

**CHAPITRE 6**

# La violence sexuelle



## Contexte

La violence sexuelle existe partout dans le monde. Bien que, dans la plupart des pays, peu de recherches soient consacrées au problème, les données dont nous disposons donnent à penser que, dans certains endroits, près d'une femme sur quatre subit probablement des violences sexuelles de la part d'un partenaire intime (1-3) et un tiers des adolescentes déclarent avoir subi une initiation sexuelle forcée (4-6).

La violence sexuelle a de profondes répercussions sur la santé physique et mentale de la victime. Outre les traumatismes physiques, elle est associée à un risque accru de nombreux problèmes de santé sexuelle et génésique, dont les conséquences se font sentir immédiatement, mais aussi des années après l'agression (4, 7-16). Les conséquences pour la santé mentale sont tout aussi graves que les conséquences physiques et peuvent aussi durer très longtemps (17-24). La mortalité associée à la violence sexuelle peut être due à un suicide, à l'infection à VIH ou à un homicide, soit pendant l'agression en cas de viol avec homicide, soit plus tard dans les « crimes d'honneur » (26). La violence sexuelle peut aussi influencer profondément sur le bien-être social des victimes. Ainsi, certaines victimes sont stigmatisées et mises au ban de la société par leur famille et par d'autres personnes (27, 28).

L'agresseur peut retirer du plaisir de rapports sexuels imposés, mais l'objectif sous-jacent est souvent l'expression d'un pouvoir et d'une domination sur la personne agressée. Souvent, les hommes qui obligent leur épouse à avoir des rapports sexuels pensent agir légitimement parce qu'ils sont mariés avec cette femme.

Le viol de femmes et d'hommes, qui est souvent utilisé comme arme de guerre, comme forme d'attaque contre l'ennemi, caractérise la conquête et l'aviilissement des femmes ou des combattants capturés (29). Il peut aussi servir à punir des femmes qui ont transgressé des codes sociaux ou moraux, par exemple, ceux qui interdisent l'adultère ou l'ivresse en public. Il arrive aussi que des hommes et des femmes soient violés alors qu'ils sont en garde à vue ou en prison.

La violence sexuelle peut être dirigée contre les hommes et les femmes, mais le présent chapitre portera essentiellement sur les diverses formes de violence sexuelle dont sont victimes les femmes, ainsi que sur les violences sexuelles que subissent les jeunes filles aux mains d'autres personnes que leur tuteur ou soignant.

## Définition de la violence sexuelle

La violence sexuelle se définit comme suit :

Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail.

La coercition vise le recours à la force à divers degrés. En dehors de la force physique, l'agresseur peut recourir à l'intimidation psychologique, au chantage ou à d'autres menaces – par exemple, la menace de blessures corporelles, de renvoi d'un emploi ou de ne pas obtenir un emploi recherché. La violence sexuelle peut survenir alors que la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement parce qu'elle est ivre, droguée, endormie ou incapable mentalement de comprendre la situation, par exemple.

La violence sexuelle comprend le *viol*, qui se définit ainsi : acte de pénétration, même légère, de la vulve ou de l'anus imposé notamment par la force physique, en utilisant un pénis, d'autres parties du corps ou un objet. Il y a *tentative de viol* si l'on essaie de commettre un tel acte. Lorsqu'il y a viol d'une personne par deux ou plusieurs agresseurs, on parle de *viol collectif*.

La violence sexuelle peut comprendre d'autres formes d'agression dans lesquelles intervient un organe sexuel, notamment le contact imposé entre la bouche et le pénis, la vulve ou l'anus.

## Formes et contextes de la violence sexuelle

Divers actes de violence sexuelle peuvent se produire dans différentes situations et différents contextes, dont ceux-ci :

- le viol dans le mariage ou commis par un petit ami ;
- le viol commis par des étrangers ;
- le viol systématique pendant les conflits armés ;
- des avances sexuelles importunes ou du harcèlement sexuel, y compris le fait d'exiger des relations sexuelles contre des faveurs ;
- la violence sexuelle à l'encontre de handicapés physiques ou mentaux ;
- la violence sexuelle exercée contre des enfants ;
- le mariage ou la cohabitation forcé, y compris le mariage d'enfants ;
- la négation du droit d'utiliser la contraception ou de se protéger contre des maladies sexuellement transmissibles ;
- l'avortement forcé ;
- les actes de violence contre l'intégrité sexuelle des femmes, y compris la mutilation génitale féminine et les inspections imposées pour s'assurer de la virginité ;
- la prostitution forcée et la traite d'êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle.

Il n'existe pas de définition universellement acceptée de la traite d'êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle. On désigne par cette expression le déplacement organisé de personnes, habituellement des femmes, entre des pays ou à l'intérieur de pays aux fins de travail sexuel. Cette traite comprend également le fait de contraindre un migrant à se soumettre à un acte sexuel en

contrepartie d'une autorisation d'émigrer ou de dispositions pour sa migration.

La traite d'êtres humains à des fins sexuelles utilise la force physique, la tromperie et la servitude qui découle d'un endettement forcé. Dans la traite de femmes et d'enfants, par exemple, les victimes s'entendent souvent promettre du travail comme domestique ou dans l'industrie des services, mais en fait, elles sont emmenées dans des bordels où leur passeport et autre pièce d'identité sont confisqués. Il arrive qu'elles soient battues et enfermées, et on leur promet parfois la liberté une fois qu'elles auront gagné – en se prostituant – le prix de leur achat ainsi que leurs frais de visa et de voyage (30–33).

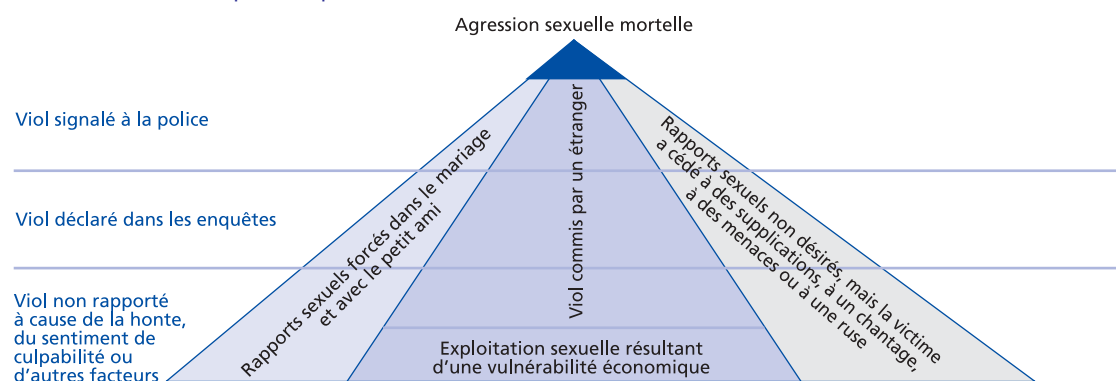
## Ampleur du problème

### Sources de données

Habituellement, les données sur la violence sexuelle viennent de la police, du milieu clinique, d'organisations non gouvernementales, d'enquêtes et d'études. On peut considérer que ces sources ne permettent de voir que la partie émergée de l'iceberg qu'est le problème mondial de la violence sexuelle (34) (voir figure 6.1). La pointe visible représente les cas signalés à la police. Une partie plus importante peut être révélée par des enquêtes et autre recherche et par le travail des organisations non gouvernementales. Mais sous la surface, demeure une partie du problème importante, quoique non quantifiée.

FIGURE 6.1

Violence sexuelle : l'ampleur du phénomène



En général, la violence sexuelle est un domaine de recherche négligé. Les données disponibles sont insuffisantes et fragmentées. Ainsi, les données de la police sont souvent incomplètes et limitées. Beaucoup de femmes ne signalent pas les violences sexuelles dont elles sont victimes à la police parce qu'elles ont honte, qu'elles ont peur qu'on leur dise que c'est de leur faute, qu'on ne les croit pas ou qu'on les maltraite. Quant aux données des centres médico-légaux, elles risquent de porter surtout sur les cas d'agression sexuelle plus violents. La proportion de femmes qui s'adressent aux services médicaux pour des problèmes immédiats liés à des violences sexuelles est elle aussi assez minime.

Bien que l'on ait beaucoup progressé ces dix dernières années dans l'évaluation du phénomène par le biais de la recherche et d'enquêtes, les définitions utilisées varient considérablement d'une étude à l'autre. On note également des différences importantes entre les cultures dans la volonté de parler de violence sexuelle aux chercheurs. Il faut donc se montrer prudent lorsque l'on fait des comparaisons mondiales de la prévalence de la violence sexuelle

### Estimation de la violence sexuelle

Des enquêtes sont menées auprès des victimes de crimes dans de nombreuses villes et de nombreux pays, en utilisant une méthodologie commune pour faciliter les comparaisons, et on y trouve généralement des questions sur la violence sexuelle. Le tableau 6.1 résume les données des enquêtes sur la prévalence des agressions sexuelles au cours des cinq années précédentes (35, 36). D'après ces études, le pourcentage de femmes qui déclarent

TABLEAU 6.1

Pourcentage de femmes âgées de 16 ans et plus qui déclarent avoir été victimes d'une agression sexuelle dans les cinq années précédentes, sélection de villes, 1992–1997

Pays	Population étudiée	Année	Taille de l'échantillon	Proportion de femmes (âgée de 16 ans et plus) victimes d'agression sexuelle dans les cinq années précédentes (%)
<b>Afrique</b>				
Botswana	Gaborone	1997	644	0,8
Egypte	Le Caire	1992	1000	3,1
Afrique du Sud	Johannesburg	1996	1006	2,3
Tunisie	Métropole de Tunis	1993	1087	1,9
Ouganda	Kampala	1996	1197	4,5
Zimbabwe	Harare	1996	1006	2,2
<b>Amérique latine</b>				
Argentine	Buenos Aires	1996	1000	5,8
Bolivie	La Paz	1996	999	1,4
Brésil	Rio de Janeiro	1996	1000	8,0
Colombie	Bogotá	1997	1000	5,0
Costa Rica	San José	1996	1000	4,3
Paraguay	Asunción	1996	587	2,7
<b>Asie</b>				
Chine	Beijing	1994	2000	1,6
Inde	Bombay	1996	1200	1,9
Indonésie	Jakarta et Surabaya	1996	1400	2,7
Philippines	Manille	1996	1500	0,3
<b>Europe de l'Est</b>				
Albanie	Tirana	1996	1200	6,0
Hongrie	Budapest	1996	756	2,0
Lituanie	Điauliai, Kaunas, Klaipėda, Panevėžys, Vilnius	1997	1000	4,8
Mongolie	Oulan-Bator, Zuunmod	1996	1201	3,1

Source : références 35 et 36.

avoir été victimes d'agressions sexuelles va de moins de 2 % dans des endroits comme La Paz, en Bolivie (1,4 %), Gaborone, au Botswana (0,8 %), Beijing, en Chine (1,6 %), et Manille, aux Philippines (0,3 %), à 5 % ou plus à Tirana, en Albanie (6,0 %), Buenos Aires, en Argentine (5,8 %), Rio de Janeiro, au Brésil (8,0 %) et Bogota, en Colombie (5,0 %). Il est à noter que l'on ne fait aucune distinction dans ces chiffres entre les viols commis par des étrangers et ceux commis par des partenaires intimes. Généralement, les enquêtes qui ne font pas cette distinction ou celles qui ne prennent en considération que les viols commis par des étrangers sous-estiment sensiblement la prévalence de la violence sexuelle (34).

En dehors des enquêtes sur la criminalité, quelques enquêtes portant sur des échantillons représentatifs interrogent les femmes sur la violence sexuelle. Par exemple, dans une enquête nationale réalisée aux Etats-Unis, 14,8 % des femmes de plus de 17 ans déclarent avoir été violées, à quoi s'ajoutent 2,8 % de femmes victimes de tentatives de viol, et 0,3 % des femmes de l'échantillon affirment avoir été violées dans l'année précédant l'enquête (37). Une autre enquête effectuée auprès d'un échantillon représentatif de femmes âgées de 18 à 49 ans dans trois provinces d'Afrique du Sud conclut qu'au cours de l'année écoulée, 1,3 % des femmes ont été contraintes, physiquement ou par des menaces verbales, d'avoir des relations sexuelles non consensuelles (34). Dans une enquête réalisée en République tchèque sur un échantillon représentatif de l'ensemble de la population âgée de plus de 15 ans (38), 11,6 % des femmes déclarent qu'on leur a déjà imposé des contacts sexuels et 3,4 % que cela s'est produit plus d'une fois, la forme la plus courante de contact étant des rapports vaginaux.

### **Violence sexuelle exercée par des partenaires intimes**

Dans beaucoup de pays, une proportion importante de femmes qui sont victimes de violence physique le sont également de violences sexuelles. Au Mexique et aux Etats-Unis, les études estiment qu'entre 40 % et 52 % des femmes brutalisées par un partenaire intime sont également contraintes d'avoir des rapports sexuels par ce même partenaire (39, 40). Parfois, la violence sexuelle ne s'accompagne pas de violence physique (1). Dans l'Etat indien de l'Uttar Pradesh, sur un échantillon représentatif de plus de 6 000 hommes, 7 % déclarent avoir usé de violence physique et sexuelle à l'encontre de leur épouse, 22 % affirment utiliser la violence sexuelle sans violence physique et 17 % reconnaissent avoir recouru à la violence physique seule (41).

Le tableau 6.2 résume une partie des données disponibles sur la prévalence de la coercition sexuelle exercée par des partenaires intimes (1-3, 37, 42-53). Les conclusions de ces études montrent qu'il n'est ni rare ni particulier à une région du

monde que des partenaires intimes commettent des agressions sexuelles. Ainsi, 23 % des femmes du North London, en Angleterre, déclarent avoir déjà été victimes d'un viol ou d'une tentative de viol de la part d'un partenaire. On arrive à des chiffres similaires à Guadalajara, au Mexique (23,0 %), à León, au Nicaragua (21,7 %), à Lima, au Pérou (22,5 %) et dans la province des Midlands, au Zimbabwe (25,0 %). La prévalence des agressions sexuelles commises contre des femmes par des partenaires intimes, y compris les tentatives d'agression, est également évaluée dans quelques enquêtes nationales. Ainsi, elle est estimée à 8,0 % au Canada, à 14,2 % en Angleterre, Pays de Galles et Ecosse (combinés), à 5,9 % en Finlande, à 11,6 % en Suisse et à 7,7 % aux Etats-Unis.

### **Initiation sexuelle forcée**

Un nombre croissant d'études, tout particulièrement en Afrique sub-saharienne, montrent que la première expérience sexuelle des jeunes filles est souvent non désirée ou imposée. Ainsi, il ressort d'une enquête cas-témoins portant sur 191 adolescentes (âge moyen : 16,3 ans) patientes d'un centre de consultations prénatales du Cap, en Afrique du Sud, et 353 adolescentes non enceintes du même âge et du même quartier ou de la même école, que 31,9 % des cas de l'étude et 18,1 % du groupe témoin déclarent que la force a été employée pendant leur initiation sexuelle. A la question de savoir quelles seraient les conséquences si elles refusaient d'avoir des relations sexuelles, 77,9 % des jeunes filles de l'échantillon étudié et 72,1 % de celles du groupe témoin répondent avoir peur d'être battues si elles refusent d'avoir des relations sexuelles (4).

Beaucoup d'études portant sur des jeunes femmes et des jeunes hommes font état d'initiation sexuelle imposée et de coercition pendant l'adolescence (voir tableau 6.3 et encadré 6.1). Lorsque l'échantillon des études comprend des hommes et des femmes, la prévalence des viols et de la coercition sexuelle déclarés est plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes (5, 6, 54-60). Par exemple, dans une étude réalisée dans les Caraïbes, près de la moitié des adolescentes

TABLEAU 6.2

Pourcentage de femmes adultes se déclarant victimes de la violence sexuelle exercée par un partenaire intime, sélection d'enquêtes de population, 1989–2000

Pays	Population étudiée	Année de l'étude	Taille de l'échantillon	Pourcentage de femmes agressées dans les 12 derniers mois :		
				tentative de rapports sexuels forcés ou rapports forcés (%)	Tentative de rapports sexuels forcés ou rapports forcés (%)	Rapports sexuels forcés (%)
Brésil <sup>a</sup>	Sao Paulo	2000	94 <sup>a</sup>	2,8	10,1	
	Pernambuco	2000	1 188 <sup>a</sup>	5,6	14,3	
Canada	Nationale	1993	12 300		8,0	
	Toronto	1991--1992	420		15,3 <sup>a</sup>	
Chili	Santiago	1997	310	9,1		
Finlande	Nationale	1997--1998	7 051	2,5	5,9	
Japon <sup>a</sup>	Yokohama	2000	1 287 <sup>a</sup>	1,3	6,2	
Indonésie	Centre de Java	1999--2000	765	13,0		22,0
Mexique	Durango	1996	384	15,0	42,0	
	Guadalajara	1996	650		23,0	
Nicaragua	León	1993	360	17,7	21,7	
	Managua	1997	378			
Pérou <sup>b</sup>	Lima	2000	1 086 <sup>b</sup>	7,1	22,5	
	Cuzco	2000	1 534 <sup>b</sup>	22,9	46,7	
Porto Rico	Nationale	1993--1996	7 079			5,7 <sup>a</sup>
Suède	Teg, Umeå	1991	251		7,5 <sup>c</sup>	
Suisse	Nationale	1994--1995	1 500		11,6	
Thaïlande <sup>a</sup>	Bangkok	2000	1 051 <sup>a</sup>	17,1	29,9	
	Nakorsawan	2000	1 027 <sup>a</sup>	15,6	28,9	
Turquie	Anatolie de l'Est et du Sud-Est	1998	599			51,9 <sup>a</sup>
Royaume-Uni	Angleterre, Ecosse et Pays de Galles	1989	1 007	6,0 <sup>a</sup>	23,0 <sup>a</sup>	14,2 <sup>d</sup>
	North London, Angleterre	1993	430			
Etats-Unis	Nationale	1995--1996	8 000	0,2 <sup>a</sup>	7,7 <sup>a</sup>	
Cisjordanie et Gaza	Palestiniens	1995	2 410	27,0		
Zimbabwe	Province des Midlands	1996	966		25,0	

Source : références 1–3, 37 et 42–53.

<sup>a</sup> Résultats préliminaires de l'étude OMS multipays sur la santé des femmes et la violence domestique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (non publiée). La taille de l'échantillon déclarée est le dénominateur du taux de prévalence et pas la taille totale de l'échantillon de l'étude.

<sup>b</sup> L'échantillon comprenait des femmes qui n'avaient jamais eu de relation et qui ne risquaient donc pas d'être agressées par un partenaire intime.

<sup>c</sup> Les agresseurs étaient apparemment les époux, les petits amis ou des connaissances.

<sup>d</sup> Estimation pondérée; le taux de prévalence non pondéré était de 13,9 %.

sexuellement actives déclarent que leurs premiers rapports sexuels étaient imposés, comparé au tiers des adolescents (60). A Lima, au Pérou, le pourcentage de jeunes femmes qui déclarent que leur initiation sexuelle leur a été imposée est près de quatre fois supérieur à celui des jeunes gens dans le même cas (40 % contre 11 %, respectivement) (56).

### Viols collectifs

Dans de nombreuses régions du monde, on signale couramment des viols auxquels participent deux agresseurs au moins. L'information systématique sur l'ampleur du problème est cependant insuffisante. A Johannesburg, en Afrique du Sud, des études de surveillance portant sur des femmes patientes de centres médico-légaux après un viol

TABLE 6.3

Pourcentage d'adolescents déclarant avoir vécu une initiation sexuelle forcée, sélection d'enquêtes de population, 1993–1999

Pays ou région	Population étudiée	Année	Echantillon		Pourcentage déclarant que les premiers rapports sexuels étaient forcés (%)	
			Taille <sup>a</sup>	Groupe d'âge (ans)	Filles	Garçons
Cameroun	Bamenda	1995	646	12–25	37,3	29,9
Caraïbes	Neuf pays <sup>b</sup>	1997–1998	15 695	10–18	47,6 <sup>c</sup>	31,9 <sup>c</sup>
Ghana	Trois villes	1996	750	12–24	21,0	5,0
Mozambique	Maputo	1999	1 659	13–18	18,8	6,7
Nouvelle-Zélande	Dunedin	1993–1994	935	Cohorte de naissance <sup>d</sup>	7,0	0,2
Pérou	Lima	1995	611	16–17	40,0	11,0
Afrique du Sud	Transkei	1994–1995	1 975	15–18	28,4	6,4
République-Unie de Tanzanie	Mwanza	1996	892	12–19	29,1	6,9
Etats-Unis	Nationale	1995	2 042	15–24	9,1	—

Source : références 5, 6 et 54–60.

<sup>a</sup> Nombre total d'adolescents dans l'étude. Les taux reposent sur le nombre d'adolescents qui ont eu des rapports sexuels.

<sup>b</sup> Antigua, Bahamas, Barbade, Iles Vierges britanniques, Dominique, Grenade, Guyana, Jamaïque et Sainte-Lucie.

<sup>c</sup> Pourcentage d'adolescents répondant que leurs premiers rapports sexuels étaient forcés ou "plutôt" forcés.

<sup>d</sup> Etude longitudinale d'une cohorte née en 1972–1973. Les sujets ont été interrogés à 18 ans puis de nouveau à 21 ans sur leur comportement sexuel courant et passé.

constatent que dans un tiers des cas, il s'agit de victimes de viols collectifs (61). Aux Etats-Unis, les données nationales sur le viol et les agressions sexuelles révèlent que dans une agression sexuelle sur dix environ, il y a plusieurs agresseurs. La plupart de ces agressions sont commises par des personnes que la victime ne connaît pas (62). Cependant, ce schéma diffère de celui que l'on trouve en Afrique du Sud, où les petits amis participent souvent à des viols collectifs.

### Traite de femmes et d'enfants à des fins sexuelles

Tous les ans, des centaines de milliers de femmes et de fillettes dans le monde sont achetées et vendues aux fins de prostitution ou d'esclavage sexuel (30–32, 63, 64). Il ressort d'une étude réalisée au Kirghizistan qu'en 1999, environ 4 000 personnes ont été victimes de la traite d'êtres humains dans ce pays, les principales destinations étant la Chine, l'Allemagne, le Kazakhstan, la Fédération de Russie, la Turquie et les Emirats arabes unis. Parmi ces personnes, 62 % déclarent être forcées à travailler sans être payées, tandis que plus de 50 % affirment être brutalisées ou torturées par leurs employeurs (31). Dans un rapport, l'Organisation mondiale contre la torture (OMCT) explique que plus de

200 000 Bangladeshis ont été victimes de la traite des femmes entre 1990 et 1997 (65). Quelque 5 000 à 7 000 femmes et fillettes népalaises sont vendues illégalement en Inde chaque année, et il est aussi question de traite des Thaïlandaises au Japon (32). Il y a aussi un phénomène de traite des femmes à l'intérieur de certains pays, souvent entre les zones rurales et les villes.

L'Amérique du Nord est également une destination importante de la traite internationale. Il ressort d'une étude réalisée sous les auspices de la Central Intelligence Agency (CIA) qu'environ 45 000 à 50 000 femmes et enfants sont victimes chaque année de traite à destination des États-Unis (63). Entre 1996 et 1999, le Département de la Justice des Etats-Unis a engagé des poursuites dans plus de 150 cas de traite d'êtres humains (63). Le problème existe également en Europe. Dans une de ses études, l'Organisation internationale pour les migrations estime que de 10 % à 15 % des prostituées connues en l'an 2000 en Belgique avaient été vendues de force depuis un pays étranger (30). En Italie, il ressort d'une étude portant sur 19 000 à 25 000 prostituées étrangères que 2 000 d'entre elles étaient victimes de la traite d'êtres humains (66). La plupart de ces femmes étaient âgées de moins de 25 ans et beaucoup

**ENCADRE 6.1****La violence sexuelle contre les hommes et les garçons**

La violence sexuelle contre les hommes et les garçons est un problème important. Exception faite de la violence sexuelle subie pendant l'enfance, cependant, elle est dans une large mesure négligée dans la recherche. Le viol et d'autres formes de coercition sexuelle dirigés contre les hommes et les garçons se produisent dans divers endroits, y compris au foyer, en milieu de travail, à l'école, dans la rue, dans l'armée et pendant les guerres, ainsi que dans les prisons et pendant les gardes à vue.

Dans les prisons, des rapports sexuels forcés se produisent parfois entre détenus pour établir des hiérarchies de respect et de discipline. Dans beaucoup de pays, on signale également des violences sexuelles perpétrées par des gardiens de prison, des policiers et des soldats. Ainsi, il arrive que l'on contraigne des prisonniers à avoir des rapports sexuels avec d'autres comme forme de « divertissement » ou avec des agents ou des responsables. Ailleurs, des hommes qui ont des rapports homosexuels sont « punis », en étant violés, car leur comportement est perçu comme transgressant les normes sociales.

**Ampleur du problème**

Les études, réalisées pour la plupart dans des pays développés, montrent que de 5 % à 10 % des hommes déclarent avoir été victimes de violence sexuelle pendant l'enfance. Dans les rares études de population réalisées auprès d'adolescents dans des pays en développement, le pourcentage de garçons qui déclarent avoir été victimes d'agression sexuelle va de 3,6 % en Namibie à 13,4 % en République-Unie de Tanzanie et 20 % au Pérou. Les études menées dans des pays industrialisés comme en développement révèlent également qu'il n'est pas rare que les premiers rapports sexuels soient forcés. On dispose malheureusement de peu de statistiques fiables sur le nombre de garçons et d'hommes violés dans des endroits comme les écoles, les prisons et les camps de réfugiés.

La plupart des experts pensent que les statistiques officielles sous-estiment grandement le nombre d'hommes victimes de viol. Les faits donnent à penser que les hommes victimes d'agressions s'adresseront encore moins probablement que les femmes aux autorités. Cela tient notamment à la honte, au sentiment de culpabilité et à la peur de ne pas être cru ou d'être rendu responsable de ce qui s'est passé. Des mythes et des préjugés fortement ancrés sur la sexualité masculine empêchent également les hommes de parler.

**Conséquences de la violence sexuelle**

Comme dans le cas des femmes victimes d'agression sexuelle, la recherche donne à penser que les hommes victimes d'agressions sexuelles connaîtront diverses conséquences psychologiques aussitôt après l'agression et à plus long terme, ce qui comprend un sentiment de culpabilité, la colère, l'anxiété, la dépression, le syndrome de stress post-traumatique, un dysfonctionnement sexuel, des troubles somatiques, des troubles du sommeil, un repli sur soi et des tentatives de suicide. En plus de ces réactions, des études portant sur des adolescents concluent également à une association entre le fait d'être victime de viol d'une part, et la toxicomanie, les comportements violents, le vol et l'absentéisme scolaire, d'autre part.

**Mesures de prévention et de politique**

En ce qui concerne la violence sexuelle contre les hommes, les mesures de prévention et de politique doivent reposer sur une bonne compréhension du problème, de ses causes et des circonstances dans lesquelles il se produit. Dans bien des pays, les lois ne luttent pas suffisamment contre ce phénomène. En outre, souvent, le viol d'un homme n'est pas considéré comme un crime aussi grave que le viol d'une femme.

**ENCADRE 6.1 (suite)**

Bien des considérations relatives au soutien à apporter aux femmes qui ont été violées -- y compris une compréhension du processus de rétablissement, les besoins les plus urgents après une agression et l'efficacité des services de soutien -- valent aussi pour les hommes. Certains pays ont progressé dans les mesures qu'ils prennent face aux agressions sexuelles perpétrées contre des hommes, en proposant, entre autres, des services d'assistance téléphonique spéciaux, des services de conseils socio-psychologiques et des groupes de soutien aux hommes victimes de telles agressions. Dans bien des endroits, cependant, ces services n'existent pas ou sont très limités. Ainsi, ils se concentrent principalement sur les femmes et peu, voire pas, de conseillers ont une expérience pour ce qui est de parler de leurs problèmes avec les hommes victimes d'agressions sexuelles.

Dans la plupart des pays, il reste beaucoup à faire avant que le problème de la violence sexuelle contre les hommes et les garçons soit véritablement connu et analysé, sans dénégation ou honte. Cette étape nécessaire permettra cependant de prendre des mesures de prévention plus détaillées et de mieux soutenir les victimes.

avaient entre 15 et 18 ans (30, 66). Elles étaient principalement originaires d'Europe centrale et de l'Est, notamment d'Albanie, mais aussi de Colombie, du Nigéria et du Pérou (66).

**Violence sexuelle contre les travailleurs du sexe**

Qu'ils soient victimes ou pas de la traite d'êtres humains, les travailleurs du sexe sont très exposés à la violence physique et sexuelle, en particulier quand ils travaillent dans l'illégalité (67). Une enquête menée auprès des travailleuses du sexe à Leeds, en Angleterre, ainsi qu'à Glasgow et à Edimbourg, en Ecosse, révèle que 30 % avaient été giflées ou frappées à coups de pied ou de poing par un client dans leur travail, que 13 % avaient été battues, que 11 % avaient été violées et que 22 % avaient été victimes d'une tentative de viol (68). Seules 34 % de celles qui étaient brutalisées par des clients le signalaient à la police. Il ressort d'une enquête menée auprès des travailleurs du sexe au Bangladesh que 49 % des femmes avaient été violées et 59 %, battues par la police dans le courant de l'année écoulée. Les hommes signalaient beaucoup moins de violence (69). En Ethiopie, une étude portant sur les travailleurs du sexe constate également des taux élevés de violence physique et sexuelle de la part des clients, surtout contre les enfants prostitués (70).

**Violence sexuelle à l'école, en milieu médical, dans les conflits armés et parmi les réfugiés****Ecoles**

L'école est l'endroit le plus courant où beaucoup de jeunes femmes sont victimes de coercition et de harcèlement sexuels. En 1991, dans un cas de violence extrême, 71 adolescentes ont été violées par des camarades de classe et 19 autres tuées dans un pensionnat à Meru, au Kenya (71). La majeure partie des études dans ce domaine concernent l'Afrique, mais on ne sait pas vraiment si cela reflète une prévalence particulièrement élevée du problème ou, tout simplement, le fait qu'on le remarque plus dans cette région du monde que dans d'autres.

Le harcèlement des filles par les garçons est très probablement un problème mondial. Au Canada, par exemple, 23 % des filles sont victimes de harcèlement sexuel à l'école (72). Cependant, la recherche effectuée en Afrique met en évidence le rôle des enseignants pour ce qui est de faciliter la coercition sexuelle ou de se livrer eux-mêmes à ce type de comportement. Dans un rapport, Africa Rights (28) explique avoir trouvé des cas de maîtres d'école qui sollicitaient des actes sexuels contre de bonnes notes ou le passage en classe supérieure, en République démocratique du Congo, au Ghana, au Nigéria, en Somalie, en Afrique du Sud, au Soudan,

en Zambie et au Zimbabwe. Une enquête nationale récente menée en Afrique du Sud qui comprenait des questions sur des viols subis avant l'âge de 15 ans, conclut que les maîtres d'école étaient responsables de 32 % des viols d'enfant déclarés (34). Au Zimbabwe, une étude rétrospective de cas de violence sexuelle sur enfant signalés sur huit ans (1990–1997) constate des taux élevés de violence sexuelle perpétrée par des enseignants dans des écoles primaires rurales. Bon nombre de victimes étaient des filles âgées de 11 à 13 ans, et les rapports sexuels avec pénétration étaient le type de violence sexuelle le plus fréquent (73).

### **Milieu médical**

Dans bien des endroits, on fait état de violence sexuelle contre les patients dans les établissements de santé (74–79). Une étude portant sur des médecins sanctionnés pour délit sexuel aux États-Unis, par exemple, conclut que le nombre de cas est passé de 42 en 1989 à 147 en 1996, et que la proportion de mesures disciplinaires faisant suite à de tels délits était passée parallèlement de 2,1 % à 4,4 % (76). Cependant, cette augmentation tient peut-être à ce que les victimes sont plus disposées à porter plainte.

Parmi les formes documentées de violence sexuelle contre des patientes, citons la participation du personnel médical à la pratique de la clitoridectomie en Égypte (80), des examens gynécologiques forcés et la menace d'avortements forcés en Chine (81), ainsi que des examens visant à s'assurer de la virginité de jeunes filles en Turquie (82). La violence sexuelle s'inscrit dans un problème plus vaste de violence contre des patientes perpétrée par des travailleurs de la santé que l'on signale dans un grand nombre de pays et que l'on a beaucoup négligé jusque récemment (83–87). Il est également fait état de harcèlement sexuel des infirmières par les médecins (88, 89).

### **Conflits armés et réfugiés**

Le viol est utilisé comme stratégie dans de nombreux conflits. Cela a été le cas en Corée pendant la Seconde Guerre mondiale et au Bangladesh pendant la guerre d'indépendance,

ainsi que dans divers conflits armés, comme en Algérie (90), en Inde (Cachemire) (91), en Indonésie (92), au Libéria (29), au Rwanda et en Ouganda (93). Dans certains conflits armés, par exemple, ceux du Rwanda et des États de l'ex-Yougoslavie, le viol était une stratégie délibérée visant à corrompre les liens communautaires et, donc, l'ennemi perçu, ainsi qu'un moyen de « nettoyage ethnique ». Au Timor oriental, on a parlé de violence sexuelle générale perpétrée contre les femmes par les militaires indonésiens (94).

Dans une étude réalisée à Monrovia, au Libéria, on constate que les femmes de moins de 25 ans étaient plus nombreuses que les femmes plus âgées à rapporter des tentatives de viol et des actes de coercition sexuelle subis pendant un conflit (18 % comparé à 4 %) (29). Les femmes qui étaient obligées de cuisiner pour une faction belligérante couraient des risques nettement plus grands.

Les perturbations socio-économiques qui suivent et peuvent contraindre quantité de gens à se prostituer constituent une autre conséquence inévitable des conflits armés (94), ce qui vaut aussi pour les réfugiés, qu'ils fuient des conflits armés ou des catastrophes naturelles telles que des inondations, des séismes ou des ouragans.

Les réfugiés qui fuient les conflits et d'autres situations menaçantes risquent souvent d'être violés dans leur nouvel environnement. Ainsi, d'après des données du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, parmi les « boat-people » qui fuyaient le Vietnam à la fin des années 1970 et au début des années 1980, 39 % des femmes étaient enlevées et violées par des pirates en mer, et ce chiffre est probablement sous-estimé (27). Dans beaucoup de camps de réfugiés aussi, y compris ceux installés au Kenya et en République-Unie de Tanzanie, le viol est un problème majeur (95, 96).

### **Formes de violence sexuelle dites « coutumières »**

#### **Mariage d'enfants**

Le mariage est souvent utilisé pour légitimer diverses formes de violence sexuelle contre les femmes. La coutume qui consiste à marier de jeunes enfants, et en particulier des fillettes, existe dans bon nombre

d'endroits dans le monde. Or, cette coutume, qui est légale dans beaucoup de pays, est une forme de violence sexuelle, puisque les enfants concernés sont incapables de donner ou de refuser leur consentement. La majorité d'entre eux savent peu de chose ou rien sur le sexe avant d'être mariés. Ils redoutent donc souvent ce moment (97) et leurs premières relations sexuelles sont souvent forcées (98).

Les mariages précoces sont très courants en Afrique et en Asie du Sud-Est, mais le phénomène existe aussi au Moyen-Orient et dans certaines régions d'Amérique latine et d'Europe de l'Est (99, 100). En Ethiopie et dans certaines régions d'Afrique occidentale, par exemple, il n'est pas rare de marier des enfants de sept ou huit ans. Au Nigéria, l'âge moyen du premier mariage est 17 ans, mais dans l'Etat de Kebbi, dans le nord du pays, il est d'à peine plus de onze ans (100). On signale également des taux élevés de mariages d'enfants en République démocratique du Congo, au Mali, au Niger et en Ouganda (99, 100).

En Asie du Sud, les mariages d'enfants sont surtout courants dans les zones rurales, mais il y en a aussi dans les zones urbaines (100–102). Au Népal, l'âge moyen du premier mariage est dix-neuf ans. Cependant, 7 % des fillettes sont mariées avant l'âge de dix ans et 40 % avant l'âge de quinze ans (100). En Inde, l'âge médian du premier mariage est de 16,4 ans pour les femmes. Il ressort d'un sondage mené auprès de 5 000 femmes dans l'Etat indien du Rajasthan que 56 % des femmes s'étaient mariées avant l'âge de quinze ans et que, sur ce pourcentage, 17 % étaient mariées avant d'avoir dix ans. Une autre enquête, effectuée dans l'Etat du Madhya Pradesh, conclut que 14 % des filles sont mariées entre l'âge de dix et de quatorze ans (100).

Ailleurs, en Amérique latine, par exemple, on signale des premiers mariages à un âge précoce à Cuba, au Guatemala, au Honduras, au Mexique et au Paraguay (99, 100). En Amérique du Nord et en Europe occidentale, moins de 5 % des mariées ont moins de dix-neuf ans (par exemple, 1 % au Canada, en Suisse et au Royaume-Uni, 2 % en Belgique et en Allemagne, 3 % en Espagne et 4 % aux Etats-Unis) (103).

### Autres coutumes propices à la violence

Dans beaucoup d'endroits, des coutumes autres que celle des mariages d'enfants sont sources de violences sexuelles à l'encontre des femmes. Au Zimbabwe, par exemple, la coutume du *ngozi* autorise à donner une fille à une famille pour la dédommager de la mort d'un de ses membres causée par un parent de la fille en question. A la puberté, on s'attend à ce qu'elle ait des rapports sexuels avec le frère ou le père du défunt, afin de produire un fils qui le remplacera. Il y a aussi la coutume du *chimutsa mapfiwa* – héritage de l'épouse – en vertu de laquelle, lorsqu'une femme mariée décède, sa sœur est obligée de la remplacer au domicile conjugal.

### Quels sont les facteurs de risque?

A cause de ses multiples formes et contextes, il est difficile d'expliquer la violence sexuelle exercée contre les femmes. Les formes de violence sexuelle et la violence perpétrée par les partenaires intimes se recourent très souvent, et bon nombre des causes sont similaires à celles déjà analysées au chapitre 4. Certains facteurs font qu'une personne risque plus d'être contrainte d'avoir des relations sexuelles, et d'autres, qu'un homme risque plus d'obliger une autre personne à avoir des relations sexuelles. D'autres facteurs encore dans le milieu social – y compris les pairs et la famille – influent sur la probabilité de viol et les réactions à cet acte. D'après la recherche, les divers facteurs ont un effet additif, de sorte que plus les facteurs sont nombreux, plus la probabilité de violence sexuelle augmente. De plus, l'importance d'un facteur particulier peut varier selon le stade de la vie.

### Facteurs qui rendent les femmes plus vulnérables

Une des formes les plus courantes de violence sexuelle dans le monde est celle perpétrée par un partenaire intime, d'où la conclusion que le fait d'être mariées ou de cohabiter avec un partenaire est un des facteurs de risque les plus importants pour les femmes pour ce qui est d'être exposées à des agressions sexuelles. Voici d'autres facteurs qui influent sur le risque de violence sexuelle :

- le fait d'être jeune ;

- de consommer de l'alcool ou de la drogue ;
- d'avoir déjà été violée ou victime de violence sexuelle ;
- d'avoir de nombreux partenaires sexuels ;
- de travailler dans l'industrie du sexe ;
- de s'instruire et de devenir plus autonome sur le plan économique, du moins lorsque le partenaire intime est l'auteur de la violence sexuelle ;
- d'être pauvre.

### **Age**

De manière générale, les jeunes femmes risquent plus d'être violées que les femmes plus âgées (24, 62, 104). D'après des données fournies par l'appareil judiciaire et les centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles des pays suivants : Chili, Malaisie, Mexique, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Pérou et Etats-Unis, d'un à deux tiers des victimes d'agressions sexuelles sont âgées de 15 ans ou moins (62, 104). Certaines formes de violence sexuelle sont en très étroite relation avec un jeune âge, en particulier en ce qui concerne la violence qui se produit dans les écoles et les collèges, et avec la traite des femmes à des fins d'exploitation sexuelle.

### **Consommation d'alcool et de drogue**

La consommation d'alcool et d'autres drogues accroît également le risque d'être victime de violence sexuelle. Après avoir consommé de l'alcool ou de la drogue, les femmes ont plus de mal à interpréter les signes de danger et à agir en conséquence pour se protéger. La consommation d'alcool peut aussi placer les femmes dans des endroits où elles risquent plus de rencontrer un agresseur potentiel (105).

### **Avoir déjà été violée ou victime de violences sexuelles**

Certains faits laissent entrevoir un lien entre des expériences de violence sexuelle pendant l'enfance ou l'adolescence et des schémas de victimisation à l'âge adulte (24, 37, 105–108). Il ressort d'une étude nationale américaine de la violence contre les femmes que les femmes qui ont été violées avant l'âge de 18 ans risquaient deux fois plus d'être

violées à l'âge adulte, par rapport à celles qui n'ont pas été violées pendant l'enfance ou l'adolescence (respectivement 18,3 % et 8,7 %) (37). Les effets de la violence sexuelle subie à un jeune âge peuvent également s'étendre à d'autres formes de victimisation et de problèmes à l'âge adulte. Par exemple, une étude cas-témoin australienne sur l'incidence à long terme de la maltraitance conclut à des associations importantes entre la violence sexuelle subie dans l'enfance, d'une part, et le fait d'être violée, d'avoir des problèmes sexuels et mentaux, d'être confrontée à la violence familiale et à d'autres problèmes dans les relations intimes, d'autre part, même après avoir tenu compte de diverses caractéristiques familiales (108). Les conséquences étaient plus négatives pour les personnes qui avaient subi des violences comprenant des rapports sexuels que pour celles qui avaient été victimes d'autres types de coercition.

### **Multiplés partenaires sexuels**

Les jeunes femmes qui ont un plus grand nombre de partenaires sexuels risquent plus d'être victimes de violence sexuelle (105, 107, 109). On ne sait pas très bien, toutefois, si le fait d'avoir plus de partenaires sexuels est une cause ou une conséquence de la violence, y compris de la violence sexuelle subie dans l'enfance. Ainsi, il ressort de l'étude d'un échantillon représentatif d'hommes et de femmes de León, au Nicaragua, que les femmes qui avaient été victimes de viol ou de tentative de viol pendant l'enfance ou l'adolescence auraient probablement plus de partenaires sexuels à l'âge adulte que les femmes qui avaient été maltraitées modérément ou pas du tout (110). Des études longitudinales néo-zélandaise et norvégienne portant sur des jeunes femmes arrivent à des conclusions similaires (107, 109).

### **Niveau d'instruction**

Les femmes plus instruites et donc plus autonomes sont exposées à un plus grand risque de violence sexuelle, tout comme de violence physique, de la part d'un partenaire intime. Il ressort d'une enquête nationale sud-africaine que les femmes sans instruction risquent beaucoup moins d'être confrontées à de la violence sexuelle que celles qui sont plus instruites (34). Au Zimbabwe, les femmes qui travaillent sont

bien plus nombreuses à signaler que leur époux les oblige à avoir des relations sexuelles que les autres (42). L'explication probable est qu'en devenant plus autonomes, les femmes résistent davantage aux normes patriarcales (111), ce qui fait que les hommes recourent à la violence pour reprendre le contrôle. La relation entre l'autonomie et la violence physique est en forme de U renversé, une plus grande autonomie entraînant un plus grand risque jusqu'à un certain niveau au-delà duquel l'autonomie devient un facteur de protection (105, 112). On ne sait pas, cependant, si c'est aussi le cas pour la violence sexuelle.

### **Pauvreté**

Il est possible que les femmes et les filles pauvres risquent plus d'être violées dans leurs activités quotidiennes que les autres, par exemple, en rentrant seules à pied chez elles le soir tard après le travail ou en travaillant dans les champs ou en allant ramasser du petit bois seules. Il se peut aussi que les enfants de femmes pauvres soient moins surveillés en dehors de l'école, car leurs mères doivent travailler et n'ont pas les moyens de payer une garderie. Il est possible également que les enfants eux-même travaillent et soient donc exposés au risque d'exploitation sexuelle.

La pauvreté oblige beaucoup de femmes et de filles à exercer des métiers où le risque de violences sexuelles est assez élevé (113), notamment dans l'industrie du sexe (114). Elle crée également des pressions énormes pour qu'elles trouvent ou conservent un emploi, travaillent dans le commerce et, si elles étudient, pour qu'elles obtiennent de bonnes notes, ce qui les expose à des actes de coercition sexuelle de la part de ceux qui peuvent promettre ces choses (28). Les femmes pauvres sont également plus exposées au risque de violence perpétrée par un partenaire intime, dont la violence sexuelle est souvent une manifestation (41, 115).

### **Facteurs qui accroissent le risque que des hommes commettent des viols**

Les données sur les hommes qui commettent des violences sexuelles sont assez limitées et très polarisées sur les violeurs appréhendés, sauf aux

Etats-Unis, où la recherche se penche aussi sur les étudiants au niveau collégial. Malgré la quantité d'informations limitées sur les hommes violents sur le plan sexuel, il semble que la violence sexuelle existe dans presque tous les pays, avec toutefois des différences de prévalence, dans toutes les classes socio-économiques et dans tous les groupes d'âge dès l'enfance. Les données relatives aux hommes qui commettent des violences sexuelles montrent également que la plupart dirigent leurs actes contre des femmes qu'ils connaissent déjà (116, 117). Parmi les facteurs qui accroissent le risque qu'un homme commette un viol figurent des facteurs liés à la mentalité ainsi que des comportements entraînés par des situations, notamment sociales, propices à l'utilisation de la violence (voir tableau 6.4).

### **Consommation d'alcool et de drogue**

Il est démontré que l'alcool est un facteur désinhibant dans certains types d'agression sexuelle (118), tout comme certaines drogues et, notamment, la cocaïne (119). L'alcool a pour effet psychopharmacologique d'atténuer les inhibitions, d'obscurcir le jugement et d'empêcher d'interpréter les signaux (120). Les liens biologiques entre l'alcool et la violence sont, cependant, complexes (118). La recherche sur l'anthropologie sociale de la consommation d'alcool donne à penser que les liens entre la violence, la boisson et l'ivresse sont appris en société plutôt qu'universels (121). Certains chercheurs soulignent que l'alcool offre parfois une « pause » culturelle, autrement dit, il donne l'occasion d'avoir un comportement antisocial. Ainsi, les hommes ont plus tendance à se montrer violents quand ils ont bu parce qu'ils estiment qu'on ne les tiendra pas responsables de leur comportement. Certaines formes de violence sexuelle collective sont également associées à la boisson. Dans ces contextes, consommer de l'alcool tisse des liens dans un groupe où les inhibitions sont collectivement réduites et où le jugement individuel cède devant celui du groupe.

### **Facteurs psychologiques**

Depuis quelque temps, beaucoup d'études sont consacrées au rôle des variables cognitives parmi l'ensemble de facteurs qui peuvent conduire au

TABLEAU 6.4

## Facteurs accroissant le risque que des hommes commettent des viols

Facteurs individuels	Facteurs relationnels	Facteurs communautaires	Facteurs sociétaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consommation de drogue et d'alcool</li> <li>• Fantasmes de relations sexuelles coercitives et autres attitudes et croyances propices à la violence sexuelle</li> <li>• Tendances impulsives et antisociales</li> <li>• Préférence pour les relations sexuelles impersonnelles</li> <li>• Hostilité envers les femmes</li> <li>• Victime de violence sexuelle pendant l'enfance</li> <li>• Témoin de violence familiale pendant l'enfance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fréquentation de pairs délinquants et agressifs sur le plan sexuel</li> <li>• Milieu familial caractérisé par la violence physique et peu de ressources</li> <li>• Relations ou milieu familial très patriarcaux</li> <li>• Milieu familial peu favorable sur le plan affectif</li> <li>• Honneur familial plus important que la santé et la sécurité de la jeune femme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauvreté, crise d'identité masculine sous différentes formes</li> <li>• Manque de possibilités d'emploi</li> <li>• Absence de soutien institutionnel de la part de la police et de la justice</li> <li>• Tolérance générale des agressions sexuelles dans la communauté</li> <li>• Sanctions communautaires faibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normes sociétales propices à la violence sexuelle</li> <li>• Normes sociétales favorables à la supériorité masculine et aux droits des hommes en matière sexuelle</li> <li>• Lois et politiques complaisantes vis-à-vis de la violence sexuelle</li> <li>• Lois et politiques pas assez fermes par rapport à l'égalité des sexes</li> <li>• Taux de criminalité et d'autres formes de violence élevés</li> </ul>

viol. Il est démontré que les hommes violents sur le plan sexuel ont plus tendance à considérer les victimes comme responsables du viol et à savoir peu de chose sur l'impact que cet acte a sur elles (122). Il arrive que ces hommes interprètent mal les signaux donnés par les femmes dans des situations sociales et qu'ils n'aient pas les inhibitions nécessaires pour réprimer les associations entre sexe et agression (122, 123). Ils ont des fantasmes sexuels coercitifs (122, 123), généralement encouragés par l'accès à la pornographie (124) et, dans l'ensemble, ils sont plus hostiles envers les femmes que les autres hommes (106, 125, 126). En plus de ces facteurs, ces hommes diffèrent, semble-t-il, des autres en ce qui concerne l'impulsivité et les tendances antisociales (105). Ils ont également tendance à avoir un sens exagéré de la masculinité.

La violence sexuelle est également associée à une préférence pour des relations sexuelles impersonnelles, par opposition à des relations comportant des liens affectifs, avec de nombreux partenaires et à une tendance à affirmer ses propres intérêts au détriment de ceux des autres (125, 127). Ce type de violence est également associé à des attitudes négatives par rapport aux femmes, qui sont considérées comme des adversaires à défier et à conquérir (128).

### Facteurs relatifs aux pairs et à la famille

#### *Viol collectif*

Certaines formes de violence sexuelle, comme les viols collectifs, sont surtout le fait de jeunes gens

(129). L'agression sexuelle est souvent un signe de virilité dans le groupe et elle est fortement liée à la volonté d'être tenu en haute estime (130). Il existe un lien entre un comportement sexuel agressif chez les jeunes gens et l'appartenance à un gang ou à une bande et au fait d'avoir des pairs délinquants (126, 131). La recherche donne également à penser que les hommes dont des pairs se montrent sexuellement agressifs feront beaucoup plus probablement état de rapports sexuels forcés en dehors du contexte de la bande que des hommes qui n'ont pas de pairs agressifs sur le plan sexuel (132).

Les viols collectifs sont souvent considérés par les hommes qui y participent, et parfois par d'autres aussi, comme légitimes en ceci qu'ils découragent ou punissent des comportements jugés « immoraux » chez des femmes, comme de porter des jupes courtes ou de fréquenter les bars. C'est pourquoi les violeurs n'estiment pas avoir commis de crime. Dans plusieurs régions de Papouasie-Nouvelle-Guinée, il arrive que des femmes soient punies en subissant en public un viol collectif, souvent avec la sanction des anciens (133).

#### *Petite enfance*

Les faits donnent à penser que la violence sexuelle est également un comportement appris chez certains hommes, en particulier en ce qui concerne la violence sexuelle envers les enfants. Les études portant sur des garçons victimes de violence sexuelle montrent qu'environ un sur cinq continue

à s'attaquer à des enfants plus tard dans la vie (134). Ces expériences peuvent déboucher sur un schéma de comportement où l'homme justifie régulièrement sa violence, nie mal agir et a des idées fausses et malsaines sur la sexualité.

Des liens ont été établis entre le fait de grandir dans un milieu où règne la violence physique, où l'on est privé de soutien affectif et où l'on se dispute des ressources limitées, d'une part, et la violence sexuelle, d'autre part (105, 126, 131, 135). Ainsi, un lien a été établi entre le comportement sexuel agressif de jeunes gens et le fait d'avoir été témoin de violence familiale et d'avoir un père distant sur le plan affectif et indifférent (126, 131). Les hommes qui ont grandi dans une famille aux structures très patriarcales risquent plus également de devenir violents, de commettre des viols, d'utiliser la coercition sexuelle contre des femmes et de maltraiter leurs partenaires intimes que des hommes élevés dans des foyers plus égalitaires (105).

### **Honneur familial et pureté sexuelle**

La réaction de la famille à la violence sexuelle, quand celle-ci en rend les femmes responsables sans punir les hommes, se concentrant au lieu de cela sur le fait de rétablir l'honneur familial «perdu», est un autre facteur relatif aux relations sociales. Ce type de réaction crée un environnement où un homme peut commettre un viol en toute impunité.

Les familles essaient souvent de protéger leurs femmes contre le viol et il arrive aussi qu'elles fassent prendre des contraceptifs à leurs filles pour empêcher que surviennent des signes visibles, si jamais elles en sont victimes (136), mais il est rare que des pressions sociales s'exercent vraiment pour que l'on contrôle les jeunes gens ou pour les convaincre qu'il est mal d'imposer des rapports sexuels par la force. En fait, dans certains pays, on soutient souvent les membres de la famille pour qu'ils fassent le nécessaire, y compris en recourant au meurtre, pour laver la « honte » associée au viol ou à d'autres transgressions sexuelles. Lors d'un examen de tous les crimes d'honneur commis en Jordanie en 1995 (137), les chercheurs ont constaté que, dans plus de 60 % des cas, la victime mourait tuée par plusieurs balles, le plus souvent

tirées par un frère. Lorsque la victime était une femme célibataire enceinte, le meurtrier était soit acquitté soit condamné à une sentence réduite.

Même si la pauvreté explique souvent les mariages d'enfants, des facteurs tels que le maintien de la pureté sexuelle d'une jeune fille et sa protection contre des relations sexuelles prémaritales, une infection par le VIH et des avances sexuelles importunes sont également des raisons communément données par les familles pour justifier ces unions (100).

## **Facteurs communautaires**

### **Pauvreté**

La pauvreté est liée à la fois à la violence sexuelle elle-même et au risque d'en être victime. Plusieurs auteurs affirment que le lien entre la pauvreté et la perpétration de la violence sexuelle s'établit par le biais de formes de crises de l'identité masculine (95, 112, 138–140). Parlant de la vie dans East Harlem, à New York, aux États-Unis (138), Bourgois explique comment les jeunes gens sentent peser sur eux des modèles « positifs » de masculinité et de structure familiale qui se transmettent de génération en génération, ainsi que des idéaux contemporains en matière de virilité où la consommation matérielle occupe une grande place. Pris au piège dans leurs quartiers insalubres, sans guère de possibilités d'emploi, il est peu probable qu'ils soient à la hauteur de ces modèles ou qu'ils répondent aux attentes en matière de « réussite » masculine. Les idéaux quant à la masculinité sont donc redéfinis de manière à mettre l'accent sur la misogynie, sur la toxicomanie et sur la participation à des crimes (138), à quoi s'ajoutent aussi souvent la xénophobie et le racisme. Les viols collectifs et les conquêtes sexuelles sont normalisés, les hommes retournant leur agressivité contre les femmes qu'ils ne peuvent plus dominer sur un mode patriarcal ou faire vivre sur le plan économique.

### **Milieu matériel et social**

On a généralement peur d'être violé en dehors de chez soi (141, 142), mais l'immense majorité des actes de violence sexuelle se produisent en fait dans le foyer de la victime ou de l'agresseur. Cependant,

l'enlèvement par un étranger est assez souvent le prélude à un viol, et les possibilités d'enlèvement dépendent du milieu matériel.

Cependant, le milieu social au sein d'une communauté est habituellement plus important que l'environnement matériel. Selon que la notion de supériorité masculine et l'idée que l'homme a le droit d'exiger des relations sexuelles seront plus ou moins ancrées dans les croyances communautaires, la probabilité de violence sexuelle sera plus ou moins grande, tout comme la tolérance générale de cette communauté à l'égard des agressions sexuelles et la sévérité des sanctions contre les agresseurs, le cas échéant (116, 143). Ainsi, dans certains endroits, le viol peut même avoir lieu en public, à la vue de passants qui refusent d'intervenir (133). Il arrive aussi que la police traite avec indulgence les plaintes pour viol, notamment si l'agression a eu lieu pendant un rendez-vous galant ou s'il a été commis par le mari. Si la police enquête et qu'une procédure en justice est entamée, il se peut que celle-ci soit entachée d'une grande négligence voire de corruption, par exemple, que des pièces du dossier se « perdent » contre versement d'un pot-de-vin.

### Facteurs sociétaux

Entre autres facteurs sociétaux qui influent sur la violence sexuelle, citons les lois et les politiques nationales relatives à l'égalité des sexes en général et à la violence sexuelle en particulier, ainsi que les normes relatives à l'utilisation de la violence. Les divers facteurs interviennent dans une large mesure au niveau local, dans les familles, à l'école, en milieu de travail et dans les communautés, mais les lois et les normes nationales, voire internationales, ont également une incidence.

### Lois et politiques

Il y a des différences considérables entre les pays dans la façon dont ils traitent la violence sexuelle. Certains pays ont des lois et des procédures judiciaires qui vont très loin, avec une définition large du viol qui inclut le viol conjugal et des sanctions sévères pour les agresseurs et un soutien affirmé aux victimes. La volonté de prévenir ou de juguler la violence sexuelle transparait également

dans l'importance attachée à la formation de la police et dans l'affectation de moyens policiers suffisants au problème, dans la priorité accordée aux enquêtes sur les affaires d'agression sexuelle et dans les ressources affectées au soutien aux victimes et aux services médico-légaux. A l'opposé, il existe des pays où l'on réagit plus mollement au problème, où il est impossible d'obtenir la condamnation d'un agresseur présumé sur le seul témoignage des femmes, où certaines formes ou circonstances de violence sexuelle sont expressément exclues de la définition juridique, et où les victimes de viol sont vivement découragées de porter l'affaire en justice, puisqu'elles craignent d'être punies pour avoir intenté un procès pour un viol « non prouvé ».

### Normes sociales

La violence sexuelle à laquelle se livrent des hommes trouve, dans une large mesure, son origine dans des idéologies relatives aux droits des hommes en matière sexuelle. Ces systèmes de croyances donnent aux femmes très peu de raisons légitimes de refuser des avances sexuelles (139, 144, 145). Par conséquent, beaucoup d'hommes excluent tout simplement la possibilité qu'une femme rejette leurs avances ou qu'elle ait le droit de prendre sa propre décision quant aux rapports sexuels auxquels elle veut participer. Dans bien des cultures, les femmes, comme les hommes, considèrent que le mariage oblige les femmes à être sexuellement disponibles pratiquement sans limites (34, 146), encore que la culture interdise parfois les rapports sexuels à certains moments, par exemple, après l'accouchement ou pendant les menstruations (147).

Les normes sociétales qui entourent l'utilisation de la violence pour parvenir à ses fins sont fortement associées à la prévalence du viol. Dans les sociétés où l'idéologie de la supériorité masculine est fermement ancrée, où l'on insiste sur sa domination, sa force physique et son honneur, les viols sont plus courants (148). Dans les pays qui ont une culture de la violence, ou qui sont en proie à un conflit violent, presque toutes les formes de violence augmentent, y compris la violence sexuelle (148-151).

### **Tendances mondiales et facteurs économiques**

Bon nombre de facteurs qui interviennent à l'échelle nationale ont une dimension internationale. Les tendances mondiales, par exemple celle au libre-échange, s'accompagnent d'une augmentation de la circulation dans le monde de femmes et de jeunes filles aux fins de travail, y compris dans l'industrie du sexe (152). Les programmes économiques d'ajustement structurel, définis par des organismes internationaux, accentuent la pauvreté et le chômage dans plusieurs pays et, par là-même, le risque de traite des femmes à des fins sexuelles et de violence sexuelle (153), ce que l'on remarque en particulier en Amérique centrale, dans les Caraïbes (114) et dans certaines régions d'Afrique (113).

### **Les conséquences de la violence sexuelle**

La force physique n'est pas nécessairement employée dans les viols, raison pour laquelle il n'en résulte pas toujours des traumatismes physiques. Il arrive que des viols entraînent la mort, encore que la prévalence de la mortalité varie considérablement d'un endroit à l'autre du monde. Les conséquences pour la santé génésique, la santé mentale et le bien-être social comptent parmi les conséquences les plus courantes de la violence sexuelle.

### **Grossesse et complications gynécologiques**

Un viol peut se solder par une grossesse, encore que le taux varie d'un endroit à l'autre et dépende notamment de l'emploi de contraceptifs non obstructifs. Il ressort d'une étude éthiopienne récente portant sur des adolescentes qui avaient déclaré avoir été violées que 17 % étaient enceintes après le viol (154), chiffre similaire aux 15 % à 18 % signalés par les centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles au Mexique (155, 156). Une étude longitudinale américaine portant sur plus de 4 000 femmes suivies pendant trois ans conclut que le taux de grossesse national imputable à des viols est de 5,0 % par viol parmi les victimes âgées de 12 à 45 ans, ce qui donne plus de 32 000 grossesses par an (7). Dans bien des pays, les femmes violées sont obligées de porter l'enfant,

l'alternative étant de risquer leur vie dans un avortement clandestin.

L'expérience de rapports sexuels imposés à un jeune âge réduit la possibilité pour une femme de considérer sa sexualité comme quelque chose qu'elle maîtrise. En conséquence, il est moins probable qu'une adolescente qui est contrainte à avoir des rapports sexuels utilisera des préservatifs ou d'autres formes de contraception, d'où le risque accru de grossesses (4, 16, 157, 158). Il ressort d'une étude des facteurs associés à la grossesse chez les adolescentes menée au Cap, en Afrique du Sud, que l'initiation sexuelle imposée est le troisième facteur lié à ce phénomène, par ordre d'importance, après la fréquence des rapports et l'utilisation de moyens de contraception modernes (4). Il arrive aussi que les relations sexuelles forcées se soldent par une grossesse chez les femmes adultes. En Inde, une étude portant sur des femmes mariées révèle que les hommes qui reconnaissent avoir obligé leur épouse à avoir des rapports sexuels risquent 2,6 fois plus de provoquer une grossesse non désirée que les autres (41).

On a toujours constaté un lien entre les complications gynécologiques et les rapports sexuels forcés. Parmi ces complications, citons les saignements et les infections vaginales, les fibromes, la baisse de la libido, l'irritation génitale, des rapports sexuels douloureux, des douleurs pelviennes chroniques et des infections urinaires (8–15). Les femmes qui sont victimes de violence physique et sexuelle de la part de partenaires intimes risquent davantage de connaître des problèmes de santé de manière générale que celles qui subissent uniquement des violences physiques (8, 14).

### **Maladies sexuellement transmissibles**

L'infection à VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles sont des conséquences reconnues des viols (159). La recherche portant sur des femmes en foyer d'accueil montre que celles qui subissent des violences physiques et sexuelles d'un partenaire intime risquent beaucoup plus de contracter des maladies sexuellement transmissibles (160). Dans le cas des femmes qui se retrouvent dans l'industrie du sexe, les risques d'infection à

VIH et autres maladies sexuellement transmissibles sont probablement très élevés. Les liens entre le VIH et la violence sexuelle, et les stratégies de prévention pertinentes, sont examinés à l'encadré 6.2.

### Santé mentale

La violence sexuelle est associée à un certain nombre de problèmes de maladie mentale et de comportement dans l'adolescence et à l'âge adulte (17–20, 22, 23, 161). Dans une étude de population, la prévalence de symptômes ou de signes évoquant des troubles psychiatriques était de 33 % chez les femmes victimes de violences sexuelles à l'âge adulte, de 15 % chez les femmes victimes de la violence physique d'un partenaire intime et de 6 % chez les femmes jamais maltraitées (162). La violence sexuelle perpétrée par un partenaire intime aggrave les effets de la violence physique sur la santé mentale.

Les femmes maltraitées qui ont été contraintes d'avoir des rapports sexuels risquent beaucoup plus de souffrir de dépression et de stress post-traumatique que les femmes non maltraitées (14, 18, 22, 23). Le syndrome du stress post-traumatique risque plus de se manifester après un viol si la victime est blessée pendant le viol et si elle souffre ou a déjà souffert de dépression ou d'alcoolisme (24). Une étude française portant sur des adolescentes conclut également à un lien entre le fait d'avoir été violée et des troubles du sommeil, des symptômes de dépression, des plaintes somatiques, la consommation de tabac et des troubles du comportement courants, comme le fait d'avoir un comportement agressif, de commettre des vols et de faire l'école buissonnière (163). En l'absence de thérapie post-traumatique, les effets psychologiques négatifs persisteraient pendant un an au moins après le viol, les problèmes et les symptômes physiques s'atténuant parallèlement (164). Même avec une thérapie, la moitié des femmes continuent de présenter des symptômes de stress (165–167).

### Comportement suicidaire

Les femmes victimes d'agressions sexuelles dans leur enfance ou à l'âge adulte risquent plus de se suicider ou de tenter de se suicider que les autres

(21, 168–173). L'association demeure, même après avoir vérifié s'il existe d'autres facteurs liés au sexe, à l'âge, à l'éducation, à des symptômes de stress post-traumatique et à la présence de troubles psychiatriques (168, 174). L'expérience du viol ou de l'agression sexuelle peut entraîner un comportement suicidaire dès l'adolescence. En Éthiopie, 6 % des écolières et collégiennes violées déclarent avoir tenté de se suicider (154). Une étude brésilienne portant sur des adolescents conclut que des violences sexuelles antérieures constituent un prédicteur clé pour plusieurs comportements à risque pour la santé, y compris les pensées suicidaires et les tentatives de suicide (161).

Des expériences de harcèlement sexuel pénible peuvent également entraîner des troubles émotionnels et un comportement suicidaire. Il ressort d'une étude canadienne portant sur des adolescentes que 15 % de celles qui avaient fréquemment des contacts sexuels non désirés avaient manifesté un comportement suicidaire dans les six mois précédents, contre 2 % chez celles qui ne subissaient pas un tel harcèlement (72).

### Exclusion sociale

Dans bien des cultures, on estime que les hommes sont incapables de maîtriser leurs pulsions sexuelles et que ce sont les femmes qui provoquent leur désir (144). La réaction des familles et des communautés aux actes de viol dans ces cultures est régie par les idées prédominantes en matière de sexualité et de condition de la femme.

Dans certaines sociétés, la « solution » culturelle au viol veut que la femme épouse le violeur, ce qui préserve l'intégrité de la femme et de sa famille en légitimant l'union (175). Ce genre de « solution » inspire les lois de certains pays, qui autorisent un homme qui commet un viol à ne pas répondre de son crime s'il épouse la victime (100). En dehors du mariage, les familles insistent parfois auprès de la femme pour qu'elle ne dénonce pas le viol ou n'engage pas de poursuites ou pour qu'elle cherche à obtenir une « indemnisation » financière de la part de la famille du violeur (42, 176). Certains hommes rejettent leur épouse si elle a été violée (27) et, dans certains pays, comme nous le disions aupa-

**ENCADRE 6.2****Violence sexuelle et VIH/SIDA**

Les rapports sexuels forcés ou violents peuvent accroître le risque de transmission du VIH. En cas de pénétration vaginale forcée, les abrasions et les incisions sont courantes, ce qui facilite l'entrée du virus, lorsqu'il est présent, par la muqueuse vaginale. Les adolescentes risquent tout particulièrement de contracter l'infection à VIH pendant des rapports sexuels forcés, et même pendant des rapports consensuels, parce que leur muqueuse vaginale n'a pas encore acquis la densité cellulaire qui constitue une barrière efficace, plus tard dans l'adolescence. Les victimes de viol anal, qu'il s'agisse de garçons et d'hommes comme de filles et de femmes, risquent beaucoup plus de contracter le VIH que si les rapports sexuels n'étaient pas imposés, car les tissus anaux sont facilement endommagés, ce qui, là encore, facilite l'entrée du virus dans l'organisme.

Les victimes de la violence sexuelle et les personnes exposées au VIH ont en commun un certain nombre de comportements à risque. Par exemple, si une personne a été contrainte d'avoir des rapports sexuels pendant l'enfance ou l'adolescence, il est plus probable qu'elle aura des rapports sans se protéger, qu'elle aura des partenaires multiples, qu'elle travaillera dans l'industrie du sexe et qu'elle se droguera. Les personnes à qui l'on impose des rapports sexuels dans des relations intimes ont souvent du mal à négocier l'utilisation de préservatifs parce que cela pourrait être interprété comme de la méfiance envers leur partenaire ou comme un aveu de promiscuité sexuelle, ou encore parce qu'elles ont peur que leur partenaire devienne violent. La coercition sexuelle chez les adolescents et les adultes est également associée à une dévalorisation de soi et à la dépression, facteurs également associés à de nombreux comportements à risque d'infection à VIH.

Être infecté par le VIH ou avoir quelqu'un qui l'est dans sa famille peut également augmenter le risque d'être victime de la violence sexuelle, en particulier pour les femmes. A cause des stigmates attachés au VIH et au SIDA dans bon nombre de pays, une femme infectée risque d'être chassée de chez elle. De plus, une maladie ou un décès lié au SIDA dans un foyer pauvre peut rendre la situation économique désespérée. Il arrive que des femmes soient contraintes de se prostituer, ce qui les expose davantage au VIH/SIDA et à la violence sexuelle. Il arrive aussi que les orphelins du SIDA, appauvris et sans personne pour s'occuper d'eux, soient obligés de vivre dans la rue, où le risque de violences sexuelles est considérable.

L'éducation est sans doute le principal moyen dont on dispose pour réduire l'incidence de la violence sexuelle et de l'infection à VIH. En ce qui concerne les jeunes surtout, il doit y avoir des interventions globales dans les écoles et autres établissements d'enseignement, dans les groupes de jeunes et sur les lieux de travail. Les programmes scolaires devraient couvrir tous les aspects de la santé sexuelle et génésique, des relations et de la violence. Ils devraient aussi enseigner des connaissances élémentaires, y compris pour que les jeunes sachent comment éviter des situations risquées ou dangereuses, en ce qui concerne la violence, les rapports sexuels et les drogues, et comment négocier un comportement sexuel sans risque.

Pour ce qui est de la population adulte en général, il devrait être possible d'accéder facilement à des renseignements détaillés sur la santé sexuelle et les conséquences de certaines pratiques sexuelles. De plus, des interventions devraient être prévues pour changer les schémas de comportement dangereux et les normes sociales qui nuisent à la communication sur les questions relatives au sexe.

Il est important que les travailleurs de la santé, entre autres les fournisseurs de services, reçoivent une formation intégrée sur les rapports sociaux entre les sexes et la santé génésique, y compris sur la violence sexospécifique et les maladies sexuellement transmissibles telles que l'infection à VIH.

Quant aux victimes de viol, elles devraient être soumises à un dépistage de l'infection à VIH puis dirigées vers les services compétents. De plus, il serait bon d'envisager rapidement après l'agression un traitement prophylactique a posteriori contre le VIH, ainsi que des conseils socio-psychologiques. De même, il serait bon de chercher à savoir si les femmes infectées par le VIH ont été victimes de violences sexuelles. Il faudrait également songer à intégrer dans les programmes de conseils socio-psychologiques volontaires pour le VIH des stratégies de prévention de la violence.

ravant, pour laver l'honneur, la femme doit être chassée ou, dans des cas extrêmes, tuée (26).

### **Que peut-on faire pour prévenir la violence sexuelle?**

Le nombre de mesures prises pour prévenir la violence sexuelle est limité et peu de ces mesures sont évaluées. La plupart des interventions sont définies et mises en œuvre dans des pays industrialisés. On ne sait pas vraiment si elles conviendraient dans d'autres contextes. Les interventions mises sur pied entrent dans les catégories suivantes.

#### **Approches individuelles**

##### ***Soins et soutien psychologiques***

Des conseils, une thérapie et des groupes de soutien s'avèrent utiles après des agressions sexuelles, surtout lorsque des facteurs liés à la violence elle-même ou au processus de rétablissement compliquent la situation. Certains faits montrent qu'un programme de courte durée alliant thérapie cognitive et comportementale suivi peu après l'agression peut contribuer à atténuer plus rapidement le traumatisme psychologique subi (177, 178). Comme nous le mentionnions déjà, les victimes de violence sexuelle se sentent souvent responsables de ce qui leur arrive et il est démontré qu'il est important pour leur rétablissement de traiter ce sujet en psychothérapie (179). Il est nécessaire, cependant, d'évaluer bien plus en détail les programmes de thérapie et de traitement de courte durée proposés après des actes de violence sexuelle.

C'est dans une large mesure le secteur non gouvernemental et, en particulier, les centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles et diverses organisations féminines qui apportent un soutien psychologique formel aux personnes victimes de violences sexuelles. Inévitablement, peu de victimes de violences sexuelles ont accès à ces services. Pour remédier à cette situation, des services d'assistance téléphonique, gratuits si possible, sont mis en place. Ainsi, en Afrique du Sud, un service de ce type, baptisé « Stop Woman Abuse », a répondu à 150 000 appels au cours de ses cinq premiers mois d'existence (180).

##### ***Programmes pour les agresseurs***

Les quelques programmes existants qui sont ciblés sur les auteurs de violences sexuelles sont généralement destinés à des hommes condamnés pour agression. On les trouve principalement dans des pays industrialisés et on ne les évalue que depuis peu (voir chapitre 4 pour une analyse de ces programmes). Souvent, les hommes qui commettent des violences sexuelles nient leur responsabilité et la violence même des actes commis (146, 181). Pour être efficaces, les programmes qui travaillent avec les agresseurs doivent les amener à reconnaître leur responsabilité et à être considérés publiquement comme responsables de leurs actes (182). Une des façons d'y parvenir consiste à établir une collaboration entre les programmes ciblés sur les hommes auteurs de violences sexuelles et les services d'aide aux victimes ainsi que les campagnes menées contre ce type de violence.

##### ***Programmes éducatifs et de préparation à la vie quotidienne***

Depuis quelques années, plusieurs programmes de promotion de la santé sexuelle et génésique et, en particulier, ceux qui encouragent la prévention du VIH, abordent la problématique homme-femme et s'attaquent au problème de la violence physique et sexuelle contre les femmes. « Stepping Stones » et « Men As Partners », mis sur pied pour l'Afrique mais utilisés dans de nombreuses régions en développement, constituent deux exemples d'interventions notables (183, 184). Ces programmes, qui ont été conçus pour être utilisés dans des groupes de pairs composés d'hommes et de femmes, sont exécutés sur plusieurs réunions en petit groupe de travail s'appuyant sur des approches d'apprentissage actif. Leur démarche globale aide les hommes, qui pourraient hésiter autrement à participer à des programmes ne portant que sur la violence contre les femmes, à s'investir et à parler de diverses questions relatives à la violence. En outre, même si les hommes sont les auteurs de la violence sexuelle, les programmes évitent soigneusement de les étiqueter comme tels.

Il ressort d'une étude de l'incidence du programme *Stepping Stones* en Afrique et en Asie que

les ateliers ont aidé les hommes qui y participaient à assumer davantage la responsabilité de leurs actes, à entretenir de meilleures relations avec autrui, à respecter davantage les femmes et à mieux communiquer. Grâce au programme, des communautés du Cambodge, de Gambie, d'Afrique du Sud, d'Ouganda et de République-Unie de Tanzanie font état d'une diminution de la violence contre les femmes. Cependant, les évaluations faites à ce jour utilisent généralement des méthodes qualitatives, et des recherches plus approfondies sont nécessaires pour éprouver réellement l'efficacité de ce programme (185).

### Approches axées sur le développement

La recherche montre combien il est important, si l'on veut prévenir la violence sexuelle, d'encourager des rapports parents-enfants stimulants où le rôle du père et de la mère sont plus équilibrés (124, 125). Parallèlement, Schwartz (186) a mis au point un modèle de prévention qui adopte une approche développementale, avec des interventions avant la naissance, pendant l'enfance, à l'adolescence et dans les premières années de l'âge adulte. Dans ce modèle, l'élément prénatal comprend des entretiens sur le rôle parental, sur les stéréotypes concernant le rôle des hommes et des femmes, sur le stress, sur les conflits et sur la violence. Pendant l'enfance, les intervenants en matière de santé poursuivent ces sujets et ajoutent la violence sexuelle contre les enfants et l'exposition à la violence dans les médias à la liste des sujets de discussion, tout en encourageant l'utilisation de matériel pédagogique non sexiste. Plus tard dans l'enfance, la promotion de la santé comprend les éléments suivants : modeler des comportements et des attitudes qui évitent des stéréotypes, encourager les enfants à faire la distinction entre des « bons » et des « mauvais » attouchements, et renforcer leur confiance et leur capacité de prendre le contrôle de leur propre corps. Cette intervention permet aussi de parler des agressions sexuelles. A l'adolescence et pendant les premières années de l'âge adulte, les discussions couvrent les mythes qui entourent le viol, les limites de l'activité sexuelle, et la distinction entre rapports sexuels, violence et coercition. Le modèle de

Schwartz a été conçu pour les pays industrialisés, mais certains de ses principes pourraient être appliqués dans les pays en développement.

### Interventions des services de santé

#### Services médico-légaux

Dans bien des pays où les actes de violence sexuelle sont signalés, le secteur de la santé a le devoir de recueillir des preuves médicales et juridiques afin de corroborer le récit des victimes ou d'aider à identifier l'agresseur. La recherche effectuée au Canada donne à penser que la documentation médico-légale peut augmenter les chances d'arrestation, d'inculpation ou de condamnation de l'agresseur (187, 188). Ainsi, une étude constate que les lésions corporelles documentées, notamment du type modéré à grave, sont associées aux chefs d'inculpation, indépendamment du niveau de revenu de la patiente ou du fait qu'elle connaît l'agresseur, qui est une connaissance ou un partenaire intime (188). Cependant, une étude portant sur des femmes patientes d'un hôpital de Nairobi, au Kenya, à la suite d'un viol, met en lumière le fait que, dans de nombreux pays, les victimes de viol ne sont pas examinées par un gynécologue ou un examinateur expérimenté de la police et qu'il n'existe pas de protocoles ou de lignes directrices normalisés en la matière (189).

L'utilisation de protocoles et de lignes directrices normalisés peut nettement améliorer le traitement et le soutien psychologique aux victimes, de même que la qualité des preuves recueillies (190). Des protocoles et des lignes directrices détaillés en ce qui concerne les femmes victimes d'agressions devraient comprendre :

- l'enregistrement d'une description complète de l'incident, avec une énumération de toutes les preuves réunies ;
- un rapport sur le dossier gynécologique et contraceptif de la victime ;
- la documentation normale des résultats d'un examen physique complet ;
- une évaluation du risque de grossesse ;
- le dépistage de maladies sexuellement transmissibles, y compris, si nécessaire le test du VIH, et le traitement de ces maladies ;

- une contraception d'urgence et, lorsque cela est légal, des conseils sur les possibilités d'avortement ;
- un soutien psychologique et une orientation vers les services compétents à cet égard.

Dans certains pays, le protocole fait partie de la procédure d'utilisation de la « trousse d'examen consécutif à une agression sexuelle », qui comprend des instructions et des contenants pour recueillir des preuves, les formulaires prescrits et les documents voulus pour enregistrer le récit de la victime (191). L'examen des victimes de viol est, de par sa nature, extrêmement pénible. L'utilisation d'une vidéo pour expliquer la procédure avant un tel examen semble réduire considérablement le stress dans ces situations (192).

### **Formation des professionnels de la santé**

Les questions relatives à la violence sexuelle doivent être traitées dans la formation de tout le personnel des services de santé, y compris les psychiatres et les conseillers socio-psychologiques, dans la formation de base ainsi que dans les cours spécialisés des cycles supérieurs. Cette formation devrait, en premier lieu, sensibiliser davantage les travailleurs de la santé au problème, mieux les informer à son sujet et leur permettre de savoir mieux détecter les cas de violence, avec sensibilité et efficacité. Cette formation devrait également contribuer à faire baisser le nombre de cas de violences sexuelles dans le secteur de la santé, problème parfois important mais généralement passé sous silence.

Aux Philippines, le Groupe de travail sur les sciences sociales et la santé génésique, organisme financé par le ministère de la Santé qui comprend des médecins, des infirmières et des spécialistes en sciences sociales, a préparé des modules de formation pour les élèves infirmiers et les étudiants en médecine sur la violence sexospécifique. Voici quels sont les objectifs de ce programme (193) :

- Comprendre les origines de la violence par rapport à la culture, au sexe et à d'autres aspects sociaux.
- Repérer les situations, dans les familles ou les foyers présentant un risque élevé de violence, où il serait bon d'entreprendre :

- des interventions primaires, notamment en collaboration avec d'autres professionnels ;
- des interventions secondaires, y compris pour déterminer qui est victime de violence, comprendre la procédure judiciaire de base et savoir comment présenter les preuves, orienter les patients et les suivre, et aider les victimes à réintégrer la société.

Ces modules de formation font partie du programme de cours des futurs médecins et infirmières. Dans le cas des élèves infirmiers, les onze modules sont étalés sur les quatre années de formation théorique, et dans celui des étudiants en médecine, sur les trois dernières années de formation pratique.

### **Prophylaxie et infection à VIH**

Le risque de transmission du VIH au cours d'un viol est très préoccupant, surtout dans les pays à forte prévalence d'infection à VIH (194). On sait que, dans certains contextes, l'utilisation de médicaments anti-rétroviraux après un contact avec le VIH donne d'assez bons résultats. Par exemple, il est démontré que l'administration d'un de ces médicaments, la zidovudine (AZT), aux travailleurs de la santé après qu'ils se soient piqués accidentellement avec une aiguille contaminée, réduit de 81 % le risque de développer ultérieurement une infection à VIH (195).

Le risque moyen d'infection à VIH lors d'un seul rapport vaginal sans protection avec un partenaire infecté est assez faible (environ 1 à 2 pour 1 000 de l'homme à la femme, et d'environ 0,5 à 1 pour 1 000 de la femme à l'homme). En fait, ce risque est du même ordre de grandeur que celui que l'on court en se piquant par accident avec une aiguille contaminée (environ 3 pour 1 000), la prophylaxie après exposition étant maintenant de routine dans ce dernier cas (196). Le risque moyen d'infection au VIH lors d'un coït anal est beaucoup plus élevé, cependant, puisque l'on parle de 5 à 30 pour 1 000. Toutefois, au cours d'un viol, parce que l'agresseur emploie la force, il est nettement plus probable qu'il y aura des lésions macroscopiques ou microscopiques de la muqueuse vaginale, ce qui fait grandement augmenter la probabilité de transmission du VIH (194).

On ne dispose d'aucune information sur la faisabilité ou la rentabilité de traitements prophylactiques systématiques anti-VIH pour les victimes de viol dans des régions manquant de ressources. En tout cas, il est difficile de faire un dépistage du VIH après un viol. Aussitôt après l'agression, beaucoup de femmes ne sont pas en état de bien comprendre les renseignements compliqués qu'on leur donne sur le dépistage du VIH et sur les risques qu'elles courent. Il est difficile aussi de faire un suivi convenable, car bien des victimes ne se présenteront pas aux rendez-vous fixés, probablement à cause de leur état psychologique consécutif à l'agression. Il arrive aussi que le traitement antirétroviral ait des effets secondaires importants qui font que certaines personnes abandonnent en cours de route (195, 197), encore que celles qui pensent courir des risques élevés suivront beaucoup plus probablement leur traitement (197).

Malgré le manque de connaissances sur l'efficacité des traitements prophylactiques anti-VIH après un viol, bon nombre d'organisations les recommandent. Ainsi, les régimes d'assurance maladie proposés dans les pays à revenu élevé les incluent de plus en plus dans leurs forfaits de soins. Il est urgent d'étudier la situation dans les pays à revenus faible et moyen afin de connaître l'efficacité des traitements antirétroviraux après un viol et de voir comment ces traitements pourraient être inclus dans les soins dispensés aux patients.

### **Centres dispensant des soins complets aux victimes d'agression sexuelle**

A cause de la pénurie de médecins dans de nombreux pays, dans certains endroits, on demande à des infirmières qui ont suivi une formation spéciale d'aider les victimes d'agressions sexuelles (187). Au Canada, des infirmières chargées d'examiner les victimes d'agressions sexuelles, sont formées afin de dispenser des soins complets aux victimes de violences sexuelles. Ces infirmières orientent les clients vers un médecin quand une intervention médicale est nécessaire. Dans la province de l'Ontario, au Canada, le premier centre d'aide aux victimes d'agressions sexuelles a ouvert ses portes en 1984 et depuis,

vingt-six autres ont été créés. Ces centres fournissent ou coordonnent divers services, y compris de soins médicaux d'urgence et de suivi médical, de conseils socio-psychologiques, de collecte de preuves médico-légales d'agression, de soutien juridique ainsi que de consultation et d'information communautaires (198). Beaucoup de pays se dotent maintenant de centres qui offrent un éventail de services aux victimes d'agressions sexuelles et qui sont souvent installés dans des endroits comme des hôpitaux ou des postes de police (voir encadré 6.3). Des centres spécialisés de ce type ont l'avantage d'employer un personnel expérimenté qui a reçu la formation voulue. Dans certains endroits, en revanche, il existe des centres intégrés qui proposent des services aux victimes de différentes formes de violence.

## **Interventions communautaires**

### **Campagnes de prévention**

Il arrive qu'on utilise les médias pour essayer de changer les mentalités par rapport à la violence sexuelle, en placardant des affiches sur des panneaux publicitaires et dans les transports en commun, et en diffusant des messages à la radio et à la télévision. C'est ainsi que la télévision est utilisée efficacement en Afrique du Sud et au Zimbabwe. La série télévisée sud-africaine *Soul City*, qui passe à heure de grande écoute, est décrite à l'encadré 9.1 du chapitre 9. Au Zimbabwe, l'organisation non gouvernementale Musasa a pris des initiatives de sensibilisation qui s'appuient sur le théâtre, des réunions et des débats publics, ainsi qu'une série télévisée où des victimes de violence décrivent ce qu'elles ont vécu (199).

D'autres initiatives, en dehors des campagnes médiatiques, sont prises dans de nombreux pays. A Montréal, au Canada, par exemple, l'Institut pour la solidarité internationale des femmes a publié un manuel adapté aux communautés musulmanes qui vise à sensibiliser à des questions relatives à l'égalité des sexes et à la violence contre les femmes et les filles, et à stimuler le débat (200). Ce manuel a fait l'objet d'un essai-pilote en Egypte, en Jordanie et au Liban et il est utilisé au Zimbabwe dans une adaptation pour des contextes non musulmans.

**ENCADRE 6.3****Services intégrés dans les hôpitaux malaisiens pour les victimes de viol**

En 1993 était ouvert le premier « centre polyvalent d'aide aux victimes » pour femmes battues dans le service des urgences et des accidentés de l'hôpital de Kuala Lumpur, en Malaisie. Il avait pour objectif de fournir une réponse interorganismes coordonnée à la violence contre les femmes, de manière à permettre aux victimes d'agressions de résoudre au même endroit leurs problèmes médicaux, légaux, psychologiques et sociaux. Au départ, le centre s'occupait exclusivement de violence familiale, mais depuis, il a élargi ses services et prévoit, notamment, des démarches particulières pour les victimes de viol.

A l'hôpital de Kuala Lumpur, une équipe d'intervention d'urgence s'occupe d'une trentaine de cas de viol et d'environ soixante-dix cas de violence familiale par mois. Cette équipe apporte les compétences de l'hôpital même ainsi que celles de divers groupes de femmes, de la police, du service des travailleurs sociaux hospitaliers, du bureau d'aide juridique et du Bureau religieux islamique.

En 1996, le ministère de la Santé malaisien a décidé d'élargir cette stratégie de soins de santé novatrice et de créer des centres similaires dans tous les hôpitaux publics du pays. En trois ans, trente-quatre centres ont été ouverts. Des psychiatres, des conseillers socio-psychologiques et des travailleurs sociaux hospitaliers y entourent les victimes de viol, et certains clients deviennent des patients externes du service psychiatrique de l'établissement. Des travailleurs sociaux qualifiés sont de garde 24 heures sur 24.

Quand le programme des « centres polyvalents d'aide aux victimes » a pris de l'ampleur, divers problèmes sont apparus. Ainsi, il est devenu évident que le personnel hospitalier devait être mieux formé pour faire face à des problèmes de violence sexuelle avec sensibilité. Certains travailleurs hospitaliers rendaient les victimes de viol responsables de la violence qu'elles avaient subie, tandis que d'autres manifestaient une curiosité malsaine à l'égard des victimes au lieu de chercher avant tout à les aider. Les hôpitaux manquaient également de spécialistes de la médecine légale et les places dans les lieux d'accueil sûrs pour les victimes de viol n'étaient pas assez nombreuses. Cerner ces problèmes était une première étape importante vers l'amélioration du programme et la prestation de services de meilleure qualité aux victimes de viol.

Un projet interinstitutions des Nations Unies visant à combattre la violence sexospécifique est mené dans seize pays d'Amérique latine et des Caraïbes (201). La campagne a pour but de :

- sensibiliser davantage aux coûts humains, économiques et sociaux de la violence contre les femmes et les filles ;
- renforcer la capacité des pouvoirs publics d'adopter et d'appliquer des lois contre la violence sexospécifique ;
- renforcer les réseaux d'organisations publiques et privées et mettre en place des programmes de prévention de la violence contre les femmes et les filles.

***Initiatives locales prises par des hommes***

Il est important, pour prévenir la violence physique et sexuelle contre les femmes, que les hommes prennent une initiative collective. En Australie, en Afrique, en Amérique latine, dans les Caraïbes et en Asie, ainsi que dans bien des régions d'Amérique du Nord et d'Europe, il existe des groupes d'hommes qui luttent contre la violence familiale et le viol. Le point de départ sous-jacent de ce type d'initiative est que les hommes devraient, à titre individuel, prendre des mesures pour moins recourir à la violence (202). Parmi les activités typiques, citons des discussions de groupe, des campagnes d'éducation et des rassemblements, du

travail effectué avec des hommes violents, et des ateliers organisés dans des écoles et des prisons ainsi qu'en milieu de travail. Les actions sont souvent menées en collaboration avec des organisations féminines qui s'investissent dans la prévention de la violence et offrent des services aux femmes maltraitées.

Rien qu'aux Etats-Unis, on dénombre plus de cent groupes d'hommes de ce type, dont beaucoup se concentrent expressément sur la violence sexuelle. Ainsi, à Washington D.C., « *Men Can Stop Rape* » s'efforce de promouvoir d'autres formes de virilité propices à la non-violence et à l'égalité des sexes. Dernièrement, ce groupe a présenté des exposés dans des écoles secondaires, créé des affiches et produit un manuel pour les enseignants. De plus, il publie depuis peu un magazine pour les jeunes (202).

### **Programmes scolaires**

Il est essentiel d'agir dans les écoles, si l'on veut faire reculer la violence sexuelle et d'autres formes de violence. Dans beaucoup de pays, une relation sexuelle entre un enseignant et un élève n'entraîne pas de mesure disciplinaire sévère et les politiques en matière de harcèlement sexuel sont inexistantes ou restent lettre morte. Cependant, ces dernières années, quelques pays ont adopté des lois qui interdisent les relations sexuelles entre enseignants et élèves. Ces mesures contribuent à l'élimination du harcèlement sexuel dans les écoles. Parallèlement, des mesures plus diverses sont également nécessaires, y compris des changements dans la formation et dans le recrutement des enseignants, et une réforme des programmes de cours, afin de transformer les relations entre les deux sexes dans les écoles.

## **Réponses juridiques et politiques**

### **Signalement et traitement des cas de violence sexuelle**

Bon nombre de pays se sont dotés d'un système qui encourage les gens à signaler à la police les cas de violence sexuelle et qui permet aux tribunaux de traiter ces cas plus vite et en faisant preuve de plus de sensibilité. Voici quelques mécanismes

mis en place : unités spécialisées dans la violence familiale, unités spécialisées dans les crimes sexuels, formation sur l'égalité des sexes pour la police et les fonctionnaires de justice, postes de police dotés d'un personnel exclusivement féminin et tribunaux chargés des affaires de viol. Il est question de certains de ces mécanismes au chapitre 4.

La mauvaise volonté que les experts médicaux mettent à témoigner en cour crée parfois des problèmes. Leur attitude tient au fait que, souvent, le rôle des tribunaux est imprévisible, les affaires sont reportées à des dates ultérieures au dernier moment et les témoins doivent attendre longtemps pour déposer brièvement. En Afrique du Sud, pour remédier à cette situation, la Direction générale du ministère public donne pour instruction aux magistrats d'interrompre la procédure dans les affaires de violence sexuelle lorsque l'expert médical arrive afin qu'il puisse témoigner et subir un contre-interrogatoire sans tarder.

### **Réforme judiciaire**

Les lois ont été modifiées dans bien des pays pour :

- élargir la définition du viol ;
- changer les règles régissant la détermination des peines et l'admissibilité des preuves ;
- qu'il n'y ait plus à corroborer le récit des victimes.

En 1983, les lois canadiennes sur le viol ont été modifiées et l'obligation de corroborer le récit du viol n'est plus nécessaire, entre autres. Cependant, il ressort d'une évaluation que les procureurs ignorent généralement cet assouplissement de l'obligation de corroboration et rares sont les cas présentés devant les tribunaux sans preuve médico-légale (203).

Dernièrement, plusieurs pays d'Asie, dont les Philippines, ont mis en vigueur des lois qui redéfinissent de façon radicale le viol et qui font obligation à l'Etat d'aider les victimes. Il en résulte une augmentation sensible du nombre de cas signalés. Pour que la nouvelle législation soit pleinement efficace, il faut également organiser des campagnes afin d'informer le grand public des droits que lui confère la loi.

Afin de s'assurer que des informations non pertinentes ne soient pas admises en cour, le Tribunal pénal international pour l'ancienne Yougoslavie a établi certaines règles dont devraient s'inspirer certains pays pour adopter des lois et des procédures efficaces. L'article 96 du règlement du Tribunal précise que dans les cas d'agression sexuelle, il n'est pas nécessaire que le témoignage de la victime soit corroboré et que sa vie sexuelle passée ne doit pas être dévoilée dans le cadre de la preuve. Le règlement du Tribunal porte également sur le fait que l'accusé peut affirmer que l'acte était consensuel et déclare que le consentement n'est pas un argument acceptable si la victime a été séquestrée, menacée de violences physiques ou psychologiques, soumise à de telles violences ou encore avait des raisons de craindre de telles violences. En outre, le consentement ne peut être retenu comme défense si la victime avait de bonnes raisons de redouter des actes de violence ou des menaces de la part d'un tiers, si elle ne se soumettait pas. Même si le Tribunal autorise l'accusé à avancer l'argument du consentement, celui-ci doit le convaincre que la preuve qu'il fournit à l'appui est pertinente et crédible avant que cette preuve puisse être présentée.

Dans bien des pays, les juges prononcent des sentences très courtes contre les auteurs de violence sexuelle (204, 205). Pour remédier à cela, on a instauré contre les auteurs de viol des peines minimales applicables sauf en cas de circonstances atténuantes.

### **Traités internationaux**

Les traités internationaux jouent un rôle important, car ils fixent les normes des lois nationales et donnent aux groupes locaux un argument pour faire campagne en faveur de réformes judiciaires. Parmi les traités pertinents qui concernent la violence sexuelle et sa prévention, citons :

- la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) ;
- la Convention relative aux droits de l'enfant (1989) et son Protocole facultatif concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants

et la pornographie impliquant des enfants (2000) ;

- la Convention contre la criminalité transnationale organisée (2000) et son Protocole additionnel visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (2000) ;
- la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984).

Plusieurs autres accords internationaux établissent des normes et des limites en matière de comportement, y compris pendant les conflits, qui nécessitent des dispositions dans les lois nationales. Le Statut de Rome de la Cour pénale internationale (1998), par exemple, couvre un large éventail de crimes sexospécifiques, y compris le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée, les grossesses imposées et la stérilisation forcée. Il comprend également certaines formes de violence sexuelle qui constituent une violation ou une infraction grave aux Conventions de Genève de 1949, ainsi que d'autres formes de violence sexuelle qui sont comparables en gravité aux crimes contre l'humanité. L'inclusion des crimes sexospécifiques dans les définitions du Statut marque une étape historique dans l'évolution du droit international (206).

### **Actions visant à prévenir d'autres formes de violence sexuelle**

#### **Traite de personnes à des fins sexuelles**

En général, les mesures prises pour prévenir la traite de personnes à des fins sexuelles visent à :

- créer des programmes économiques dans certains pays pour les femmes qui risquent d'être victimes de ce type de traite ;
- informer et sensibiliser afin que les femmes à risque connaissent le danger de traite.

De plus, plusieurs programmes gouvernementaux et d'organisations non gouvernementales mettent en place des services pour les victimes de cette traite (207). A Chypre, le Service de l'immigration et des étrangers s'adresse aux femmes qui arrivent dans le pays pour travailler dans l'industrie du divertissement ou dans le secteur des services d'aide ménagère. Il les avise de leurs droits et

obligations et des formes de protection auxquelles elles peuvent recourir en cas de violence, d'exploitation et d'incitation à la prostitution. Dans l'Union européenne et aux États-Unis, les victimes de traite des personnes disposées à coopérer avec la justice en poursuivant les trafiquants peuvent obtenir des permis de séjour temporaire. En Belgique et en Italie, des foyers d'accueil ont été ouverts pour les victimes de traite des personnes. A Mumbai, en Inde, un centre de lutte contre la traite des femmes a été créé pour faciliter l'arrestation et la poursuite des délinquants, de même que pour aider et informer les victimes de cette traite.

### **Mutilations génitales féminines**

Pour s'attaquer aux pratiques culturelles qui constituent des violences sexuelles, il faut en comprendre le contexte social, économique et culturel. Khafagi explique (208) que ces pratiques – qui comprennent les mutilations génitales féminines – devraient être comprises du point de vue de ceux qui les suivent, ce qui permettrait d'envisager des interventions de prévention respectueuses de la culture locale. Dans le district de Kapchorwa, en Ouganda, le programme REACH a réussi à faire baisser les taux de mutilations génitales féminines. Le programme, que dirige la Sabiny Elders' Association, s'est efforcé d'obtenir l'appui des anciens de la communauté pour séparer la pratique des mutilations génitales féminines des valeurs culturelles qu'elles sont supposées servir. D'autres activités ont été proposées à leur place pour maintenir la tradition culturelle originale (209). L'encadré 6.4 décrit un autre programme appliqué en Égypte qui vise lui aussi à prévenir les mutilations génitales féminines.

### **Mariages d'enfants**

Les mariages d'enfants reposent sur une base culturelle et sont souvent légaux, d'où la difficulté à faire changer les mentalités. Interdire tout simplement les mariages précoces ne suffira pas généralement à empêcher qu'il s'en célèbre. Dans beaucoup de pays, l'enregistrement des naissances est tellement irrégulier qu'il arrive que l'on ne connaisse pas l'âge du premier mariage (100). Des approches qui visent à soulager la pauvreté, facteur

sous-jacent important dans bon nombre de ces mariages, et qui insistent sur des objectifs éducatifs, sur les conséquences pour la santé de maternités précoces et sur les droits de l'enfant ont plus de chances de donner des résultats.

### **Viol pendant des conflits armés**

Des organisations telles que l'Association des veuves du génocide (AVEGA) et le Forum des éducatrices africaines (FEA) ont relancé dernièrement le problème de la violence sexuelle dans les conflits armés. L'AVEGA aide les veuves de guerre et les victimes de viol au Rwanda et le FEA fournit des soins médicaux et des conseils socio-psychologiques aux victimes en Sierra Leone (210).

En 1995, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés a publié des lignes directrices sur la prévention de la violence sexuelle dans les populations de réfugiés et les mesures à prendre contre une telle violence (211). Ces lignes directrices comprennent des dispositions concernant :

- la conception et la planification des camps de manière à limiter le risque de violence ;
- la documentation des cas ;
- l'éducation et la formation du personnel afin qu'il soit en mesure de prévenir la violence sexuelle, de la repérer et d'y réagir ;
- les soins médicaux et autres services de soutien, y compris des mesures pour éviter que les victimes soient encore plus traumatisées.

Les lignes directrices visent également les campagnes de sensibilisation du public, les activités éducatives et la création de groupes de femmes pour signaler la violence et y réagir.

Se fondant sur des mesures prises en Guinée (212) et en République-Unie de Tanzanie (96), l'International Rescue Committee a mis sur pied un programme pour lutter contre la violence sexuelle dans les communautés de réfugiés. Il comprend l'utilisation de méthodes participatives pour l'évaluation de la prévalence de la violence sexuelle et sexospécifique dans les populations de réfugiés, la formation et le déploiement de travailleurs communautaires afin de repérer les cas et de mettre en place des systèmes de prévention appropriés, et des

**ENCADRE 6.4****Les mutilations génitales féminines en Egypte**

Beaucoup de femmes mariées égyptiennes présentent des mutilations génitales. L'enquête démographique et de santé réalisée en 1995 conclut que le groupe d'âge dans lequel la pratique est le plus souvent utilisée est celui des 9 à 13 ans. Près de la moitié des mutilations génitales féminines sont pratiquées par des médecins et 32 % par des sage-femmes ou des infirmières. D'après la recherche sociologique, les principales raisons données pour justifier les mutilations génitales féminines sont que l'on veut maintenir la tradition, maîtriser les désirs sexuels des femmes, les rendre « propres et pures » et, plus important, les rendre mariables.

Un mouvement contre les mutilations génitales féminines, né dans une large mesure de la sensibilisation du public suscitée par la Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire en 1994, regroupe des secteurs très divers.

Pour ce qui est de la réaction des responsables et des professionnels de la santé, dans une déclaration commune publiée en 1998, la Société égyptienne de gynécologie et d'obstétrique et la Société égyptienne de traitement de la stérilité affirment que ces mutilations sont à la fois inutiles et dangereuses, et qu'elles constituent un acte contraire à l'éthique médicale. Le Ministre de la Santé et de la Population égyptien a également publié un décret interdisant à quiconque de pratiquer des mutilations génitales féminines.

Les dirigeants religieux du monde musulman ont également exprimé leur opposition à cette pratique. Le grand mufti a publié une déclaration rappelant qu'il n'est fait aucune mention des mutilations génitales féminines dans le Coran et que les paroles (*hadith*) attribuées au prophète Mahomet à leur sujet n'étaient confirmées par aucune preuve. En outre, en 1998, la Conférence sur la population et la santé génésique dans le monde musulman a adopté une recommandation appelant les pays musulmans à mettre fin à toutes les formes de violence contre les femmes, en rappelant que rien dans la loi islamique (*charia*) n'obligeait à exciser les filles.

Des organisations non gouvernementales égyptiennes se sont mobilisées sur la question. Elles diffusent des informations sur les mutilations génitales féminines et incluent le problème, notamment dans leurs programmes de développement communautaire et d'information en matière de santé. Un groupe de travail composé d'une soixantaine d'organisations non gouvernementales a été constitué pour lutter contre cette pratique.

Plusieurs organisations non gouvernementales, qui interviennent souvent par l'intermédiaire de dirigeants communautaires, font maintenant participer activement des hommes à leur campagne et les informent sur les dangers des mutilations génitales féminines. Parallèlement, les jeunes gens sont encouragés à déclarer qu'ils épouseront des femmes qui ne sont pas excisées.

En Haute Egypte, il existe un programme qui est ciblé sur divers groupes sociaux, y compris les dirigeants communautaires, les dirigeants religieux et les membres de professions libérales, et qui a pour but de les former pour qu'ils fassent campagne contre les mutilations génitales féminines. Des conseils socio-psychologiques sont également offerts aux familles qui envisagent de ne pas faire exciser leurs filles et des discussions sont organisées avec des agents de santé pour les dissuader de pratiquer des mutilations génitales féminines.

mesures pour permettre aux dirigeants communautaires et aux autres responsables de poursuivre les agresseurs. Le programme est utilisé dans bien des endroits contre la violence sexuelle et sexospécifique, y compris en Bosnie-Herzégovine, en République démocratique du Congo, au Timor

oriental, au Kenya, en Sierra Leone et dans l'ancienne République yougoslave de Macédoine.

**Recommandations**

La violence sexuelle est un domaine de recherche qui est généralement négligé dans la plupart des

régions du monde, alors que les faits montrent qu'il s'agit d'un problème de santé publique important. Il reste encore beaucoup à faire pour comprendre le phénomène et le prévenir.

### Plus de recherches

L'absence de définition convenue de la violence sexuelle et le manque de données sur la nature et l'ampleur du problème dans le monde contribuent à reléguer le problème au second rang dans l'esprit des décideurs et des donateurs. Des études plus approfondies sont nécessaires sur presque tous les aspects de la violence sexuelle, y compris :

- l'incidence et la prévalence de la violence sexuelle dans différents contextes, en utilisant un outil de recherche standard pour évaluer la coercition sexuelle ;
- les facteurs de risque d'être victime et auteur de violence sexuelle ;
- les conséquences pour la santé et les répercussions sociales de différentes formes de violence sexuelle ;
- les facteurs qui influent sur le rétablissement des victimes après une agression sexuelle ;
- les contextes sociaux des différentes formes de violence sexuelle, y compris la traite de personnes à des fins sexuelles, et les relations entre la violence sexuelle et d'autres formes de violence.

### Définir des mesures efficaces

Des interventions doivent également être étudiées afin d'arriver à mieux comprendre ce qui est efficace dans différents contextes pour ce qui est de la prévention de la violence sexuelle ainsi que des soins et de l'aide aux victimes. Les domaines suivants devraient être prioritaires :

- Documenter et évaluer les services et les interventions qui aident les victimes ou travaillent avec les auteurs de violence sexuelle.
- Déterminer les mesures les plus appropriées que puisse prendre le secteur de la santé face à la violence sexuelle, y compris le rôle des thérapies antirétrovirales prophylactiques pour la prévention du VIH après un viol – avec différents groupes de services élémentai-

res recommandés dans différents contextes, en fonction des ressources locales.

- Déterminer ce qui constitue un soutien psychologique approprié dans différents contextes et situations.
- Évaluer les programmes destinés à prévenir la violence sexuelle, y compris les interventions communautaires – notamment celles ciblées sur les hommes – et les programmes scolaires.
- Étudier l'incidence des réformes judiciaires et des sanctions pénales.

### Accorder plus d'attention à la prévention primaire

La prévention primaire de la violence sexuelle est souvent écartée au profit de services aux victimes. Les décideurs, les chercheurs, les donateurs et les organisations non gouvernementales devraient donc prêter bien plus attention à ce domaine important, en accordant la priorité à ce qui suit :

- la prévention primaire de toutes les formes de violence sexuelle par le biais de programmes offerts dans les communautés et les écoles ainsi que dans le milieu des réfugiés ;
- un appui aux approches participatives, respectueuses de la culture locale, visant à changer les attitudes et les comportements ;
- un appui aux programmes qui abordent la prévention de la violence sexuelle dans le contexte plus général de la promotion de l'égalité des sexes ;
- des programmes qui visent certaines des causes socio-économiques sous-jacentes de la violence, y compris la pauvreté et le manque d'instruction, par exemple, en offrant des possibilités d'emploi aux jeunes ;
- des programmes visant à améliorer l'éducation des enfants, à rendre les femmes moins vulnérables et à promouvoir des notions de virilité plus égalitaires par rapport aux femmes.

### S'attaquer à la violence sexuelle dans le secteur de la santé

Dans bien des endroits, des patients sont victimes de violence sexuelle dans le secteur de la santé, mais on ne reconnaît généralement pas qu'il s'agit d'un

problème. Diverses mesures doivent être prises pour surmonter cette dénégation et affronter le problème, y compris les suivantes (83, 85) :

- intégrer des sujets relatifs à la violence sexuelle et sexospécifique, y compris des considérations éthiques concernant la profession médicale, dans les programmes de formation des médecins, des infirmières et des autres personnels de santé ;
- s'efforcer de trouver des moyens de repérer des cas possibles de violence contre les patients dans les établissements de santé, et enquêter sur ces cas ;
- utiliser les organismes internationaux des professions médicale et infirmière, ainsi que les organisations non gouvernementales (y compris les organisations féminines) pour suivre les cas de violence, réunir des preuves et faire campagne pour que les gouvernements et les services de santé interviennent ;
- établir des codes de bonnes pratiques et des procédures de plainte ainsi que des procédures disciplinaires strictes pour les personnels de santé qui maltraitent des patients dans le contexte de soins de santé.

## Conclusion

La violence sexuelle est un problème de santé publique courant et grave qui affecte des millions de personnes chaque année dans le monde. Elle est dictée par de nombreux facteurs qui agissent dans différents contextes économiques, sociaux et culturels. L'inégalité des sexes est au cœur de la violence sexuelle dirigée contre les femmes.

Dans beaucoup de pays, on manque de données sur la plupart des aspects de la violence sexuelle, et il est impératif de faire partout des études sur tous les aspects de ce type de violence. Les interventions sont tout aussi importantes. Elles sont de divers types, mais les interventions essentielles concernent la prévention primaire de la violence sexuelle, ciblée sur les hommes et les femmes, les mesures visant à aider les victimes d'agressions sexuelles, les mesures contribuant à assurer l'interpellation des violeurs et leur condamnation, et les stratégies destinées à changer les normes sociales et à

améliorer la condition féminine. Il est essentiel de définir des interventions pour les endroits démunis de ressources et d'évaluer rigoureusement les programmes mis en place dans les pays industrialisés et dans les pays en développement.

Les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer dans l'aide aux victimes d'agressions sexuelles, tant sur le plan médical que psychologique, et dans la collecte de preuves qui seront utilisées dans les poursuites engagées contre les agresseurs. Le secteur de la santé est beaucoup plus efficace dans les pays où des protocoles et des lignes directrices sont établis pour la gestion des cas et la collecte de preuves, où le personnel est convenablement formé et où il y a une bonne collaboration avec l'appareil judiciaire. Enfin, la ferme volonté et l'engagement des gouvernements et de la société civile, ainsi qu'une réponse coordonnée de divers secteurs, sont nécessaires pour mettre fin à la violence sexuelle.

## Bibliographie

1. Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony : domestic violence and women's health in central Java*. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.
2. Ellsberg MC. *Candies in hell : domestic violence against women in Nicaragua*. Umeå (Suède), Umeå University, 1997.
3. Mooney J. The hidden figure : domestic violence in North London. Londres (Royaume-Uni), Middlesex University, 1993.
4. Jewkes R et al. Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine*, 2001, 5 :733-744.
5. Matasha E et al. Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania : need for intervention. *AIDS Care*, 1998, 10 :571-582.
6. Buga GA, Amoko DH, Ncayiyana DJ. Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. *South African Medical Journal*, 1996, 86 :523-527.
7. Holmes MM et al. Rape-related pregnancy : estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175 :320-324.
8. Eby K et al. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 1995, 16 :563-576.

9. Leserman J et al. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent health care visits. *Psychological Medicine*, 1998, 28 :417–425.
10. McCauley J et al. The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123 :737–746.
11. Coker AL et al. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9 :451–457.
12. Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women’s Health Issues*, 1999, 9 :115–120.
13. Plichta SB, Abraham C. Violence and gynecologic health in women less than 50 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 174 :903–907.
14. Campbell JC, Soeken K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women’s health. *Violence Against Women*, 1999, 5 :1017–1035.
15. Collett BJ et al. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105 :87–92.
16. Boyer D, Fine D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy. *Family Planning Perspectives*, 1992, 24 :4–11.
17. Briggs L, Joyce PR. What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21 :575–582.
18. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 2001, 31 :1237–1247.
19. Cheasty M, Clare AW, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case-control study. *British Medical Journal*, 1998, 316 :198–201.
20. Darves-Bornoz JM. Rape-related psychotraumatic syndromes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 1997, 71 :59–65.
21. Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14 :245–258.
22. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35 :1365–1374.
23. Levitan RD et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship of neurovegetative features, mania, and gender. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155 :1746–1752.
24. Acierno R et al. Risk factors for rape, physical assault, and post-traumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13 :541–563.
25. Miller M. A model to explain the relationship between sexual abuse and HIV risk among women. *AIDS Care*, 1999, 11 :3–20.
26. Mercy JA et al. Intentional injuries. In: Mashaly AY, Graitcer PH, Youssef ZM. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. Le Caire (Egypte), Rose El Youssef New Presses, 1993 :65–84.
27. Mollica RF, Son L. Cultural dimensions in the evaluation and treatment of sexual trauma: an overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 1989, 12 :363–379.
28. Omaar R, de Waal A. Crimes without punishment: sexual harassment and violence against female students in schools and universities in Africa. *African Rights*, juillet 1994 (Discussion Paper No. 4).
29. Swiss S et al. Violence against women during the Liberian civil conflict. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279 :625–629.
30. Migration Information Programme. *Trafficking and prostitution: the growing exploitation of migrant women from central and eastern Europe*. Genève (Suisse), Organisation internationale pour les migrations, 1995.
31. Chauzy JP. *Kyrgyz Republic: trafficking*. Genève (Suisse), Organisation internationale pour les migrations, 20 janvier 2001 (notes de point de presse).
32. Dinan K. *Owed justice: Thai women trafficked into debt bondage in Japan*. New York (Etats-Unis d’Amérique), Human Rights Watch, 2000.
33. *The economics of sex*. Genève (Suisse), Organisation internationale du Travail, 1998 (World of Work, No. 26).
34. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Social Science and Medicine* (in press).

35. *The international crime victim survey in countries in transition: national reports*. Rome (Italie), Institut interrégional de recherche des Nations Unies sur la criminalité et la justice, 1998.
36. *Victims of crime in the developing world*. Rome (Italie), Institut interrégional de recherche des Nations Unies sur la criminalité et la justice, 1998.
37. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000 (NCJ 183781).
38. Weiss P, Zverina J. Experiences with sexual aggression within the general population in the Czech Republic. *Archives of Sexual Behavior*, 1999, 28:265-269.
39. Campbell JC, Soeken KL. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017-1035.
40. Granados Shiroma M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género*. [Santé génésique et violence contre les femmes: analyse d'un point de vue sexospécifique] Nuevo León (Mexique), Asociación Mexicana de Población, Colegio de México, 1996.
41. Martin SL et al. Sexual behaviour and reproductive health outcomes: associations with wife abuse in India. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1967-1972.
42. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57-65.
43. Gillioz L, DePuy J, Ducret V. *Domination et violences envers la femme dans le couple*. Lausanne (Suisse), Payot-Editions, 1997.
44. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Bulletin Service*, 1994, 14:1-22.
45. Randall M et al. Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project, a community-based survey. *Violence Against Women*, 1995, 1:6-31.
46. Morrison A et al. *The socio-economic impact of domestic violence against women in Chile and Nicaragua*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque interaméricaine de développement, 1997.
47. Painter K, Farrington DP. Marital violence in Great Britain and its relationship to marital and non-marital rape. *International Review of Victimology*, 1998, 5:257-276.
48. *Puerto Rico: encuesta de salud reproductiva 1995-1996*. [Porto Rico: Enquête sur la santé génésique, 1995-1996.] San Juan, University of Puerto Rico and Centers for Disease Control and Prevention, 1998.
49. Risberg G, Lundgren E, Westman G. Prevalence of sexualized violence among women: a population-based study in a primary healthcare district. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1999, 27:247-253.
50. Heiskanen M, Piispa M. *Faith, hope and battering: a survey of men's violence against women in Finland*. Helsinki (Finlande), Statistics Finland, 1998.
51. Haj Yahia MM. *The incidence of wife abuse and battering and some demographic correlates revealed in two national surveys in Palestinian society*. Ramallah, Besir Centre for Research and Development, 1998.
52. Ilkkaracan P et al. Exploring the context of women's sexuality in Eastern Turkey. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:66-75.
53. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No.11).
54. Rwenge M. Sexual risk behaviours among young people in Bamenda, Cameroon. *International Family Planning Perspectives*, 2000, 26:118-123.
55. *Estudo CAP nas escolas: conhecimento, atitudes, praticas e comportamento em saude sexual e reproductiva em uma era de SIDA*. [Étude du CAP dans les écoles: connaissances, attitudes, pratiques et comportements face à la santé sexuelle et génésique à l'époque du SIDA] Maputo (Mozambique), Geração Biz et Ministère de la Jeunesse et des Sports, 1999.
56. Caceres CF, Vanoss M, Sid Hudes E. Sexual coercion among youth and young adolescents in Lima, Peru. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:361-367.
57. Abma J, Driscoll A, Moore K. Young women's degree of control over first intercourse: an exploratory analysis. *Family Planning Perspectives*, 1998, 30:12-18.
58. Dickson N et al. First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. *British Medical Journal*, 1998, 316:29-33.
59. *Adolescents*. (Programme brief on the findings from the Operations research and technical assistance, Africa Project II.) Nairobi (Kenya), The Population Council, 1998.
60. Halcón L, Beuhring T, Blum R. *A portrait of adolescent health in the Caribbean, 2000*. Minnea-

- polis, Minnesota (États-Unis d'Amérique), University of Minnesota et Organisation panaméricaine de la Santé, 2000.
61. Swart L et al. *Rape surveillance through district surgeons' offices in Johannesburg, 1996–1998: findings, evaluation and prevention implications. South African Journal.*
  62. Greenfeld LA. *Sex offenses and offenders: an analysis of data on rape and sexual assault.* Washington, D.C. (États-Unis d'Amérique), United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics (NCJ 163392).
  63. Richard AO. *International trafficking in women to the United States: a contemporary manifestation of slavery and organized crime.* Washington, D.C. (États-Unis d'Amérique), Center for the Study of Intelligence, 1999.
  64. Brown L. *Sex slaves: the trafficking of women in Asia.* Londres (Royaume-Uni), Virago Press, 2001.
  65. Benninger-Budel C et al. *Violence against women: a report.* Genève (Suisse), Organisation mondiale contre la torture, 1999.
  66. Migration Information Programme. *Trafficking in women to Italy for sexual exploitation.* Genève (Suisse), Organisation internationale pour les migrations, 1996.
  67. Barnard M. Violence and vulnerability: conditions of work for streetworking prostitutes. *Sociology of Health and Illness*, 1993, 15:683–705.
  68. Church S et al. Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *British Medical Journal*, 2001, 322:524–525.
  69. Jenkins C. Street sex workers in Dhaka: their clients and enemies. In: *The Proceedings of the International Conference on Violence Against Women and Children, Dhaka, Bangladesh, June 1998.* Dhaka (Bangladesh), 1998.
  70. Ayalew T, Berhane Y. Child prostitution: magnitude and related problems. *Ethiopian Medical Journal*, 2000, 38:153–163.
  71. Perlez J. For the oppressed sex: brave words to live by. *New York Times*, 6 juin 1990.
  72. Bagley C, Bolitho F, Bertrand L. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. *Adolescence*, 1997, 32:361–366.
  73. Nhundu TJ, Shumba A. The nature and frequency of reported cases of teacher-perpetrated child sexual abuse in rural primary schools in Zimbabwe. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1517–1534.
  74. *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos en el Perú.* [Silence et complicité: la violence contre les femmes dans les services publics au Pérou] Lima (Pérou), Committee of Latin America and the Caribbean for the Defense of the Rights of the Woman, and Center for Reproductive Law and Policy, 1998.
  75. McPhedran M. Sexual abuse in the health professions: who's counting? *World Health Statistics Quarterly*, 1996, 49:154–157.
  76. Dehlendorf CE, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex-related offenses. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1883–1888.
  77. Thomasson GO. Educating physicians to prevent sex-related contact with patients. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:419–420.
  78. Lamont JA, Woodward C. Patient–physician sexual involvement: a Canadian survey of obstetrician-gynecologists. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1994, 150:1433–1439.
  79. Fary T, Fisher N. Sexual contact between doctors and patients: almost always harmful. *British Medical Journal*, 1992, 304:1519–1520.
  80. Fayad M. *Female genital mutilation (female circumcision).* Le Caire (Égypte), Star Press, 2000.
  81. *Human rights are women's rights.* Londres (Royaume-Uni), Amnesty International, 1999.
  82. Frank MW et al. Virginity examinations in Turkey: role for forensic physicians in controlling female sexuality. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:485–490.
  83. d'Oliviera AF, Diniz GS, Schraiber BL. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 2002:1681–1685.
  84. Sargent C, Rawlins J. Transformations in maternity services in Jamaica. *Social Science and Medicine*, 1992, 35:1225–1232.
  85. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Science and Medicine*, 1998, 47:1781–1795.
  86. Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K. Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Social Science and Medicine*, 1994, 39:767–780.
  87. Jaffre Y, Prual AM. Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Social Science and Medicine*, 1994, 38:1069–1073.
  88. Shaikh MA. Sexual harassment in medical profession: perspectives from Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2000, 50:130–131.

89. Kisa A, Dziegielewski SF. Sexual harassment of female nurses in a hospital in Turkey. *Health Services Management Research*, 1996, 9 :243–253.
90. Chelala C. Algerian abortion controversy highlights rape of war victims. *Lancet*, 1998, 351 :1413.
91. Asia Watch. *Rape in Kashmir : a crime of war*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Human Rights Watch, 1993.
92. Xiau W. Silent consent : Indonesian abuse of women. *Harvard International Review*, 1999, 21 :16–17.
93. Swiss S, Giller JE. Rape as a crime of war : a medical perspective. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270 :612–615.
94. Pacific Women Against Violence. Violence against East Timor women. *Pacific Women's Network Against Violence Against Women*, 2000, 5 :1–3.
95. Morrell R. *Changing men in Southern Africa*. Pietermaritzburg, Natal (Afrique du Sud), University of Natal Press, 2001.
96. Nduna S, Goodyear L. *Pain too deep for tears : assessing the prevalence of sexual and gender violence among Burundian refugees in Tanzania*. Kibondo, Comité international de secours, 1997.
97. George A. *Sexual behavior and sexual negotiation among poor women and men in Mumbai : an exploratory study*. Baroda (Inde), Sahaj Society for Health Alternatives, 1997.
98. Sharma V, Sujay R, Sharma A. Can married women say no to sex? Repercussions of the denial of the sexual act. *Journal of Family Welfare*, 1998, 44 :1–8.
99. *Early marriage : whose right to choose?* Londres (Royaume-Uni), Forum on Marriage and the Rights of Women and Girls, 2000.
100. UNICEF Innocenti Research Center. Early marriage : child spouses. *Innocenti Digest*, 2001, No. 7.
- Kumari R, Singh R, Dubey A. *Growing up in rural India : problems and needs of adolescent girls*. New Delhi (Inde), Radiant Publishers, 1990.
102. Ahmed EM. *Violence against women : the legal system and institutional responses*. Lahore, Pendjab (Pakistan) AGHS Legal Aid Cell, 1998.
103. Indicators on marriage and marital status. In : *Annuaire démographique, 1997*, 49<sup>ème</sup> édition. New York (Etats-Unis d'Amérique), Division de la statistique des Nations Unies, 1999.
104. Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence envers les femmes : le fardeau caché de la santé*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque mondiale, 1994 (Article de discussion n° 255).
105. Crowell NA, Burgess AW. *Understanding violence against women*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Academy Press, 1996.
106. Koss M, Dinero TE. Discriminant analysis of risk factors for sexual victimisation among a national sample of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57 :242–250.
107. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviours and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21 :789–803.
108. Fleming J et al. The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23 :145–159.
109. Pederson W, Skrondal A. Alcohol and sexual victimization : a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91 :565–581.
110. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women : a population-based survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :1579–1589.
111. Jewkes R, Penn-Kekana L, Levin J. Risk factors for domestic violence : findings from a South African cross-sectional study. *Social Science and Medicine* (sous presse).
112. Jewkes R. Intimate partner violence : causes and primary prevention. *Lancet*, 2002, 359 :1423–1429.
113. Omorodion FI, Olusanya O. The social context of reported rape in Benin City, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 1998, 2 :37–43.
114. Faune MA. Centroamerica : los costos de la guerra y la paz. [*Amérique centrale : le coût de la guerre et de la paix*] *Perspectivas*, 1997, 8 :14–15.
115. International Clinical Epidemiologists Network. *Domestic violence in India : a summary report of a multi-site household survey*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), International Center for Research on Women, 2000.
116. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health : a focus on research*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Conseil de la population, 1995.
117. *Violence against women : a priority health issue*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1997 (document non publié WHO/FRH/WHD/97.8).
118. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. In : Reiss AJ, Roth JA. *Understanding and preventing violence. Vol. 3. Social influences*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Academy Press, 1993 :377–570.
119. Grisso JA et al. Violent injuries among women in an urban area. *New England Journal of Medicine*, 1999, 341 :1899–1905.
120. Abby A, Ross LT, McDuffie D. Alcohol's role in sexual assault. In : Watson RR. *Drug and alcohol*

- reviews. Vol. 5. *Addictive behaviors in women*. Totowa, New Jersey (Etats-Unis d'Amérique), Humana Press, 1995.
121. McDonald M. *Gender, drink and drugs*. Oxford (Royaume-Uni), Berg Publishers, 1994.
  122. Drieschner K, Lange A. A review of cognitive factors in the aetiology of rape: theories, empirical studies and implications. *Clinical Psychology Review*, 1999, 19 :57–77.
  123. Dean KE, Malamuth NM. Characteristics of men who aggress sexually and of men who imagine aggressing: risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 72 :449–455.
  124. Malamuth NM, Addison T, Koss MP. Pornography and sexual aggression: are there reliable effects and how can we understand them? *Annual Review of Sex Research*, 2000, 11 :26–91.
  125. Malamuth NM. A multidimensional approach to sexual aggression: combining measures of past behavior and present likelihood. *Annals of the New York Academy of Science*, 1998, 528 :113–146.
  126. Ouimette PC, Riggs D. Testing a mediational model of sexually aggressive behavior in nonincarcerated perpetrators. *Violence and Victims*, 1998, 13 :117–130.
  127. Malamuth NM et al. The characteristics of aggressors against women: testing a model using a national sample of college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, 59 :670–681.
  128. Lisak D, Roth S. Motives and psychodynamics of self-reported, unincarcerated rapists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 55 :584–589.
  129. Bourgois P. *In search of respect: selling crack in El Barrio*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press, 1996.
  130. Petty GM, Dawson B. Sexual aggression in normal men: incidence, beliefs and personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 1989, 10 :355–362.
  131. Borowsky IW, Hogan M, Ireland M. Adolescent sexual aggression: risk and protective factors. *Pediatrics*, 1997, 100 :E7.
  132. Gwartney-Gibbs PA, Stockard J, Bohmer S. Learning courtship aggression: the influence of parents, peers and personal experiences. *Family Relations*, 1983, 35 :276–282.
  133. Jenkins C. Sexual behaviour in Papua New Guinea. In: *Report of the Third Annual Meeting of the International Network on Violence Against Women, January 1998*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), International Network on Violence Against Women, 1998.
  134. Watkins B, Bentovim A. The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1992, 33 :197–248.
  135. Dobash E, Dobash R. *Women, violence and social change*. Londres (Royaume-Uni), Routledge, 1992.
  136. Wood K, Maepa J, Jewkes R. *Adolescent sex and contraceptive experiences: perspectives of teenagers and clinic nurses in the Northern Province*. Pretoria (Afrique du Sud), Medical Research Council, 1997 (Rapport technique).
  137. Hadidi M, Kulwicki A, Jahshan H. A review of 16 cases of honour killings in Jordan in 1995. *International Journal of Legal Medicine*, 2001, 114 :357–359.
  138. Bourgois P. In search of masculinity: violence, respect and sexuality among Puerto Rican crack dealers in East Harlem. *British Journal of Criminology*, 1996, 36 :412–427.
  139. Wood K, Jewkes R. “Dangerous” love: reflections on violence among Xhosa township youth. In: Morrell R, ed. *Changing men in Southern Africa*. Pietermaritzburg, Natal (Afrique du sud), University of Natal Press, 2001.
  140. Silberschmidt M. Disempowerment of men in rural and urban East Africa: implications for male identity and sexual behavior. *World Development*, 2001, 29 :657–671.
  141. Madge C. Public parks and the geography of fear. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 1997, 88 :237–250.
  142. Pain RH. Social geographies of women's fear of crime. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 1997, 22 :231–244.
  143. Rozee PD. Forbidden or forgiven? Rape in cross-cultural perspective. *Psychology of Women Quarterly*, 1993, 17 :499–514.
  144. Ariffin RE. *Shame, secrecy and silence: study of rape in Penang*. Penang (Malaisie), Women's Crisis Centre, 1997.
  145. Bennett L, Manderson L, Astbury J. *Mapping a global pandemic: review of current literature on rape, sexual assault and sexual harassment of women*. Melbourne (Australie), University of Melbourne, 2000.
  146. Sen P. *Ending the presumption of consent: non-consensual sex in marriage*. Londres (Royaume-Uni), Centre for Health and Gender Equity, 1999.
  147. Buckley T, Gottlieb A. *Blood magic: the anthropology of menstruation*. Berkeley, Californie (Etats-Unis d'Amérique), University of California, 1998.
  148. Sanday P. The socio-cultural context of rape: a cross-cultural study. *Journal of Social Issues*, 1981, 37 :5–27.

149. Gartner R. The victims of homicide : a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55 :92–106.
150. Briggs CM, Cutright P. Structural and cultural determinants of child homicide : a cross-national analysis. *Violence and Victims*, 1994, 9 :3–16.
151. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador : socialización y violencia juvenil. [El Salvador : socialisation et violence chez les jeunes.] In : Ramos CG. *América Central en los noventa : problemas de juventud*. [Amérique centrale dans les années 1990 : les problèmes de la jeunesse] San Salvador (El Salvador), Latin American Faculty of Social Sciences, 1998 :151–187.
152. Watts C, Zimmerman C. Violence against women : global scope and magnitude. *Lancet*, 2002, 359 :1232–1237.
153. Antrobus P. Reversing the impact of structural adjustment on women's health. In : Antrobus P et al. *We speak for ourselves : population and development*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Panos Institute, 1994 :6–8.
154. Mulugeta E, Kassaye M, Berhane Y. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. *Ethiopian Medical Journal*, 1998, 36 :167–174.
155. *Evaluación de proyecto para educación, capacitación y atención a mujeres y menores de edad en materia de violencia sexual, enero a diciembre 1990*. [Evaluation d'un projet d'éducation, de formation et de soins destiné aux femmes et aux mineurs en matière de violence sexuelle, janvier-décembre 1990.] Mexico (Mexique), Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres, 1990.
156. *Carpeta de información básica para la atención solidaria y feminista a mujeres violadas*. [Dossier d'informations de base pour une attention solidaire et féministe aux femmes victimes de viol] Mexico (Mexique), Centro do Apoyo a Mujeres Violadas, 1985.
157. Roosa MW et al. The relationship of childhood sexual abuse to teenage pregnancy. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59 :119–130.
158. Stock JL et al. Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Family Planning Perspectives*, 1997, 29 :200–227.
159. Jenny C et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *New England Journal of Medicine*, 1990, 322 :713–716.
160. Wingood G, DiClemente R, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19 :270–275.
161. Anteghini M et al. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 28 :295–302.
162. Mullen PE et al. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet*, 1988, i :841–845.
163. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France : results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21 :823–832.
164. Kimerling R, Calhoun KS. Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, 62 :333–340.
165. Foa EB et al. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing post-traumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67 :194–200.
166. Tarrier N et al. Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder : twelve-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175 :571–575.
167. Kilpatrick DG, Edmonds CN, Seymour AK. *Rape in America : a report to the nation*. Arlington, Virginie (Etats-Unis d'Amérique), National Victim Center, 1992.
168. Davidson JR et al. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53 :550–555.
169. Luster T, Small SA. Sexual abuse history and problems in adolescence : exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59 :131–142.
170. McCauley J et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse : unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277 :1362–1368.
171. Nagy S, Adcock AG, Nagy MC. A comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. *Pediatrics*, 1994, 93 :570–575.
172. Romans SE et al. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152 :1336–1342.
173. Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1998, 13 :3–9.
174. Statham DJ et al. Suicidal behaviour : an epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, 1998, 28 :839–855.

175. Heise L. Violence against women: the missing agenda. In: Koblinsky M, Timyan J, Gay J. *The health of women: a global perspective*. Boulder, Colorado (Etats-Unis d'Amérique), Westview Press, 1993.
176. Ahmad K. Public protests after rape in Pakistani hospital. *Lancet*, 1999, 354 :659.
177. Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioural program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63 :948-955.
178. Foa EB, Street GP. Women and traumatic events. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, 62 (Suppl. 17) :29-34.
179. Meyer CB, Taylor SE. Adjustment to rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, 50 :1226-1234.
180. Christofides N. *Evaluation of Soul City in partnership with the National Network on Violence Against Women (NNVAW): some initial findings*. Johannesburg (Afrique du Sud), Women's Health Project, University of the Witwatersrand, 2000.
181. Kelly L, Radford J. Sexual violence against women and girls: an approach to an international overview. In: Dobash E, Dobash R. *Rethinking violence against women*. Londres (Royaume-Uni), Sage, 1998.
182. Kaufman M. Building a movement of men working to end violence against women. *Development*, 2001, 44 :9-14.
183. Welbourn A. *Stepping Stones*. Oxford (Royaume-Uni), Strategies for Hope, 1995.
184. *Men as partners*. New York (Etats-Unis d'Amérique), AVSC International, 1998.
185. Gordon G, Welbourn A. *Stepping Stones and men*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Inter-Agency Gender Working Group, 2001.
186. Schwartz IL. Sexual violence against women: prevalence, consequences, societal factors and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 1991, 7 :363-373.
187. Du Mont J, Parnis D. Sexual assault and legal resolution: querying the medical collection of forensic evidence. *Medicine and Law*, 2000, 19 :779-792.
188. McGregor MJ et al. Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1999, 160 :1565-1569.
189. Chaudhry S et al. Retrospective study of alleged sexual assault at the Aga Khan Hospital, Nairobi. *East African Medical Journal*, 1995, 72 :200-202.
190. Harrison JM, Murphy SM. A care package for managing female sexual assault in genitourinary medicine. *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 1999, 10 :283-289.
191. Parnis D, Du Mont J. An exploratory study of post-sexual assault professional practices: examining the standardised application of rape kits. *Health Care for Women International* (sous presse).
192. Resnick H et al. Prevention of post-rape psychopathology: preliminary findings of a controlled acute rape treatment study. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13 :359-370.
193. Ramos-Jimenez P. *Philippine strategies to combat domestic violence against women*. Manille (Philippines), Social Development Research Center and De La Salle University, 1996.
194. *Violence against women and HIV/AIDS: setting the research agenda*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2001 (document non publié WHO/FCH/GWH/01.08).
195. Case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood: France, United Kingdom, and United States, January 1988 to August 1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1995, 44 :929-933.
196. Ippolito G et al. The risk of occupational HIV in health care workers. *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153 :1451-1458.
197. Wiebe ER et al. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2000, 162 :641-645.
198. Du Mont J, Macdonald S, Badgley R. *An overview of the sexual assault care and treatment centres of Ontario*. Toronto, Ontario (Canada), The Ontario Network of Sexual Assault Care and Treatment Centres, 1997.
199. Njovana E, Watts C. Gender violence in Zimbabwe: a need for collaborative action. *Reproductive Health Matters*, 1996, 7 :46-54.
200. *Safe and secure: eliminating violence against women and girls in Muslim societies*. Montréal, Québec (Canada), Institut pour la solidarité internationale des femmes, 1998.
201. Mehrotra A et al. *Une vie sans violence: c'est notre droit*. New York (Etats-Unis d'Amérique). Fonds de développement des Nations Unies pour les femmes, 2000.
202. Flood M. Men's collective anti-violence activism and the struggle for gender justice. *Development*, 2001, 44 :42-47.

203. Du Mont J, Myhr TL. So few convictions : the role of client-related characteristics in the legal processing of sexual assaults. *Violence Against Women*, 2000, 6 :1109–1136.
204. *Nouvelles mesures et initiatives pour la mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing*. Les Femmes, la Paix et le Développement, Nations Unies, 2000 (Document final, Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies, Femmes 2000 : Beijing plus cinq). New York (Etats-Unis d'Amérique).
205. *Reproductive rights 2000 : moving forward*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Center for Reproductive Law and Policy, 2000.
206. Bedont B, Martinez KH. Ending impunity for gender crimes under the International Criminal Court. *The Brown Journal of World Affairs*, 1999, 6 :65–85.
207. Coomaraswamy R. *Intégration des droits fondamentaux des femmes et de l'approche sexospécifique*. *Violence contre les femmes*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Conseil économique et social des Nations Unies, Commission des droits de l'homme, 2000 (Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes).
208. Khafagi F. Breaking cultural and social taboos : the fight against female genital mutilation in Egypt. *Development*, 2001, 44 :74–78.
209. *Reproductive health effects of gender-based violence*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Fonds des Nations Unies pour la population, 1998 (diffusé sur Internet à <http://www.unfpa.org/about/report/report98/ppgenderbased.htm>) (Rapport annuel 1998 : programme priorities).
210. *Sierra Leone : rape and other forms of sexual violence against girls and women*. Londres (Royaume-Uni), Amnesty International, 2000.
211. *Sexual violence against refugees : guidelines on prevention and response*. Genève (Suisse), Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 1995.
212. *Sexual and gender-based violence programme in Guinea*. Genève (Suisse), Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2001.

