

# Les représentations des professionnels de la santé par rapport aux violences et leur impact sur les patients

par Emmanuel Escard\*, Chiara Torreggiani\*\*  
et Véronique Jaquier\*\*\*

## Résumé

Les professionnels de la santé sont en première ligne pour l'accueil, l'orientation et la prise en charge des nombreux patients vivant ou ayant vécu des situations de violences domestiques et/ou sexuelles. Dans ce domaine, les attitudes et représentations des professionnels de la santé peuvent avoir un impact sur leur relation avec les patients. Nous proposons de mieux connaître ces attitudes et représentations et leurs effets possibles sur la relation d'aide et le processus de soins, dans une perspective éthique et d'amélioration des pratiques professionnelles.

Nous annonçons une recherche ayant pour objectifs principaux de cartographier les attitudes et représentations des professionnels de la santé au sein d'un hôpital universitaire 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.

**Mots-Clés:** victime, auteur, soins, représentations, violence, éthique

## 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 field, healthcare professionals' attitudes and representations may have an impact on their relationship with patients. We offer to better understand these attitudes and representations and their possible effects on helping alliance and the care process, in an ethical perspective aiming to improve professional practice.

We announce a study to be conducted at a University Hospital whose principal objectives are to map healthcare professionals' attitudes and representations on domestic and sexual violence situation, and to examine them with respect to the management of such situations in hospital and ambulatory care settings.

**Keywords:** victim, perpetrator, healthcare, representations, violence, ethics

---

\* M. D., Unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV), Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse.

\*\* DESS en psychologie, Unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV), Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse.

\*\*\* Ph. D. en criminologie, Centre romand de recherche en criminologie (CRRC), Université de Neuchâtel, Suisse et Yale University School of Medicine, Department of Psychiatry, Division of Prevention and Community Research, États-Unis.

## Introduction

«L'erreur ne devient pas vérité parce qu'elle se propage et se multiplie; la vérité ne devient pas erreur parce que nul ne la voit.»  
Gandhi.

Chaque année, en Suisse, des dizaines de milliers de femmes et d'hommes sont victimes de violences domestiques ou sexuelles. De surcroît, dès lors que les personnes victimes sont nombreuses à taire les violences subies, la proportion de personnes concernées par des expériences de violences domestiques ou sexuelles est sans nul doute plus importante que n'en attestent les données officielles.

En milieu hospitalier, et dans le domaine des soins en général, les rencontres avec des patients confrontés à des situations de violences domestiques ou sexuelles sont fréquentes, et ce même lorsque la violence n'est pas le motif – explicite – de consultation (Boyle, Todd, 2003; Hofner *et al.*, 2005; Phelan *et al.*, 2005). Conséquemment, nombreux sont les travaux discutant de la pertinence d'améliorer les connaissances et les compétences des professionnels de la santé en matière de prise en charge des patients confrontés à des situations de violences domestiques ou sexuelles (Alpert *et al.*, 2003; Gielen *et al.*, 2000; MacMillan *et al.*, 2006; MacMillan *et al.*, 2009; Ramsay *et al.*, 2002; Taft *et al.*, 2013; Worster, 2004).

Si la violence prend de multiples formes (c.-à-d. violences physiques, psychologiques, sexuelles, matérielles et financières, et négligences actives ou passives) et s'exprime dans une variété de contextes, notre propos s'intéresse spécifiquement à deux catégories de violences interpersonnelles: les *violences domestiques* et les *violences sexuelles*.

- Les *violences domestiques* comprennent tous les actes de violences physiques, sexuelles, psychologiques ou économiques survenant entre deux personnes liées par un rapport familial, conjugal, de partenariat ou d'union libre, que ce rapport soit existant ou rompu.
- Les *violences sexuelles* comprennent tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, commis contre la volonté d'une personne en utilisant la coercition (p. ex. force physique, intimidation, chantage, menaces) ou lorsque cette personne est dans l'incapacité de donner son consentement.

Bien que les données statistiques sous-estiment l'ampleur des expériences de victimisation, elles soulignent l'importance du phénomène. Ainsi, en 2012, les services de police suisses ont enregistré 46'509 infractions de violence commises à l'encontre d'une personne. Parmi l'ensemble des personnes lésées, les services de police ont identifié 58 % d'hommes et 42 % de femmes; 12 % de l'ensemble des personnes lésées étaient des mineurs. La statistique policière de la criminalité (SPC) précise également qu'une relation domestique a été observée dans 39 % des situations. Cette relation correspondait le plus

souvent à une relation de couple existante (48.9 %) ou passée (27.4 %), tandis que les autres situations correspondaient à des relations familiales (13.4 % pour une relation parents-enfants et 10.3 % pour d'autres liens familiaux). En 2012, la SPC a répertorié 6'483 infractions à l'intégrité sexuelle, notamment 1'203 actes d'ordre sexuel avec enfants, 639 contraintes sexuelles et 596 viols (OFS, 2013).

Considérés habituellement comme de meilleurs indicateurs que les statistiques officielles parce qu'ils mesurent également les expériences de victimisation non dénoncées aux autorités, les sondages de victimisation permettent de compléter le portrait dressé au moyen des statistiques officielles. Une récente enquête genevoise mettait ainsi en évidence le fait que 38 % de femmes et 25 % des hommes avaient été victimes de violences domestiques entre 1998 et 2012 (Bourgoz *et al.*, 2013).

Les sondages qui portent spécifiquement sur les violences envers les femmes, les violences domestiques ou les violences sexuelles (1) dressent encore un portrait plus négatif. Ainsi, l'enquête sur les violences dans le couple menée en Suisse en 1994 indique que 6.1 % des femmes ont subi des violences physiques ou sexuelles au cours des douze mois précédant l'enquête et 26.2 % d'entre elles des violences psychologiques (Gillioz *et al.*, 1997). Quant au sondage sur les violences envers les femmes, il établit qu'une femme sur quatre a subi des violences sexuelles au cours de sa vie, majoritairement aux mains d'hommes qu'elles connaissaient (Killias *et al.*, 2005). Enfin, l'étude Optimus Suisse publiée en 2012 et concernant plus de 6'700 élèves en 9<sup>e</sup> année de scolarisation a révélé que 22 % des filles et 8 % des garçons avaient au moins une fois été victimes d'une agression sexuelle avec contact physique. Les agressions entre jeunes et par le biais des médias électroniques semblent très répandues, de même que les agressions répétées (Averdijk *et al.*, 2011; Schmid, 2012).

Pour les femmes comme pour les hommes, les violences domestiques et sexuelles constituent l'un des principaux problèmes de la 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 à la santé physique (par exemple traumatismes, fractures) et des affections chroniques (par exemple atteintes neurologiques, troubles gastro-intestinaux), des atteintes à la santé mentale (par exemple dépression, stress post-traumatique), et des atteintes à la santé sexuelle et reproductive (par exemple fausse couche, VIH/Sida). La recherche a également mis en évidence des relations entre l'expérience de violences domestiques et une série de comportements à risque pour la santé (par exemple consommation abusive d'alcool ou de médicaments, tabagisme, troubles alimentaires) (Heise, Garcia-Moreno, 2002; Jewkes *et al.*, 2002).

En 1996, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclarait la violence comme un problème prioritaire de la santé publique, fréquent et ayant des conséquences sérieuses à court, moyen et long terme sur la santé physique, mentale et sexuelle (résolution WHA49.25). Cette résolution rappelle notamment le rôle essentiel joué par les professionnels de la santé pour améliorer les

services offerts aux personnes impliquées dans les situations de violence, en mettant particulièrement en place un dépistage systématique, en élaborant des protocoles d'action et en faisant le maximum pour apporter une réponse professionnelle adéquate (Krug *et al.*, 2002; Margairaz *et al.*, 1998). L'OMS insiste sur le coût humain et économique de la violence pour tous les pays du globe, engendrant chaque année des dépenses de plusieurs milliards de dollars en soins de la santé, frais de justice, absentéisme et perte de productivité. En Suisse, le Bureau fédéral de l'égalité entre les femmes et les hommes a récemment estimé que les coûts tangibles de la violence dans les relations de couple à environ 164 millions de francs suisses par an, dont 21 % sont attribuables aux coûts de la santé (Stern *et al.*, 2013).

### **Les professionnels de la santé face aux situations de violences domestiques et sexuelles**

Les professionnels de la 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). La recherche a par exemple montré que les femmes victimes de violences ont recours à des soins médicaux plus fréquemment que les non-victimes (Ramsay *et al.*, 2012), même si les personnes victimes ne dévoilent pas nécessairement leur expérience de violence aux professionnels de la santé. Ces derniers sont par ailleurs souvent identifiés comme les intervenants à qui les personnes victimes feraient le plus confiance pour dévoiler leurs expériences abusives (OMS, 2013).

#### ***Prise en charge des situations de violences domestiques et sexuelles et éthique des soins***

L'éthique est un travail qui consiste à essayer de cultiver la congruence entre ce que l'on dit que l'on voudrait (devrait) faire et ce que l'on fait effectivement, de réduire l'écart entre les «affiches» et les pratiques (Malherbe *et al.*, 2010). L'éthique clinique vise à l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients dans le respect de leur dignité et de leur intégrité, mais aussi de leur altérité, singularité et subjectivité. Elle vise une éthique du lien, c'est-à-dire à soigner en reliant, et une éthique du soulagement, objectif fondamental de l'activité soignante, avec une posture pouvant se distinguer de toute rhétorique de la guérison. Elle est censée donner un sens à l'agir soignant, valoriser et soutenir l'idéal professionnel de l'intervenant. Il s'agit de pouvoir centrer l'attention sur la personne soignée, d'instituer le soignant comme auteur dans sa pratique, de contribuer à la construction de relations soignantes. Il est important de pouvoir se laisser interpeller par l'autre et de se confronter à ses valeurs, d'entamer une démarche de questionnement, de chercher la cohérence dans son action: «que faire pour bien faire?».

Le patient qui rencontre un professionnel de la santé le fait à l'occasion d'un événement qui se produit dans sa vie et qui risque de changer la trame de son

existence. La consultation peut aussi s'expliquer du fait qu'il cherche à prévenir un tel événement ou espère pouvoir poursuivre son histoire malgré celui-ci. Ce patient, en situation de vulnérabilité, veut d'abord parler et raconter ce qui l'amène à consulter. En se confiant à l'autre, la parole est pour lui essentielle, car elle le libère, en quelque sorte, de l'inquiétude qui l'habite. Il espère qu'en se racontant au soignant, son histoire de maladie se transformera en un récit de guérison. D'autre part, le professionnel auquel l'individu s'adresse est aussi quelqu'un qui a une histoire qui s'est écrite d'une certaine manière et qui possède sa propre trame. L'histoire du professionnel va marquer sa relation au patient, et il en va de même pour tout autre intervenant. Ces différentes histoires donnent lieu à une «intrigue»; elles vont se rencontrer, peut-être même se confronter. L'éthique vise donc à faire en sorte que ces personnes, nourries de leur histoire propre, puissent construire une rencontre réussie.

Une des spécificités des soins dans le domaine des violences réside dans le fait que la neutralité du professionnel n'est pas de mise par rapport aux faits commis. Le patient, sujet de droit, est appréhendé dans son contexte de vie présent, son environnement et son histoire de vie personnelle et intergénérationnelle. Dans la majorité des cas (chez les adultes), le patient est responsable de ses choix et capable de changement, quels que soient son comportement et sa demande. Cela implique le respect de son autonomie et de ses choix de vie, tout en le confrontant à ses responsabilités, selon les principes éthiques fondamentaux (notamment bienfaisance, non-malfaisance, justice). Les comportements violents sont inacceptables, injustifiables, et la plupart sont sanctionnés par la loi qui est la même pour tous et fait office de tiers garant de la vie en société (Rey *et al.*, 2008). Il est important de ne pas justifier par la tolérance les intolérances des personnes qui portent les abus et injustices. Comprendre la diversité des comportements n'est pas les accepter de manière intégrale et inconditionnelle (Doucet, 2009; Massé, 2000).

### ***Les vulnérabilités et les ressources des professionnels de la santé***

Les violences constituent les formes les plus extrêmes de la relation humaine. Pour y faire face, les professionnels de la santé développent fréquemment des attitudes défensives. La connaissance ou méconnaissance des situations de violences, et les résonances personnelles qui y sont associées, influencent les attitudes personnelles et professionnelles, et peuvent ainsi opérer soit comme des ressources, soit comme des vulnérabilités dans l'intervention. Il peut alors arriver que les doutes, voire la souffrance des professionnels de la santé entrent en discordance avec la souffrance de la personne malade et contribuer à ce qui est communément appelé une «rencontre ratée» (Rey, Rinaldi Baud, 2000).

Il est attendu des professionnels de l'action médico-sociale qu'ils participent à la prévention primaire des violences domestiques et sexuelles. Dans leur fonction, ils sont appelés à promouvoir le dépistage des situations de violences et l'orientation des protagonistes concernés (victimes, auteurs et enfants) et à connaître les spécialistes de référence afin d'être à même d'orienter les patients vers les structures les mieux adaptées à leurs besoins. Pour ces professionnels,

prendre conscience de la différence entre «tout faire et ne rien proposer», permet de définir les limites de l'intervention et ainsi de s'autoriser à ouvrir «la boîte de Pandore» (Hofner, Mihoubi-Culand, 2008).

## **Représentations, attitudes et pratiques des professionnels de la santé face aux situations de violences domestiques et sexuelles**

Les informations reçues dans le cadre d'une pratique de soins sont analysées et interprétées en fonction des systèmes de croyances, valeurs morales et attitudes qui sont les produits de l'éducation, de la culture et de l'histoire de vie de tout professionnel (Tate, 2005). La représentation d'une personne ou d'une situation détermine dans une large part les attitudes et les pratiques exprimées et influence directement la qualité de la relation entre professionnels de la santé et patients.

### ***Représentations sociales concernant les violences***

Il y a d'abord l'objet, ici «les violences», puis l'idée qu'on s'en fait à travers le langage et les catégories, soit sa «représentation». On a parfois tendance à les confondre, ce qui peut être à l'origine d'une certaine distorsion ou confusion. L'information qui nous vient du monde extérieur est façonnée non pas par la réalité neutre mais par des théories, des préconceptions implicites. Tout individu est à la fois émetteur et récepteur de représentations au moyen des codes verbaux et non verbaux mis à disposition par chaque (Herzlich, 1996). Les systèmes de valeurs sont directement issus des attitudes véhiculées d'abord par la famille, puis par l'école, renforcées, transformées ou déformées par les médias, elles-mêmes reflets du contexte socioculturel ambiant. Chaque individu se forge une identité propre à travers le choix conscient ou non, l'agencement qu'il fera dans le foisonnement des représentations disponibles. Les représentations sont ainsi autant présentes dans “ le monde ” que dans “ l'esprit ” et doivent être étudiées dans les deux contextes (Farr, 1997).

Le concept de représentations collectives est élaboré pour la première fois à la fin du 19<sup>e</sup> siècle par le sociologue français Émile Durkheim (1898) qu'il oppose aux représentations individuelles. Ils les considèrent alors comme universelles, impersonnelles, transmissibles et relativement fixes dans le temps. Ce concept est différent de la notion de représentation mentale qui est du ressort du domaine privé et qui est développé dans la psychanalyse à la même époque puis par la psychologie cognitive qui distingue les représentations analogiques des représentations analytiques (Durkheim, 1991 [1912]). Pour Freud, ces représentations auraient pour rôle de nous protéger de l'angoisse fondamentale de notre condition humaine, comme un besoin de rendre supportable la détresse humaine, de se protéger de la nature et du destin et contre les dommages de la société humaine, ce qui est pertinent pour la question des violences (Freud, 2013 [1927]). Jung (1971: 11-59) va plus loin en s'intéressant aux archétypes de l'inconscient collectif, images archaïques et uni-

verselles se manifestant dans les rêves, les croyances religieuses, les mythes et les contes.

Les représentations devienent *sociales* avec les travaux de Serge Moscovici dès les années 1960 (p. ex. Moscovici, 1961; 1976 [1961]). À l'interface entre la sociologie et la psychologie, cette pensée du sens commun est conçue comme socialement élaborée et partagée, ayant pour fonction de donner sens aux événements nouveaux, d'orienter nos actions, de communiquer. Empruntant le propos de Christian Guimelli (1994: 12), les représentations sociales sont définies comme «une modalité particulière de la connaissance dite «de sens commun» dont la spécificité réside dans le caractère social des processus qui la produisent. Il s'agit de l'ensemble des connaissances, croyances, opinions partagées par un groupe à l'égard d'un objet social donné». Le terme *représentation sociale* désigne alors, en même temps: (a) un *phénomène* dans le sens où la représentation sociale d'un objet renvoie à sa construction sociale particulière; (b) un *concept* dès lors qu'elle est une structure et une dynamique sociocognitive; et (c) une *théorie* puisqu'elle est un ensemble de propositions visant à rendre compte du savoir de sens commun. Ainsi, les représentations sociales entretiennent-elles avec leur objet des rapports de symbolisation (c.-à-d. qu'elles en tiennent lieu) et d'interprétation (c.-à-d. qu'elles lui confèrent des significations).

Dans le domaine médical, par exemple, chaque maladie possède une image, et il existe toujours un décalage entre le vocabulaire populaire de la maladie, la sémiologie et les théories qui tentent de «localiser le mal» (Defromont *et al.*, 2003; Kuenzli-Monard, 2001). La question n'est pas de savoir dans quelle mesure les représentations de la maladie – à l'instar de toute représentation – sont vraies ou fausses. Comme rappelé par Pierre Mannoni (2003: 119), elles représentent une «*grille de lecture et de décodage de la réalité*», permettant à la fois «*l'anticipation des actes et des conduites (de soi et des autres) ainsi que l'interprétation des situations rencontrées*». S'il apparaît aujourd'hui comme une évidence, aux professionnels de la santé, qu'il y a des avantages à identifier et considérer la conception que les individus se font de leur mal, il reste à se demander comment utiliser valablement cette connaissance.

Parler de *violences* revient souvent à convoquer l'image des violences physiques et de leurs marques «objectives». Or, d'autres formes de violences, plus fréquentes, ne laissent pas de traces physiques. Par conséquent, elles présentent des enjeux particuliers dès lors qu'il n'en existe dans la plupart des cas, pas d'images «objectives». De telles images se construisent à partir de la parole du sujet en souffrance et/ou d'après les modifications de comportement observés par d'autres que lui et qui semblent dévier d'une certaine norme établie à partir d'un consensus social. Ainsi, ces violences-là sont-elles probablement davantage perçues au travers de leurs représentations que de leur réalité.

Dès lors, il est essentiel de travailler à la déconstruction des représentations sociales «trompeuses» en matière de violence. En effet, si les actions préventives en matière de lutte contre la violence ont inclus la mise en œuvre de

réformes judiciaires, l'amélioration de la formation des intervenants policiers et la création de services spécialisés pour les victimes et les auteurs. L'expérience a montré maintes fois que, sans efforts constants pour changer la culture et les pratiques institutionnelles, ces actions n'ont guère d'effet. Les efforts visant à changer la réaction des institutions doivent aller au-delà de la formation afin de changer les cultures institutionnelles.

### **Le rôle des médias**

Le champ d'étude des représentations sociales s'est également rapidement intéressé au rôle joué par la presse dans la création et la transmission de ces représentations. Serge Moscovici, par exemple, a étudié le rôle de la presse dans la construction des représentations sociales de la psychanalyse, mettant en évidence que celles-ci dépendaient du rapport de communication existant avec les lecteurs et leur environnement social et culturel (Moscovici, 1976). Dès lors que les médias ont une influence sur les représentations sociales, il nous semble important aussi d'évoquer le sentiment d'insécurité qu'ils peuvent susciter dans la population.

De nos jours, les médias nous relatent quotidiennement des événements traumatiques et violents qui se passent à travers le monde. Certains auteurs, comme par exemple Hélène Romano et Louis Croq (2010), s'interrogent sur les répercussions psychologiques d'une telle information, tant pour les personnes impliquées dans les faits médiatisés que pour les spectateurs anonymes qui risquent une victimisation indirecte ou une survictimisation. La prolifération d'images de violences dans les fictions et les jeux vidéo par exemple, mais également aux journaux télévisés, a attiré l'attention des chercheurs quant aux risques de reproduction que pourraient avoir de tels comportements, surtout chez les jeunes (Ferguson, 2011). Comme le souligne Anthony Garoscio (2006: 33), *«l'insécurité est devenue depuis quelques années un terme «à la mode» dans la plupart des médias, ainsi que dans le discours de certains hommes politiques»*. Selon l'auteur, cette angoisse d'être victime d'un crime, se fonde sur une perception cristallisée de la réalité qui est elle-même influencée par trois facteurs: l'expérience personnelle de l'individu, son entourage et les moyens de communication. En effet, ces derniers, en fonction de la place qu'ils accordent à la violence, peuvent contribuer par exemple à alimenter le sentiment d'insécurité. Les soignants ne sont donc pas épargnés contre ce type d'informations. Dès lors, on peut se demander à quel point leurs représentations de la violence en sont influencées, mais aussi quel est l'impact de ces informations et représentations sur leurs pratiques professionnelles.

À l'inverse, les médias ont également un rôle à jouer dans la prévention primaire des violences, par exemple en soulignant des facteurs communautaires contribuant à la violence et non uniquement des facteurs individuels permettant d'éduquer le public et de mettre en lumière des possibilités d'interventions communautaires. Certains, comme Ann Coker (2004), vont jusqu'à proposer le développement de partenariats entre professionnels de la santé, intervenants communautaires et journalistes. À ce propos, nous pouvons citer le travail de

l'Institut national de la santé publique du Québec qui en 2006 a réalisé une *Trousse média sur la violence conjugale* dont l'objectif est de favoriser la prévention de la violence conjugale en mettant en évidence le rôle joué par l'information véhiculée dans les médias à ce sujet. Il est souligné que «*la façon dont les médias traitent de la violence conjugale peut avoir des implications sur les croyances, les perceptions et les réponses de la population à l'égard des comportements violents dans les relations de couple*» (2).

### **Attitudes et pratiques des professionnels de la santé en fonction de leurs représentations des violences**

Les attitudes des soignants sont fonction de leurs valeurs et croyances, perceptions et des représentations sociales des violences domestiques et/ou sexuelles (Martin, Lavoie, 1994). Les représentations sociales des violences domestiques et sexuelles sont particulièrement importantes dans cette étude puisque les *expériences*, les normes et les valeurs des groupes se traduisent par des variations dans les représentations qu'ils élaborent concernant les violences (Clémence *et al.*, 1994).

Les attitudes, représentations et pratiques des professionnels de la santé en matière de violences domestiques et sexuelles ont certes été étudiées, 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. La recherche a ainsi montré que les médecins ont tendance à sous-estimer le nombre de leurs patients confrontés à une situation de violence domestique (Martin, Lavoie, 1990), bien que des recherches plus récentes suggèrent une sensibilisation croissante (Martin *et al.*, 1998; Tjaden, Thoennes, 2000). Une recherche lausannoise a souligné cette sous-estimation: moins de 10 % des situations de violences vécues par les patients ont été dépistées lors d'un contrôle de routine (Morier-Genoud *et al.*, 2003; Morier-Genoud *et al.*, 2006). Il semblerait cependant que la majorité des personnes victimes de violences rechercheraient un questionnement actif et seraient prêtes à parler de ses expériences (Vannotti, 2005).

Les avis ne sont pas tranchés sur la pertinence de généraliser cette pratique; les modalités de dépistage et les interventions proposées aux protagonistes des violences n'engendrent pas de consensus. À tout le moins, aborder directement, spécifiquement et individuellement la question des violences domestiques et sexuelles avec les patients permettrait de faciliter leur dévoilement et ainsi d'augmenter leur détection. Appliquant cette approche de questionnement direct, une étude américaine menée dans un service d'urgences hospitalières a observé une augmentation significative marquée de la détection des violences domestiques subies, avec un taux passé de 0.4 à 14.2 % (Morrison *et al.*, 2000). Une revue de littérature publiée en 2002 concluait que l'introduction de procédures de dépistage des violences domestiques dans les lieux de soins ne pouvait pas être justifiée dès lors que la preuve de leur efficacité n'était pas établie (Ramsay *et al.*, 2002). Les professionnels eux-mêmes seraient réti-

cents, arguant par exemple que les personnes victimes sont peu enclines à dévoiler leurs expériences de violence et que, même lorsque c'est le cas, elles sont généralement peu motivées à agir pour modifier leur situation (Ferris, 1994; Ferris, Tudiver, 1992). Les contraintes structurelles, le manque de temps ou l'idée que les personnes victimes reçoivent déjà du soutien ailleurs sont des arguments également souvent entendus (Martin *et al.*, 1998). Des recommandations plus récentes soutiennent l'idée d'un dépistage des violences domestiques chez les femmes en âge de procréer, recommandations considérées prioritaires pour certains services (par exemple urgences, orthopédie, maternité, psychiatrie... (Hegarty, 2013; Moyer, 2013; PRAISE Investigators, 2013). Il n'est cependant pas encore avéré qu'un dépistage systématique augmente le recours à une aide ou contribue à prévenir les violences (O'Doherty *et al.*, 2014).

Étudier les attitudes et représentations des professionnels de la santé concernant les violences domestiques et sexuelles revient, par exemple, à s'interroger sur les causes ou les explications qu'ils imputent à ces expériences. En 1990, une étude québécoise montrait que les médecins expliquent les violences domestiques envers les femmes comme résultant essentiellement de facteurs liés à la personnalité du conjoint violent et d'une dynamique de couple dysfonctionnelle. Les facteurs sociaux et les inégalités de genre n'étaient que marginalement considérés. Ces éléments suggèrent que les médecins partageraient une vision essentiellement individualiste de la problématique des violences domestiques (Martin, Lavoie, 1990), une vision également mise en évidence dans des travaux australiens (Easteal, 1990). Cette dernière recherche souligne par ailleurs l'importance d'étudier séparément les attitudes des femmes et des hommes médecins, les premières étaient par exemple les seules à rejeter unanimement l'idée d'une personnalité masochiste de la victime de violences domestiques.

Autre composante des attitudes et représentations des professionnels de la santé concernant les violences domestiques et sexuelles, la question de l'attribution de la responsabilité a fait l'objet de recherches spécifiques. En matière de violences domestiques tout d'abord, des recherches menées à la fin des années 1980 concluaient à une tendance des professionnels de la santé, et des intervenants en général, à tenir la femme victime de violences domestiques responsable de sa situation (Hopayian *et al.*, 1983). De même, alors que certains médecins respectent l'autonomie de la personne victime et son choix de maintenir ou mettre un terme à une relation abusive, la recherche souligne que d'autres peinent à maîtriser des sentiments de frustration (Martin *et al.*, 1998; Martin, Lavoie, 1994). L'autonomie laissée à la personne victime dans la prise en charge de sa situation paraît également restreinte. Si quelques médecins insistent sur l'importance d'engager la cliente dans la solution de son problème, dans la réalité la réelle participation de la personne victime serait limitée (Martin, Lavoie, 1990). En ce qui concerne plus spécifiquement les violences sexuelles, l'attribution de la responsabilité est l'une des composantes des travaux sur les mythes du viol initiés déjà au début des années 1980 (Burt, 1980). Les mythes du viol ont pour fonction de montrer que la personne victime du viol

n'est pas une vraie victime. Quatre thèmes principaux se dégagent: (a) les femmes sont responsables du viol; (b) la majorité des plaintes pour viol sont fausses; (c) les agresseurs devraient être acquittés; et (d) seules certaines femmes sont victimes de viol. Les violeurs font également l'objet d'une série de mythes: parce qu'ils sont vus comme des malades mentaux, des sadiques violents ou des êtres incapables de contrôler leurs pulsions, leur responsabilité est, aux yeux de la société, diminuée. Certains mythes modernes tendent à légitimer les violences en dressant des personnes auteurs un portrait exceptionnel loin de la réalité quotidienne (Welzer-Lang, 2005). Les mythes du viol sont problématiques dès lors qu'ils favorisent une culture de culpabilisation des personnes victimes. En Amérique du Nord, les recherches suggèrent qu'entre 25 % et 35 % des personnes sont convaincues de la véracité des mythes du viol et que les hommes sont davantage susceptibles que les femmes d'en être convaincus (Edwards *et al.*, 2011). Ces mythes sont intrinsèquement associés aux croyances occidentales sur la sexualité des femmes et des hommes. Repris par de multiples formes de médias, ces images nourrissent le sens commun et participent dès lors de la définition sociale et culturelle du viol (O'Hara, 2012).

De plus, les interventions se rapportant aux situations de violences domestiques ou sexuelles requérant un ensemble d'habiletés particulières, nombreux sont ceux qui considèrent que les atteintes à la santé occasionnées par les violences domestiques et sexuelles pourraient être réduites notamment en améliorant la formation des professionnels de la santé dans le dépistage et la prise en charge de telles situations. La recherche suggère en effet que, malgré les efforts entrepris dans ce domaine, les professionnels de la 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 (Short *et al.*, 2006). La formation professionnelle enseigne à porter sur le réel un certain regard, à privilégier tel point de vue au détriment d'autres (qui ne sont pas forcément non pertinents), à chercher et repérer certains aspects du réel, et à en négliger et en écarter d'autres. Interviennent des éléments comme la perception de la pathologie mentale (limite du normal et du pathologique avec le problème du seuil de la violence), la perception des causes (facteurs organiques, psychologiques, sociologiques, surnaturels), les recours thérapeutiques (médicaments, psychothérapie, communauté, services sociaux), la question de la tolérance de la situation, de la dangerosité, l'image de l'institution et des soignants. Autant d'éléments amenés à varier en fonction du sexe, de l'âge, de la catégorie socioprofessionnelle, de la culture de référence, de la religiosité, de la proximité avec les violences, ou encore de facteurs intrinsèques de la personnalité.

Continuer d'améliorer la formation des professionnels de la santé dans ce domaine paraît alors essentiel. Parmi les préalables à une intervention de qualité, des travaux de recherche canadiens ont notamment identifié: la nécessité de placer la personne victime au centre de l'intervention, la compréhension des mécanismes en jeu

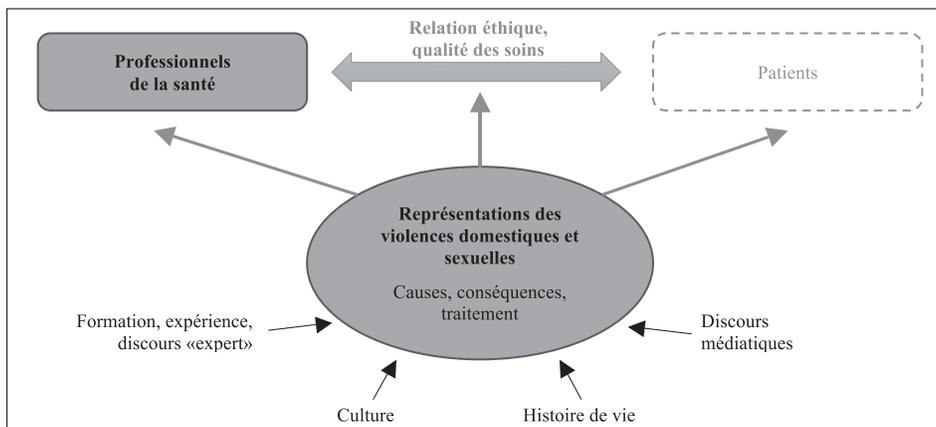
dans une relation abusive (par exemple l'emprise psychologique) et la nature de leur rôle dans ce type de situations (Martin *et al.*, 1998). Il paraît important d'ajouter ici la nécessité de développer les compétences communicationnelles des professionnels de la santé dans leurs interactions tant avec des personnes victimes qu'avec des personnes auteures de violences.

## Perspectives

Malgré les progrès réalisés, il reste des obstacles à une prise en charge optimale des personnes victimes et des personnes auteures de violences ainsi que de leurs proches. Les professionnels ont du mal à se risquer dans des zones chronophages où ils ont le sentiment d'être moins efficaces. Ils reçoivent peu d'enseignements sur la problématique des violences ce qui augmente le risque qu'ils adhèrent à des représentations sociales stéréotypées en matière de violences domestiques et sexuelles. Conséquemment, leurs attitudes et comportements, partiellement influencés par ces représentations sociales stéréotypées pourraient inhiber la recherche d'aide des patients. Ces réactions seraient d'autant plus problématiques qu'elles proviennent de figures institutionnelles investies le plus souvent positivement et pourraient ainsi renforcer les sentiments de honte, de culpabilité et d'impuissance, de même que l'isolement social et la marginalisation de certains patients.

En regard de ce qui précède, il paraît important d'examiner les attitudes, représentations et pratiques des professionnels de la 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. A cet effet, une enquête généralisée auprès des professionnels de la santé d'un hôpital universitaire est actuellement en cours.

Les professionnels de la santé ont une opportunité unique de venir en aide aux personnes confrontées à des situations de violences domestiques et/ou sexuelles. Bien qu'identifiés fréquemment comme des personnes de contact privilégiées pour les personnes victimes – et les personnes auteures – de violences, les professionnels de la santé restent, en tant que groupe, peu formés aux enjeux spécifiques de la prise en charge des situations de violence. 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 la 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 violence, 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 pro-



**Figure 1 – Schéma du contexte de la recherche dans un hôpital universitaire sur les représentations des violences**

fessionnel qui l'accueille, soulignant ainsi la pertinence d'examiner plus spécifiquement les attitudes et représentations des professionnels de la santé concernant les situations de violences domestiques et sexuelles (Figure 1).

Produits de multiples influences (la formation, la culture, l'histoire de vie, les discours médiatiques...), les attitudes et représentations des professionnels de la santé seront examinées au moyen d'une enquête en ligne dont les objectifs principaux consistent à (1) cartographier les représentations des professionnels de la santé concernant les situations de violences domestiques et sexuelles et (2) examiner leurs attitudes au regard de la prise en charge de telles situations en milieu hospitalier ou ambulatoire.

Cette recherche permettra de développer une connaissance spécifique des attitudes et représentations des professionnels de la santé dans un hôpital universitaire concernant les situations de violences domestiques et sexuelles et d'utiliser – si nécessaire de modifier – ces attitudes et représentations pour faciliter la narration et la relation dans une perspective éthique et d'amélioration de la qualité des soins. Les données récoltées permettront de proposer des recommandations visant à améliorer les pratiques professionnelles en matière de détection et de prise en charge des situations de violences domestiques et sexuelles en milieu hospitalier ou ambulatoire.

## Références

- Alpert E., Burgess A., Campbell J., Chamberlain L., Coker A. L., Kilpatrick D., Lee D., McFarlane J., Parsons D. W., Plichta S. B., Reece R., Rodriguez M., Snugg N., Warshwa C., Whiteman R., Zink T., *Review of the us preventive services task force draft recommendation and rationale statement on screening for family violence*, San Francisco, CA: The Family Violence Prevention Fund, 2003.
- Averdijk M., Müller-Johnson K., Eisner M., *Sexual victimization of children and adolescents in Switzerland. Final report for the ubi optimus foundation*, Zürich: Zurich Project for the Social Development of Children and Youths, 2011.

- Bourgoz D., Merenda F., Delhumeau-Cartier C., Walser S., Biberstein L., Killias M., *La violence domestique en chiffres, année 2012*, Genève: Office cantonal de la statistique, 2013.
- Boyle A., Todd C., Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department, *Emergency Medicine Journal*, 20(5), 438-42, 2003.
- Burt M. R., Cultural myths and supports for rape, *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(2), 217-30, 1980.
- Clémence A., Doise W., Lorenzi-Cioldi F., Prises de position et principes organisateurs des représentations sociales, in C. Guimelli, Ed., *Structures et transformations des représentations sociales*, Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 119-52, 1994.
- Coker A. L., Primary prevention of intimate partner violence for women's health. A response to plichta, *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1324-34, 2004.
- Coker A. L., Davis K. E., Arias I., Desai S., Sanderson M., Brandt H. M., Hall Smith P., Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women, *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260-8, 2002.
- Defromont L., Roelandt J.-L., Caria A., Les représentations sociales du «fou», du «malade mental» et du «dépressif», *Santé mentale: images et réalités.*, 79(10), 887-94, 2003.
- Doucet H., *L'éthique clinique: Son apport à la pratique du professionnel en santé mentale* [Communication], Enjeux éthiques en santé mentale: Un temps de réflexion, Cinquième colloque interétablissements en psychiatrie et santé mentale, Laval, Québec, 2009.
- Durkheim E., Représentations individuelles et représentations collectives, *Revue de métaphysique et de morale*, 6, 273-302, 1898.
- Durkheim E., *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris: Le livre de poche, 1991 [1912].
- Easteal P., *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, 1990.
- Edwards K., Turchik J., Dardis C., Reynolds N., Gidycz C., Rape myths: History, individual and institutional-level presence, and implications for change, *Sex Roles*, 65(11), 761-73, 2011.
- Farr R., Représentation sociale: Phénomène, concept et théorie, in S. Moscovici, Ed., *Psychologie sociale*, Paris: PUF, 379-89, 1997.
- Ferguson C. J., Video games and youth violence: A prospective analysis in adolescents, *Journal of Youth & Adolescence*, 40(4), 377-91, 2011.
- Ferris L. E., Canadian family physicians' and general practitioners' perceptions of their effectiveness in identifying and treating wife abuse, *Medical Care*, 32(12), 1163-72, 1994.
- Ferris L. E., Tüdiver F., Family physicians' approach to wife abuse: A study of ontario, Canada, practices, *Family Medicine*, 24(4), 276-82, 1992.
- Freud S., *L'avenir d'une illusion*, Paris: PUF, 2013 [1927].
- Garoscio A., Représentations sociales de l'insécurité en milieu urbain, *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 69, 33-46, 2006.
- Gielen A. C., O'Campo P. J., Campbell J. C., Schollenberger J., Woods A. B., Jones A. S., Dienemann J. A., Kub J., Wynne E. C., Women's opinions about domestic violence screening and mandatory reporting, *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 279-85, 2000.
- Gillioz L., De Puy J., Ducret V., *Domination et violence envers la femme dans le couple*, Lausanne: Payot, 1997.
- Guimelli C., Ed., *Structures et transformations des représentations sociales*, Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1994.
- Hegarty K., Can fracture clinics respond to domestic violence?, *The Lancet*, 382(9895), 838-9, 2013.
- Heise L., Garcia-Moreno C., 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*, Genève: Organisation mondiale de la Santé, 98-135, 2002.
- Herzlich C., *Santé et maladie: Analyse d'une représentation sociale*, Paris: Ed. de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 1996.
- Hofner M. C., Mihoubi-Culand S., Le rôle des professionnel-le-s de l'action médico-sociale dans la prévention de la violence conjugale, *Questions au féminin*, 2, 90-5, 2008.

- Hofner M. C., Python N. V., Martin E., Gervasoni J. P., Graz B., Yersin B., Prevalence of victims of violence admitted to an emergency department, *Emergency Medicine Journal*, 22(7), 481-5, 2005.
- Hopayian K., Horrocks G., Garner P., Levitt A., Battered women presenting in general practice, *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 33(253), 506-7, 1983.
- Jaquier V., Johnson H., Fisher B. S., Research methods, measures and ethics, in Renzetti C. M., Edleson J., Kennedy Bergen R., Eds., *Sourcebook on violence against women*, Thousand Oaks, CA: Sage, 2<sup>nd</sup> ed., 23-48, 2010.
- Jewkes R., Sen P., Garcia-Moreno C., La violence sexuelle, in Krug E. G., Dahlberg L. L., Mercy J. A., Zwi A., Lozano-Ascencio R., Eds., *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève: Organisation mondiale de la Santé, 164-201, 2002.
- Jung C., *Les racines de la conscience*, Paris: Buchet Chastel, 1971.
- Killias M., Simonin M., De Puy J., *Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan: Results from the International Violence Against Women Survey*, Bern: Stämpfli, 2005.
- Krug E. G., Dahlberg L. L., Mercy J. A., Zwi A., Lozano-Ascencio R., Eds., 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2002.
- Kuenzli-Monard F., Déconstruction des idées reçues sur la violence: Une alternative à la violence, *Thérapie Familiale*, 22(4), 397-412, 2001.
- MacMillan H. L., Wathen C. N., Jamieson E., Boyle M., McNutt L.-A., Worster A., Lent B., Webb M., Group f. t. M. V. A. W. R., Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings, *JAMA*, 296(5), 530-6, 2006.
- MacMillan H. L., Wathen C. N., Jamieson E., Boyle M. H., Shannon H. S., Ford-Gilboe M., Worster A., Lent B., Coben J. H., Campbell J. C., McNutt L.-A., Screening for intimate partner violence in health care settings: A randomized trial, *JAMA*, 302(5), 493-501, 2009.
- Malherbe J.-F., Courbat D., Pétel C., Salem G., Entre chaos et pur cristal, *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 1(44), 13-26, 2010.
- Mannoni P., *Les représentations sociales*, Paris: Presses universitaires de France, 2003.
- Margairaz C., Wicky H. R., Halpérin D. S., Dépistage et prise en charge des victimes de violence, *Médecine & Hygiène*, 56(2203), 742-5, 1998.
- Martin G., Côte L., Samson M., Jacob M., Attitudes et pratiques des médecins de famille auprès des femmes violentées par leur conjoint: Recension des écrits, *Resources for Feminist Research/Documentation sur la recherche féministe*, 26(3/4), 53-70, 1998.
- Martin G., Lavoie F., Violence conjugale: Étude qualitative sur les comportements d'aide des médecins et des infirmières, *Service social*, 39(2), 188-216, 1990.
- Martin G., Lavoie F., Attitudes à 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*, Chicoutimi, QC: Gaëtan Morin, 209-30, 1994.
- Massé R., Les limites d'une approche essentialiste des ethnoéthiques: Pour un relativisme éthique critique, *Anthropologie et Sociétés*, 24(2), 13-33, 2000.
- Morier-Genoud C., Bodenmann P., Favrat B., Vannotti M., Violence in primary care: Identification and training, does it work?, *Journal of General Internal Medicine*, 18, 183, 2003.
- Morier-Genoud C., Bodenmann P., Favrat B., Vannotti M., Violence in primary care: Prevalence and follow-up of victims, *BMC Family Practice*, 7(1), 15, 2006.
- Morrison L. J., Allan R., Grunfeld A., Improving the emergency department detection rate of domestic violence using direct questioning, *The Journal of emergency medicine*, 19(2), 117-24, 2000.
- Moscovici S., *La psychanalyse son image son public*, Paris: PUF, 1961.
- Moscovici S., *La psychanalyse, son image et son public*, Paris: PUF, 2<sup>e</sup> éd., 1976 [1961].
- Moyer V. A., Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. Preventive services task force recommendation statement, *Annals of Internal Medicine*, 158(6), 478-86, 2013.
- O'Doherty L. J., Taft A., Hegarty K., Ramsay J., Davidson L. L., Feder G., *Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: Abridged cochrane systematic review and meta-analysis*, vol. 348, 2014.

- O'Hara S., Monsters, playboys, virgins and whores: Rape myths in the news media's coverage of sexual violence, *Language & Literature*, 21(3), 247-59, 2012.
- OFS, *Statistique policière de la criminalité (SPC). Rapport annuel 2012*, Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, 2013.
- OMS, *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: Who clinical and policy guidelines*, Genève: Organisation mondiale de la santé, 2013.
- Phelan M. B., Hamberger L. K., Guse C. E., Edwards S., Walczak S., Zosel A., Domestic violence among male and female patients seeking emergency medical services, *Violence and Victims*, 20, 187-206, 2005.
- PRAISE Investigators, Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (praise) in orthopaedic fracture clinics: A multinational prevalence study, *The Lancet*, 382(9895), 866-76, 2013.
- Ramsay J., Richardson J., Carter Y. H., Davidson L. L., Feder G., Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review, *BMJ*, 325(7359), 314, 2002.
- Ramsay J., Rutterford C., Gregory A., Dunne D., Eldridge S., Sharp D., Feder G., Domestic violence: Knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians, *British Journal of General Practice*, 62(602), e647-e55, 2012.
- Rey H., Rinaldi Baud I., Violence et accessibilité aux soins: Vulnérabilité et ressources des soignants *Revue médicale suisse*, 2316, 1940-2, 2000.
- Rey H., Rinaldi Baud I., Girard J., Violences conjugales et domestiques: Autonomie et dépendance dans le système thérapeutique, *Thérapie Familiale*, 29(4), 2008.
- Romano H., Crocq L., Événements traumatiques et médias: Quelles répercussions pour les sujets impliqués, *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 416-21, 2010.
- Schmid C., *Violences sexuelles envers des enfants et des jeunes en Suisse: Formes, ampleur, et circonstances du phénomène*, Zurich: UBS Optimus Foundation, 2012.
- Short L. M., Alpert E., Harris Jr J. M., Surprenant Z. J., A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence, *American Journal of Preventive Medicine*, 30(2), 173-80.e19, 2006.
- Stern S., Fliedner J., Schwab S., Iten R., *Coûts de la violence dans les relations de couple*, Berne: Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes, 2013.
- Taft A., O'Doherty L., Hegarty K., Ramsay J., Davidson L., Feder G., Screening women for intimate partner violence in healthcare settings, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 2013.
- Tate P., Ideas, concerns and expectations, *Medicine*, 33(2), 26-7, 2005.
- Tjaden P., Thoennes N., *Extent, nature, and consequences of intimate partner violence. Findings from the National Violence Against Women Survey* Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
- Vannotti M., La violence familiale et la responsabilité médicale, *Bulletin officiel de la société neuchâteloise de médecine*, 47, 4-6, 2005.
- Welzer-Lang D., *Les hommes violents*, Paris: Petite Bibliothèque Payot, 2005.
- Worster A., Intimate partner violence against women: To screen or not to screen in the emergency department? Commentary, *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 6(1), 38-9, 2004.

---

## Notes

- 1 Ces sondages sont considérés comme les indicateurs les plus valides des violences domestiques et sexuelles; malheureusement seules les femmes ont été interrogées dans le cadre des études menées en Suisse (Jaquier *et al.*, 2010).
- 2 Pour plus d'informations, <http://www.inspq.qc.ca/violenceconjugale/accueil>.