L. F. (1999). Rape myth acceptance: Exploration of its structure and its measurement using the Illinois Rape Myth Acceptance Scale. *Journal of Research in Personality*, 33(1), 27-68.
- Phelan, M. B., Hamberger, L. K., Guse, C. E., Edwards, S., Walczak, S., Zosel, A. (2005). Domestic violence among male and female patients seeking emergency medical services. *Violence and Victims*, 20, 187-206.
- Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., et al. (2012). Domestic violence: Knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice*, 62(602), e647-e655.
- Short, L. M., Alpert, E., Harris Jr, J. M., Surprenant, Z. J. (2006a). A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(2), 173-180.e119.
- Short, L. M., Surprenant, Z. J., & Harris Jr, J. M. (2006b). A community-based trial of an online intimate partner violence CME program. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(2), 181-185. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2005.10.012>

---

## Notes

- 1 LimeSurvey, [www.limesurvey.org](http://www.limesurvey.org).
  - 2 Seules 289 personnes ont explicitement refusé de participer au questionnaire en choisissant l'option «opt out»; les autres se sont contentées de ne pas répondre.
  - 3 Les recherches en la matière indiquent que le pourcentage de fausses accusations varie entre 2-4 % (Lonsway *et al.*, 2007).
  - 4 Par opposition au fait de considérer le viol comme un acte de pouvoir.
-