



Organisation mondiale de la Santé
Département Genre et santé de la femme
Santé familiale et communautaire
20, avenue Appia, 1211 Genève 27
Suisse
Courriel : genderandhealth@who.int
Site web : <http://www.who.int/gender>

ISBN 92 4 259351 6



5 786272 595518

Rapport succinct

Etude 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



Organisation
mondiale de la Santé



Rapport succinct **Etude 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

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Etude 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 : rapport succinct.

I. Violence familiale. 2. Abus sexuel. 3. Santé féminine.
4. Comparaison transculturelle. 5. Etude multicentrique. 6. Etude analytique (Epidémiologie). I. Organisation mondiale de la Santé.
II. Titre.

ISBN 92 4 259351 6

(Classification NLM :WA 309)

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). 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 Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception : Grundy & Northedge Designers

Imprimé en Suisse

Table des matières

	Préface	vi
	Avant-propos	vii
1	Vue d'ensemble	1
	Historique	1
	Objectifs	2
	Organisation	3
2	La violence exercée contre les femmes par des partenaires intimes	6
	Comment a-t-on mesuré la violence physique et la violence sexuelle ?	6
	Violence physique et violence sexuelle	7
	Facteurs qui protègent les femmes ou les exposent au risque de violence	9
	Actes de maltraitance psychologique	11
	Comportement dominateur	11
	Attitudes des femmes à l'égard de la violence	11
3	Violence exercée contre les femmes par des personnes autres que le partenaire ...	14
	Violence physique et sexuelle exercée par d'autres personnes que le partenaire depuis l'âge de 15 ans	14
	Abus sexuels avant l'âge de 15 ans	15
	Initiation sexuelle forcée	17
4	Violence exercée par un partenaire et santé de la femme	18
	Traumatismes résultant de la violence physique	18
	Violence exercée par un partenaire intime et santé physique	18
	Violence exercée par un partenaire intime et santé mentale	19
	Violence exercée par un partenaire intime et santé génésique	20
5	S'adapter et faire face à la violence exercée par un partenaire intime	22
	A qui les femmes parlent-elles de la violence qu'elles subissent ?	22
	D'où vient l'aide ?	22
	Vers quels organismes ou autorités les femmes se tournent-elles ?	22
	Les femmes ripostent-elles ?	24
	Quitter ou non un partenaire violent	25
6	Recommandations	27
	Renforcer l'engagement et l'action au plan national	27
	Promouvoir la prévention primaire	29
	Mobiliser le secteur éducatif	30
	Renforcer l'action du secteur de la santé	31
	Aider les femmes confrontées à la violence	32
	Sensibiliser les systèmes judiciaires	32
	Soutenir la recherche et la collaboration	33
	Bibliographie	34

Membres de l'équipe centrale de recherche et du Comité d'orientation et chercheurs principaux des équipes de recherche de pays

Equipe centrale de recherche

Claudia García-Moreno, (Coordonnateur de l'étude), Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse
 Henrica A.F.M. (Henriette) Jansen, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse
 Charlotte Watts, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni
 Mary Ellsberg, Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique
 Lori Heise, PATH, Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique

Comité d'orientation

Jacquelyn Campbell, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, Etats-Unis d'Amérique (Coprésident)
 Lucienne Gillioz, Bureau d'Égalité, Genève, Suisse
 Rachel Jewkes, Medical Research Council, Pretoria, Afrique du Sud
 Ivy Josiah, Women's Aid Organisation, Selangor, Malaisie
 Olav Meirik, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), Santiago, Chili (Coprésident)
 Laura Rodrigues, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni
 Irma Saucedo Gonzalez, El Colegio de Mexico, Mexico, Mexique
 Berit Schei, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norvège
 Stig Wall, Umeå University, Suède

Equipes de recherche de pays

Bangladesh

Ruchira Tabassum Naved, ICCDR,B, Dhaka
 Safia Azim, Naripokkho, Dhaka
 Abbas Bhuiya, ICCDR,B, Dhaka
 Lars Ake Persson, Uppsala University, Suède

Brésil

Lilia Blima Schraiber, Faculty of Medicine, University of São Paulo, São Paulo
 Ana Flavia Lucas D'Oliveira, Faculty of Medicine, University of São Paulo, São Paulo
 Ivan França Junior, School of Public Health, University of São Paulo, São Paulo
 Carmen Simone Grilo Diniz, Feminist Collective for Sexuality and Health, São Paulo
 Ana Paula Portella, SOS Corpo, Genero e Cidadania, Pernambuco
 Ana Bernarda Ludermir, Medical School, Federal University of Pernambuco

Ethiopie

Yemane Berhane, Addis Ababa University, Addis-Abeba
 Ulf Hogberg, Umeå University, Suède
 Gunnar Kullgren, Umeå University, Suède
 Negussie Deyessa, Addis Ababa University, Addis-Abeba
 Maria Emmelin, Umeå University, Suède
 Mary Ellsberg, PATH, Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique
 Yegomawork Gossaye, Umeå University/Addis Ababa University, Addis-Abeba
 Atalay Alem, Addis Ababa University, Addis-Abeba

Derege Kebede, Addis Ababa University, Addis-Abeba
Alemayehu Negash, Umeå University/Addis Ababa University, Addis-Abeba

Japon

Mieko Yoshihama, University of Michigan, Ann Arbor, MI, Etats-Unis d'Amérique
Saori Kamano, National Institute of Population and Social Security Research, Tokyo
Hiroko Akiyama, University of Tokyo, Tokyo
Fumi Hayashi, Toyo Eiwa University, Tokyo
Tamie Kaino, Ochanomizu University, Tokyo
Tomoko Yunomae, Japan Accountability Caucus, Beijing, Tokyo

Namibie

Eveline January, Ministry of Health and Social Services, Windhoek
Hetty Rose-Junius, Ministry of Health and Social Services, Windhoek
Johan Van Wyk, Ministry of Health and Social Services, Windhoek
Alvis Weerasinghe, National Planning Commission, Windhoek

Pérou

Ana Güzemes García, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Lima
Nancy Palomino Ramírez, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima
Miguel Ramos Padilla, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima

République-Unie de Tanzanie

Jessie Mbwambo, Muhimbili University College of Health Sciences, Dar-es-Salaam
Gideon Kwesigabo, Muhimbili University College of Health Sciences, Dar-es-Salaam
Joe Lugalla, University of New Hampshire, Durham, NH, Etats-Unis d'Amérique
Sherbanu Kassim, Women Research and Documentation Project, Dar-es-Salaam

Samoa

Tina Tauasosi-Posiulai, Secretariat of the Pacific Community
Tima Levai-Peteru, Secretariat of the Pacific Community
Dorothy Counts, Secretariat of the Pacific Community
Chris McMurray, Secretariat of the Pacific Community

Serbie-et-Monténégro

Stanislava Otašević, Autonomous Women's Center Against Sexual Violence, Belgrade
Silvia Koso, Autonomous Women's Center Against Sexual Violence, Belgrade
Viktorija Cucic, Medical School, University of Belgrade, Belgrade

Thaïlande

Churnrurtai Kanchanachitra, Mahidol University, Bangkok
Kritaya Archavanitkul, Mahidol University, Bangkok
Wassana Im-em, Mahidol University, Bangkok
Usa Lerdsrinthat, Foundation for Women, Bangkok

Préface

La violence à l'égard des femmes exercée par des partenaires intimes est un facteur majeur de morbidité chez les femmes. L'étude analyse des données en provenance de dix pays et éclaire d'un jour nouveau la prévalence de la violence à l'égard des femmes dans des pays pour lesquels on ne disposait jusqu'ici que de peu de données. Elle s'intéresse également aux formes et aux schémas de cette violence dans les différents pays et les différentes cultures, et aux conséquences de la violence sur la santé des femmes. Ces informations ont des répercussions importantes en matière de prévention, de soins et d'atténuation de la violence.

Le secteur de la santé peut jouer un rôle essentiel dans la prévention de la violence à l'égard des femmes en aidant à la repérer précocement, en dispensant aux victimes le traitement nécessaire et en adressant les femmes vers les soins les plus compétents. Les services de santé doivent être des lieux où les femmes se sentent en sécurité, sont traitées avec respect, où elles ne sont pas culpabilisées et où elles peuvent recevoir un soutien de qualité. Une réponse globale du secteur de la santé s'impose, en particulier pour surmonter la réticence des femmes maltraitées à rechercher de l'aide.

Les taux élevés d'abus sexuels contre les jeunes filles et les femmes mis en évidence par l'étude sont très préoccupants, surtout compte tenu de l'épidémie de VIH. Il faudrait sensibiliser davantage le public à ce problème et mettre en place une action de santé publique résolue axée sur la prévention primaire de la violence.

Les chercheurs et les représentants des organisations de femmes qui ont mené les entretiens et traité avec beaucoup de sensibilité les personnes interrogées méritent nos plus vifs remerciements. Avant tout, je tiens à remercier les 24 000 femmes qui ont fait part d'informations importantes concernant leur vie malgré les difficultés qu'elles avaient à en parler. Le fait qu'elles aient été si nombreuses à vouloir s'exprimer sur leur propre expérience de la violence pour la première fois au cours de cette étude doit à la fois nous interpeller sur l'état des relations entre les sexes dans nos sociétés et nous inciter à agir. Ces femmes et les pays qui ont mené ces recherches novatrices ont apporté une contribution précieuse.

Cette étude aidera les autorités nationales à élaborer des politiques et des programmes dirigés contre le problème. Elle nous aidera à mieux comprendre le phénomène de la violence à l'égard des femmes et la nécessité de la prévenir. Il nous incombe à tous de remettre en question les normes sociales qui tolèrent, et donc perpétuent, la violence à l'égard des femmes. Avec l'appui de l'OMS, le secteur de la santé doit désormais jouer un rôle plus actif en répondant aux besoins des nombreuses femmes engagées dans des relations violentes. Il faudrait d'urgence accroître considérablement l'investissement dans les programmes destinés à lutter contre la violence à l'égard des femmes et soutenir des mesures fondées sur les conclusions et recommandations de cette étude.

Nous devons sortir la violence domestique de l'ombre, l'examiner comme nous le ferions pour tout autre problème de santé évitable et appliquer les meilleures solutions disponibles.

LEE Jong-Wook

Directeur général

Organisation mondiale de la Santé

Avant-propos

La violence à l'égard des femmes est un phénomène universel qui persiste dans tous les pays du monde, et les auteurs d'actes de violence sont souvent bien connus de leurs victimes. La violence domestique, en particulier, continue d'être effroyablement trop répandue et considérée comme « normale » dans de trop nombreuses sociétés : depuis la Conférence mondiale des Droits de l'Homme tenue à Vienne en 1993 et la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes la même année, la société civile et les gouvernements ont reconnu que la violence à l'égard des femmes était une préoccupation autant sur le plan des politiques publiques que des droits de l'homme. Si certains travaux dans ce domaine ont abouti à la définition de normes internationales, la tâche consistant à étudier l'ampleur de la violence à l'égard des femmes et à produire des données fiables et comparables pour orienter l'élaboration des politiques et en suivre la mise en œuvre ont été extrêmement difficiles. *L'Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes* apporte une réponse à ces difficultés.

L'étude remet en cause l'idée selon laquelle le foyer est un lieu où les femmes sont en sécurité en démontrant qu'elles sont plus exposées à la violence dans le cadre de relations intimes que partout ailleurs. Selon cette étude, il est particulièrement difficile de réagir efficacement à la violence domestique car de nombreuses femmes la considèrent comme « normale ». Néanmoins, le droit international humanitaire est clair : les États ont le devoir d'exercer la diligence voulue pour prévenir les actes de violence à l'égard des femmes et en poursuivre et punir les auteurs.

Le fait de considérer la violence à l'égard des femmes sous l'angle de la santé publique permet d'appréhender les différentes dimensions du phénomène afin de mettre au point des ripostes multisectorielles. Le système de santé est souvent le premier point de contact avec les femmes victimes de la violence. Les données fournies par cette étude contribueront à sensibiliser les dispensateurs de soins à la gravité du problème et à ses répercussions sur la santé des femmes. L'idéal serait que les conclusions de l'étude permettent de définir une action plus efficace des pouvoirs publics, y compris de la justice et des services sociaux, en vue de permettre à l'État d'assumer son obligation d'éliminer la violence à l'égard des femmes.

La violence à l'égard des femmes a des répercussions beaucoup plus profondes que les effets immédiats qu'elle entraîne pour la victime. Elle a des conséquences dévastatrices pour les femmes maltraitées et un effet traumatisant sur ceux qui en sont témoins, en particulier les enfants. Le phénomène de la violence est une honte pour les États qui ne parviennent pas à la prévenir et les sociétés qui la tolèrent. La violence à l'égard des femmes est une violation des droits fondamentaux qui doit être éliminée moyennant une volonté politique et une action juridique et civile de tous les secteurs de la société.

L'Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes ainsi que les recommandations qu'elle contient sont une contribution précieuse à la lutte visant à éliminer la violence à l'égard des femmes. C'est pour moi un grand plaisir que de la présenter à ses lecteurs.

Yakin Ertürk

Rapporteur spécial sur la violence à l'égard des femmes, ses causes et ses conséquences

Avant-propos

Dans chaque culture, on retrouve des dictons et des chansons vantant les vertus du foyer et le confort et la sécurité que l'on y trouve. C'est pourtant pour de nombreuses femmes un lieu de douleur et d'humiliation.

Comme le montre amplement le rapport, la violence exercée à l'égard des femmes par des partenaires masculins est très répandue et a des conséquences importantes. Trop longtemps cachée derrière des portes closes et absente du débat public, cette violence ne saurait plus longtemps être niée car elle fait partie de la vie quotidienne de millions de femmes.

Les recherches présentées dans ce rapport corroborent les messages essentiels du *Rapport mondial sur la violence et la santé* publié en 2002 par l'OMS, remettant en cause l'idée selon laquelle les actes de violence domestique concernent strictement la famille, relèvent de choix individuels ou font partie de la vie. Les données recueillies par l'OMS et les chercheurs dans 10 pays confirment ce que nous pensions déjà, à savoir que la violence à l'égard des femmes est un problème social important. C'est un facteur de risque majeur de morbidité et c'est une question qui devrait faire l'objet d'une attention accrue.

L'expérience acquise principalement dans les pays industrialisés a montré que les approches de santé publique pouvaient avoir toute leur utilité. Le secteur de la santé est dans une position unique pour traiter la violence à l'égard des femmes, notamment à travers les services de santé génésique, auxquels la plupart des femmes ont accès à un moment ou un autre de leur vie. L'étude montre toutefois que ces possibilités sont loin d'être exploitées. C'est en partie dû à la stigmatisation et à la peur qui font que beaucoup de femmes ont du mal à avouer leurs souffrances. Mais c'est aussi dû au fait que peu de médecins, d'infirmières et autres personnels de santé ont les connaissances et la formation voulues pour repérer la violence en tant que cause sous-jacente des problèmes de santé des femmes ou sont en mesure d'apporter une aide au-delà des besoins médicaux immédiats, en particulier dans les cadres où il n'existe pas d'autres services capables d'assurer le suivi ou la protection. Le secteur de la santé ne peut certainement pas agir seul, mais devrait se prévaloir toujours davantage des possibilités dont il dispose pour jouer un rôle plus actif dans la prévention de la violence.

La violence à l'égard des femmes est à la fois une conséquence et une cause de l'inégalité des sexes. Les programmes de prévention primaire qui portent sur les inégalités entre les sexes et traitent les causes profondes de la violence, préconisent des changements législatifs et la fourniture de services aux femmes maltraitées sont tous essentiels. Les objectifs du Millénaire pour le développement concernant l'éducation des filles, l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes montrent bien que la communauté internationale reconnaît que la santé, le développement et les questions de parité sont étroitement liés.

L'OMS considère la prévention de la violence en général – et de la violence à l'égard des femmes en particulier – comme hautement prioritaire. Elle offre ses compétences techniques aux pays qui souhaitent agir contre la violence et invite instamment les donateurs internationaux à soutenir son action. Elle continue à souligner l'importance d'une recherche orientée sur l'action et reposant sur des principes éthiques, comme cette étude, pour parvenir à mieux comprendre le problème et rechercher des solutions. Elle invite par ailleurs fermement le secteur de la santé à jouer un rôle plus actif en répondant aux besoins des nombreuses femmes engagées dans des relations violentes.

Joy Phumaphi

Sous-Directeur général, Santé familiale et communautaire, OMS

Rapport succinct





¹ Le terme « violence domestique » est remplacé désormais par l'expression « violence exercée par un partenaire intime. »

L'étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes est un projet de recherche appelé à faire date tant par sa portée que par la méthodologie utilisée. Pour obtenir les résultats présentés dans ce rapport, des équipes spécialement formées ont recueilli des données auprès de plus de 24 000 femmes dans 15 sites de 10 pays représentant des contextes culturels divers : le Bangladesh, le Brésil, l'Éthiopie, le Japon, la Namibie, le Pérou, la République-Unie de Tanzanie, le Samoa, la Serbie-et-Monténégro et la Thaïlande. L'utilisation d'une méthodologie rigoureuse et standardisée a considérablement réduit le nombre de difficultés rencontrées lors de précédents travaux sur la violence à l'égard des femmes et produit des résultats qui permettent les comparaisons et les analyses entre les différentes situations.

L'étude présentait également d'autres points forts, notamment la méthode participative multinationale utilisée pour élaborer le protocole de recherche et le questionnaire, la participation d'organisations de femmes aux équipes de recherche et l'attention accordée aux considérations éthiques et de sécurité, l'accent mis sur la sélection rigoureuse et la formation des enquêteuses et sur le renforcement des capacités de tous les membres des équipes de recherche. Autres caractéristiques importantes : le lien établi entre l'étude et les processus d'élaboration de politiques, grâce à la collaboration de membres de l'équipe de recherche avec les organes décisionnels concernant la violence, et la participation de comités d'orientation composés notamment des principales parties prenantes au niveau des pays.

Historique

Jusqu'à récemment, la plupart des gouvernements et des responsables de l'élaboration des politiques considéraient la violence à l'égard des femmes comme un problème social relativement

mineur, en particulier la violence « domestique » exercée par le mari ou autre partenaire intime.¹ Depuis les années 90, toutefois, les efforts des organisations de femmes, des spécialistes et de certains gouvernements engagés ont abouti à une profonde transformation de l'opinion publique face à ce problème. La violence à l'égard des femmes est désormais largement reconnue comme un problème de santé publique et de droits fondamentaux sérieux qui concerne tous les secteurs de la société (1).

Des recherches internationales ont montré que la violence à l'égard des femmes est beaucoup plus grave et beaucoup plus répandue qu'on ne le soupçonnait. Une revue des études effectuées dans 35 pays avant 1999 a montré qu'entre 10 et 52 % des femmes déclaraient avoir été physiquement maltraitées par un partenaire intime à un moment ou à un autre de leur vie et de 10 à 30 % avoir été victimes de violences sexuelles de la part d'un partenaire intime. Entre 10 et 27 % des femmes et des jeunes filles faisaient état d'abus sexuels, que ce soit pendant l'enfance ou à l'âge adulte (2, 3). On manquait toutefois de données concernant les pays en développement.

En outre, à mesure que le volume des données augmentait, il est apparu clairement que les niveaux, les modalités et les conséquences de la violence variaient considérablement selon le contexte, aussi bien entre pays qu'à l'intérieur d'un même pays. Cela soulevait de nombreuses questions, non seulement concernant les facteurs qui expliquaient ces différences mais aussi concernant les méthodes utilisées pour étudier la violence dans les différents pays. Les nombreuses divergences dans la façon dont la violence était définie et mesurée dans différentes études rendaient difficiles les comparaisons significatives entre études et les estimations fiables dans différents contextes (3). Si les recherches ont porté sur la prévalence de la violence, une attention accrue a été portée à ses conséquences sur la santé, la plupart des données provenant d'études effectuées en Amérique du Nord (4-6).

En 1995, la Quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes a désigné la violence à l'égard des femmes comme l'une des préoccupations les plus critiques et comme un domaine où des mesures devaient être prises. Le chapitre pertinent de son programme d'action (7) stipule que :

« *Faute de données statistiques fiables, ventilées par sexe, sur l'incidence de la violence, il est difficile d'élaborer des programmes et de suivre l'évolution de la situation* » (paragraphe 120).

Il recommande par ailleurs de « *stimuler la recherche, recueillir des données et compiler des statistiques relatives aux différentes formes de violence à l'égard des femmes, en particulier à la violence au sein de la famille, et encourager les recherches sur les causes, la nature, la gravité et les conséquences de la violence à l'égard des femmes* » (paragraphe 129a).

En 1996, l'OMS a convoqué une consultation d'experts sur la violence à l'égard des femmes, rassemblant des chercheurs, des dispensateurs de soins de santé et des défenseurs de la santé des femmes de plusieurs pays. Les participants ont recommandé que l'OMS soutienne des recherches internationales pour étudier les dimensions, les conséquences en santé et les facteurs de risque de la violence à l'égard des femmes. En 1997, l'OMS a lancé l'étude multipays sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes (ci-après dénommée l'étude de l'OMS).

Objectifs

L'étude de l'OMS avait pour but de combler certaines des principales lacunes des travaux de recherche internationaux sur la violence dirigée contre les femmes. Plus précisément, elle avait pour objectifs :

- 1 d'estimer la prévalence de la violence physique, sexuelle et psychologique contre les femmes, l'accent étant mis en particulier sur la violence exercée par des partenaires masculins intimes ;**
- 2 d'évaluer la mesure dans laquelle la violence exercée par un partenaire intime est associée à divers effets sur la santé ;**
- 3 de recenser les facteurs susceptibles soit de protéger les femmes soit de les exposer à la violence du partenaire ;**
- 4 d'étudier et de comparer les stratégies et les services auxquels les femmes ont recours pour faire face à la violence d'un partenaire intime.**

Ce premier rapport sur les résultats de l'étude OMS présente les premières conclusions concernant les objectifs 1, 2 et 4 : prévalence, effets sanitaires et stratégies d'adaptation. L'analyse des facteurs de risque et de protection fera l'objet d'un rapport ultérieur.

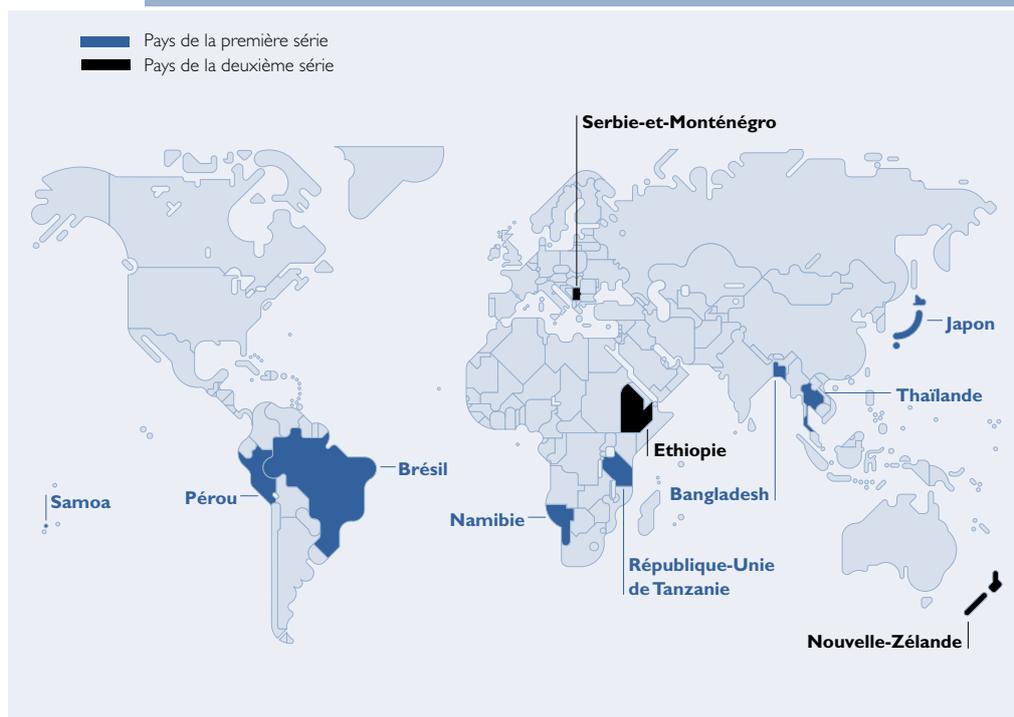
L'étude OMS visait également à élaborer de nouveaux moyens de mesurer la violence selon les différentes cultures et de développer les capacités nationales et la collaboration entre chercheurs et organisations de femmes travaillant sur la violence. Elle avait également un but de sensibilisation auprès des chercheurs, des responsables politiques et des dispensateurs de soins. La participation des défenseurs de la santé des femmes au processus de recherche a été déterminante pour garantir que les normes de sécurité soient respectées, que les femmes interrogées bénéficient de services de suivi si elles en avaient besoin et faire en sorte que les résultats d'étude soient utilisés pour sensibiliser et promouvoir des changements dans les politiques. Dans les pays participants, l'étude a aidé à constituer un réseau de personnes déterminées à lutter contre la violence à l'égard des femmes.

L'étude de l'OMS devait à l'origine porter aussi sur les hommes, mais cela n'a pas été possible (voir Encadré 1.1).

Encadré 1.1 L'étude et les hommes

L'étude OMS devait à l'origine porter aussi bien sur les hommes que sur les femmes. Cela aurait permis les comparaisons entre le point de vue des femmes et des hommes sur la violence et permis également d'étudier la mesure dans laquelle les hommes étaient eux-mêmes physiquement ou sexuellement victimes d'abus de la part de leurs partenaires. Mais l'on s'est aperçu que le fait d'interroger les hommes et les femmes d'un même ménage risquait d'exposer les femmes à de nouvelles violences. L'alternative – réaliser le nombre équivalent d'entretiens dans d'autres ménages en ayant recours à une équipe distincte d'enquêteurs masculins – était trop coûteuse compte tenu des ressources financières de l'étude. L'expérience des hommes en matière de violence exercée par un partenaire est néanmoins une question importante, qui mérite d'être étudiée à l'avenir. Il est également important de comprendre quels sont les croyances et les comportements des auteurs d'actes de violence à l'égard des femmes.

Figure 1 Pays participant à l'étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes



Organisation

L'étude était coordonnée par l'OMS avec une équipe centrale de recherche d'experts internationaux de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, du Program for Appropriate Technology in Health et de l'OMS. L'OMS a également constitué un comité d'orientation composé de chercheurs et de spécialistes de différentes régions du monde chargés d'exercer une surveillance technique et scientifique.

A l'intérieur de chaque pays participant, une équipe de recherche collective a été établie aux fins de l'étude de l'OMS. Cette équipe était généralement constituée de représentants d'organismes de recherche ayant l'habitude du travail d'enquête, et d'une organisation de femmes dispensant des services aux victimes de la violence. Chaque équipe de recherche de pays a également constitué un comité consultatif chargé d'appuyer l'étude et d'assurer la diffusion des résultats. Pour garantir la comparabilité entre pays et faire en sorte que les mêmes questions et les mêmes concepts soient étudiés et analysés de la même façon dans chaque pays, les membres de l'équipe centrale de recherche se sont rendus dans chaque pays à des moments clés, par exemple au cours de la formation des enquêteurs ou de l'essai pilote.

Choix des pays et des situations

Les pays participants ont été choisis selon des critères précis, y compris la présence d'associations locales anti-violence capables d'utiliser les données

à des fins de sensibilisation et de réforme des politiques, l'absence de données existantes et un environnement politique réceptif au problème.

Dans chaque pays, l'étude a consisté en une enquête transversale en population dans les ménages conduite dans un ou deux cadres. Dans la moitié des pays (Bangladesh, Brésil, Pérou, République-Unie de Tanzanie et Thaïlande), les enquêtes ont été conduites dans a) la capitale ou une grande ville et b) une province ou région, où étaient représentées à la fois des populations rurales et urbaines (voir aussi Encadré 1.2). Un seul cadre rural a été utilisé en Ethiopie et une seule grande ville au Japon, en Namibie et en Serbie-et-Monténégro. Au Samoa, c'est l'ensemble du pays qui a constitué le cadre de l'enquête. La Figure 1 indique les pays participant à l'étude OMS.

Définitions et outils de mesure

L'un des principaux problèmes rencontrés dans les recherches internationales sur la violence à l'égard des femmes est celui de la définition des différents types de violence, pour permettre les comparaisons significatives entre les différents cadres. Etant donné que les conceptions de la violence divergent selon les individus et les communautés, l'étude a utilisé des définitions classiques de la violence.² Les résultats ont donc plus de chances de sous-estimer que de surestimer la prévalence réelle de la violence.

Le questionnaire utilisé pour l'étude a été élaboré à l'issue d'un long processus de

² Les définitions opérationnelles des différentes formes de violence figurent au chapitre 2 du présent rapport.

“ J’ai appris beaucoup, depuis le début de la formation jusqu’à la fin de l’enquête ... Les personnes interrogées avaient besoin de cette expérience et étaient heureuses de pouvoir parler à quelqu’un. Ma vie professionnelle a changé depuis le début de la formation, car j’ai pu me rendre utile à mon pays. ”

Une enquêtrice namibienne

discussion et de consultation. Le premier projet de questionnaire principal a été mis au point par l’équipe centrale de recherche et a été passé en revue d’abord par le comité d’orientation et par d’autres experts, puis par les équipes de pays. Le questionnaire a ensuite été traduit et testé une première fois dans six pays (Bangladesh, Brésil, Namibie, République-Unie de Tanzanie, Samoa et Thaïlande), puis à nouveau dans le reste des pays participants.

L’utilisation d’une méthodologie unique pour tous les pays³ a considérablement réduit les difficultés qui avaient compromis les recherches antérieures, et en particulier la mesure dans laquelle des différences dans l’échantillonnage, les définitions ou les questions utilisées, etc. pouvaient expliquer des différences dans les résultats. Si les biais imputables à des facteurs culturels concernant la divulgation d’informations subsisteront toujours, la cohérence méthodologique de l’étude OMS a garanti que les variations constatées en matière de prévalence à l’intérieur des pays et entre eux représentent pour la plus grande partie des différences réelles.

Depuis le lancement de l’étude OMS, d’autres initiatives de recherche internationales ont également utilisé des enquêtes en population pour estimer la prévalence de la violence à l’égard des femmes selon les pays et les cultures.⁴ Ces études fournissent des comparaisons utiles avec l’étude OMS et, prises dans leur ensemble, commencent à donner une image plus complète de la violence dont sont victimes les femmes partout dans le monde.

Sélection et formation des enquêteurs

La bonne volonté des femmes à révéler des actes de violence est fonction, on le sait, de caractéristiques des enquêteurs comme le sexe, l’âge, la situation de famille, les comportements et les qualités relationnelles (8). L’étude OMS a eu recours à des enquêteurs et des superviseurs de sexe féminin choisis selon des critères comme la maturité affective, l’aptitude à s’entretenir

avec des personnes ayant des expériences différentes en faisant preuve d’objectivité et d’empathie, et l’aptitude à traiter des questions sensibles. Toutes ont été formées selon un programme standardisé de trois semaines conçu spécialement pour l’étude OMS (9).

Recommandations éthiques et de sécurité

L’étude OMS a mis au point un ensemble de recommandations éthiques intitulé *Priorité aux femmes : principes d’éthique et de sécurité recommandés pour les recherches sur les actes de violence familiale à l’égard des femmes (10)*. Ces principes ont été respectés dans tous les pays. L’étude a été autorisée par le groupe d’examen éthique de l’OMS, par le comité d’éthique de chacune des institutions locales, dans les pays où cette autorisation était nécessaire, par les comités d’examen nationaux et les ministères de la santé. Dans tous les pays, l’impression dominante a été que les femmes n’étaient pas seulement disposées à parler de leur expérience de la violence, mais qu’elles étaient souvent profondément reconnaissantes d’avoir eu la possibilité de raconter leur histoire à une personne qui ne les jugeait pas et manifestait au contraire de l’empathie pour elles (9).

Diffusion et suivi au niveau national

Dans chaque pays, les résultats nationaux ont servi à l’élaboration d’un rapport de pays. Ces rapports de pays ont été diffusés aux niveaux local et national en coordination avec les équipes de recherche de pays, les groupes consultatifs, les bureaux de l’OMS dans les pays et les ministères compétents. Les résultats sont utilisés dans le cadre des efforts de sensibilisation et pour l’élaboration de politiques, de lois et de programmes.

Analyse ultérieure

Le rapport présente un récapitulatif des premiers résultats de l’étude OMS et ne reflète donc qu’une petite partie de l’analyse générale qui peut en être et en sera faite. La base de données offre la possibilité de traiter d’autres questions importantes

³ Au Japon, des modifications importantes ont été apportées à la méthodologie.

⁴ Parmi celles-ci les enquêtes mondiales sur la violence dans l’environnement familial (WorldSafe) et l’enquête internationale sur la violence à l’égard des femmes (IVAWS). En outre, les enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) et les enquêtes internationales sur la santé génésique soutenues par les CDC (IRHS) contiennent de plus en plus des questions concernant la violence à l’égard des femmes dans le cadre d’enquêtes plus larges dans les ménages portant sur différents problèmes de santé.

“ Dans un sens cela m’a fait du bien, car c’est quelque chose que je n’avais jamais dit à personne. Maintenant j’en ai parlé. ”

Une femme interrogée au Brésil

de santé publique. Ont par exemple été étudiés certains facteurs susceptibles d'exposer les femmes au risque de violence, ou inversement de les protéger. L'étude a également porté sur les conséquences plus larges de la violence exercée à l'égard d'une femme par un partenaire. Il s'agit de la façon dont la violence se répercute sur l'aptitude de l'individu à s'occuper de sa famille, à garder un emploi, à conserver son revenu, à rester en contact avec ses proches et à participer activement à des groupes ou associations. L'étude a également exploré l'éventail des conséquences pour les enfants et la mesure dans laquelle ceux-ci ont assisté aux violences physiques dont a été victime leur mère. Entre autres questions, il a été demandé aux femmes quel avait été le poids à la naissance de leur dernier enfant né vivant au cours des cinq dernières années, quelle était l'assiduité scolaire de leurs enfants, quels étaient leurs problèmes comportementaux et s'il était arrivé qu'un de leurs enfants fasse une fugue.

Une analyse plus approfondie de cette question et d'autres sujets de recherche sera effectuée dans des rapports ultérieurs et des articles qui seront publiés dans des revues dotées d'un comité de lecture.

Encadré 1.2 Note concernant la terminologie

Certaines conventions concernant la terminologie ont été adoptées dans ce rapport succinct afin de limiter les redondances et de rendre le texte plus facile à lire. La principale a consisté à autoriser la description des personnes interrogées comme « ayant été confrontées à la violence » ou « ayant recherché de l'aide », alors qu'en réalité les données reposent sur une déclaration par le sujet lui-même plutôt que sur l'observation. Deuxièmement, le terme « mauvais traitement » est souvent utilisé comme synonyme de violence ; c'est pourquoi l'on entend par l'expression « ayant déjà été maltraitée » avoir déjà été confrontée à la violence (ou, si l'on tient compte de l'argument précédent, ayant déclaré avoir déjà été confrontée à la violence). Troisièmement, dans les pays où les recherches ont été menées dans deux cadres différents, on entend par « zone urbaine » la capitale ou autre grande ville et par « province » le deuxième cadre, qui peut être ou bien rural ou bien à la fois rural et urbain. Enfin, lorsque les deux milieux choisis dans un pays ont produit des résultats analogues, on peut utiliser uniquement le nom du pays ; par exemple, si l'on écrit : « la taille de la famille était plus importante au Bangladesh et dans la province du Pérou », cela veut dire que la taille de la famille était plus importante dans les deux cadres choisis au Bangladesh mais, au Pérou, uniquement dans la province. Dans les figures, les termes « ville » et « province » sont utilisés.

L'étude de l'OMS était principalement consacrée à la violence exercée contre les femmes par un partenaire intime de sexe masculin. Cela recouvrait la violence physique et sexuelle, la maltraitance psychologique et les comportements autoritaires de partenaires ou d'ex-partenaires, et recouvrait à la fois la situation actuelle des femmes interrogées et leur expérience passée. Ce rapport se concentre principalement sur les comptes rendus de violences physiques et sexuelles, et vise en particulier à évaluer l'association entre celles-ci et des conséquences pour la santé, en raison de la difficulté que présente la mesure de la maltraitance psychologique de façon cohérente selon les différentes cultures.

Les résultats indiquent que la violence exercée par un partenaire intime de sexe masculin (également appelée « violence domestique ») est largement répandue dans tous les pays couverts par l'étude. Toutefois, on observe des variations importantes d'un pays à l'autre et d'un cadre à l'autre à l'intérieur du même pays. Si l'on observe des variations selon l'âge, selon la situation de famille et selon le niveau d'instruction, les facteurs sociodémographiques n'expliquent pas les différences constatées entre les différents cadres. Les fortes variations dans les taux de prévalence indiquent que cette violence n'est pas inévitable.

La proportion de femmes ayant déjà eu un partenaire qui ont subi des violences physiques ou sexuelles, ou les deux à la fois, exercées par un partenaire intime au cours de leur vie allait de 15 à 71 %, la plupart des sites entrant dans la fourchette 29-62 %. Les femmes japonaises étaient les moins susceptibles d'avoir déjà été confrontées à la violence physique ou sexuelle, ou les deux à la fois, exercée par un partenaire intime, tandis que les femmes vivant dans les provinces (pour l'essentiel rurales) du Bangladesh, d'Éthiopie, du Pérou et de République-Unie de Tanzanie sont celles

qui déclaraient le plus haut niveau de violence. Mais même au Japon, près de 15 % des femmes ayant déjà eu un partenaire déclaraient avoir été confrontées à la violence physique ou sexuelle, ou les deux à la fois, à un moment donné de leur vie. Pour l'année écoulée, les chiffres de la violence exercée par un partenaire allaient de 4 % au Japon et en Serbie-et-Monténégro à 54 % en Éthiopie.

Comment a-t-on mesuré la violence physique et la violence sexuelle ?

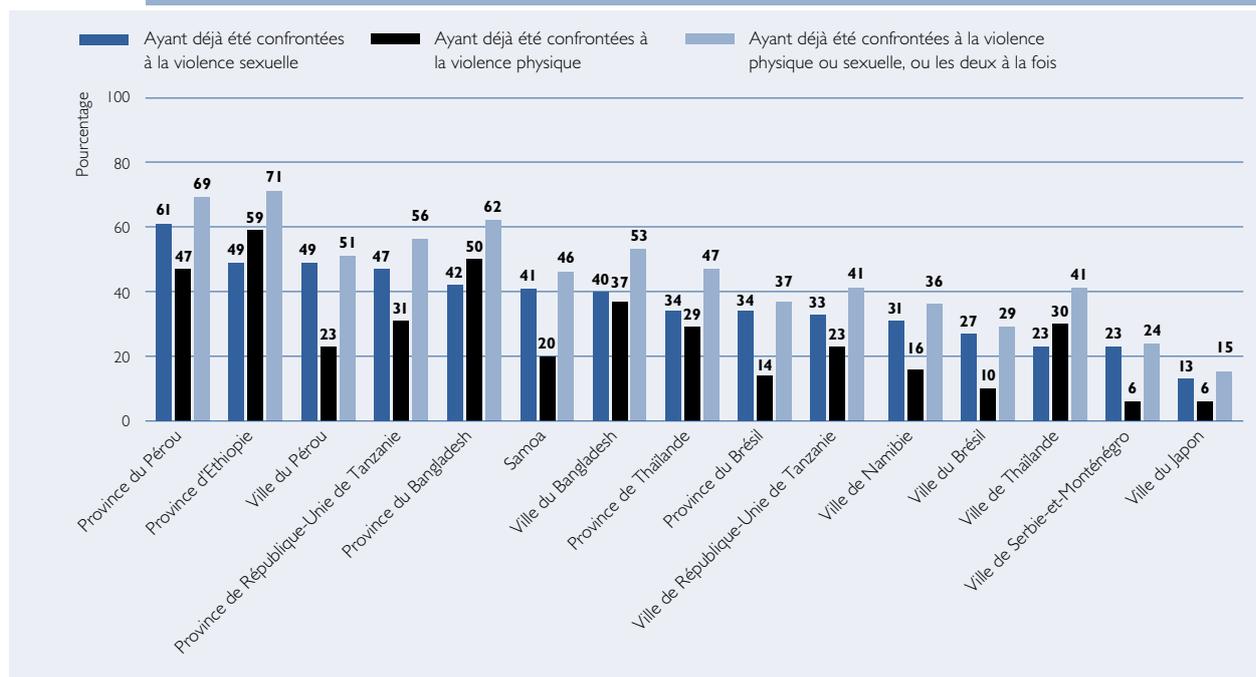
On a obtenu les estimations de la prévalence de la violence physique et sexuelle en posant des questions directes, énoncées clairement au sujet de l'expérience de la personne interrogée concernant des actes précis. En ce qui concerne la violence physique, on a demandé aux femmes si leur partenaire actuel ou un ancien partenaire les avait déjà :

- giflées ou leur avait lancé un objet susceptible de les blesser ;
- bousculées ou secouées ;
- frappées avec le poing ou un objet susceptible de les blesser ;
- leur avait donné des coups de pied, les avait traînées ou battues ;
- étranglées ou brûlées volontairement ;
- menacées d'un fusil, d'un couteau ou d'une autre arme ou avait utilisé cette arme contre elles.

La violence sexuelle a été définie par les trois comportements suivants :

- forcer physiquement une femme à avoir des rapports sexuels contre son gré ;
- pour une femme, avoir des rapports sexuels parce qu'elle a peur de ce que pourrait faire son partenaire ;
- pour une femme, être contrainte à une pratique sexuelle qu'elle juge dégradante ou humiliante.

Figure 2 Prévalence de la violence physique et de la violence sexuelle exercées par un partenaire intime au cours de la vie, chez les femmes ayant déjà eu un partenaire, par site



Des informations ont également été recueillies sur la fréquence et le moment où s'exerce la violence, pour permettre l'analyse de la mesure dans laquelle les différentes formes de violence s'étaient produites au cours des 12 mois précédant l'entretien par rapport à l'expérience antérieure de la femme. En recoupant ces informations et des renseignements concernant les dates de la relation, il est possible d'évaluer la mesure dans laquelle différentes formes de violence ont eu lieu pendant le mariage ou la cohabitation, ou après la séparation. Cela peut aussi éclairer la façon dont le risque de violence a pu évoluer sur la durée de la relation.

Violence physique et violence sexuelle

Fortes variations de la prévalence

Les fortes variations de la prévalence entre les différents cadres étudiés sont illustrées à la Figure 2, qui indique le pourcentage de femmes ayant déjà eu un partenaire dans chaque situation qui ont à un moment ou à un autre (c'est-à-dire au cours de leur vie) été confrontées à la violence physique ou sexuelle d'un partenaire masculin. La proportion de femmes ayant déjà subi la violence physique d'un partenaire masculin allait de 13 % au Japon à 61 % dans la province du Pérou. Le Japon avait également le taux le plus bas de violence sexuelle avec 6 %, le taux le plus élevé, 59 %, revenant à l'Éthiopie.

Si la violence sexuelle est considérablement moins fréquente que la violence physique, tous

contextes confondus, elle était plus fréquente dans la province du Bangladesh, en Éthiopie et dans la zone urbaine de Thaïlande. Dans les pays où aussi bien des milieux urbains que provinciaux ont été étudiés, les niveaux généraux de violence du partenaire étaient généralement plus élevés dans les provinces, à population plus rurale, que dans les sites urbains.

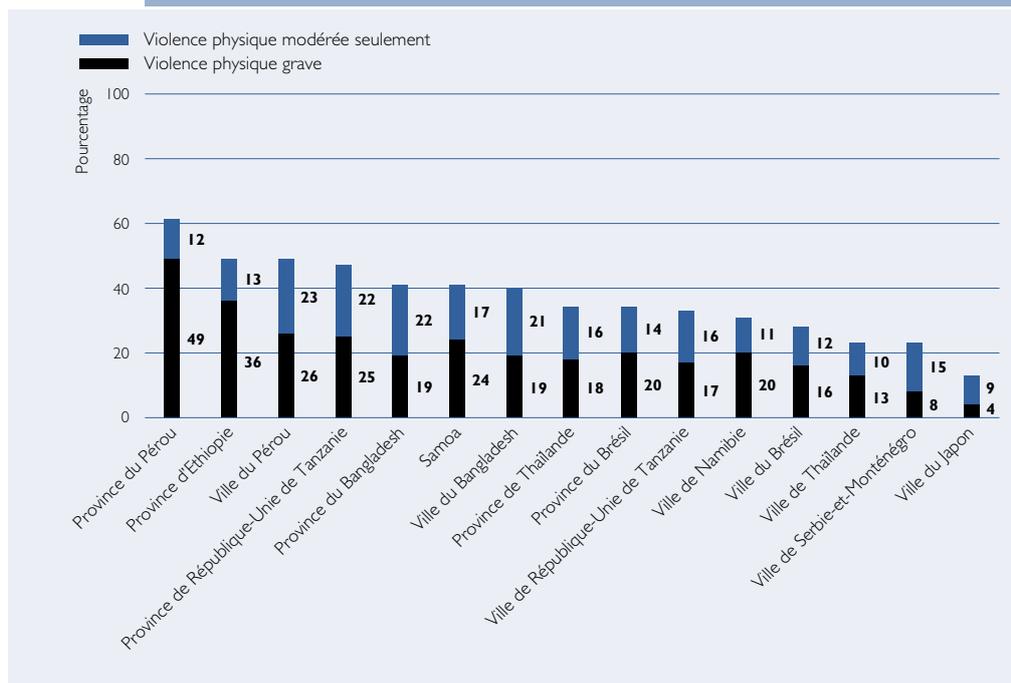
Actes de violence physique, gravité et fréquence

L'acte de violence le plus fréquent subi par la femme était d'avoir été giflée par son partenaire, avec des pourcentages allant de 9 % au Japon à 52 % dans la province du Pérou. Le deuxième acte de violence était d'avoir été frappée à coups de poing, le Japon et la province du Pérou représentant à nouveau les deux extrêmes (2 % à 42 % respectivement). Dans la plupart des sites, 11 % à 21 % des femmes déclaraient avoir reçu des coups de poing d'un partenaire.

“ Il me battait de plus en plus : au début, je n'étais battue qu'à la maison. Petit à petit, il ne faisait plus attention, il me giflait devant d'autres personnes et continuait à me menacer... Chaque fois qu'il me battait, c'était comme s'il essayait de tester mon endurance, de voir ce que je pouvais supporter. ”

Une universitaire thaïlandaise de 27 ans

Figure 3 Prévalence de la violence physique exercée par un partenaire intime selon la gravité, chez les femmes ayant déjà eu un partenaire, par site



La gravité d'un acte de violence physique a été évaluée selon la probabilité de blessures physiques qu'il pouvait entraîner. Les faits de gifler, de bousculer ou de secouer ont été définis comme des actes de violence physique *modérés*. Les faits de frapper à coups de poing, de donner des coups de pied, de traîner, de menacer d'une arme, ou d'utiliser une arme contre une femme ont été définis comme des actes de violence physique *graves*.¹ Selon cette définition, le pourcentage de femmes ayant eu un partenaire et ayant été confrontées à une violence physique grave allait de 4 % des femmes au Japon à 49 % des femmes dans la province du Pérou, la plupart des pays entrant dans la fourchette 13 à 26 %. Comme le montre également la Figure 3, si des femmes ont déjà été confrontées à la violence exercée par un partenaire, il est fort probable qu'à un moment ou à un autre se produise un acte de violence grave. Seuls trois pays – le Bangladesh, le Japon et la Serbie-et-Monténégro – avaient une plus forte proportion de femmes ayant été confrontées uniquement à des actes de violence modérés que de femmes ayant subi des actes de violence graves.

En général, les femmes étaient plus nombreuses à déclarer des actes de violence graves survenus plus d'un an auparavant qu'au cours des 12 derniers mois, à l'exception de la zone urbaine du Bangladesh, de l'Éthiopie, de la Namibie et du Samoa, où davantage de femmes signalaient des violences graves au cours des 12 mois écoulés. Il est possible que cela traduise l'absence de mesures de soutien dans ces

différents contextes, limitant la possibilité pour les femmes victimes d'échapper à la relation, même si elles sont exposées à des violences physiques graves.

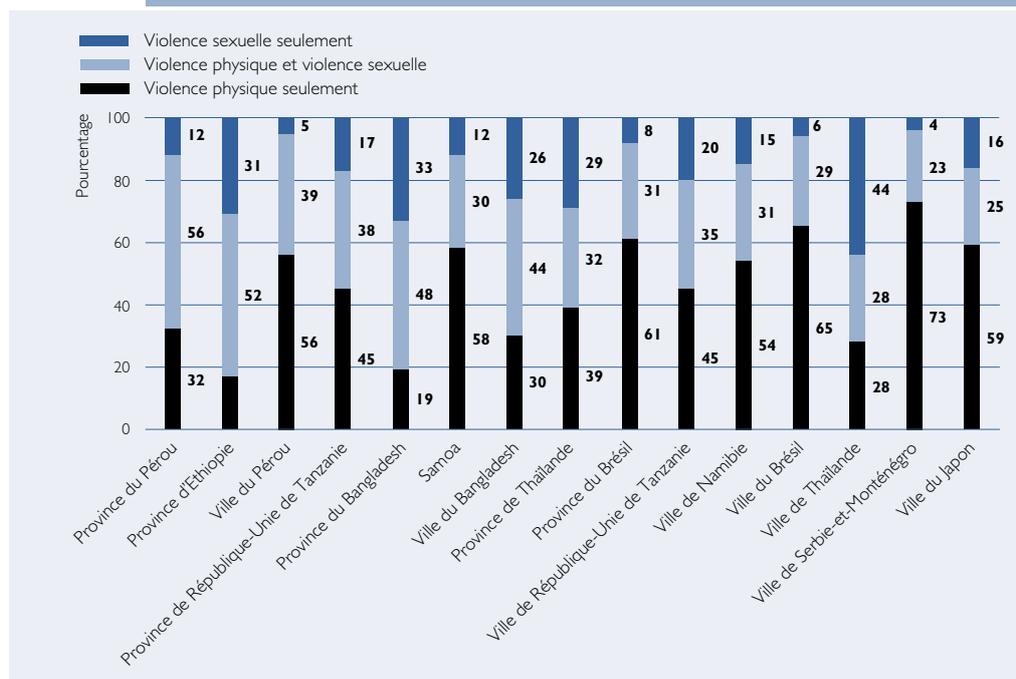
Loin d'être des événements isolés, la plupart des actes de violence physique perpétrés par un partenaire intime dénotent un schéma de maltraitance prolongée. La grande majorité des femmes qui ont été confrontées à un moment ou à un autre à des violences physiques exercées par un partenaire ont subi des actes de violence plus d'une fois, et parfois fréquemment. À l'exception des types les plus graves de violence physique – étranglement, brûlure et menace ou utilisation effective d'une arme – dans chaque site, plus de la moitié des femmes qui avaient été confrontées à un acte de violence au cours des 12 mois écoulés l'avaient subi plus d'une fois.

Violence sexuelle

Dans l'ensemble, le pourcentage de femmes qui faisaient état d'abus sexuels de la part d'un partenaire allait de 6 % au Japon et en Serbie-et-Monténégro à 59 % en Éthiopie, la majorité des cadres étudiés entrant dans la fourchette 10 %-50 %. La proportion des femmes contraintes physiquement à des rapports sexuels allait de 4 % en Serbie-et-Monténégro à 46 % dans la province du Bangladesh et en Éthiopie. Près d'un tiers des femmes éthiopiennes déclaraient avoir été contraintes physiquement par un partenaire à avoir des rapports sexuels contre leur volonté au cours des 12 mois écoulés. Ce taux élevé

¹ Le classement de ces actes selon leur gravité est contestable. Il est évident que, dans certaines circonstances, le fait de bousculer peut entraîner une blessure grave même si cet acte est classé dans les actes de violence « modérés ». Pour l'essentiel cependant, ce classement concorde avec les autres mesures de la gravité, telles que les blessures.

Figure 4 Répartition par fréquence des types de violence exercée par un partenaire intime, parmi les femmes ayant déjà été maltraitées, par site



de rapports sexuels forcés est particulièrement inquiétant compte tenu de l'épidémie de SIDA et de la difficulté que rencontrent de nombreuses femmes à se protéger contre l'infection à VIH.

Dans la plupart des cadres étudiés, près de la moitié des cas de violence sexuelle étaient le résultat de la contrainte physique plutôt que de la peur. En Éthiopie et en Thaïlande toutefois, une plus forte proportion de femmes ont déclaré avoir des rapports sexuels parce qu'elles craignaient un acte de leur partenaire. Dans tous les contextes étudiés, certaines femmes ont déclaré avoir été forcées par leurs partenaires à des comportements sexuels qu'elles jugeaient dégradants ou humiliants. Moins de 2 % des femmes en Éthiopie, au Japon, en Serbie-et-Monténégro et dans la zone urbaine de République-Unie de Tanzanie le déclaraient, contre plus de 11 % des femmes dans la province du Pérou.

Conjonction de violence physique et de violence sexuelle

L'étude de l'OMS constitue l'un des premiers examens transculturels des modalités de la violence exercée par le partenaire. Comme illustré à la Figure 4, le schéma le plus courant est que les femmes sont confrontées à la violence physique seule, ou à la fois à la violence physique et sexuelle. Dans la plupart des sites, de 30 % à 56 % des femmes confrontées à un acte *quelconque* de violence de la part de leur partenaire intime signalaient à la fois des violences physiques et sexuelles. La conjonction de la violence physique

et de la violence sexuelle n'était inférieure à 30 % que dans les zones urbaines du Brésil et de Thaïlande, au Japon et en Serbie-et-Monténégro.

Mais on ne retrouve pas ce schéma dans tous les cadres. Aussi bien dans la zone urbaine que dans la province thaïlandaise, ainsi que dans la province du Bangladesh et en Éthiopie, une proportion non négligeable de femmes avait été confrontée uniquement à la violence sexuelle.

Facteurs qui protègent les femmes ou les exposent au risque de violence

L'un des buts principaux de l'étude OMS était d'analyser les facteurs personnels, familiaux et sociaux susceptibles de protéger une femme de la violence ou au contraire de l'exposer à un plus grand risque. Adoptant une approche « écologique », les enquêteurs ont couvert divers facteurs à différents niveaux et dans différents contextes de la vie d'une femme (2, 11, 12) :

- Parmi les facteurs *individuels* figuraient le niveau d'instruction de la femme, son autonomie financière, le fait qu'elle ait déjà été victime auparavant de violences, le niveau d'autonomie et de soutien social et les antécédents éventuels de violence dans la famille où la femme avait été élevée.
- Parmi les facteurs liés au *partenaire* figuraient le niveau de communication entre le partenaire masculin et la femme, la consommation d'alcool et de drogue, la situation professionnelle, le fait que le partenaire ait assisté à des actes de

“ Un jour il est rentré à la maison très tard. Je lui ai demandé : « Il est très tard ... où étais-tu ? ». Il a répondu : « Je suis allé dans le quartier chaud. Est-ce que ça te pose un problème ? ». J'ai commencé à me fâcher et il m'a aussitôt frappée à l'œil droit. J'ai crié et il m'a attrapée par les cheveux et m'a traînée d'une pièce à l'autre tout en me donnant des coups de pied et des coups de poing. Il ne s'est pas calmé pour autant ... Il a défait sa ceinture et m'a frappée tant qu'il a pu. Seules les femmes qui ont été frappées avec une ceinture savent ce que c'est. ”

Une universitaire mariée à un médecin, Bangladesh

violence entre ses parents étant enfant et le fait qu'il ait été physiquement agressif à l'égard d'autres hommes.

- Parmi les facteurs liés au *contexte social immédiat* figuraient le degré d'inégalité économique entre hommes et femmes, le niveau de mobilité et d'autonomie des femmes, les attitudes à l'égard des rôles des deux sexes et de la violence contre les femmes, la mesure dans laquelle la famille élargie, les voisins et les amis intervenaient dans les incidents de violence domestique, les niveaux d'agression et de criminalité entre hommes, et dans une certaine mesure le capital social.

Une analyse ultérieure montrera si et comment l'interaction de ces facteurs peut accroître ou réduire le risque pour la femme de subir des violences de la part de son partenaire. L'analyse descriptive actuelle ne porte que sur la façon dont les facteurs sociodémographiques (âge, situation de famille et instruction) se répercutent sur la prévalence de la violence déclarée.

Age

Les femmes plus jeunes, en particulier les femmes âgées de 15 à 19 ans, avaient été exposées à un risque plus élevé de violence physique ou sexuelle, ou les deux à la fois, au cours des 12 derniers mois de la part d'un partenaire dans tous les contextes, à l'exception du Japon et de l'Éthiopie. Par exemple, dans la zone urbaine du Bangladesh, 48 % des femmes de 15 à 19 ans déclaraient des violences physiques ou sexuelles, ou les deux à la fois, exercées par le partenaire au cours des 12 derniers mois, contre 10 % des femmes âgées de 45 à 49 ans. Dans la zone urbaine du Pérou, la différence était de 41 % chez les 15-19 ans contre 8 % chez les 45-49 ans. Cette tendance peut refléter en partie le fait que les hommes jeunes ont tendance à être plus violents que les plus âgés et que la violence a tendance à commencer très tôt dans de nombreuses relations. Dans certains contextes,

davantage de femmes plus jeunes peuvent vivre avec leur partenaire sans être mariées, ce qui, comme décrit ci-après, est associé à un niveau plus élevé de violence. Par ailleurs, dans certains cadres, les femmes plus âgées jouissent d'un statut social plus affirmé que les femmes jeunes et peuvent par là même être moins vulnérables.

Situation de famille

Dans tous les contextes étudiés sauf deux, les femmes séparées ou divorcées faisaient état d'une plus grande violence de la part du partenaire au cours de leur vie que les femmes toujours mariées (les exceptions étant la province du Bangladesh et l'Éthiopie, où la proportion de femmes divorcées ou séparées est relativement faible dans la population générale). Le taux de violence exercée par le partenaire était également supérieur parmi les femmes vivant en concubinage par rapport aux femmes mariées. Dans pratiquement la moitié des cas, la violence avait été plus prononcée au cours des 12 mois écoulés parmi les femmes séparées ou divorcées, ce qui implique dans certains cas que la violence peut persister même après la séparation.

Niveau d'études

L'étude OMS a constaté qu'un plus haut niveau d'études était associé à une violence moindre dans bien des situations. Dans certains cadres (dans la zone urbaine du Brésil, en Namibie, au Pérou, en République-Unie de Tanzanie et en Thaïlande), l'effet protecteur de l'éducation ne semble se manifester que si la femme a poursuivi ses études au-delà de la scolarité secondaire. Des recherches antérieures montrent que le niveau d'études des femmes a un effet protecteur même si l'on tient compte du revenu et de l'âge (13, 14). Il se peut que des femmes plus instruites aient une gamme de choix plus étendue de partenaires et soient plus à même de choisir de se marier ou pas, de même qu'elles sont capables de négocier une plus grande autonomie et d'exercer un contrôle des ressources à l'intérieur du mariage.

Actes de maltraitance psychologique

Les recherches qualitatives montrent régulièrement que les femmes considèrent souvent les actes de violence psychologique comme plus dévastateurs que la violence physique. Les actes précis de violence psychologique commis par un partenaire recensés dans l'étude de l'OMS étaient les suivants :

- insulter ou culpabiliser ;
- humilier ou rabaisser devant d'autres personnes ;
- intimider ou faire peur volontairement (par exemple en criant ou cassant des objets) ;
- menacer (directement, ou indirectement en menaçant de faire du mal à un proche de la personne interrogée).

Dans l'ensemble des pays, de 20 à 75 % des femmes avaient été confrontées à un ou plusieurs de ces actes, la plupart au cours des 12 mois écoulés. Les plus fréquemment cités étaient les insultes, le mépris et l'intimidation. Les menaces étaient moins fréquentes, même si presque une femme sur quatre dans les provinces du Brésil et du Pérou déclarait avoir été menacée. Parmi les femmes faisant état de chaque type d'acte, les deux tiers ou plus avaient subi le comportement plus d'une fois.

En raison de la complexité que supposent la définition et la mesure des violences psychologiques de façon pertinente et significative dans toutes les cultures, les résultats de l'étude OMS sur la violence psychologique et le comportement dominateur doivent être considérés comme un point de départ et non comme une mesure exhaustive de toutes les formes de violence psychologique. Une analyse ultérieure permettra cependant d'étudier le lien entre violence psychologique (seule ou ajoutée à la violence physique ou sexuelle exercée par le partenaire) et répercussions sur la santé.

Comportement dominateur

Les hommes qui maltraitent physiquement leur partenaire sont généralement plus nombreux à avoir un comportement dominateur que les hommes qui ne le font pas (3, 15). L'étude OMS a défini le comportement dominateur d'un partenaire vis-à-vis d'une femme de la façon suivante :

- l'empêcher de voir ses amis ;
- limiter les contacts avec sa famille ;
- insister pour savoir où elle est à tout moment ;

“ La maltraitance psychologique est pire. Vous pouvez devenir folle si vous êtes constamment humiliée, si l'on vous répète que vous ne valez rien, que vous n'êtes rien. ”

Une femme interrogée en Serbie-et-Monténégro

- l'ignorer ou la traiter avec indifférence ;
- se mettre en colère si elle adresse la parole à d'autres hommes ;
- l'accuser fréquemment de lui être infidèle ;
- contrôler son accès aux soins de santé.

La proportion de femmes faisant état d'un ou plusieurs de ces comportements allait de 21 % au Japon à presque 90 % dans la zone urbaine de République-Unie de Tanzanie. Cela laisse supposer des variations importantes dans la manière dont ce comportement est jugé acceptable (normatif) dans différentes cultures.

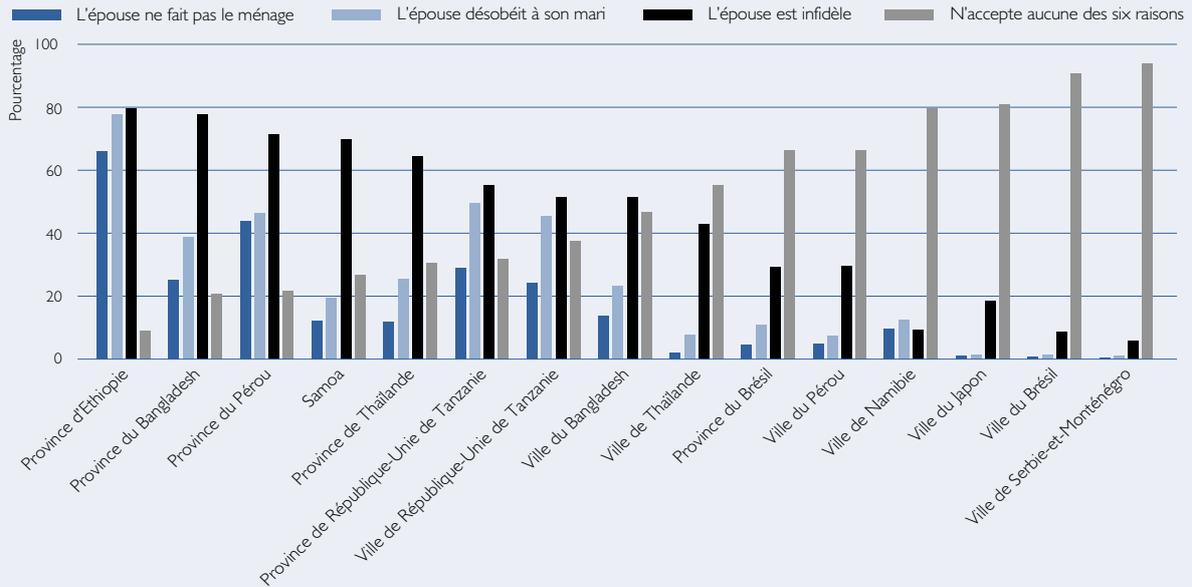
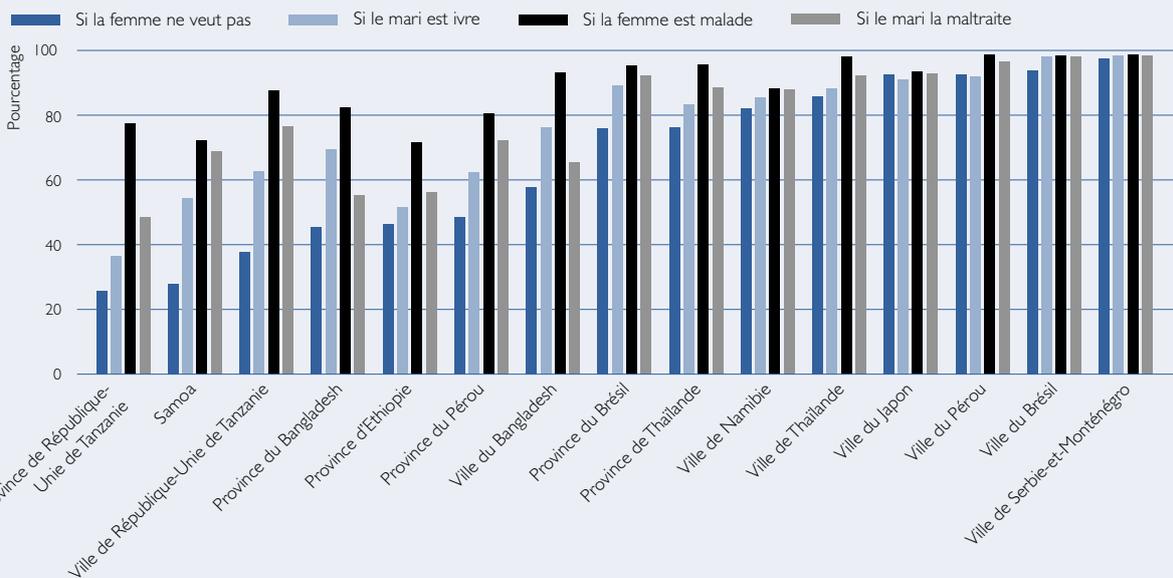
Les données de l'étude OMS montrent que, dans tous les sites, l'expérience de la violence physique ou sexuelle, ou les deux à la fois, est souvent accompagnée d'un comportement plus dominateur de la part du partenaire intime.

Attitudes des femmes à l'égard de la violence

Outre l'expérience qu'ont eue les femmes des actes de violence, l'étude OMS portait sur deux aspects importants de l'attitude des femmes à l'égard de la violence exercée par un partenaire :

- les circonstances dans lesquelles les femmes estiment qu'un homme est en droit de battre sa femme (ce qui est sans doute l'expression la plus courante de la violence physique d'un partenaire masculin) ; et
- si les femmes estiment qu'elles peuvent refuser d'avoir des rapports sexuels avec leur mari et quand.

On a d'abord présenté aux femmes six situations différentes et on leur a demandé pour chacune si elles pensaient ou non que cette raison particulière justifiait que l'on batte une femme. Les raisons les plus souvent indiquées étaient les suivantes : ne pas avoir fait correctement le ménage, refuser d'avoir des rapports sexuels, désobéir à son mari et lui être infidèle. Comme on peut le voir à la Figure 5, des variations importantes ont été observées en ce qui concerne la mesure dans laquelle les femmes acceptent les différentes raisons et pensent que la violence peut être justifiée. Les

Figure 5 Pourcentage de femmes acceptant certaines raisons de battre une femme, par site**Figure 6** Pourcentage de femmes estimant qu'une épouse a le droit de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari dans certains cas, par site

variations les plus marquées ont été observées entre les zones urbaines industrialisées et les zones rurales et traditionnelles.

Tandis que plus des trois quarts des femmes de milieu urbain au Brésil, au Japon, en Namibie et en Serbie-et-Monténégro ont déclaré qu'aucune raison ne justifiait la violence, elles étaient au maximum un quart à le penser dans la province du Bangladesh, en Ethiopie, au Pérou et au Samoa. Dans tous les cadres étudiés, la raison la plus largement acceptée comme justification pour la violence était l'infidélité féminine, mais la fourchette était très large : de 80 % en Ethiopie à 6 % en Serbie-et-Monténégro. Le fait de désobéir à son mari était la deuxième raison jugée la plus acceptable.

“ Mon mari me gifle, m'oblige à avoir des rapports sexuels contre ma volonté et je dois lui obéir. Avant d'être interrogée, je n'y avais pas vraiment réfléchi. Je pensais que c'était normal et que c'était la façon dont tous les maris se comportaient. ”

Une femme interrogée au Bangladesh

Dans pratiquement tous les cas et pour toutes les raisons, les femmes ayant subi des actes de violence étaient plus nombreuses que les autres à accepter le fait de battre une femme. Cela pourrait indiquer que les

femmes apprennent à « accepter » la violence lorsqu'elles en sont elles-mêmes victimes, ou que les femmes qui assistent à des actes de violence sont plus susceptibles d'entamer ou de maintenir des relations violentes. D'autres travaux analyseront dans l'avenir si les niveaux de violence communautaire sont plus élevés dans les contextes où la violence à l'égard des femmes est largement acceptée.

On a également demandé aux personnes interrogées si elles pensaient qu'une femme avait le droit de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari dans certaines situations, notamment si elle est malade, si elle ne veut pas avoir de rapports, si le mari a bu ou s'il la maltraite (Figure 6). Comme pour la violence physique, les femmes semblent faire des distinctions et juger les différentes raisons de refuser les rapports sexuels plus ou moins acceptables. Les femmes étaient

moins nombreuses à penser qu'elles pouvaient refuser les rapports sexuels si elles n'en avaient pas envie que si elles étaient malades ou si leur partenaire était ivre ou violent. Dans les provinces du Bangladesh, du Pérou et de République-Unie de Tanzanie ainsi qu'en Ethiopie et au Samoa, de 10 à 20 % des femmes pensaient qu'elles n'avaient le droit de refuser d'avoir des rapports sexuels dans aucune de ces situations.

“ Il a trouvé ce pistolet, j'ignore de qui ... Et il disait aux filles: «Je vais tuer votre mère ... Le soleil se lèvera et votre mère sera morte juste là...» Je dormais dans une chambre verrouillée avec un chien à l'intérieur. Mon chien. Pour qu'il ne me tue pas. ”

Une femme interrogée au Brésil

Outre la violence exercée par les partenaires, l'étude de l'OMS a également recueilli des données sur la violence physique et sexuelle exercée par des hommes et des femmes autres que le partenaire actuel ou l'ex-partenaire. Ce chapitre étudie :

- la violence physique et sexuelle subie de personnes autres que le partenaire depuis l'âge de 15 ans ;
- les abus sexuels sur des enfants de moins de 15 ans ;
- l'initiation sexuelle forcée.

Violence physique et sexuelle exercée par d'autres personnes que le partenaire depuis l'âge de 15 ans

Les comptes rendus d'expériences de la violence physique ou sexuelle, ou les deux à la fois, exercée par d'autres personnes que le partenaire à l'égard d'une femme après l'âge de 15 ans varient considérablement. La prévalence combinée de la violence physique et sexuelle exercée par une autre personne que le partenaire après l'âge de 15 ans allait de 5 % en Ethiopie à 65 % au Samoa. Des niveaux plus élevés ont été signalés dans les villes par rapport aux provinces dans tous les pays sauf le Pérou. Curieusement, malgré des niveaux élevés de violence exercée par le partenaire en Ethiopie, moins de 5 % des femmes y ont déclaré avoir été physiquement ou sexuellement maltraitées par une personne autre qu'un partenaire.

Violence physique subie depuis l'âge de 15 ans

Le niveau le plus élevé de violence physique exercée par une autre personne que le partenaire a été signalé de loin par le Samoa, avec 62 %, suivi par le Pérou (28 % dans les villes et 32 % dans les provinces). Même dans les contextes où les niveaux sont les plus faibles, l'Ethiopie et le Japon, le chiffre se situe aux alentours de 5 %. Dans la plupart des cadres étudiés, la violence est généralement infligée

par une seule personne, mais, dans la province du Bangladesh, en Namibie, au Pérou, en République-Unie de Tanzanie et au Samoa, plus d'un cinquième des personnes interrogées ayant été confrontées à la violence physique exercée par une personne autre que le partenaire déclaraient avoir été agressées par deux ou plusieurs personnes. Les personnes couramment accusées de violence physique après l'âge de 15 ans étaient les pères ou d'autres membres de la famille, hommes ou femmes, mais, dans certains pays (Bangladesh, Namibie, Samoa et République-Unie de Tanzanie), les enseignants étaient également souvent cités.

Violence sexuelle après l'âge de 15 ans

On a demandé aux personnes interrogées si, depuis l'âge de 15 ans, elles avaient été forcées par une personne autre que leur partenaire à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer un acte sexuel contre leur volonté. Les pourcentages les plus élevés – entre 10 et 12 % – ont été signalés au Pérou, au Samoa et dans la zone urbaine de République-Unie de Tanzanie, tandis que des pourcentages inférieurs à 1 % étaient relevés dans les provinces du Bangladesh et en Ethiopie. Les auteurs des actes de violence pouvaient être des étrangers, des fiancés ou un membre de la famille de sexe masculin (à l'exception du père) ou un ami de la famille.

Violence exercée par le partenaire ou une autre personne : comparaison

On croit souvent que les femmes sont plus exposées à des actes de violence perpétrés par des étrangers que par leur partenaire ou d'autres hommes qu'elles connaissent. Ces données montrent que c'est loin d'être le cas (Figure 7). Si de 4 % (Ethiopie) à 35 % (province du Pérou) des femmes déclarant avoir été agressées par une personne quelle qu'elle soit depuis l'âge de 15 ans l'ont été à la fois par un partenaire et une autre personne, en Ethiopie, presque tous les actes de violence sont le fait des partenaires,

tandis qu'au Samoa, les actes de violence commis par d'autres personnes contribuent pour la plus grande part à la violence dont sont victimes les femmes. Dans la majorité des cadres observés, plus de 75 % des femmes ayant subi des violences physiques ou sexuelles depuis l'âge de 15 ans ont fait état de mauvais traitements par un partenaire. Dans deux cadres seulement (zone urbaine du Brésil et Samoa), au moins 40 % des femmes n'avaient été maltraitées que par une personne autre que leur partenaire.

Abus sexuels avant l'âge de 15 ans

La question des abus sexuels précoces étant une question très sensible qu'il est difficile d'étudier lors d'une enquête, deux approches différentes ont été utilisées pour interroger les femmes à ce sujet. On leur a d'abord demandé directement si quelqu'un leur avait fait subir des attouchements sexuels ou les avait contraintes à une pratique sexuelle contre leur volonté avant l'âge de 15 ans. Dans tous les pays sauf le

Figure 7 Répartition en pourcentage de la violence physique ou sexuelle exercée par le partenaire ou une autre personne, ou les deux à la fois, parmi les femmes signalant de tels abus, depuis l'âge de 15 ans, par site

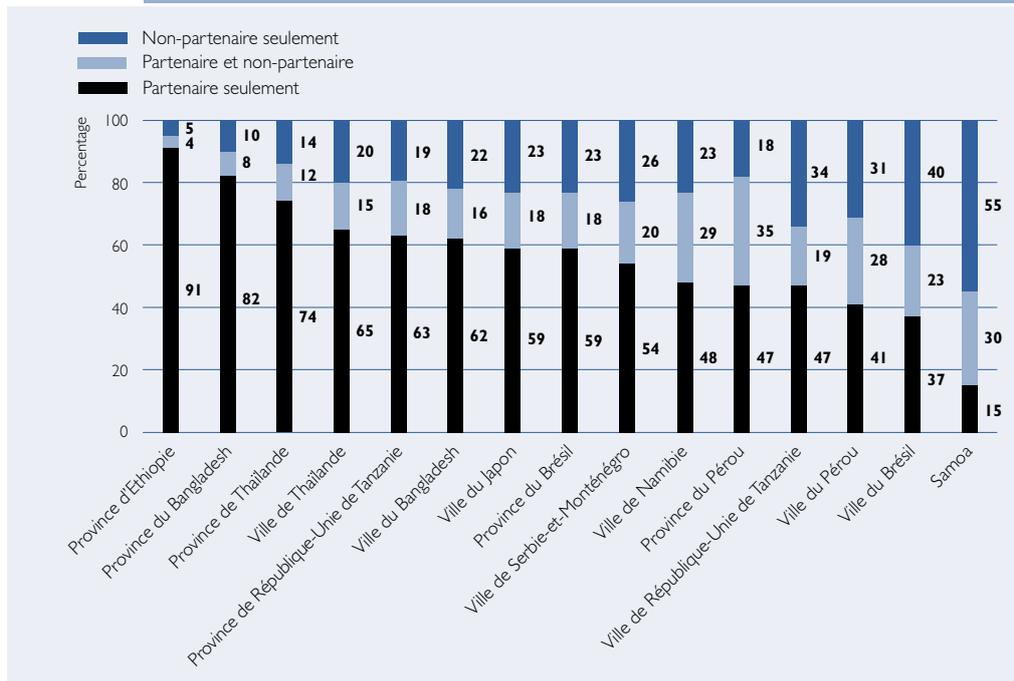
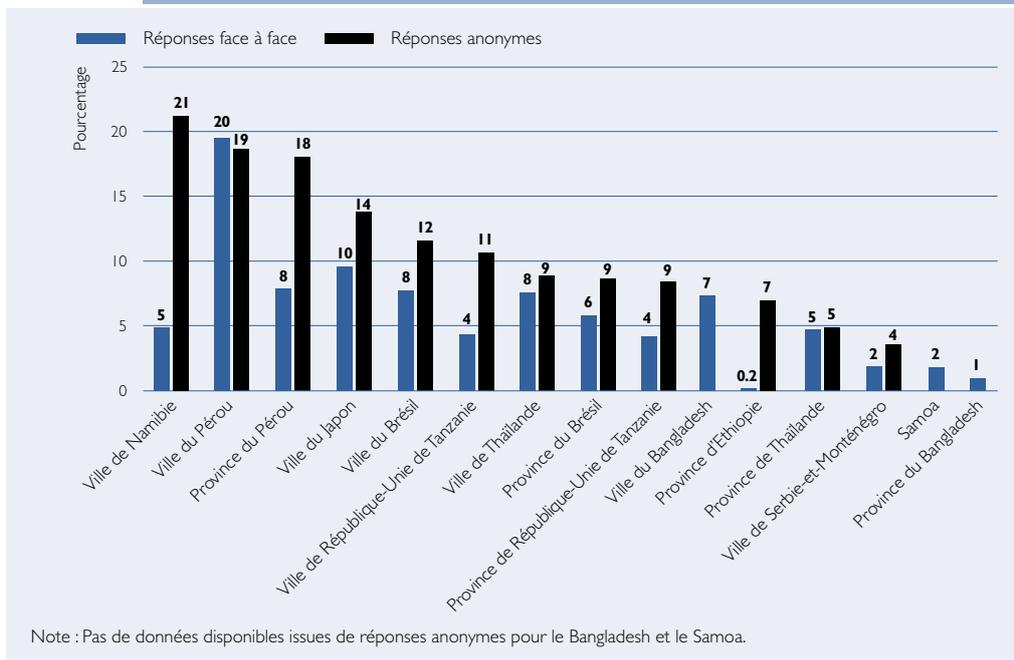


Figure 8 Abus sexuels avant l'âge de 15 ans : réponses directes contre réponses anonymes parmi toutes les femmes, par site



Bangladesh, la même question a été posée à nouveau à la fin de l'enquête, mais les femmes ont été invitées à indiquer leur réponse sur une fiche où figurait un pictogramme pour les réponses « oui » et « non » (le visage souriant ou triste d'une petite fille). Elles pliaient ensuite cette carte ou la plaçaient dans une enveloppe scellée, de sorte que l'enquêteuse ne voyait pas leur réponse.

Comme indiqué à la Figure 8, dans tous les contextes (sauf dans la zone urbaine du Pérou), les réponses anonymes ont donné lieu à davantage de comtes rendus d'abus sexuels avant l'âge de 15 ans. Par exemple, l'Éthiopie, qui avait le plus faible taux d'abus

sexuels déclarés directement avec moins de 1 %, voyait ce taux passer à 7 % dans les réponses anonymes. Des augmentations importantes entre les réponses directes et les réponses anonymes ont également été observées au Japon (10 et 14 %), en Namibie (5 et 21 %) et la zone urbaine de République-Unie de Tanzanie (4 et 11 %). Au Bangladesh, les femmes n'étaient pas prêtes à indiquer leur réponse sur un morceau de papier sans l'autorisation de leur mari, aussi seules les réponses directes ont-elles été enregistrées (7 % dans la ville et 1 % pour la province). Les responsables les plus souvent cités étaient des membres de la famille de sexe masculin autres que le père ou le beau-père.

Figure 9 Pourcentage de femmes faisant état de premiers rapports sexuels forcés, parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, par site

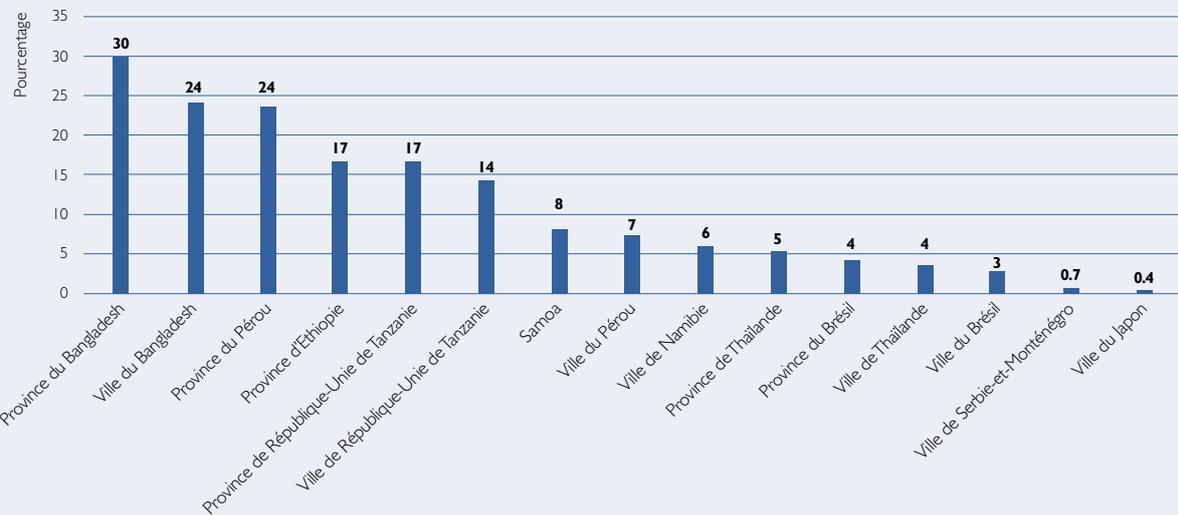
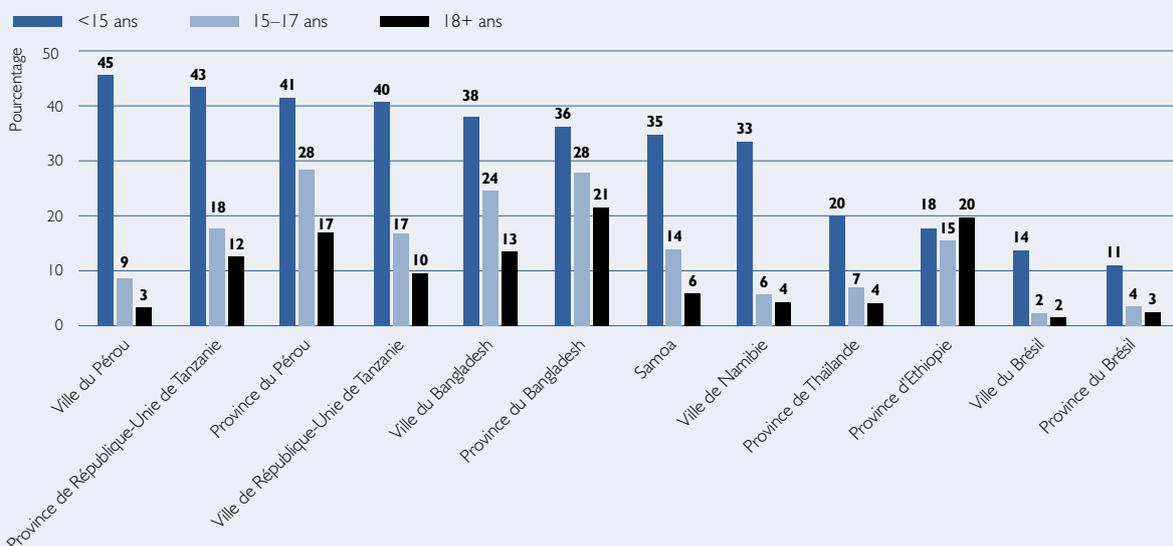


Figure 10 Pourcentage de femmes faisant état de premiers rapports sexuels forcés, parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon l'âge de la femme au moment du premier rapport, par site



Note : La ville du Japon, la ville de Serbie-et-Monténégro et la ville de Thaïlande ne sont pas représentées en raison du faible pourcentage de femmes faisant état de premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

Initiation sexuelle forcée

On a demandé aux personnes interrogées si leur première expérience sexuelle avait été a) forcée, b) non désirée mais non forcée, ou c) choisie, et l'âge auquel l'expérience avait eu lieu. Dans 10 des 15 cadres étudiés, plus de 5 % des femmes qui avaient déjà eu des rapports sexuels ont déclaré que leur première expérience sexuelle avait eu lieu sous la contrainte, comme indiqué à la Figure 9. Le chiffre était d'au moins 14 % au Bangladesh, en Ethiopie, dans la province du Pérou et en République-Unie de Tanzanie. L'importante variation peut traduire en partie les attitudes sociales à l'égard de la sexualité féminine (par exemple dans les cultures où il est mal vu que les femmes expriment un désir sexuel, les femmes peuvent avoir davantage tendance à déclarer que leur première expérience sexuelle a été forcée ou s'est faite sous la contrainte), ou

de réelles différences culturelles dans l'aptitude des femmes à maîtriser les conditions de leur première expérience sexuelle.

Dans tous les cadres étudiés, sauf l'Ethiopie, plus la femme est jeune au moment de sa première expérience sexuelle, plus il y a de chances que l'initiation sexuelle ait été forcée. La Figure 10 montre que, dans plus de la moitié des cadres, plus de 30 % des femmes qui déclaraient une première expérience sexuelle avant l'âge de 15 ans décrivaient l'initiation sexuelle comme forcée. Cela correspond aux résultats d'autres études, qui ont montré une forte association entre une initiation sexuelle précoce et la coercition (16). Dans certains pays (notamment le Bangladesh et l'Ethiopie), les niveaux élevés de premiers rapports sexuels forcés sont sans doute liés à l'initiation sexuelle précoce dans le contexte des mariages précoces, plutôt qu'à la violence perpétrée par des personnes connues ou des étrangers.

4

Violence exercée par un partenaire et santé de la femme

Le rôle de la violence exercée par le partenaire dans les problèmes de santé et les traumatismes est devenu une question majeure de santé publique. L'étude OMS a recueilli toute une diversité de données concernant l'état de santé physique et mentale de chaque personne interrogée, ainsi que les maladies et le recours aux services de santé pendant le mois précédant l'enquête. On a demandé aux femmes qui ont déclaré avoir été confrontées à la violence physique exercée par un partenaire intime quels avaient été le type de traumatismes subis et leur fréquence et les soins de santé reçus, le cas échéant.

Des informations ont également été recueillies concernant leurs antécédents de santé génésique, à savoir par exemple le nombre de grossesses, de morts à la naissance, d'avortements spontanés et provoqués, de naissances vivantes et d'enfants encore vivants. Des précisions sur la naissance vivante la plus récente au cours des cinq dernières années ont également été demandées.

Bien qu'une enquête transversale ne puisse établir si la violence *provoque* des problèmes de santé particuliers (à l'exception évidemment des traumatismes), les résultats de l'étude OMS corroborent nettement d'autres recherches qui ont constaté une forte *association* entre la violence et les symptômes tant physiques que mentaux de mauvaise santé.

Traumatismes résultant de la violence physique

On a demandé aux personnes interrogées si elles avaient été blessées par suite d'actes de violence physique exercés par un partenaire intime a) une ou deux fois, b) trois à cinq fois, c) plus de cinq fois. La prévalence des traumatismes chez les femmes maltraitées allait de 19 % en Ethiopie à 55 % dans la province du Pérou et les blessures étaient associées à des violences physiques graves. Au Brésil, dans la province du Pérou, au Samoa,

en Serbie-et-Monténégro et en Thaïlande, plus de 20 % des femmes maltraitées ont déclaré qu'elles avaient été blessées plus de cinq fois.

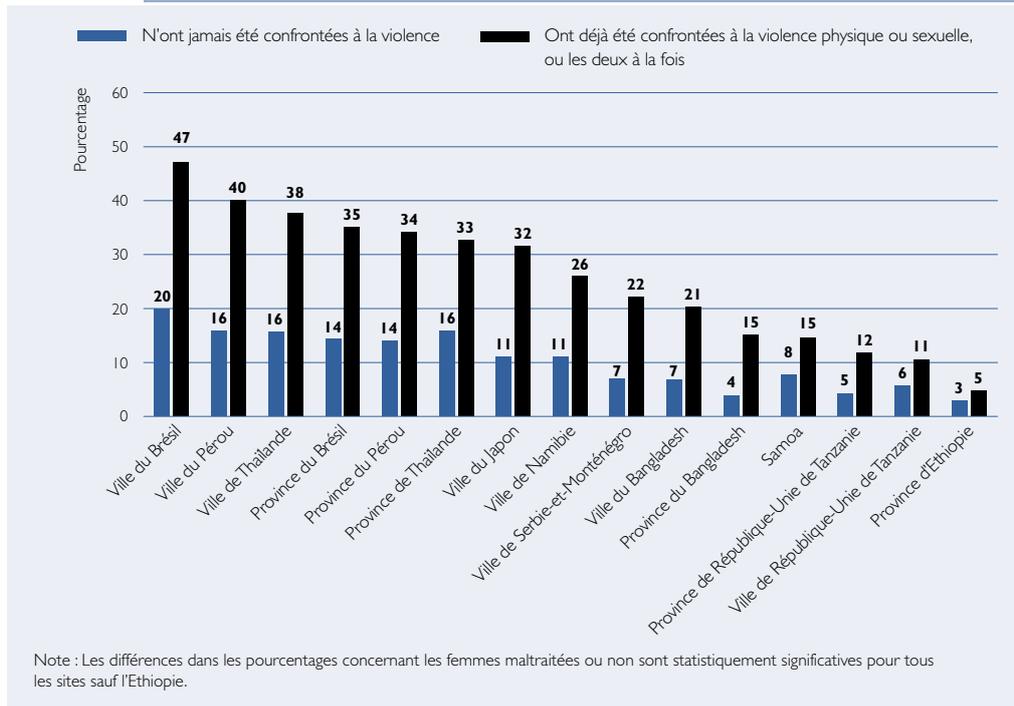
Bien que la majorité des traumatismes aient été classés comme mineurs (ecchymoses, abrasions, coupures, plaies perforantes et morsures), dans certains contextes, les blessures plus graves (fractures, traumatismes oculaires ou auriculaires) étaient relativement courantes. Au moins 20 % des femmes ayant été blessées en Namibie, dans la province du Pérou, au Samoa, dans la zone urbaine de Thaïlande et en République-Unie de Tanzanie ont fait état de traumatismes oculaires ou auriculaires. Au Bangladesh, en Ethiopie, dans la province du Pérou et au Samoa, plus du quart des femmes maltraitées ont déclaré avoir perdu connaissance par suite d'un acte de violence perpétré par un partenaire.

Violence exercée par un partenaire intime et santé physique

Bien qu'il s'agisse d'une mesure subjective, des problèmes de santé rapportés par la personne elle-même sont considérés comme indicatifs de la morbidité dans une enquête en population (17, 18). L'étude de l'OMS a demandé aux personnes interrogées si elles considéraient que leur état de santé était excellent, bon, assez bon, mauvais ou très mauvais. Il leur a été demandé pour chacun des problèmes énumérés dans une liste si elles y avaient été confrontées au cours des quatre semaines précédant l'entretien, et de quelle gravité avaient été les problèmes.

Dans la majorité des cadres étudiés (sauf le Japon, le Samoa et la zone urbaine de République-Unie de Tanzanie), les femmes qui avaient été confrontées à la violence physique ou sexuelle d'un partenaire étaient sensiblement plus nombreuses à faire état d'une mauvaise ou très mauvaise santé que les autres. Les femmes qui avaient déjà été maltraitées étaient également plus nombreuses à avoir eu des problèmes pour se déplacer et

Figure 11 Pourcentage de femmes faisant état de pensées suicidaires, en fonction de l'expérience de la violence physique ou sexuelle, ou les deux à la fois, exercée par un partenaire intime, parmi les femmes ayant déjà eu un partenaire, par site



se livrer à leurs activités quotidiennes, et à avoir eu des douleurs, des pertes de mémoire, des vertiges ou des écoulements vaginaux au cours des quatre semaines précédant l'entretien. Il est particulièrement intéressant de noter que *les expériences récentes de problèmes de santé étaient associées à des expériences de la violence au cours de la vie*. Cela laisse supposer que les effets physiques de la violence peuvent perdurer longtemps après que la violence elle-même a pris fin ou que des violences répétées ont des répercussions plus graves sur la santé.

Dans les cadres où aucune association significative entre la violence et les problèmes de santé n'a été constatée, les conclusions peuvent avoir été biaisées par une faible notification des symptômes de mauvaise santé. Par exemple, moins de 3 % des femmes n'ayant jamais été maltraitées en Éthiopie, au Japon, en Namibie, au Samoa et dans la zone urbaine de République-Unie de Tanzanie ont fait état d'une mauvaise santé. Les différences entre cadres ont sans doute été également influencées par les variations culturelles dans les perceptions de la santé et de la mauvaise santé.

“ J'ai souffert longtemps et j'ai ravalé cette douleur. C'est pourquoi je suis constamment chez le médecin et je prends des médicaments. Personne ne devrait avoir à subir cela. ”

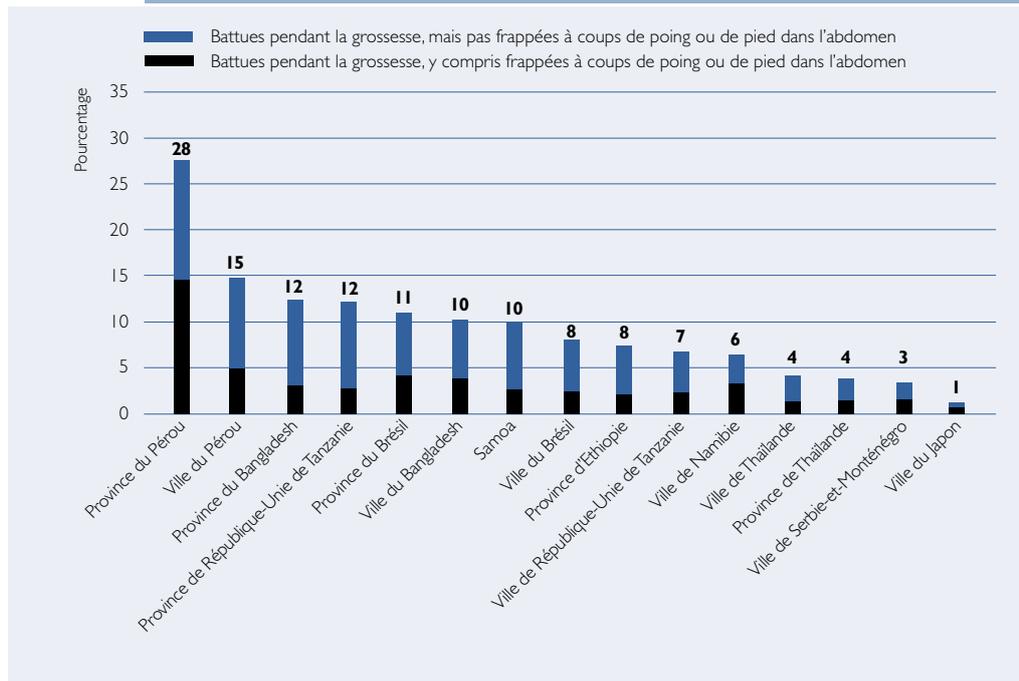
Une femme interrogée en Serbie-et-Monténégro

Violence exercée par un partenaire intime et santé mentale

Partout dans le monde, les problèmes de santé mentale, la détresse psychologique et les comportements suicidaires sont fréquents chez les femmes qui ont subi la violence de leur partenaire (2). Dans l'étude OMS, la détresse psychologique a été décrite par des symptômes tels que le fait de pleurer facilement, de ne pas profiter de la vie, la lassitude et les pensées suicidaires au cours des quatre semaines précédant l'entretien. Dans tous les cadres étudiés, les femmes ayant eu un partenaire qui avaient déjà subi des violences physiques ou sexuelles, ou les deux à la fois, de la part d'un partenaire intime ont fait état d'un niveau sensiblement plus élevé de détresse psychologique que les femmes n'ayant pas été maltraitées.

De la même façon, dans tous les cadres, les femmes ayant eu un partenaire qui avaient été maltraitées étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir déjà pensé au suicide (Figure 11), ou d'avoir fait une tentative de suicide. Ces résultats correspondent aux autres résultats de recherches pratiquées dans les pays en développement et industrialisés. L'étude n'ayant pas recueilli d'informations sur les suicides aboutis, l'association entre violence et comportement suicidaire est sans doute sous-estimée.

Figure 12 Pourcentage de femmes ayant déjà été enceintes qui ont été battues au cours d'au moins une grossesse, par site



“ J’ai essayé d’avalier du Genola, c’est un produit de lessive ... J’ai été hospitalisée et l’on m’a tirée d’affaire. Je revois encore ces visages, les visages de sa famille, me fixant, leur mauvais œil. Comme s’ils pensaient que je devais le faire, que je devais mourir. ”

Une femme interrogée au Samoa

Violence exercée par un partenaire intime et santé génésique

Violence pendant la grossesse

La proportion de femmes ayant été enceintes physiquement maltraitées pendant au moins une grossesse dépassait 5 % dans 11 des 15 cadres étudiés. Le chiffre le plus bas était de 1 % au Japon et le plus élevé de 28 % dans la province du Pérou. Entre un quart et la moitié des femmes qui avaient été physiquement maltraitées pendant la grossesse avaient reçu des coups de pied ou de poing dans l’abdomen (Figure 12). Dans tous les cadres sauf un, de 11 à 44 % des femmes ayant été enceintes et ayant subi des violences déclaraient avoir été agressées pendant la grossesse ; dans le cas de l’exception, le Japon, le chiffre était de 8 %. Dans l’ensemble des sites, plus de 90 % des femmes avaient été agressées par le père biologique de l’enfant à naître qui vivait généralement avec elles à l’époque.

“ Il m’a frappée au ventre et m’a fait perdre deux bébés – des jumeaux, vrais ou faux, je ne sais pas. Je me suis rendue à Loayza [l’hôpital] car je saignais beaucoup et ils m’ont soignée. ”

Une femme interrogée dans une zone urbaine du Pérou

Tandis que la majorité des femmes battues pendant la grossesse avaient connu des violences physiques auparavant, entre 13 % (Ethiopie) et environ 50 % (zone urbaine du Brésil et Serbie-et-Monténégro) déclaraient avoir été battues pour la première fois pendant la grossesse.

Dans tous les sites, la majorité des femmes confrontées à la violence aussi bien avant que pendant la grossesse ont déclaré qu’au cours de la dernière grossesse pendant laquelle elles avaient été maltraitées, les actes avaient été les mêmes ou plutôt moins graves ou fréquents qu’avant la grossesse. Les résultats corroborent les conclusions d’études menées aussi bien dans les pays en développement que les pays industrialisés selon lesquels la grossesse est souvent une période pendant laquelle les femmes sont protégées de la violence, mais cette constatation n’est pas vraie dans toutes les cultures (19).

Fausse couches et avortements provoqués

Dans la majorité des cadres étudiés, les femmes ayant été enceintes qui ont été confrontées à la violence physique ou sexuelle, ou les deux

à la fois, exercée par un partenaire ont signalé davantage d'avortements provoqués. Toutefois, la différence n'était pas statistiquement significative dans la province du Bangladesh, en Namibie et au Samoa, où très peu d'avortements ont été signalés en général. Les femmes maltraitées étaient également plus susceptibles de faire état d'une fausse couche par rapport à celles qui n'avaient jamais été maltraitées par un partenaire.

Recours aux services de santé prénatals et postnatals

Dans la plupart des cadres étudiés, il n'y avait pas de différence dans le recours aux services prénatals entre les femmes maltraitées et les autres femmes ayant accouché d'un enfant

vivant dans les cinq années précédant l'entretien. Toutefois, dans la zone urbaine du Bangladesh, en Éthiopie et dans la province de République-Unie de Tanzanie, les femmes qui avaient déjà été maltraitées physiquement ou sexuellement par leur partenaire étaient sensiblement moins nombreuses à avoir fréquenté les services de soins prénatals pour la naissance vivante la plus récente. Il y avait davantage de variations dans les contacts avec les services postnatals entre les pays. Dans les sites urbains du Bangladesh, du Brésil, du Pérou et de la Thaïlande, et dans la province de République-Unie de Tanzanie, les femmes faisant état de violence de la part d'un partenaire étaient sensiblement moins nombreuses à avoir reçu des soins postnatals pour la naissance vivante la plus récente que les autres.

De nombreuses études sur les réactions des femmes face à la violence exercée par un partenaire ont porté sur des femmes faisant appel à des services de soutien comme des refuges pour femmes battues ou des services de conseil. Au niveau de la population, toutefois, on sait peu de choses de la façon dont les femmes réagissent à la violence, ou sur l'aide qu'elles peuvent recevoir de réseaux informels (famille, amis, etc.) et des services sociaux ou de santé officiels. L'étude de l'OMS a donc beaucoup centré ses recherches là-dessus.

A qui les femmes parlent-elles de la violence qu'elles subissent ?

Dans tous les pays, la personne interrogée a souvent été la première personne à qui les femmes maltraitées parlaient de la violence physique de leur partenaire. Comme on peut le voir à la Figure 13, les deux tiers des femmes qui ont été maltraitées physiquement par leur partenaire au Bangladesh, et près de la moitié au Samoa et dans la province de Thaïlande n'avaient jamais parlé à personne de ces actes avant l'entretien. En revanche, près de 80 % des femmes maltraitées physiquement au Brésil et en Namibie en avaient parlé à quelqu'un, généralement parent ou ami. Mais même dans ces cadres-là, deux femmes sur dix étaient restées silencieuses.

Relativement peu de femmes maltraitées physiquement dans tous les cadres étudiés avaient parlé à des membres du personnel de services officiels ou des personnes occupant des postes de responsabilité, comme des chefs religieux ou traditionnels, des personnels de santé, des policiers, des conseillers, ou des membres d'organisations non gouvernementales féminines des actes qu'elles avaient subis. Dans tous les cadres étudiés, les femmes ayant été confrontées à des violences physiques graves étaient généralement plus susceptibles d'en avoir parlé à quelqu'un que celles qui n'avaient connu que des violences physiques modérées.

D'où vient l'aide ?

Bien que de nombreuses personnes interrogées aient déclaré avoir parlé à leur famille ou à des amis de la violence exercée par leur partenaire, elles étaient moins nombreuses à indiquer que ces personnes avaient tenté de les aider. En fait, dans tous les cadres confondus, entre 34 et 59 % des femmes ayant subi des violences physiques ont déclaré que personne n'avait essayé de les aider. Dans la province de République-Unie de Tanzanie, par exemple, bien qu'un quart des femmes se soient adressées à des responsables locaux, 7 % seulement ont déclaré qu'ils avaient tenté de les aider. On ne sait pas très bien si ce contact a amélioré la situation. Dans certains cas, par exemple, les membres de la famille peuvent approuver la violence exercée par l'homme ou suggérer des solutions qui font passer les besoins ou le bien-être de la famille avant la sécurité de la femme.

Vers quels organismes ou autorités les femmes se tournent-elles ?

Les recherches menées dans de nombreux pays ont montré que les réseaux informels comme la famille, les amis et les voisins constituaient généralement le premier point de contact pour les femmes maltraitées plutôt que les services officiels (20). Cette constatation est corroborée par les résultats de l'étude OMS, au cours de laquelle il a été demandé aux personnes interrogées si elles avaient eu recours à différents services officiels (services de santé, conseil juridique, refuges) ou si elles avaient contacté des personnes occupant des postes de responsabilité (police, organisations non gouvernementales de femmes, responsables locaux, chefs religieux). La Figure 14 montre que même lorsque les femmes ont parlé à quelqu'un des mauvais traitements dont elles étaient l'objet, dans chaque site, une proportion beaucoup plus faible de femmes demandait de l'aide. En réalité,

Figure 13 Pourcentage de femmes maltraitées physiquement qui n'ont parlé à personne ou ont parlé à quelqu'un, un service ou une autorité, des violences exercées par un partenaire intime, par site

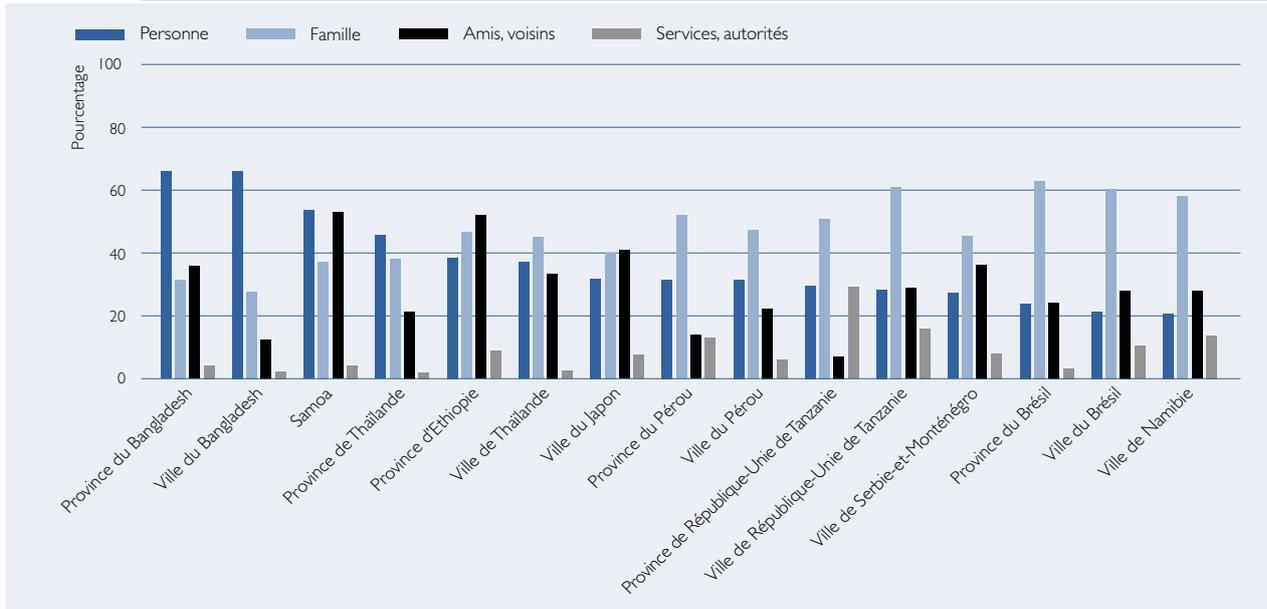
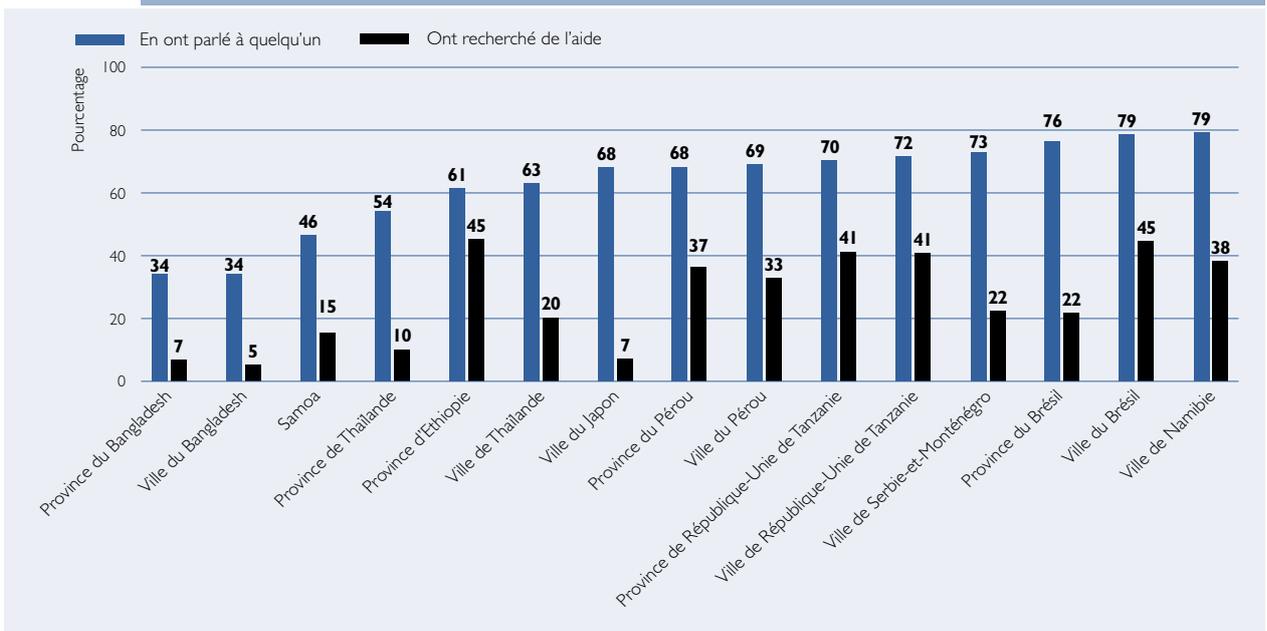


Figure 14 Pourcentage de femmes maltraitées physiquement qui ont parlé à quelqu'un de leur expérience de la violence exercée par un partenaire intime, par comparaison au pourcentage de femmes qui ont demandé de l'aide, par site

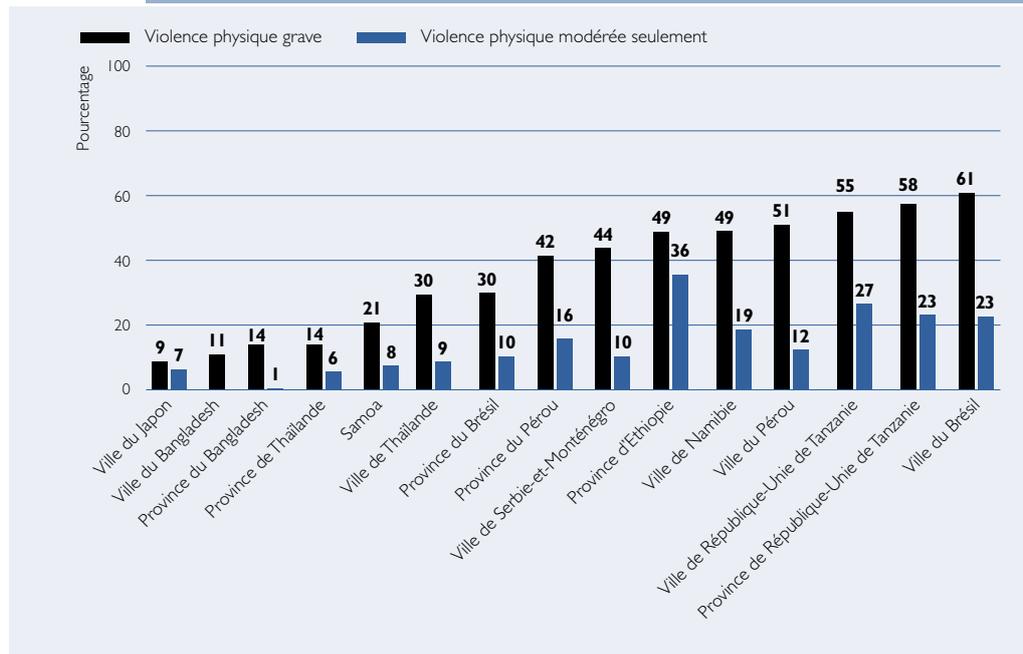


la majorité des femmes victimes maltraitées physiquement (entre 55 et 95 %) ont déclaré qu'elles ne s'étaient jamais adressées à aucun de ces organismes.

La constatation selon laquelle les femmes ont été plus nombreuses à parler de façon informelle à quelqu'un qu'à rechercher officiellement de l'aide peut en partie expliquer le fait que la réaction individuelle à la violence peut être lente à se manifester. Dans certains cas, cela peut prendre des années avant qu'une femme ne commence à remettre en cause la violence dont elle est victime dans sa vie, et plus longtemps encore avant qu'elle ne demande de l'aide (21).

Les taux les plus faibles de contact avec différents organismes et autorités pour demander de l'aide ont été observés au Bangladesh, au Japon, au Samoa et dans la province de Thaïlande. C'est seulement en Namibie et au Pérou que plus de 20 % des femmes maltraitées physiquement ont contacté la police, et ce n'est qu'en Namibie et dans la zone urbaine de République-Unie de Tanzanie que plus de 20 % avaient recherché de l'aide auprès des services de santé. Dans 8 des cadres étudiés, moins de 10 % des femmes maltraitées physiquement déclaraient avoir recherché de l'aide auprès des services de santé. En Éthiopie

Figure 15 Pourcentage de femmes maltraitées physiquement qui ont recherché de l'aide auprès d'au moins un organisme ou une autorité, par gravité de l'acte de violence perpétré par un partenaire intime et par site



et dans la province de République-Unie de Tanzanie, 15 et 31 %, respectivement, des femmes maltraitées avaient recherché de l'aide auprès de responsables locaux, tandis que, dans la zone urbaine du Brésil, 15 % des femmes avaient fait appel à des chefs religieux.

Pourquoi les femmes demandent-elles ou ne demandent-elles pas de l'aide ?

Dans tous les cadres étudiés, les femmes qui ont été confrontées à des actes de violence graves sont plus nombreuses à demander de l'aide auprès d'un organisme ou d'une autorité que celles qui n'ont connu qu'une violence physique modérée (Figure 15). Les raisons les plus souvent citées pour rechercher de l'aide sont liées à la gravité des actes commis (par exemple lorsque la femme ne peut plus supporter la violence ou lorsqu'elle a été gravement blessée), à ses répercussions sur les enfants ou aux encouragements reçus d'amis ou de la famille.

La raison la plus souvent invoquée par les personnes interrogées pour ne pas rechercher de l'aide était qu'elles considéraient la violence comme normale ou sans gravité (de 29 % des femmes qui déclaraient ne pas avoir recherché de l'aide dans la zone urbaine du Pérou à 86 % au Samoa) ou qu'elles craignaient des représailles comme de nouvelles violences, la perte de leurs enfants ou la honte pour leur famille. Certaines pensaient qu'elles ne seraient pas crues ou qu'on ne les aiderait pas.

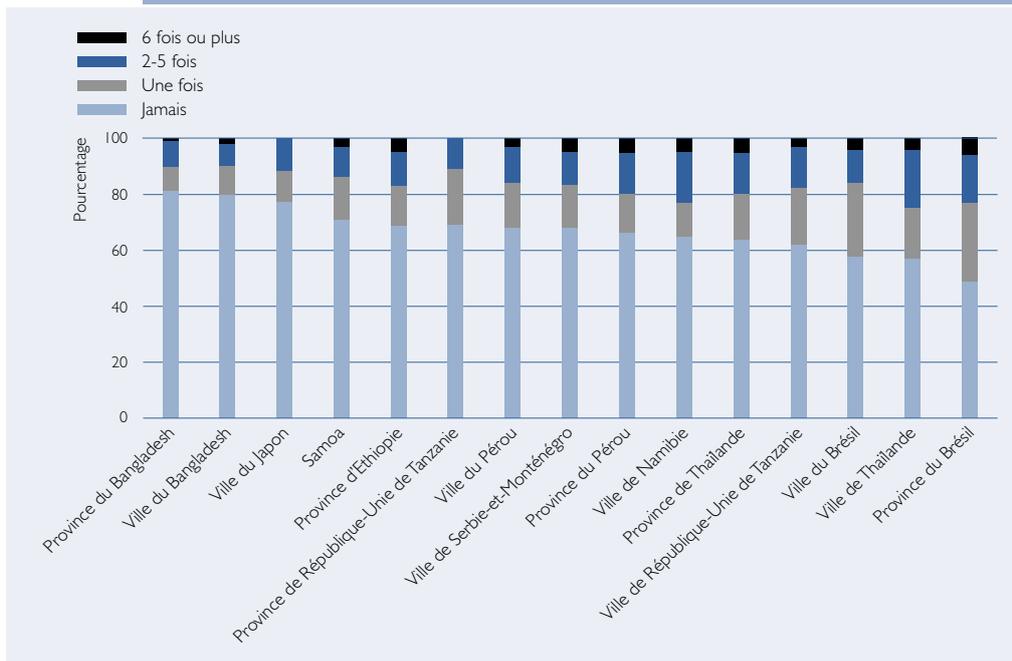
Ce faible recours aux services officiels témoigne également en partie de l'offre limitée de services dans de nombreuses régions. Toutefois, même dans les pays relativement bien équipés pour prendre en charge les femmes maltraitées, des obstacles comme la peur, la crainte de la stigmatisation ou la crainte de perdre la garde de leurs enfants empêchent de nombreuses femmes de rechercher de l'aide (22).

Les femmes ripostent-elles ?

La proportion de femmes maltraitées physiquement déclarant avoir riposté aux coups de leur partenaire variait considérablement selon les cadres étudiés, allant de 6 % dans la province du Bangladesh à 79 % dans la zone urbaine du Brésil. Dans 8 des 15 cadres (Japon, Serbie-et-Monténégro et sites urbains et provinces du Brésil, du Pérou et de Thaïlande), plus de la moitié des femmes maltraitées physiquement ont déclaré avoir riposté. Dans tous les cadres étudiés, les femmes qui avaient été confrontées à des actes de violence physique graves étaient plus nombreuses à avoir tenté de riposter que celles qui n'avaient connu qu'une violence modérée.

Comme indiqué précédemment, l'étude de l'OMS ne portait pas directement sur la question de la violence perpétrée contre les hommes par des partenaires féminines. Toutefois, on a demandé à toutes les femmes

Figure 16 Nombre de fois où une femme a quitté son partenaire (au moins une nuit) en raison des violences physiques qu'il exerçait sur elles, parmi les femmes ayant été confrontées à ce type de violence, par site



maltraitées physiquement si elles avaient elles-mêmes maltraité un partenaire à un moment où il n'était pas lui-même violent à son encounter. Ce n'est qu'en Thaïlande que plus de 15 % des femmes maltraitées ont déclaré avoir elles-mêmes été violentes contre leur partenaire plus de deux fois dans leur vie. La proportion était particulièrement basse dans les sociétés plus traditionnelles. Dans la province du Bangladesh et en Éthiopie, moins de 1 % des femmes maltraitées physiquement déclaraient avoir déjà maltraité un partenaire. Ces constatations confirment les résultats des enquêtes démographiques et sanitaires menées dans d'autres pays (23).

Quitter ou non un partenaire violent

Comme l'indique la Figure 16, de 19 à 51 % des femmes victimes de violences physiques de la part de leur partenaire l'avaient parfois quitté pendant au moins une nuit. De 8 à 21 % ont déclaré être parties deux à cinq fois. Là encore, il existe une forte corrélation entre la gravité de la violence physique exercée et le fait de quitter le partenaire. La gravité de la violence était effectivement la principale raison invoquée pour quitter le partenaire (la femme ne pouvait plus supporter la violence, elle avait été gravement blessée ou son partenaire avait menacé ou tenté de la tuer).

Dans la plupart des cadres, les femmes qui avaient quitté la maison déclaraient

principalement avoir cherché à se réfugier chez des parents, et dans une moindre mesure chez des amis ou des voisins. Toutefois, en Namibie et dans les provinces du Bangladesh et de République-Unie de Tanzanie, de 10 à 16 % des femmes qui avaient quitté au moins une fois leur partenaire ont déclaré avoir séjourné dans la famille de leur partenaire la dernière fois qu'elles étaient parties. Les refuges pour femmes battues n'ont été cités que dans la zone urbaine du Brésil et en Namibie et même là très peu souvent (par moins de 1 % des femmes qui étaient parties). Là encore, ces schémas reflètent sans doute à la fois l'offre de places en refuge pour les femmes et leurs enfants, ou des facteurs culturels précis faisant que le départ d'une femme ou son séjour quelque part sans son partenaire est plus ou moins accepté.

Dans tous les cadres étudiés, une forte proportion (entre 43 et 90 %) des femmes qui étaient parties ont donné comme raison de leur départ qu'elles « ne pouvaient plus supporter la

“ Alors je prenais la couverture et je passais la nuit avec mes enfants dans le froid, parce qu'il me frappait trop et que je ne voulais pas qu'il frappe aussi les enfants. J'allais dans la montagne et j'y passais toute la nuit. Je l'ai fait plus d'une dizaine de fois. ”

Une femme interrogée dans une province du Pérou

situation » ou que les actes de violence étaient devenus très graves. Par exemple, en Namibie et dans les provinces du Pérou et de République-Unie de Tanzanie, plus de 20 % étaient parties parce qu'elles avaient été gravement blessées. Dans la province du Brésil, en Namibie et dans les zones urbaine et rurale du Pérou, plus de 10 % ont déclaré que leur partenaire avait menacé de les tuer.

Pourquoi les femmes reviennent-elles ?

On observe des variations importantes entre les différents cadres étudiés pour ce qui est des raisons que donnent les femmes pour rentrer à la maison retrouver un partenaire qui les a maltraitées. Les femmes ont souvent déclaré revenir à la maison parce qu'elles ne voulaient

pas quitter les enfants ou « pour le bien de la famille ». Elles ont également donné d'autres raisons : parce qu'elle aimait son partenaire, qu'il lui avait demandé de revenir, qu'elle lui avait pardonné ou qu'elle pensait qu'il pouvait changer, ou que la famille avait déclaré qu'elle devait rentrer. Les femmes qui n'avaient jamais quitté la maison ont donné des raisons analogues, tout en indiquant qu'elles ne savaient pas où aller.

“ Je ne savais pas où aller pour trouver de l'aide. Maintenant, je sais. Je cherchais un endroit où me réfugier. Il est bon qu'une enquête s'intéresse à ces questions. ”

Une femme interrogée au Japon

Les résultats de l'étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes soulignent qu'il est nécessaire que des mesures soient prises d'urgence par toute une série d'intervenants allant des autorités sanitaires locales et des responsables communautaires aux gouvernements nationaux et donateurs internationaux.

Comme le démontre clairement l'étude, la violence à l'égard des femmes est très répandue et profondément enracinée et elle a des effets graves sur la santé et le bien-être des femmes. Sa persistance est moralement indéfendable ; son coût pour les individus, les systèmes de santé et la société en général est énorme. Et pourtant aucun autre problème majeur de santé publique n'a – jusqu'à relativement récemment – été aussi largement ignoré et aussi mal compris.

Les importantes variations observées dans la prévalence de la violence et ses modalités d'un pays à l'autre, et plus important encore, d'un contexte à un autre à l'intérieur d'un même pays, indiquent qu'elle n'a rien de « naturel » ou d'inéluctable. Les comportements peuvent et doivent changer ; la condition de la femme peut et doit être améliorée ; les hommes et les femmes peuvent et doivent être convaincus que la violence exercée par un partenaire n'est pas un élément acceptable des relations humaines.

Les recommandations suivantes ont été élaborées principalement à partir des résultats de l'étude, mais ont également été inspirées par des travaux de recherche et les enseignements des expériences menées dans de nombreux pays. Elles renforcent en particulier les conclusions et les recommandations présentées dans le *Rapport mondial sur la violence et la santé* de l'OMS (2), et notamment les recommandations détaillées figurant au chapitre 4 concernant la violence exercée par des partenaires intimes et au chapitre 6 sur la violence sexuelle. Elles sont regroupées sous les rubriques suivantes :

- renforcer l'engagement et l'action au plan national ;
- promouvoir la prévention primaire ;
- mobiliser le secteur éducatif ;
- renforcer l'action du secteur de la santé ;
- aider les femmes confrontées à la violence ;
- sensibiliser les systèmes judiciaires ;
- soutenir la recherche et la collaboration.

Traiter et prévenir la violence à l'égard des femmes exigent la prise de mesures à plusieurs niveaux et par de multiples intervenants et secteurs. Toutefois, il est important que les Etats prennent la responsabilité de la sécurité et du bien-être de leurs citoyens. A cet égard, les gouvernements doivent, en collaboration avec les organisations non gouvernementales, les organisations internationales et les donateurs, donner la priorité à la mise en œuvre des recommandations suivantes.

Renforcer l'engagement et l'action au plan national

Recommandation 1

Promouvoir l'égalité des sexes et les droits fondamentaux des femmes

La violence à l'égard des femmes est une manifestation extrême de l'inégalité entre les sexes qui doit être traitée d'urgence, car elle perpétue à son tour les inégalités. L'inégalité entre les sexes est également associée de diverses façons à la violence domestique et à la réaction des femmes à cette violence. L'amélioration du statut juridique et socio-économique des femmes devrait à long terme contribuer pour beaucoup à réduire la vulnérabilité de celles-ci à la violence. Cela comprend la prise de conscience par la femme de ses droits et des mesures visant à garantir ses droits en matière de propriété ou de cession de biens, d'accès au divorce et de garde des enfants à la suite d'une séparation. L'accès des femmes à l'éducation, et en particulier la

scolarité secondaire pour les filles et l'accès à un emploi sûr et rémunéré, devrait être fortement encouragé dans le cadre de tout effort de lutte contre la violence en général. Les efforts nationaux visant à remettre en cause le fait que certaines formes de violence soient largement tolérées et acceptées sont également importants.

Des progrès considérables pourraient être réalisés si les gouvernements appliquaient les traités et les accords internationaux relatifs aux droits de l'homme qu'ils ont déjà ratifiés tels que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) et la Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993), le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 (24), la Déclaration et le plan d'action de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes de 1995 (« Déclaration de Beijing ») (7), et les objectifs du Millénaire pour le développement de 2000 (25).

Les gouvernements devraient s'efforcer d'aligner leur législation sur ces engagements et d'apporter les changements nécessaires aux lois, politiques et programmes nationaux. La défense de l'égalité des sexes et des droits de l'homme et le suivi des progrès accomplis au niveau national dans l'exécution des engagements internationaux doivent être renforcés.

Recommandation 2

Etablir, mettre en œuvre et suivre des plans d'action multisectoriels pour lutter contre la violence à l'égard des femmes

Les gouvernements nationaux doivent s'engager à réduire la violence à l'égard des femmes – problème de santé publique majeur et évitable. La prévention de la violence à l'égard des femmes doit figurer au premier rang des préoccupations sociales, juridiques et de santé publique nationales.

Les gouvernements devraient reconnaître publiquement l'existence du problème et s'engager à agir en planifiant, en mettant en œuvre des programmes nationaux aussi bien pour prévenir la violence que pour y réagir lorsqu'elle se produit et en investissant des ressources importantes dans des programmes de lutte contre la violence à l'égard des femmes, en particulier la violence exercée par un partenaire et les abus sexuels perpétrés contre les filles.

Les pays qui élaborent des plans d'action nationaux pour la prévention de la violence – recommandation clé du *Rapport mondial sur la*

violence et la santé (1) – devraient accorder un rang de priorité élevé dans ces programmes à la prévention de la violence à l'égard des femmes et en particulier de la violence exercée par un partenaire intime.

Il faudra pour réduire la violence à l'égard des femmes prendre des mesures concertées et coordonnées dans toute une série de secteurs (santé et services sociaux, organisations religieuses, justice et police, syndicats et entreprises et médias, par exemple). Il est important de mettre sur pied un mécanisme officiel chargé de coordonner les efforts multisectoriels et de le doter de ressources suffisantes, l'idéal étant qu'il se situe au plus haut niveau politique.

Recommandation 3

Solliciter des chefs religieux et des responsables politiques et sociaux et autres qu'ils prennent position contre la violence à l'égard des femmes

Les personnes – et en particulier les hommes – qui occupent des postes influents ou à responsabilités (chefs religieux, politiques et traditionnels, par exemple) peuvent jouer un rôle important en sensibilisant au problème de la violence à l'égard des femmes, en remettant en cause les préjugés et normes en vigueur et en orientant le débat de façon à promouvoir un changement positif. L'action coordonnée de coalitions ou d'alliances de personnalités de différents secteurs peut être un moyen plus efficace que celle d'un seul secteur ou d'une seule figure emblématique.

Recommandation 4

Développer les capacités et mettre en place des systèmes de collecte de données permettant de suivre la situation de la violence à l'égard des femmes et les attitudes et croyances qui la perpétuent

La surveillance est un élément critique de l'approche de santé publique, car elle permet de suivre les tendances et d'évaluer l'impact des interventions. La responsabilité de cette surveillance doit être expressément attribuée à une institution, un organisme ou un service gouvernemental, afin d'assurer l'utilisation d'une méthodologie normalisée et la mise en place de mécanismes qui garantissent que les données seront diffusées et utilisées de façon adéquate. Le renforcement des capacités de surveillance, y compris par le recours à des enquêtes, est un élément important.

Des discussions ont lieu au niveau international sur la meilleure façon de surveiller la violence à l'égard des femmes, aussi bien par des enquêtes régulières que par la collecte systématique de données dans différents points de prestation. À cet égard, le questionnaire de l'OMS et les principes d'éthique et de sécurité élaborés aux fins de l'étude (10) et le prochain *Manuel PATH/OMS sur les méthodologies de recherche pour l'étude de la violence à l'égard des femmes* (26) sont des instruments utiles. Les *lignes directrices pour la surveillance des traumatismes*, élaborées par l'OMS et les CDC, fournissent également des conseils pratiques sur la collecte systématique de données concernant les traumatismes selon des normes internationales (27).¹ Les bureaux nationaux des statistiques et les ministères compétents, la santé et la justice en particulier, devraient faire en sorte que les données soient recueillies en respectant la confidentialité et sans compromettre la sécurité des femmes (28).

Promouvoir la prévention primaire

Recommandation 5

Elaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes visant à développer la prévention primaire de la violence exercée par des partenaires intimes et de la violence sexuelle

La prévention de la violence exercée par des partenaires intimes exige un changement des attitudes, croyances et valeurs sexistes tant des hommes que des femmes, au niveau de la société comme au niveau individuel. Les efforts de prévention devraient comprendre à la fois des activités multimédias et d'autres activités de sensibilisation du public afin de remettre en cause la position subalterne de la femme et de lutter contre les attitudes, croyances et valeurs, en vertu desquelles la violence exercée par un partenaire est considérée comme normale, en particulier parmi les hommes.

Les messages médiatiques spécifiques qui seront choisis devront être fondés sur la recherche et la consultation. Un objectif important consiste à éliminer les obstacles qui empêchent les femmes de parler du problème et d'avoir recours aux services d'appui disponibles, et notamment la stigmatisation, la honte et le déni qui entourent la violence exercée par des partenaires à l'égard des femmes, tout en renforçant les réseaux de soutien informels, en encourageant les membres de la famille et de la

communauté à s'ouvrir et à soutenir les femmes qui subissent des violences.

Des efforts particuliers devraient être faits pour sensibiliser les hommes. Les stratégies d'information peuvent encourager les hommes non violents à s'exprimer contre la violence et à mettre en cause la tolérance dont elle fait l'objet. Cela aidera à contrer l'idée selon laquelle tous les hommes approuvent la violence et à proposer des modèles de rôle masculins autres que ceux que véhiculent généralement les médias.

Des efforts ciblés doivent être entrepris dans le milieu de la santé, dans des écoles, sur les lieux de travail et au sein des différents secteurs et professions. Il faudrait envisager d'autres stratégies de communication, notamment des approches à base communautaire (par exemple programmes d'information juridique, mobilisation communautaire contre le VIH/SIDA, initiatives médiatiques locales) et des activités visant des facteurs de risque particuliers tels que la consommation d'alcool. Il faut en particulier encourager les communautés à parler de la violence exercée par les partenaires et à la mettre en cause. Dans l'ensemble, il convient de renforcer les efforts de prévention primaire.²

Recommandation 6

Donner la priorité à la prévention des abus sexuels dont sont victimes les enfants

Les niveaux élevés d'abus sexuels subis par les filles mis en évidence dans l'étude sont très préoccupants. Ces actes sont des violations graves des droits fondamentaux de la petite fille et de son intégrité corporelle et peuvent avoir de profondes répercussions sur sa santé, dans l'immédiat comme à long terme. Les efforts de lutte contre les abus sexuels dont sont victimes les filles (et les garçons) devraient donc se voir accorder un rang de priorité plus élevé dans les plans et les programmes de santé publique, de même que dans l'action d'autres secteurs, tels que la justice, l'éducation et les services sociaux.

Les prises de position de responsables et autres figures respectées peuvent être très utiles en aidant à briser le silence et en créant un espace social de débat sur le problème au sein même des familles et des communautés.

Les secteurs de la santé et de l'éducation doivent développer leur capacité de repérer et de traiter les abus sexuels à l'égard des enfants, ce qui exigera des protocoles, des moyens de formation et des ressources pour les agents de santé.

De même, les enseignants et autres professionnels de l'éducation doivent être

¹ *Lignes directrices pour la surveillance des traumatismes* disponibles en ligne sur le site : http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/surveillance/surveillance_guidelines/fr.

² La campagne mondiale pour la prévention de la violence orchestrée par l'OMS vise à sensibiliser au problème de la violence, à souligner le rôle crucial que peut jouer la santé publique en traitant les causes et les conséquences, et à encourager l'action à tous les niveaux de la société. Pour de plus amples informations, veuillez consulter le site : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/.

formés à reconnaître les abus sexuels à l'égard des enfants et connaître les protocoles et les politiques d'orientation-recours vers les services médicaux ou sociaux. Les écoles devraient également dispenser des programmes de prévention et de conseil chaque fois que possible.

Recommandation 7

Intégrer les mesures contre la violence à l'égard des femmes dans les programmes existants de prévention du VIH et du SIDA et de promotion de la santé des adolescents

Les résultats de l'étude illustrent les niveaux élevés de violence sexuelle à l'égard des femmes et des filles et corroborent d'autres recherches suggérant que la violence contribue à la vulnérabilité des femmes face à l'infection à VIH. La prévention de la violence à l'égard des femmes contribuera à améliorer l'efficacité des programmes dirigés contre le VIH/SIDA. Les programmes de prévention du VIH devraient donc comporter des activités de sensibilisation et de prévention de la violence sexuelle et de la violence exercée par des partenaires intimes, reconnaître la mesure dans laquelle l'activité sexuelle est forcée et traiter explicitement les questions du consentement ou de la coercition. Les stratégies sont nécessaires pour prendre en charge les femmes confrontées à la violence ou qui la craignent, et qui fréquentent les consultations VIH ou de planification familiale, par exemple, ou d'autres services de santé génésique et sexuelle. Les programmes de santé génésique et sexuelle ainsi que les programmes axés sur la promotion de la santé des adolescents devraient également aborder la question de la violence exercée par un partenaire et celle des rapports sexuels forcés.

Recommandation 8

Rendre l'environnement matériel plus sûr pour les femmes

Les mesures destinées à aménager l'environnement urbain et rural pour le rendre plus sûr peuvent contribuer à la prévention primaire de la violence à l'égard des femmes. Ces mesures devraient être mises en œuvre systématiquement, d'abord en recensant les endroits où se produisent le plus souvent des actes de violence contre les femmes, puis en analysant pourquoi ces faits surviennent à ces endroits. En fonction des facteurs de risque recensés et des ressources disponibles, on peut améliorer la sécurité par diverses mesures

concrètes, par exemple en améliorant l'éclairage, en accroissant la présence policière et autres systèmes de surveillance, en particulier dans les zones où se consomment de l'alcool ou d'autres drogues, et en éclairant les points obscurs où une agression peut avoir lieu sans que personne ne voie ou n'entende rien.

Mobiliser le secteur éducatif

Recommandation 9

Rendre les écoles plus sûres pour les filles

Les écoles primaires et secondaires devraient être largement associées à l'amélioration de la sécurité dans les écoles, notamment en éradiquant les mauvais traitements de la part des enseignants et en participant également à des efforts plus larges de lutte contre la violence. Il est possible d'améliorer les choses en prenant des mesures pour éradiquer la violence physique et sexuelle exercée par des enseignants contre des élèves, dans pratiquement tous les pays et tous les établissements scolaires. Dans certains cas, il faut pour cela apporter des changements fondamentaux au secteur de l'éducation et aux politiques scolaires, à l'environnement et aux programmes d'études. Les politiques scolaires devraient interdire le recours à la violence comme forme de punition ainsi que la violence physique et le harcèlement par et entre les enseignants et les élèves. L'application de ces politiques devrait être suivie.

L'éducation basée sur les compétences psychosociales est un moyen efficace de permettre aux élèves et au personnel enseignant de réduire les conflits potentiels et de participer à des actions communautaires visant à réduire la violence et à promouvoir un comportement non violent. Les programmes de santé scolaire tels que les programmes de prévention du VIH et de santé génésique (en particulier ceux qui visent les affections sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées chez les adolescentes) devraient traiter les questions de parité, d'autonomie et de libre consentement.

Pour être efficaces, les programmes doivent commencer très tôt, en faisant participer à la fois les filles et les garçons (bien que sans doute en leur transmettant des messages et des informations différents, et en équilibrant les discussions entre enfants d'un seul sexe ou des deux) et appliquer des techniques d'apprentissage adaptées à l'âge. Ces programmes doivent également reposer sur des politiques scolaires pertinentes, un

environnement scolaire propice et des services de santé scolaires ou d'orientation-recours permettant de prendre en charge et de conseiller les victimes et les témoins d'incidents violents et de harcèlement.

Renforcer l'action du secteur de la santé

Recommandation 10

Mettre en place une action globale du secteur de la santé contre les diverses conséquences de la violence à l'égard des femmes

De nombreux dispensateurs de soins traitent (parfois à leur insu) un nombre considérable de femmes exposées à la violence. La mise en place d'une action globale du secteur de la santé face aux diverses conséquences de la violence exercée contre les femmes est donc indispensable, mais une action des services de santé spécialisés est également nécessaire. En particulier, il est important de prendre des mesures en ce qui concerne la réticence constatée des femmes victimes à rechercher de l'aide. Au niveau de la planification, cela signifie que les responsables doivent définir le rôle particulier du secteur dans le cadre d'une action multisectorielle plus large, dans l'action de prévention et dans la fourniture de services destinés aux femmes victimes de la violence. Au niveau des prestations, les mesures contre la violence à l'égard des femmes devraient être intégrées dans tous les domaines de soins (services d'urgence, services de santé génésique tels que soins prénatals, planification familiale et soins post-avortement, services de santé mentale et services liés au VIH et au SIDA). Il faut améliorer l'accès à des services de santé mentale qui n'ostracisent pas les femmes et qui reconnaissent dûment l'association entre violence et santé mentale, en particulier s'agissant de la dépression et des pensées suicidaires. Ces services doivent contribuer à donner aux femmes les moyens de réagir dans les situations de violence et éviter de surmédicaliser le problème.

Les dispensateurs de soins qui voient et traitent des femmes maltraitées doivent coordonner leur action avec celle des autres secteurs, en particulier la police et les services sociaux, ce qui exigera la création de procédures et de protocoles officiels d'orientation-recours.

Outre une sensibilisation plus générale, le secteur de la santé doit trouver le moyen de faire en sorte que : a) les femmes confrontées à la violence ne soient pas culpabilisées de demander de l'aide auprès des établissements

de santé et ne soient pas stigmatisées ; b) que les femmes reçoivent des soins médicaux appropriés et d'autres formes d'assistance ; et c) que la confidentialité et la sécurité seront garanties. La formation doit viser notamment à faire en sorte que les dispensateurs de soins soient sensibilisés aux problèmes de violence, traitent les femmes avec respect, protègent la confidentialité et n'aggravent pas les sentiments de honte et de culpabilité des femmes, tout en étant capables de leur fournir les soins nécessaires ou de les orienter vers d'autres services le cas échéant.

Recommandation 11

Utiliser les possibilités offertes par les services de santé génésique pour repérer et aider les femmes maltraitées et dispenser des services d'appui ou d'orientation-recours

L'offre et l'utilisation généralisée des services de santé génésique (y compris les soins prénatals, les services de planification familiale, les soins post-avortement et les services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles) dans la plupart des pays font que ces services sont bien placés pour repérer les femmes maltraitées et leur proposent des services d'appui ou d'orientation-recours. Cependant, si les dispensateurs ne sont pas informés et ne sont pas prêts à prendre en charge la violence et la coercition, ils ne seront pas capables de promouvoir efficacement la santé génésique et sexuelle des femmes.

Les professionnels de santé génésique devraient être sensibilisés et formés à reconnaître la violence, surtout pendant et après la grossesse, et à réagir de manière adéquate. Repérer les cas ne suffit pas, il faut mettre en place des protocoles et des systèmes d'orientation-recours pour faire en sorte que des soins et des services appropriés de suivi et d'appui soient proposés. Là où les ressources manquent et où il n'est pas possible de transférer les cas, le personnel de santé devrait au minimum être conscient du problème et fournir des informations sur les possibilités de conseil et d'aide juridique, et transmettre des messages soulignant que la violence, qui est un problème très répandu, doit être condamnée. Là où les services prénatals associent les partenaires masculins aux cours de préparation à la naissance ou activités similaires, on pourra envisager d'ajouter un élément anti-violence à ces activités pour tenter de modifier les attitudes masculines et de prévenir la violence.

Aider les femmes confrontées à la violence

Recommandation 12

Renforcer les systèmes d'appui formels et informels pour les femmes confrontées à la violence

L'étude a constaté que peu de femmes sollicitaient de l'aide et un appui auprès de services de soutien ou institutions officielles (travailleurs sociaux, conseillers, refuges pour femmes battues, par exemple). Cela s'explique par divers facteurs, l'un des plus importants étant tout simplement l'absence de services de ce type, en particulier en milieu rural. En outre, de nombreuses femmes ne pensaient pas que les services et autorités existants les écouterait avec sensibilité ou impartialité, ou pourraient remédier à leur situation. Cela montre bien qu'il faut améliorer les services d'appui afin que les femmes puissent y parler en toute sécurité de leur expérience de la violence.

Si les services officiels proposés par les institutions sanitaires ou judiciaires devraient être élargis ou améliorés, d'autres modèles de prestation de services devraient également être envisagés sur la base des sources existantes d'appui informel auxquelles les femmes font souvent appel. On pourrait sensibiliser les chefs religieux et autres personnalités locales respectées et les encourager à participer davantage à cet appui, ou même à accorder un refuge temporaire aux femmes maltraitées. Il faudrait s'efforcer de les former aux problèmes en cause en expliquant la nature sexospécifique (les facteurs liés au genre) du problème et l'ostracisme qui l'entoure, les questions de procédure telles que la confidentialité et les complexités de l'action face à la violence exercée par des partenaires.

Puisque les femmes maltraitées sont plus susceptibles de rechercher de l'aide auprès de réseaux informels d'amis, de parents ou de voisins, il serait utile de renforcer ces réseaux informels pour que, si les femmes font appel à leurs amis ou à des parents, ceux-ci soient mieux en mesure de les écouter avec sympathie. Des activités organisées avec les médias pour souligner l'étendue de la violence et mettre en lumière le rôle des amis, des voisins ou des parents, ainsi que des interventions visant à réduire la stigmatisation sociale qui entoure la violence peuvent aider à apporter des solutions plus constructives.

Sensibiliser les systèmes judiciaires

Recommandation 13

Sensibiliser les systèmes judiciaires aux besoins particuliers des femmes victimes de la violence

Tous les membres des systèmes judiciaires (services de police, enquêteurs, personnels médico-légaux, avocats, juges, etc.) devraient être formés et incités à tenir compte des besoins particuliers et des priorités des femmes maltraitées, notamment de celles qui subissent des violences de la part d'un partenaire ou d'un ex-partenaire. Les personnes chargées d'enquêter sur les allégations de violence à l'égard des femmes devraient être formées à l'utilisation des techniques médico-légales de recherche de preuves, en particulier dans le cas d'allégations de viol et de violence sexuelle, dans le respect et l'objectivité. La recherche de preuves devrait s'inscrire dans un ensemble de soins comprenant le conseil et le traitement.

Il faudrait revoir entièrement les systèmes judiciaires dans leur ensemble pour faire en sorte que les femmes qui saisissent la justice et demandent protection soient traitées convenablement et avec professionnalisme. Les personnes chargées d'administrer le système judiciaire, et notamment la police, ne devraient pas saper la position des plaignantes en se rangeant du côté de l'agresseur, en mettant en doute les propos des victimes ou en les dénigrant. L'idéal serait d'apporter un soutien aux plaignantes.

Les lois concernant les violences et agressions partent souvent du principe que l'auteur des faits et la victime ne se connaissent pas, ce qui est de moins en moins vrai lorsqu'il s'agit de violence à l'égard des femmes. Il se peut que les femmes entretiennent encore des liens affectifs avec un partenaire malgré la violence de celui-ci, et son emprisonnement peut compromettre les moyens de subsistance de la femme et de ses enfants. Une approche coordonnée du système judiciaire et une protection appropriée du droit civil sont nécessaires pour garantir que la sécurité des femmes est la considération primordiale. Des condamnations plus souples ou un choix de sanctions devraient être envisagés si possible pour éviter que les faits se reproduisent.

Soutenir la recherche et la collaboration

Recommandation 14

Soutenir de nouvelles recherches sur les causes et les conséquences de la violence à l'égard des femmes et sur les mesures de prévention efficaces

Dans certains pays, l'on ne dispose que de peu de données sur la violence à l'égard des femmes. Il faudrait d'urgence effectuer de nouvelles recherches destinées à mesurer l'ampleur du problème de la violence à l'égard des femmes dans des pays ou contextes déterminés comme point de départ plus solide de la sensibilisation et de l'action. Il faudrait par ailleurs étudier les causes de la violence à l'égard des femmes dans différentes cultures et différentes situations. Ces recherches devraient viser à mieux comprendre à la fois les facteurs de risque et les facteurs de protection, en se concentrant en particulier sur la définition des facteurs clés qui pourraient donner lieu à des interventions. Une analyse ultérieure de la base de données établie grâce à cette étude devrait contribuer à mieux faire comprendre les déterminants des différences aussi bien à l'intérieur des pays et sites qu'entre eux.

Il faudrait effectuer des recherches sur les attitudes et croyances masculines qui contribuent à alimenter la violence exercée par les partenaires si l'on veut appréhender globalement le problème. Des recherches longitudinales devraient également être effectuées sur l'évolution du comportement violent des partenaires intimes dans le temps, en étudiant si et en quoi celle-ci diffère de l'évolution d'autres comportements violents.

Des recherches plus poussées destinées à faciliter la conception et la fourniture des interventions manquantes doivent être accompagnées d'une recherche évaluative sur les effets à court et à long terme des programmes destinés à prévenir ou à traiter la violence exercée par des partenaires – y compris les programmes scolaires, les changements juridiques ou au plan des politiques, les services dispensés aux victimes de la violence, les programmes visant les auteurs d'actes de violence et les campagnes visant à changer les normes sociales. À cet égard, le Manuel de

l'OMS pour la documentation des programmes de prévention de la violence interpersonnelle (*Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes*) (29) fournit des indications utiles pour la collecte systématique, à partir de différentes situations, d'informations sur les programmes de prévention de la violence interpersonnelle. En définitive, le but est de recenser les interventions efficaces et prometteuses et de faire connaître les résultats afin de favoriser une extension de ces efforts.

Recommandation 15

Améliorer l'appui aux programmes visant à réduire et à traiter la violence à l'égard des femmes

Si nombre de mesures recommandées ici sont relativement peu coûteuses, les pays qui manquent de ressources doivent lutter pour maintenir leurs systèmes de santé publique et leurs services sociaux. Les nouveaux programmes et activités destinés à lutter contre la violence viendront concurrencer toute une série de priorités urgentes pour les gouvernements appelés à les financer. Même s'il existe une volonté politique, il sera peut-être difficile de la concrétiser sans un financement supplémentaire. Les donateurs internationaux, les organismes de développement et les organisations non gouvernementales devraient donc être prêts à fournir l'appui technique et financier nécessaire à la mise en place de propositions concrètes et bien conçues par les gouvernements nationaux et les homologues chargés du développement (en particulier les groupes de femmes) soucieux de prévenir la violence à l'égard des femmes, de dispenser des services aux femmes maltraitées ou de réduire les inégalités entre les sexes.

Les bailleurs de fonds et les organisations internationales doivent soutenir les efforts de recherche sur cette question et favoriser la collaboration pays et Régions.

Enfin, si l'objectif ultime consiste à prévenir et en fin de compte à éliminer toutes les formes de violence, y compris la violence à l'égard des femmes, l'objectif immédiat est d'apporter un soutien et d'offrir des choix aux femmes qui vivent dans des situations de violence ou qui ont souffert d'une forme quelconque de violence.

Bibliographie

1. *Violence against women: WHO Consultation, Geneva, 5-7 February 1996*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document FRH/WHD/96.27 ; disponible à l'adresse suivante : http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH_WHD_96.27.pdf, consulté le 18 mars 2005).
2. **Krug EG et al.** *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
3. **Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M.** *Ending violence against women*. Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Johns Hopkins University Press, 1999.
4. **Campbell J et al.** Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 2002, 162:1157-1163.
5. **Gazmararian JA et al.** The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns. The PRAMS Working Group. *Obstetrics and Gynecology*, 1995, 85:1031-1038.
6. **Golding J.** Sexual assault history and women's reproductive and sexual health. *Psychology of Women Quarterly*, 1996, 20:101-121.
7. *Rapport de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes*. Beijing, 4-15 septembre 1995. New York, Organisation des Nations Unies, 1995 (document A/CONF.177/20).
8. **Koss M.** Detecting the scope of rape. A review of prevalence research methods. *Journal of interpersonal violence*, 1993, 8:93-103.
9. **Jansen HAFM et al.** Interviewer training in the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Violence Against Women*, 2004, 10:831-849.
10. **Watts C. et al.** *Priorité aux femmes : Principes d'éthique et de sécurité recommandés pour les recherches sur les actes de violence familiale à l'égard des femmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.1 ; disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/gender/documents/en/Priorite_femmes.pdf, consulté le 18 mars 2005).
11. **Heise L.** Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4:262-290.
12. **Belsky J.** Child maltreatment: an ecological integration. *The American Psychologist*, 1980, 35:320-335.
13. **Jones A et al.** Annual and lifetime prevalence of partner abuse in a sample of female HMO enrollees. *Women's Health Issues*, 1999, 9:295-305.
14. **Tjaden P, Thoennes N.** *Extent, nature and consequences of intimate partner violence: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC, National Institute of Justice, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
15. **Johnson M.** Conflict and control: images of symmetry and asymmetry in domestic violence. In: Booth A, Crouter A, Clements M. *Couples in conflict*. Hillsdale, New Jersey (Etats-Unis d'Amérique), Lawrence Erlbaum, 2000.
16. **Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C.** Sexual violence. In: Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
17. **McDonough P et al.** Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989. *American Journal of Public Health*, 1997, 87:1476-1483.
18. **Sorlie PD, Backlund E, Keller JB.** US mortality by economic, demographic, and social characteristics: the National Longitudinal Mortality Study. *American Journal of Public Health*, 1995, 85:949-956.
19. **Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P.** Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*, 2004, 10:770-789.
20. **Rose L, Campbell J, Kub J.** The role of social support and family relationships in women's responses to battering. *Health Care for Women International*, 2000, 21:27-29.
21. **Landenburger K.** A process of entrapment in and recovery from an abusive relationship. *Issues in Mental Health Nursing*, 1989, 10:209-227.
22. **Dutton MA.** Battered women's strategic response to violence: the role of context. In: Edelson JL, Eiskovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. Londres, Sage Publications, 1996.
23. **Kishor S, Johnson K.** Profiling domestic violence: a multi-country study. Calverton, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), ORC MACRO, Measure DHS+, 2004.
24. *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement*. Le Caire, Egypte. 5-13 septembre 1994. New York, Organisation des Nations Unies, 1994 (document A/CONF.171/13).
25. *Déclaration du Millénaire de l'Organisation des Nations Unies*. Résolution de l'Assemblée générale, Cinquante-cinquième session, document A/RES/55/2, Chapitre III, paragraphe 11, septembre 2000.
26. **Ellsberg MC, Heise L.** *Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists*. Washington, DC et Genève, PATH/Organisation mondiale de la Santé, sous presse.
27. **Holder Y et al.** Lignes directrices pour la surveillance des traumatismes. Atlanta, Géorgie, Centers for Disease Control and Prevention, et Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
28. **Division de la Promotion de la Femme.** *Violence against women: a statistical overview, challenges and gaps in data collection and methodology and approaches for overcoming them*. Réunion d'un groupe d'experts, DAW, CEE et OMS. Genève, 11-14 avril, 2005 (www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-stat-2005).
29. **OMS.** *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.



“ Après avoir su que j’étais enceinte, il a changé. Plus de mots doux et aimables de sa part ... Il me frappait et me jetait des objets. Il a voulu me tuer. Une fois il a soulevé une table et l’a jetée sur moi ... j’ai survécu. Plus tard cette nuit, nous nous sommes disputés. Il a utilisé un balai pour me frapper plusieurs fois. J’avais des bleus partout. J’ai ressenti une si grande douleur que je n’avais jamais éprouvée auparavant ... ”

Femme interviewée en Thaïlande



“ Je prends donc une couverture et passe la nuit dehors dans le froid avec mes enfants parce qu’il me frappe trop et je dois prendre les gosses pour l’empêcher également de les frapper. Je monte au sommet de la montagne et dors là toute la nuit. J’ai déjà fait ça plus de dix fois ... ”

Femme interviewée au Pérou