

Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes

La violence sexuelle

La violence sexuelle couvre les actes allant du harcèlement verbal à la pénétration forcée, ainsi que des formes de contrainte très variées allant de la pression et de l'intimidation sociale jusqu'à la force physique.

La violence sexuelle (**Encadré 1**) comprend notamment, mais pas seulement :

- le viol conjugal ou commis par un petit ami ;
- le viol commis par des étrangers ou des connaissances ;
- les avances sexuelles importunes ou le harcèlement sexuel (à l'école, au travail, etc.) ;
- le viol systématique, l'esclavage sexuel et d'autres formes de violence particulièrement répandues lors des conflits armés (par ex., la grossesse forcée) ;
- la violence sexuelle à l'encontre des personnes handicapées physiques ou mentales ;
- le viol et les sévices sexuels infligés aux enfants ;
- les formes dites « coutumières » de violence sexuelle, telles que le mariage ou la cohabitation forcés ou la coutume de l'héritage de l'épouse.

À quel point la violence sexuelle est-elle courante ?

Les meilleures données de prévalence sur la violence sexuelle proviennent d'enquêtes en population. Les rapports de police et les études émanant du milieu clinique et d'organisations non gouvernementales constituent d'autres sources de données sur la violence sexuelle ; mais comme seule une faible proportion de cas sont signalés dans ces milieux, ils conduisent à des chiffres de prévalence sous-estimés. Par exemple, une étude en Amérique latine a estimé qu'environ 5 % seulement des victimes adultes de violence sexuelle avaient signalé l'incident à la police (1).

Parmi les nombreuses raisons logiques qui poussent les femmes à s'abstenir de signaler la violence sexuelle dont elles sont victimes, on peut citer :

- des systèmes de soutien inadaptés ;
- la honte ;
- la crainte ou le risque de représailles ;
- la crainte ou le risque d'être blâmées ou accusées ;

ENCADRÉ 1. DÉFINITIONS DE LA VIOLENCE SEXUELLE

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la violence sexuelle comme suit : « **Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail** » (2)

La coercition peut inclure :

- le recours à la force à divers degrés
- l'intimidation psychologique
- le chantage
- les menaces (de blessures corporelles ou de ne pas obtenir un emploi/une bonne note à un examen, etc.).

La violence sexuelle peut également survenir lorsque la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement – parce qu'elle est ivre, droguée, endormie ou atteinte d'incapacité mentale, par exemple.

La définition de l'OMS est assez large, mais il existe des définitions plus restrictives. Par exemple, aux fins de recherche, certaines définitions de la violence sexuelle sont limitées aux actes qui font intervenir la force ou la menace de violence physique.

L'*Étude multipays de l'OMS* (3) a défini la violence sexuelle comme étant des actes par lesquels une femme :

- a été physiquement forcée à avoir des rapports sexuels contre sa volonté ;
- a eu des rapports sexuels contre sa volonté parce qu'elle avait peur de ce que pourrait faire son partenaire ;
- a été contrainte à une pratique sexuelle qu'elle trouvait dégradante ou humiliante.

- la crainte ou le risque de ne pas être crues ;
- la crainte ou le risque d'être maltraitées et/ou d'être rejetées par la société.

Bien qu'il reste encore beaucoup à faire sur le plan de la recherche, des enquêtes en population telles que des enquêtes démographiques et sanitaires (4), des enquêtes de santé génésique (5) et l'*Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes* (3)¹ ont permis de recueillir des données sur différentes formes de violence sexuelle.

La violence sexuelle infligée par des partenaires intimes

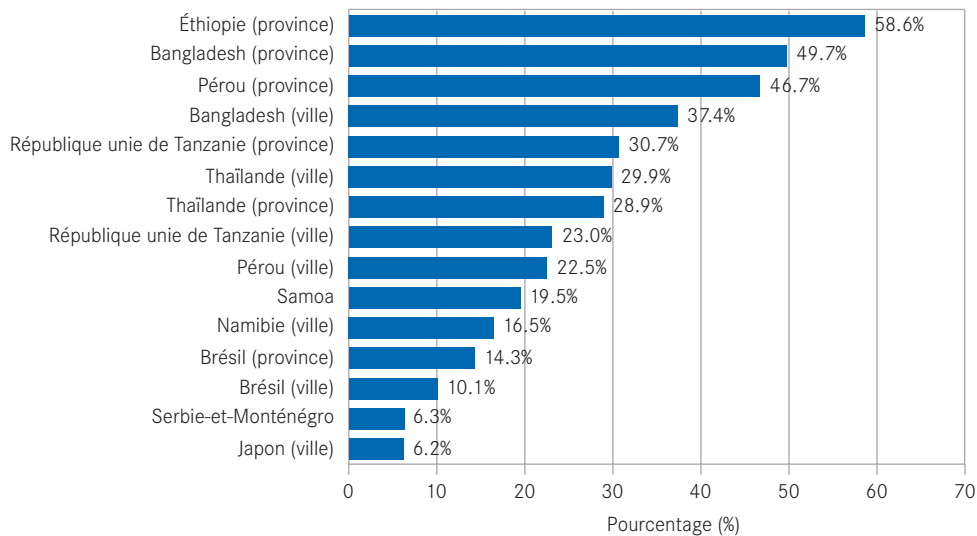
Les données disponibles dans les enquêtes en population concernent essentiellement les agressions sexuelles commises par des partenaires intimes, mais certaines englobent également les sévices sexuels subis pendant l'enfance et la violence sexuelle infligée par d'autres personnes que les partenaires. La violence sexuelle infligée par un partenaire intime s'accompagne habituellement de violence physique et psychologique, mais peut être présente seule.

La prévalence de la violence sexuelle infligée par un partenaire au cours de la vie, chez les femmes de 15 à 49 ans interrogées dans l'*Étude multipays de l'OMS*, variait de 6 % au Japon à 59 % en Éthiopie, les chiffres dans la majorité des lieux étudiés oscillant entre 10% et 50 % (Figure 1). Une analyse comparative d'enquêtes réalisées en Amérique latine et aux Caraïbes a constaté que les taux de violence sexuelle infligée par un partenaire oscillaient entre 5 et 15 % (6).

¹ Pays concernés : Bangladesh, Brésil, Éthiopie, Japon, Namibie, Pérou, Samoa, Thaïlande, l'ancienne Communauté étatique de Serbie-et-Monténégro, et la République unie de Tanzanie. Plus récemment, cette étude a été reproduite à Kiribati, aux Maldives, aux Îles Salomon, et au Vietnam.

FIGURE 1

Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans ayant déjà eu un partenaire, qui ont été confrontées à la violence sexuelle d'un partenaire intime après l'âge de 15 ans (3)



Quelques données nouvelles sur la prévalence de la violence sexuelle infligée par un partenaire intime reposent sur des déclarations faites par les agresseurs. Par exemple, dans une enquête transversale réalisée auprès d'un échantillon aléatoire d'hommes en Afrique du Sud, 14,3 % des hommes interrogés déclarent avoir violé leur femme ou petite amie actuelle ou précédente (7).

La violence sexuelle infligée par d'autres personnes que les partenaires

Il existe peu d'études représentatives concernant les actes de violence sexuelle commis par d'autres personnes que des partenaires, et la plupart des données disponibles proviennent d'enquêtes criminelles, de dossiers de police et de dossiers judiciaires, de centres d'aide aux victimes de viol, et d'études rétrospectives de la violence sexuelle infligée aux enfants (8). Dans l'*Étude multipays de l'OMS*, 0,3 à 12 % des femmes déclarent avoir été forcées, après l'âge de 15 ans, à avoir des rapports sexuels ou à accomplir un acte sexuel par une personne autre qu'un partenaire intime (3). La majorité des études indiquent que les femmes connaissent probablement leur agresseur (par ex., dans 8 cas de viols sur 10 aux États-Unis) (9,10). L'enquête la plus récente sur la prévalence du viol en Afrique du Sud a conclu que plus d'un homme sur cinq déclare avoir violé une femme qui n'était pas sa partenaire (autrement dit, une étrangère, une connaissance, ou un membre de la famille), alors qu'un homme sur sept déclare avoir violé sa partenaire actuelle ou précédente (7). La violence sexuelle dans les crises humanitaires, en particulier pendant et après les conflits, est également courante, mais en raison de ses caractéristiques uniques, elle est abordée dans une fiche d'information distincte de cette série.

L'initiation sexuelle forcée

Pour une part importante des jeunes filles, la première expérience sexuelle est forcée. Des données laissent à penser que plus la femme est jeune au moment de sa première expérience sexuelle, plus il y a de chances que celle-ci ait eu lieu sous la contrainte. Dans l'*Étude multipays de l'OMS*, le pourcentage de femmes à déclarer des premiers rapports sexuels forcés allait de moins de 1 % au Japon

à presque 30 % en milieu rural au Bangladesh (3). Dans les études portant à la fois sur des hommes et des femmes, la prévalence des viols et de la coercition sexuelle déclarés était plus élevée parmi les femmes. À Lima, au Pérou, par exemple, le nombre de jeunes femmes ayant déclaré que leur initiation sexuelle leur avait été imposée (40 %) était quatre fois supérieur à celui des hommes dans le même cas (11 %) (11). De plus, il faut savoir que dans les enquêtes où les femmes sont interrogées sur leurs premiers rapports sexuels, celles qui utilisent le terme « non désirés » obtiennent typiquement des taux de réponse qui sont plusieurs fois supérieurs aux taux obtenus dans les enquêtes utilisant le terme « forcés » (6).

Les sévices sexuels pendant l'enfance

Les recherches sur la violence sexuelle envers les enfants sont complexes car ce type de violence reste un sujet tabou et difficile à dénoncer dans beaucoup de milieux. Parmi les difficultés méthodologiques, citons par exemple la variabilité des définitions des termes « sévices » et « enfance », et la prise en compte ou non des différences d'âge et/ou de pouvoir entre la victime et son agresseur. L'étude des sévices chez les enfants pose également des difficultés d'ordre éthique. Malgré ces difficultés, il est évident que les sévices sexuels pendant l'enfance se pratiquent dans tous les pays où ils ont fait l'objet d'études approfondies.

Une analyse conduite par l'OMS en 2004, sur l'état des recherches à cette époque, a estimé que la prévalence mondiale des violences sexuelles sur enfant était d'environ 27 % chez les filles et avoisinait les 14 % chez les garçons (12). Plus précisément, cette analyse a conclu que la prévalence moyenne des sévices sexuels subis pendant l'enfance chez les femmes était d'environ 7-8 % d'après des études menées en Amérique du Sud, en Amérique centrale et aux Caraïbes, ainsi qu'en Indonésie, au Sri Lanka et en Thaïlande. Le taux de prévalence estimé pouvait atteindre 28 % dans certaines parties d'Europe orientale, la Communauté des États indépendants, la région Asie-Pacifique et l'Afrique du Nord. En général, les violences sexuelles sur enfant étaient plus courantes chez les filles que chez les garçons ; toutefois, des études asiatiques récentes ont constaté que les garçons pouvaient être autant touchés que les filles.

Dans l'*Étude multipays de l'OMS*, la prévalence des cas signalés de sévices sexuels infligés aux enfants de moins de 15 ans par une personne autre qu'un partenaire intime allait de 1 % en milieu rural au Bangladesh à plus de 21 % dans les zones urbaines de Namibie.

Malgré l'ampleur du phénomène de la violence sexuelle envers les enfants, peu d'études ont été menées jusqu'à présent sur sa prévalence dans certaines régions. Un certain nombre de nouvelles études sont actuellement en cours en Afrique sub-saharienne. En 2009, sur un échantillon représentatif à l'échelle nationale, composé de 1242 filles et femmes de 13 à 24 ans, en Suisse, 33,2 % des répondantes ont déclaré avoir vécu un incident de violence sexuelle avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans (13). Dans cette étude, les auteurs du premier incident les plus fréquemment cités étaient des hommes ou des garçons habitant dans le voisinage des répondantes, des petits amis ou des époux. Le premier incident s'était le plus souvent produit au domicile des répondantes, et incluait donc la violence sexuelle infligée par un partenaire intime ainsi que la violence sexuelle dans les fréquentations. Une étude récente a comparé les premières données nationales, issues d'études en population, disponibles sur les sévices sexuels pendant l'enfance subis avant l'âge de 15 ans dans trois pays d'Amérique centrale (14). Il ressort de cette étude que la prévalence oscille entre 4,7 % au Guatemala et 7,8 % au Honduras et 6,4 % en El Salvador, et que

la majorité des cas déclarés ont eu lieu avant l'âge de 11 ans. Les agresseurs étaient généralement des personnes que les victimes connaissaient.

Harcèlement sexuel et violence sexuelle dans les établissements éducatifs et sur le lieu de travail

La violence sexuelle, y compris le harcèlement sexuel, est souvent présente dans les institutions réputées « sûres », telles que les établissements scolaires, où les agresseurs peuvent être des élèves ou des enseignants. Des études menées un peu partout dans le monde, notamment en Afrique, Asie du Sud, et Amérique latine, ont établi qu'une proportion considérable de filles disent avoir subi un harcèlement sexuel et des violences sexuelles sur le chemin de l'école, ainsi qu'au sein-même de leur école ou de leur université, notamment dans les salles de classe, les toilettes et les dortoirs, de la part d'autres élèves ou d'enseignants (15,16).

Par exemple, dans une étude réalisée au sein d'écoles primaires dans le district de Machinga au Malawi, les filles scolarisées déclarent avoir subi divers types de harcèlement sexuel et de violence sexuelle à l'école, parmi lesquels des remarques déplacées ou à connotation sexuelle (7,8 %), des attouchements (13,5 %), un « viol » (2,3 %) et des rapports sexuels « imposés ou non désirés » (1,3 %) (17).

Selon cette même étude, les enseignants de 32 écoles sur 40 déclarent connaître un maître dans leur école ayant déjà fait des avances sexuelles à une élève ; tandis que 26 écoles sur 40 signalent qu'un maître de leur école a déjà mis une élève enceinte.

À titre d'exemple dans un milieu à revenu élevé, une étude représentative nationale (en ligne) auprès d'élèves américains scolarisés en collèges et lycées a constaté que sur 1002 jeunes filles répondantes, la majorité d'entre elles avait déjà subi une forme ou une autre de harcèlement sexuel à l'école pendant l'année scolaire 2010–2011 (18).

La recherche sur le harcèlement sexuel sur le lieu de travail n'en est encore qu'à ses débuts, mais les toutes premières études indiquent qu'il s'agit d'un phénomène largement répandu, notamment avec l'entrée d'un nombre croissant de femmes dans la vie active. Des enquêtes ont révélé que 40 à 50 % des femmes des pays de l'Union européenne signalent avoir subi une forme ou une autre de harcèlement sexuel ou avoir été contraintes à une activité sexuelle sur le lieu de travail (19).

La violence sexuelle contre les hommes et les garçons

Bien que cette fiche d'information se concentre sur la violence sexuelle contre les filles et les femmes, il est important de souligner que les garçons et les hommes sont également victimes de violences sexuelles. Le viol et d'autres formes de coercition sexuelle dirigés contre les hommes et les garçons se produisent dans divers endroits, y compris au foyer, en milieu de travail, à l'école, dans la rue, dans l'armée, ainsi que dans les prisons. Malheureusement, la violence sexuelle contre les hommes est un sujet très sensible, qui est négligé par la recherche. Des différences méthodologiques dans les plans d'étude, des échantillons de trop petite taille, des définitions variables de la coercition, entre autres, ont entraîné de grandes différences dans les taux de prévalence rapportés. Il existe un lien entre la victimisation sexuelle, notamment durant l'enfance, et la violence commise plus tard dans la vie, si bien qu'il est important de combler cette lacune en soi et dans le but de prévenir la violence sexuelle ultérieure.

Quelles sont les causes profondes et les facteurs de risque de la violence sexuelle ?

Les formes que revêt la violence sexuelle, et les contextes dans lesquels elle s'exerce, sont multiples et variés. De ce fait, il est difficile d'apprécier les facteurs qui sont liés à un risque accru d'exposition des femmes à la violence sexuelle. Le modèle écologique, selon lequel la violence est le résultat de plusieurs facteurs opérant à quatre niveaux : individuel, relationnel, communautaire, et sociétal, est utile pour comprendre l'interaction entre les facteurs d'un même niveau et de niveaux différents.

Les listes suivantes de facteurs, qui se retrouvent dans toutes les études et les différents contextes, sont essentiellement tirées de la publication de 2012 *Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données* (20) et de la publication de 2002 *Rapport mondial sur la violence et la santé* (21).

Facteurs individuels et relationnels

La recherche consacrée aux facteurs qui accroissent le risque pour les hommes de commettre des actes de violence sexuelle est relativement récente et très polarisée sur les hommes ayant été appréhendés, notamment pour viol. Parmi les facteurs qui ont été mentionnés dans de très nombreuses études de ce type, se trouvent :

- l'appartenance à un gang ;
- l'usage nocif ou illicite de drogues ou d'alcool ;
- une personnalité antisociale ;
- l'exposition à la violence intraparentale pendant l'enfance ;
- le fait d'avoir été victime de violences sexuelles ou physiques pendant l'enfance (22) ;
- le faible niveau d'instruction ;
- l'acceptation de la violence (par exemple, considérer qu'il est acceptable de battre sa femme ou sa petite amie) ;
- la multiplicité des partenaires/l'infidélité ;
- une vision inégalitaire des sexes.

Dernièrement, des chercheurs en Afrique du Sud ont réalisé une enquête transversale de grande envergure auprès d'hommes dans la population, et ont constaté que le fait d'avoir commis un viol était associé : à un taux plus élevé de malheurs pendant l'enfance ; au fait d'avoir été violé par un homme ; à un niveau plus élevé d'instruction de la mère ; à une vision des relations entre les deux sexes moins égalitaire ; au fait d'avoir eu davantage de partenaires ; et à d'autres pratiques empreintes d'inégalité entre les sexes, telles que le commerce du sexe (7).

Facteurs communautaires et sociétaux

Sur le plan de la santé publique, les facteurs communautaires et sociétaux peuvent être d'une importance capitale pour trouver les moyens de prévenir la violence sexuelle avant son apparition, dans la mesure où ce sont souvent la société et la culture qui entretiennent et perpétuent les croyances justifiant la violence. Les facteurs liés aux taux plus élevés d'actes de violence sexuelle commis par des hommes comprennent :

- les normes traditionnelles en matière de rôles assignés aux deux sexes et les normes sociales liées à la supériorité masculine (par exemple, l'idée que les rapports sexuels entre époux sont un droit pour l'homme marié, que ce sont les femmes et les filles qui provoquent les désirs sexuels des hommes à distance, ou encore que le viol est un signe de masculinité) ; et
- la faiblesse des sanctions communautaires et judiciaires contre la violence.

Quelles sont les conséquences de la violence sexuelle sur la santé ?

Les faits montrent que les victimes de violence sexuelle, qu'elles soient de sexe féminin ou masculin, peuvent connaître des conséquences similaires, à divers niveaux : santé mentale, comportement, et vie sociale (12,23,24). Toutefois, ce sont les filles et les femmes qui portent la charge écrasante des traumatismes et des maladies résultant de la violence et de la coercition sexuelles (12), non seulement parce qu'elles constituent la grande majorité des victimes, mais aussi parce qu'elles sont sans défense face aux répercussions de cette violence sur la santé sexuelle et génésique : grossesses non désirées, avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, et risque accru d'infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH au cours de rapports vaginaux (Tableau 1) (25). Il est cependant important de noter que les hommes sont également vulnérables au VIH en cas de viol.

TABEAU 1

Exemples de conséquences de la violence et de la coercition sexuelles sur la santé des femmes

Sur la santé génésique	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismes gynécologiques • Grossesse non désirée • Avortement non sécurisé • Troubles sexuels • Infections sexuellement transmissibles (IST), notamment le VIH • Fistules traumatiques
Sur la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression • État de stress post-traumatique • Angoisse • Troubles du sommeil • Plaintes somatiques • Comportement suicidaire • Trouble panique
Sur le comportement	<ul style="list-style-type: none"> • Comportement à haut risque (par ex., rapports non protégés, première expérience sexuelle consentie précoce, multiples partenaires, alcoolisme et toxicomanie) • Risque accru de commettre (pour les hommes) ou de subir (pour les femmes) des actes de violence sexuelle ultérieurs
Conséquences mortelles	Décès résultant : <ul style="list-style-type: none"> • d'un suicide • de complications de la grossesse • d'un avortement non sécurisé • du SIDA • d'un meurtre au cours d'un viol ou pour « l'honneur » • de l'infanticide d'un enfant né d'un viol

Quelles sont les meilleures approches pour mettre fin à la violence sexuelle ?

Par le passé, les approches de la violence sexuelle se sont surtout concentrées sur le système de justice pénale ; mais un mouvement général s'opère actuellement vers une approche axée sur la santé publique, qui reconnaît que la violence n'est pas le résultat d'un seul facteur de risque, mais le produit de plusieurs qui interagissent aux niveaux individuel, relationnel et communautaire/sociétal. Par conséquent, résoudre le problème de la violence sexuelle exige des actions concertées de secteurs très divers, notamment la santé, l'éducation, les services sociaux et la justice pénale. L'approche de la santé publique vise à offrir de meilleurs soins et davantage de sécurité à des populations entières et se concentre essentiellement sur la prévention, tout en veillant à ce que les personnes confrontées à la violence aient accès aux services et au soutien appropriés.

Interventions efficaces pour prévenir la violence sexuelle

La base des données factuelles est extrêmement limitée en ce qui concerne les interventions efficaces pour prévenir la violence sexuelle. Quelques mesures préventives contre la violence sexuelle infligée aux enfants ont été prises dans un nombre limité de pays à revenu élevé, basées sur le fichage des délinquants sexuels locaux et leur signalement aux communautés, des restrictions imposées aux délinquants sexuels en terme de lieu de résidence (par ex., leur interdisant d'habiter près d'établissements scolaires) et la surveillance électronique des délinquants sexuels. Une analyse critique de ce genre de stratégies semble indiquer qu'elles reposent en grande partie sur des idées fausses sur la violence et la coercition sexuelles, plutôt que sur des faits bien réels, et qu'elles ont été inefficaces pour prévenir les crimes sexuels ou protéger les enfants (4,26).

D'autres interventions visant à prévenir la violence sexuelle ou la violence à l'égard des filles et des femmes en général sont destinées à être déployées dans les écoles, les collèges et lycées, et les universités. Un certain nombre de stratégies mises en place dans des pays à revenu élevé pour prévenir la violence des jeunes dans leurs fréquentations ont été soigneusement évaluées, et certains éléments donnent à penser qu'elles peuvent donner de bons résultats (20,27). Certaines initiatives en milieu scolaire dans des pays en développement se sont également montrées prometteuses pour réduire les niveaux de harcèlement sexuel et de violence sexuelle, en particulier celles qui privilégient des démarches globales de sensibilisation de l'école tout entière (approche « holistique ») et des communautés (28,29).

Bien que les interventions auprès des jeunes dans les écoles soient essentielles, il existe d'autres lieux possibles d'intervention. En particulier les foyers, où il a été montré par exemple que des programmes de visites prénatales et postnatales à domicile réduisaient les risques de négligence et de maltraitance physique et psychologique des enfants (30–32). Ces formes de violence sont des facteurs connus pour augmenter le risque de commettre ou de subir des actes de violence sexuelle plus tard dans la vie. Les établissements et les services de soins de santé sont par ailleurs des points d'entrée possibles pour la prévention de la violence sexuelle, en particulier en termes de lutte contre la violence parents/enfants et contre l'alcoolisme. D'autres initiatives prometteuses comprennent les stratégies de mobilisation communautaire pour faire évoluer les normes et les comportements régissant les relations entre les sexes, et les efforts communautaires pour améliorer le statut social et économique des femmes.

Principes généraux de bonnes pratiques pour lutter contre la violence sexuelle

Outre les rares données scientifiques sur les interventions efficaces, on trouve également dans la littérature quelques principes de bonnes pratiques pour lutter contre la violence sexuelle.

Offrir une réponse complète aux besoins des victimes (33)

Il est primordial de pouvoir immédiatement dispenser des soins de santé et offrir des services médico-légaux aux victimes de viol. En plus de soins attentionnés, les victimes doivent avoir accès à toutes sortes de services de santé spécifiques proposés par des prestataires bien formés, notamment :

- un soutien psychologique (et une orientation vers des services de santé mentale si besoin) ;
- une contraception d'urgence ;
- un traitement et une prophylaxie pour les IST ;
- une prophylaxie pour le VIH, selon le cas ;
- des informations sur l'avortement sécurisé ; et
- un examen médico-légal (si une femme décide d'engager des poursuites).

Les victimes doivent également pouvoir bénéficier du système juridique et avoir accès à des professionnels compétents et sensibles, qui leur viendront en aide dans le cas où elles décideraient d'engager des poursuites contre leur agresseur.

Enrichir la base des connaissances et sensibiliser à la violence sexuelle

Étoffer la base des connaissances, et diffuser les nouvelles informations de même que les informations existantes, permettra d'avancer dans ce domaine et d'élaborer de meilleurs programmes et des stratégies plus adaptées. Les données sur la prévalence et les schémas de la violence sexuelle peuvent également être des outils importants pour inciter les gouvernements et les décideurs politiques à se pencher sur la question et les convaincre de l'impact de la violence sexuelle sur la santé publique et de ses coûts.

Promouvoir des réformes juridiques et judiciaires

L'amélioration des lois existantes et de leur mise en œuvre devrait servir de tremplin pour améliorer la qualité des soins offerts aux victimes, et pour juguler la violence sexuelle en durcissant les peines infligées aux auteurs d'actes violents. Les étapes qui s'inscrivent dans cette démarche comprennent :

- le renforcement et l'élargissement des lois définissant le viol et l'agression sexuelle ;
- la sensibilisation et la formation des policiers et des juges à la violence sexuelle ;
- l'amélioration de l'application des lois existantes.

Bibliographie

1. Contreras J et al. *Sexual violence in Latin America and the Caribbean: a desk review*. Pretoria, Sexual Violence Research Initiative, 2010.
2. World Health Organization. *Violence against women – Intimate partner and sexual violence against women*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
3. Garcia-Moreno C et al. *Étude multipays de l’OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l’égard des femmes : premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
4. Kishor S, Johnson K. *Profiling domestic violence – a multi-country study*. Calverton, MD, ORC Macro, 2004.
5. CDC. *International Reproductive Health Surveys*. Atlanta, GA, US Centers for Disease Control and Prevention, 2011.
6. Bott S et al. *Violence against women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington DC, Organisation panaméricaine de la Santé, sous presse.
7. Jewkes R et al. Gender inequitable masculinity and sexual entitlement in rape perpetration South Africa: findings of a cross-sectional study. *PLoS ONE*, 2011, 6(12): e29590.
8. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 2002, 359(9313):1232–37.
9. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999.
10. Tjaden P, Thoennes N. *Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women: Findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC, National Institute of Justice, 2000.
11. Caceres C. Assessing young people’s non-consensual sexual experiences: lessons from Peru. Dans : Jejeehboy S, Shah I, Thapa S, éd. *Sex without consent: young people in developing countries*. Londres, Zed Books, 2005, 127–38.
12. Andrews G et al. Child sexual abuse. Dans : Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJ, éd. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
13. Reza A et al. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. *Lancet*, 2009, 373(9679):1966–72.
14. Speizer IS et al. Dimensions of child sexual abuse before age 15 in three Central American countries: Honduras, El Salvador, and Guatemala. *Child Abuse & Neglect*, 2008, 32(4):455–62.
15. Management Systems International (MSI). 2008. *Are Schools Safe Havens for Children? Examining School-related Gender-based Violence*. Washington, DC: U.S. Agency for International Development.
16. Wellesley Centers for Research on Women, DTS (2003) *Unsafe schools: a literature review of school-related gender-based violence in developing countries*. Washington, DC: United States Agency for International Development (USAID).
17. Columbia RH, Kadzamira E, Moleni C (2007) *The Safe Schools Program: student and teacher baseline report on school-related gender-based violence in Machinga District, Malawi*. Washington DC: USAID. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADK758.pdf.
18. Hill C, Kearl H. *Crossing the line: sexual harassment at school*. Washington, DC: American Association of University Women, 2011.
19. Commission Européenne. *Le harcèlement sexuel sur le lieu de travail dans l’Union européenne*. Bruxelles, Commission européenne, Direction générale de l’emploi IRaSA, 1998.

20. OMS/LSHTM. *Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données*. Genève, Organisation mondiale de la Santé/Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2012.
21. Krug EG, et al, éd. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
22. Watkins B, Bentovim A. The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 1992, 33(1):197–248.
23. Dube SR et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 28(5):430–38.
24. Patel V, Andrew G. Gender, sexual abuse and risk behaviours in adolescents: a cross-sectional survey in schools in Goa. *National Medical Journal of India*, 2001, 14(5):263–67.
25. OMS. *Addressing violence against women and HIV/AIDS. What works? Report of a consultation*. Genève: Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), 2010.
26. Levenson JS, D'Amora DA. Social policies designed to prevent sexual violence. *Criminal Justice Policy Review*, 2007, 18(2):168–99.
27. Violence against women Special Issue: *Engaging Communities to End Sexual Violence: Current Research on Bystander Focused Prevention*. *Violence against women* 17(6). Juin 2011.
28. Mirsky J. *Beyond victims and villains: addressing sexual violence in the education sector*. Londres : The Panos Institute, 2003.
29. Flood M, Fergus L, Heenan M. *Respectful relationships education violence prevention and respectful relationships education in Victorian secondary schools*. Melbourne, Australie : État de Victoria, Department of Education and Early Childhood Development, 2009. http://www.eduweb.vic.gov.au/edulibrary/public/stuman/wellbeing/respectful_relationships/respectful-relationships.pdf
30. Cooper PJ et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 2009, 338:b974.
31. Aracena M et al. A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. *Journal of Health Psychology*, 2009, (7):878–87.
32. Olds DL et al. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 2004, 114(6):1560–68.
33. OMS. *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2003.

La série complète des fiches d'information « Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes » peut être téléchargée sur le site Web du Département Santé et recherche génésique de l'OMS à l'adresse <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/fr/index.html>, et sur le site Web de l'Organisation panaméricaine de la Santé à l'adresse www.paho.org/

Des informations supplémentaires sont disponibles dans les publications de l'OMS, parmi lesquelles :

Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564007/fr/>

Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes

<http://www.who.int/publications/list/9242593516/fr/index.html>

Remerciements

Cette fiche d'information a été rédigée par Claudia Garcia-Moreno, Alessandra Guedes et Wendy Knerr et fait partie d'une série élaborée par l'OMS et l'OPS pour passer en revue l'ensemble des données actuelles relatives aux différents aspects de la violence à l'égard des femmes. Rachel Jewkes et Sarah Bott ont contribué à cette fiche d'information en tant qu'examinatrices externes. Sarah Ramsay a assuré la révision de la série.

WHO/RHR/12.37

© **Organisation mondiale de la Santé 2012**

Tous droits réservés. Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

Si l'OMS a pris raisonnablement toutes les précautions nécessaires pour vérifier les informations données dans la présente publication, le document est cependant distribué sans garantie d'aucune sorte, ni explicite ni implicite. Le lecteur est seul responsable de l'interprétation et de l'utilisation qu'il en fait. L'Organisation mondiale de la Santé ne saurait en aucun cas être tenue responsable d'éventuels préjudices qui pourraient résulter de son utilisation.