

Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes

Intervenir et produire des données



Organisation
mondiale de la Santé



prévention

Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes

Intervenir et produire
des données



**Organisation
mondiale de la Santé**



Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

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

1.Violence conjugale – prévention et contrôle. 2.Violence – prévention et contrôle.
3.Partenaire sexuel. 4.Évaluation des risques. 5.Femmes victimes de violence.
6.Infractions sexuelles – prévention et contrôle. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 256400 6

(Classification NLM : HV 6625)

Citation recommandée : Organisation mondiale de la Santé/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

© **Organisation mondiale de la Santé 2012**

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

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

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

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

Conception : minimum graphics

Table des matières

Remerciements	v
Sommaire	1
Avant-propos	3
Introduction	5
Les coûts cachés de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle	5
La prévention sous l'angle de la santé publique	6
Une perspective qui tient compte de la trajectoire de vie	8
Quel est le but de ce document?	8
À qui s'adresse ce document?	9
Messages essentiels	10
Chapitre 1 Nature, ampleur et conséquences de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle	11
1.1 Définitions	11
1.2 Prévalence de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle	12
1.3 Conséquences de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle	15
1.4 Messages essentiels	18
Chapitre 2 Facteurs de risque et de protection associés à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle	19
2.1 Le modèle écologique de la violence	19
2.2 Cerner les facteurs de risque	21
2.3 Facteurs de risque liés à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle	21
2.4 Facteurs de risque liés à la violence entre partenaires intimes	28
2.5 Facteurs de risque liés à la violence sexuelle	31
2.6 Facteurs de protection liés à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle	33

2.7	Normes de genre et inégalité entre les sexes	33
2.8	Messages essentiels	34
Chapitre 3	Stratégies de prévention primaires – les données factuelles	36
3.1	Introduction	36
3.2	Évaluation des données relatives aux approches de prévention	39
3.3	Tableaux sommaires des stratégies et des programmes de prévention primaire	40
3.4	Petite enfance, enfance et début de l'adolescence	44
3.5	Adolescence et début de l'âge adulte	47
3.6	Âge adulte	51
3.7	Au cours de la vie entière	55
3.8	Messages essentiels	62
Chapitre 4	Améliorer la planification et l'évaluation des programmes	63
4.1	Étape 1 : Mise en train	63
4.2	Étape 2 : Définition et description de la nature du problème	67
4.3	Étape 3 : Inventaire des programmes potentiellement efficaces	72
4.4	Étape 4 : Mise au point de politiques et stratégies	73
4.5	Étape 5 : Création d'un plan d'action pour garantir l'exécution	75
4.6	Étape 6 : Évaluation et partage des apprentissages	76
4.7	Messages essentiels	82
Priorités futures de la recherche et conclusions		83
	Priorités futures de la recherche	83
	Conclusions	84
Références		86
Annexes		
	Annexe A : Définitions opérationnelles	98
	Annexe B : Activités de prévention pouvant servir à l'évaluation des processus, et sources d'information possibles sur ces activités	101

Remerciements

Ce document a été rédigé par Alexander Butchart, Claudia Garcia-Moreno et Christopher Mikton de l'Organisation mondiale de la Santé. Il fait fond sur une version préliminaire que l'on doit à Joanna Nurse de la London School of Hygiene and Tropical Medicine et du ministère de la Santé du Royaume-Uni, et Damian Basher du ministère de la Santé du Royaume-Uni. Natalia Diaz-Granados de l'Université McMaster a préparé la première version du Chapitre 2 : *Facteurs de risque et de protection liés à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle*, tandis que Joanne Klevens et Linda Anne Valle des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont contribué au Chapitre 4 : *Améliorer la planification et l'évaluation des programmes*. Tony Waddell a assuré la révision du document

Le document a également bénéficié des commentaires et des suggestions formulés par les pairs examinateurs suivants : Linda Dahlberg, Kathryn Graham, Rachel Jewkes, Holly Johnson, Julia Kim, Karen Lang, Charlotte Watts et Alys Willman.

Les fondements conceptuels de ce document ont été établis en mai 2007 lors d'une consultation d'experts sur la prévention primaire de la violence exercée par des partenaires intimes et de la violence sexuelle, ainsi que dans le document d'information rédigé en prévision de la rencontre par Alison Harvey, Claudia Garcia-Moreno et Alexander Butchart. Les personnes suivantes ont pris part à la consultation : Mark Bellis, Pimpawun Boonmongkon, David Brown, Carme Clavel-Arcas, Jane Cottingham, Pamela Cox, Isabelle De Zoysa, Jane Ferguson, Vangie Foshee, Kathryn Graham, Henrica Jansen, Holly Johnson, Faith Kasiva, Jackson Katz, Karen Lang, Lori Michau, Adepeju Aderemi Olukoya, Judith Ann Polsky, Jamela Saleh Al-Raiby, Susan Blair Timberlake, Bernice Van Bronkhorst et Charlotte Watts.

Le présent document a pu voir le jour grâce au généreux soutien financier du gouvernement de la Belgique et des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis. L'Organisation mondiale de la Santé remercie tout particulièrement l'Agence de la santé publique du Canada pour la traduction de ce document en Français.

Sommaire

La violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle concernent une proportion importante de la population. Dans l'immense majorité des cas, ce sont les femmes qui font les frais de ces violences et les hommes qui les infligent. Souvent, le mal est causé à vie et embrasse plusieurs générations, exerçant des effets délétères sur la santé, l'éducation et l'emploi. La prévention primaire de ces types de violence se justifie donc à la fois sur le plan humain et économique : les investissements consentis dès maintenant pour combattre à la racine la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle préserveront le bien-être et le développement physique, mental et économique aux niveaux personnel, familial, communautaire et social.

Ce document vise à fournir aux décideurs et aux planificateurs assez d'information pour mettre au point, à partir des faits connus et des preuves scientifiques, des programmes de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle contre les femmes. Il se compose des chapitres suivants :

- Le **Chapitre 1** décrit la nature, l'ampleur et les conséquences de la violence exercée par des partenaires intimes et de la violence sexuelle en les replaçant au sein d'une typologie générale de la violence.
- Le **Chapitre 2** cerne les facteurs de risque et de protection en ce qui concerne ces violences et souligne l'importance de leur prise en compte dans les efforts de prévention.
- Le **Chapitre 3** résume les données scientifiques dont on dispose sur les stratégies de prévention primaire pour ensuite passer en revue les programmes éprouvés, les programmes étayés par une preuve naissante et les programmes intéressants qui n'ont pas encore fait l'objet d'évaluations suffisantes pour constater leurs effets.
- Le **Chapitre 4** présente une démarche en six étapes qui guidera l'intervention, la production de données et la communication des résultats.

Le rapport se clôt sur l'énoncé des **priorités futures de la recherche** et des principales **conclusions** que l'on peut tirer.

Les efforts pour prévenir la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle en prenant appui sur des données factuelles n'en sont qu'à leurs débuts, et il reste beaucoup à faire. Pour l'heure, une seule stratégie s'est avérée efficace dans les faits, et elle s'applique à la violence exercée dans le cadre d'une relation intime. Il s'agit du recours à des programmes scolaires axés sur la prévention de la violence dans les fréquentations. Cependant, des données encourageantes se font jour sur l'efficacité de plusieurs autres stratégies de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence

sexuelle, notamment : les programmes de microfinancement destinés aux femmes et assortis d'une formation en matière d'égalité des sexes; diverses mesures pour limiter l'accès à l'alcool et son usage nocif; enfin, la modification des normes sociales et culturelles liées au genre. Une foule d'autres stratégies sont prometteuses de par leurs fondements théoriques ou parce qu'elles ciblent des facteurs de risque connus, mais la plupart n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre systématique, moins encore d'une évaluation.

Ce document aborde la prévention sous l'angle de la santé publique, en complément des approches relevant de la justice pénale. Cette approche particulière recourt à des données démographiques pour décrire le problème, ses incidences et ses facteurs de risque et de protection, tout en considérant les preuves scientifiques qui autorisent à juger efficaces, prometteuses et pertinentes sur le plan théorique diverses stratégies de prévention. Elle veille aussi à l'inclusion systématique de mécanismes de suivi et d'évaluation au sein des programmes et des politiques. En parallèle, le fait d'aborder la prévention primaire dans la perspective de la vie entière permet de cerner les facteurs de risque précoces et les moments les plus opportuns pour faire dévier les trajectoires développementales qui conduisent à des comportements violents. À noter que le succès de la prévention primaire dépend d'une intervention précoce ciblant des groupes d'âge jeunes.

Le besoin urgent de réunir des données et de poursuivre les recherches dans tous ces domaines ne dispense nullement de prendre sur-le-champ les mesures nécessaires pour prévenir la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle. Il faut appliquer les programmes qui ont fait leurs preuves, quitte à les adapter. Il faut aussi poursuivre les programmes prometteurs ou intéressants qui pourraient jouer un rôle immédiat, tout en redoublant d'efforts pour les doter en amont de mécanismes d'évaluation des résultats. C'est à la seule condition d'intervenir et de produire des données que la prévention de la violence exercée par des partenaires intimes et de la violence sexuelle sera efficace, et que ce domaine d'intervention fondée sur des données factuelles parviendra à maturité.

Avant-propos

La violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle sont des problèmes graves qui n'épargnent aucune région du monde. Outre qu'ils bafouent les droits humains, ils compromettent le bien-être physique, sexuel, génésique, affectif, mental et social des personnes et familles touchées. Des conséquences immédiates et à long terme sur le plan de la santé leur ont été associées : traumatismes physiques, grossesses non désirées, avortements, complications gynécologiques, infections transmises sexuellement (dont le VIH/sida), trouble de stress post-traumatique, dépression, pour n'en citer que quelques-unes. Chez les femmes enceintes, les violences subies amènent leur lot particulier de complications, telles que les fausses couches, les accouchements prématurés et le faible poids du nouveau-né à la naissance. S'ajoute à tout cela le fait que les comportements à risque comme le tabagisme, l'abus d'alcool et de drogues et les rapports sexuels non protégés sont de loin plus fréquents chez les victimes de violence sexuelle et de violence exercée par un partenaire.

Pour l'essentiel, ce sont les femmes qui portent le fardeau de la violence – physique, sexuelle et psychologique – exercée par les hommes, qu'il s'agisse ou non de partenaires intimes. Devant l'ampleur du problème et ses conséquences dévastatrices, de nombreux pays ont promulgué des lois qui criminalisent ces formes de violence et offrent désormais des services juridiques, sanitaires et sociaux aux femmes maltraitées. Paradoxalement, on a peu cherché à empêcher que la violence dans le couple et la violence sexuelle se produisent en premier lieu. La prestation de services bien conçus et efficaces aux victimes conservera toute son importance. Cependant, l'ampleur du problème est telle que l'action en amont sera décisive si l'on souhaite réduire non seulement le fardeau des souffrances mais également les coûts à long terme de ces violences sur les plans humain, économique et de la santé publique. Il faudra documenter avec soin tant les efforts de prévention primaire que les services d'intervention, aux fins d'en évaluer l'efficacité.

La rareté actuelle des approches de prévention fondées sur des données probantes s'explique en partie par le fossé qui sépare la conception et l'exécution des activités de recherche de celles des actions de sensibilisation en la matière. Elle s'explique également par le jeu complexe de facteurs qui augmentent d'emblée la probabilité que des violences se produisent. Parmi ces facteurs, mentionnons : l'inégalité entre les sexes, les normes sociales entourant la masculinité et d'autres déterminants sociaux, comme les disparités économiques; certains comportements déviants (par exemple, l'usage nocif de l'alcool); et d'autres types de violence (telle la maltraitance des enfants). Il y a peu de coordination entre les programmes ou la recherche sur la maltraitance des enfants, l'abus d'alcool et de drogues, les déterminants sociaux ainsi que la violence exercée par le partenaire intime et la violence sexuelle. Pourtant, ces problèmes affectent régulièrement

les familles, d'autant plus au sein des communautés indigentes qui tendent à présenter de fortes inégalités hommes-femmes.

Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données vise à fortifier le domaine de la prévention de façon à ce que ses interventions puissent compléter les programmes de prestation de services sanitaires, juridiques et autres répondant au problème. Les politiques et les programmes de prévention primaire devraient être proactifs, se fonder sur les meilleures données de la recherche et mettre l'accent sur les causes profondes, notamment la non-parité entre les sexes, afin qu'au départ moins de femmes soient touchées par la violence.

Par ailleurs, ce document tient compte du parcours de vie, reconnaissant que les expériences vécues dans la petite enfance influent sur la probabilité de commettre ou de subir des actes de violence dans le cadre d'une relation intime ou des actes de violence sexuelle. Il fait état des plus récentes conclusions de la recherche quant aux stratégies de prévention efficaces, prometteuses ou a priori réalisables, et présente un modèle de santé publique qui met en lumière les mesures à prendre pour s'attaquer aux déterminants sous-jacents de la violence aux niveaux individuel, familial, communautaire et sociétal. Enfin, il recommande instamment de planifier et déployer les futurs efforts de lutte contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle avec l'intention expresse d'élargir la base des données probantes sur l'ampleur, les conséquences et les possibilités de prévention de ces problèmes. On pourra entre autres y parvenir en insérant l'évaluation des résultats dans les projets de prévention dès l'étape de leur conception.

Témoigne de l'importance mondiale de la prévention de la violence exercée par des partenaires intimes et de la violence sexuelle le fait que ce document a été conjointement rédigé par l'Organisation mondiale de la Santé et la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Nous vous invitons à agir, vous aussi, pour accroître le nombre, la qualité et l'efficacité des programmes de prévention de ces violences dans toutes les sociétés du monde. Voilà qui améliorera de beaucoup la sécurité personnelle, le bien-être et le bonheur des filles et garçons, des femmes et des hommes où qu'ils vivent.

Etienne Krug

Directeur, département Prévention de la violence et du traumatisme et handicap, OMS

Michael Mbizvo

Directeur (*ad interim*), département Santé et recherche génésique, OMS

Introduction

Les coûts cachés de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle

En raison de leur nature, la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle sont souvent occultées, tout comme leurs conséquences. Pourtant, le tort qu'elles causent est largement sous-estimé. Des enquêtes de population indiquent toutefois que ces formes de violence sont répandues. Par exemple, l'*Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique contre les femmes* (Garcia-Moreno et al., 2005) nous apprend que de 15 à 71 % des femmes sont confrontées à la violence physique et/ou sexuelle de la part d'un partenaire intime à un moment ou l'autre de leur vie. La recherche indique également que ces violences ont pour corollaire une série de problèmes de santé physique, mentale et sexuelle immédiats et à long terme (Heise & Garcia-Moreno, 2002; Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002). De fait, les mauvais résultats pour la santé associés à ces violences se comparent en importance à ceux qui découlent de nombreux autres facteurs de risque sanitaire mieux connus. Ainsi, une étude utilisant la méthode de calcul du fardeau des maladies à Victoria, en Australie, a permis de constater que chez les femmes âgées de 18 à 44 ans, la violence exercée par un partenaire intime était associée à 7 % du fardeau global des maladies. Cette forme de violence était un facteur plus important que les facteurs habituellement pris en compte, comme l'élévation de la pression artérielle (l'hypertension), le tabagisme et l'excès de poids (Vos et al., 2006).

La violence exercée par le partenaire intime a très souvent de graves répercussions sur le bien-être psychologique et social de toute la famille ainsi que des effets défavorables sur les compétences parentales et les résultats scolaires et professionnels. Certains enfants issus de ménages marqués par la violence présentent des problèmes comportementaux et affectifs plus importants, qui augmentent leurs difficultés à l'école et sur le marché du travail et qui donnent souvent lieu à des situations d'abandon scolaire précoce, à la délinquance juvénile et à des grossesses précoces (Anda et al., 2001; Dube et al., 2002).

La violence exercée par des partenaires intimes a également des répercussions économiques notables. À titre d'exemple, au Royaume-Uni, une analyse chiffre le coût annuel de cette violence pour l'économie de l'Angleterre et du pays de Galles à environ 22,9 milliards de livres sterling (Walby, 2004). Une autre étude, américaine celle-là (Arias & Corso, 2005), a examiné les différences dans l'utilisation que font les femmes et les hommes des services de santé à la suite d'un incident violent dans le couple. Comparativement aux hommes :

- les femmes sont plus susceptibles de déclarer la violence physique exercée par un partenaire intime et les blessures qui en résultent;

- une proportion plus importante de femmes disent faire appel à des services de santé mentale après avoir été agressées par un partenaire et elles déclarent en moyenne un nombre plus élevé de consultations;
- les femmes sont plus nombreuses à dire qu'elles recourent aux services d'urgence, aux services hospitaliers et médicaux;
- les femmes sont plus portées à interrompre le travail, les soins aux enfants ou les tâches ménagères à cause de leurs blessures.

Ajoutons que dans le cas des femmes agressées au moins une fois par un partenaire intime, le coût individuel moyen est plus du double de celui des hommes. Lorsqu'on tient compte du coût lié à la perte de productivité des victimes, le coût social grimpe encore plus.

La prévention sous l'angle de la santé publique

Diverses méthodes et perspectives – qui généralement se recoupent et se complètent – ont été adoptées pour appréhender la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle. La perspective du genre, par exemple, souligne le rôle prépondérant et persistant joué dans ces formes de violence par le patriarcat, les rapports de pouvoir et les constructions hiérarchiques de la masculinité et de la féminité, qui impliquent la soumission des femmes et créent des inégalités structurelles entre les sexes.

L'approche fondée sur les droits de l'homme rappelle les obligations qu'ont les États de respecter, protéger et réaliser les droits de la personne, et donc de prévenir, combattre et punir la violence faite aux femmes et aux filles. Elle traite la violence contre les femmes comme une violation de nombreux droits : droits à la vie, à la liberté, à l'autonomie et à la sûreté des personnes; droits à l'égalité et à la non-discrimination; droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants; droit au respect de la vie privée; et droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Ces droits des êtres humains sont garantis par des traités internationaux et régionaux, des constitutions et des lois nationales qui énoncent les obligations des États et prévoient des mécanismes de responsabilisation à leur intention. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), par exemple, demande aux États signataires de prendre les mesures appropriées pour faire cesser la violence contre les femmes, tout comme le fait la Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence faite aux femmes (Convention de Belém do Pará, 1994), seule convention régionale à cibler tout spécialement ce type de violence.

La justice pénale, pour sa part, se donne pour tâche principale d'intervenir après que des actes de violence entre partenaires intimes et de violence sexuelle sont survenus, en faisant appliquer la loi et en veillant à ce que « justice soit faite ». La démarche comprend le fait d'identifier correctement les agresseurs, de vérifier leur culpabilité et d'imposer une peine appropriée. En termes de prévention de ces violences et d'intervention, la justice pénale table avant tout sur la dissuasion, l'incarcération, la sanction et la réadaptation des agresseurs.

L'approche de santé publique¹ adoptée dans ce document emprunte aux approches et

¹ On entend par santé publique « la science et l'art de prévenir la maladie, de prolonger la vie et de promouvoir la santé grâce aux efforts organisés et aux choix éclairés de la société, d'organismes publics et privés, de collectivités et d'individus » (Winslow, 1920).

perspectives décrites précédemment, en particulier la perspective du genre. Comme l'explique le *Rapport mondial sur la violence et la santé* (Krug et al., 2002), il s'agit d'une approche scientifique, interdisciplinaire et intersectorielle qui s'intéresse aux populations et qui repose sur un modèle écologique axé sur la prévention primaire.

Plutôt que mettre l'accent sur les individus, l'approche de la santé publique vise à apporter le plus de bien possible au plus grand nombre de personnes possible et à offrir de meilleurs soins et plus de sécurité à des populations entières. De par son caractère interdisciplinaire, elle fait intervenir les connaissances de nombreuses disciplines dont la médecine, l'épidémiologie, la sociologie, la psychologie, la criminologie, l'éducation et l'économie. La violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle étant des problèmes complexes, l'approche de la santé publique préconise à leur égard des interventions multisectorielles. Il a été démontré à maintes reprises que les efforts concertés de secteurs aussi divers que la santé, l'éducation, les services sociaux et la justice pénale sont souvent nécessaires pour résoudre ce que l'on estime généralement être des problèmes d'ordre purement « criminel » ou « médical ». Cette approche considère que la violence, loin de résulter d'un quelconque facteur unique, est le produit de multiples facteurs de risque et de causes qui interagissent à quatre niveaux imbriqués d'une hiérarchie (individuel, relationnel/familial, communautaire et social).

Dans l'optique de la santé publique, les stratégies de prévention se déclinent selon trois axes (Dahlberg & Krug, 2002) :

- **La prévention primaire**, qui vise à empêcher que la violence se produise.
- **La prévention secondaire**, qui met l'accent sur les réponses les plus immédiates à la violence, comme les soins préhospitaliers, les services des urgences ou, après un viol, le traitement des maladies sexuellement transmissibles.
- **La prévention tertiaire**, qui concerne les soins à long terme après la violence, comme les tentatives de rééducation et de réinsertion pour atténuer les traumatismes ou réduire le handicap à long terme associé à la violence.

L'approche de la santé publique privilégie la prévention primaire de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle, c.-à-d. qu'elle tâche de couper ces violences à la racine. Jusqu'à récemment, l'approche a été relativement négligée, la majorité des ressources étant consacrées à la prévention secondaire ou tertiaire. La clé de la prévention sous l'angle de la santé publique est sans doute la capacité de repérer les causes sous-jacentes plutôt que se concentrer sur les « symptômes ». À partir de là, il s'agit d'élaborer et tester des méthodes qui traiteront efficacement ces causes et ainsi d'améliorer la santé.

L'approche de la santé publique est un processus systématique qui prend appui sur les faits et qui comporte les quatre étapes suivantes :

1. **Définir le problème**, en termes conceptuels et quantitatifs, à l'aide de statistiques qui décrivent avec précision la nature et l'ampleur de la violence, les caractéristiques des personnes les plus touchées, la distribution géographique des incidents et les conséquences de l'exposition à la violence (**Chapitre 1**).
2. **Chercher à comprendre la raison du problème** en déterminant ses causes et corrélats, les facteurs qui augmentent ou réduisent la probabilité de violence (facteurs de risque et de protection) ainsi que les facteurs susceptibles d'être modifiés à l'aide d'une intervention (**Chapitre 2**).

3. **Chercher des moyens de prévenir le problème** à l'aide de l'information décrite ci-dessus et de programmes dont on s'attachera à suivre et à apprécier l'efficacité au moyen d'une évaluation rigoureuse des résultats (**Chapitres 3, 4**).
4. **Communiquer l'information recueillie** sur l'efficacité des programmes et augmenter l'échelle des programmes dont l'efficacité a été vérifiée. Il faut correctement évaluer l'efficacité des méthodes de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle, qu'elles s'adressent à des individus ou à des communautés entières, et communiquer les résultats de l'exercice (**section 4.6**). Cette étape comprend également le fait d'adapter les programmes au contexte local et de les soumettre à de rigoureuses réévaluations pour confirmer leur efficacité dans le nouveau cadre.

Une perspective qui tient compte de la trajectoire de vie

Ce document considère les causes, les conséquences et la prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle dans l'optique de la trajectoire de vie, c'est-à-dire en cherchant à déterminer dans quelle mesure les influences exercées au cours des premières années de la vie constituent des facteurs de risque pour des comportements liés à la santé ou des problèmes de santé ultérieurs (Davey Smith, 2000). Aux fins de la compréhension et de la prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle, la trajectoire de vie se divise comme suit : **la première enfance** (0–4 ans), **l'enfance et le début de l'adolescence** (5–14 ans); **l'adolescence et le début de l'âge adulte** (15–25 ans); **l'âge adulte** (26 ans et plus); enfin, tous les âges. Chaque étape du parcours de vie correspond à une étape précise dans l'évolution du risque et offre une occasion unique de cibler des facteurs de risque particuliers sur le plan du développement. Adopter une telle perspective aide donc à cerner les facteurs de risque précoces aussi bien que le moment idéal pour intervenir en appliquant une méthode de prévention primaire.

Quel est le but de ce document?

Ce document présente un cadre de planification pour la mise au point de politiques et de programmes visant à prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle. Invoquant de solides principes de santé publique, étayé par les données actuelles sur les facteurs de risque associés à ces violences et sur l'efficacité des programmes de prévention, il montre comment adapter les stratégies de prévention aux besoins, aux capacités et aux ressources de cadres particuliers. Il souligne l'importance d'intégrer des mécanismes d'évaluation scientifique à toutes les initiatives de prévention de façon à pouvoir suivre et améliorer continuellement leur efficacité, et à faire croître la base de connaissances mondiales dans ce domaine.

Pour l'heure, l'essentiel des ressources humaines et financières, par ailleurs limitées, qui sont consacrées au problème de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle, visent les soins et l'aide aux victimes (qui dans bien des cas font appel aux services lorsqu'elles sont plus âgées) ainsi que l'arrestation et l'incarcération des agresseurs. Or si l'on veut tenir compte de ce que l'approche de la santé publique a à nous apprendre, il faudrait accorder désormais une importance égale à la prévention primaire de ces violences. Ce document prend donc pour axe principal le recours à la santé publique en vue de juguler la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle avant même leur apparition, ce qui pourrait permettre :

- d'améliorer la santé, le bien-être et la productivité sur les plans individuel, communautaire et social;
- d'aider à réduire les injustices fondées sur le sexe, dans la mesure où la violence dans le couple et la violence sexuelle (ou la menace de ces violences) perpétuent ces injustices;
- de réduire les comportements antisociaux, la délinquance et d'autres formes de violence interpersonnelle associés au fait d'avoir été témoin de violence familiale durant l'enfance;
- de réduire les coûts économiques et sociaux, directs et indirects, ainsi que les conséquences liées à ces formes de violence.

Comme on l'a déjà signalé, le fardeau de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle est pour une large part imposé par les hommes et porté par les femmes; ce document met donc l'accent sur les violences faites aux femmes. S'il est vrai qu'hommes et femmes présentent, d'après certaines enquêtes déclaratives (surtout américaines), des taux analogues de violence envers le partenaire (Archer, 2000, 2006; Currie, 1998; Strauss, 1998, 2009), il reste que les femmes sont sur-représentées en termes de décès et de blessures graves attribuables à ces formes de violence ainsi que dans les visites aux urgences et les populations cliniques (Anderson, 2005; Archer 2000, 2006; Straus 1999, 2009). Les constatations relatives à la symétrie des sexes concernent avant tout les formes les moins graves de violence physique et semblent valoir principalement dans les pays occidentaux à revenu élevé (Archer, 2006). Par ailleurs, la plupart des données actuelles sur la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle proviennent d'études ayant porté sur des femmes. Enfin, ce document laisse de côté les différentes significatives qui caractérisent la nature, les facteurs de risque et les stratégies de prévention de ces formes de violence lorsqu'elles sont commises par des femmes et de la violence sexuelle commise d'homme à homme.

Dans toute la mesure du possible, l'information sur la nature de ces violences et sur l'efficacité des efforts de prévention provient d'études de haut niveau – par exemple, des revues systématiques et de vastes études faisant appel à des méthodologies éprouvées telles que l'essai contrôlé randomisé. Cela dit, la plupart de ces études techniques ont été réalisées aux États-Unis, et le constat d'efficacité les concernant ne tiendra pas forcément dans un pays à faible revenu. Les données examinées comprennent également des exemples de pratiques prometteuses adoptées dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

À qui s'adresse ce document?

Ce document s'adresse d'abord aux décideurs, aux concepteurs et aux planificateurs de programmes ainsi qu'aux organismes de financement du domaine de la santé publique et des secteurs connexes qui travaillent à développer la prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle contre les femmes. Quoique les praticiens de la santé publique forment un lectorat privilégié, le document ne suppose aucune connaissance préalable des principes de santé publique. D'autres parties intéressées pourraient inclure :

- les acteurs d'autres secteurs de l'État comme l'éducation, l'aide sociale à l'enfance, les soins sociaux, la justice pénale, les affaires féminines ou l'égalité entre les sexes;

- les promoteurs de la prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle, par exemple, des organisations non gouvernementales;
- les administrations locales;
- les planificateurs environnementalistes et les urbanistes;
- les chercheurs.

Ce document se veut une source d'information utile aux praticiens et autres professionnels actifs dans ces secteurs. Ils y trouveront une description des efforts scientifiques pour améliorer et cimenter la collaboration multisectorielle en matière de conception, d'exécution et d'évaluation des programmes de prévention primaire de la violence exercée par les partenaires intimes et de la violence sexuelle.

Messages essentiels

- Personne n'est à l'abri de la violence dans le couple et de la violence sexuelle. On observe néanmoins un net déséquilibre entre les sexes à cet égard, la majorité des victimes étant des femmes et la majorité des auteurs, des hommes; tout un chacun peut aider à prévenir ces violences et à mettre un terme à leur transmission intergénérationnelle.
 - Le tort qui résulte de ces violences peut durer toute une vie et franchir les générations, entraînant dans son sillage un cortège de maux touchant la santé, l'éducation, l'emploi, la criminalité et le bien-être individuel, familial, communautaire et social.
 - La prévention primaire de la violence exercée par des partenaires intimes et de la violence sexuelle a toutes les chances de sauver des vies et d'être financièrement avantageuse. Il est primordial d'investir dans la lutte contre ces violences avant qu'elles se produisent, afin de protéger et promouvoir le bien-être et le développement des personnes, des familles, des communautés et des sociétés.
 - Ce document adopte une approche de santé publique qui emprunte à des perspectives de prévention axées sur le genre, les droits de la personne et la justice pénale. L'approche recourt à des données sur les populations pour décrire le problème, ses incidences et ses facteurs de risque et de protection, et à des données scientifiques pour présenter les stratégies de prévention avérées, prometteuses ou théoriquement viables, tout en préconisant l'intégration systématique de mécanismes de suivi et d'évaluation dans les politiques et les programmes.
 - En considérant la trajectoire de vie, on cernera plus facilement les facteurs de risque précoces et les moments les plus indiqués pour intervenir au moyen d'une approche de prévention primaire. Le succès de la prévention primaire exige une intervention précoce qui met l'accent sur des groupes d'âge plus jeunes.
 - Les efforts de prévention auront plus de chances de succès s'ils tiennent compte de ce qui a donné des résultats auparavant.
 - Pour produire de nouvelles données, il est indispensable que l'évaluation des résultats fasse partie intégrante des interventions axées sur la prévention primaire.
-

CHAPITRE 1

Nature, ampleur et conséquences de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle

1.1 Définitions

Ce document reprend les définitions de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle données dans le *Rapport mondial sur la violence et la santé* (Heise & Garcia-Moreno, 2002; Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002). Ces définitions (**Encadré 1**) aujourd'hui largement acceptées offrent un cadre conceptuel utile. Elles demandent cependant à devenir opérationnelles, pour que l'on puisse suivre les progrès accomplis et mettre en évidence l'effet d'interventions particulières sur l'ampleur du problème. Pour plus de détails sur les définitions opérationnelles, se reporter à l'**Annexe A**.

ENCADRÉ 1

Définitions

■ **Violence exercée par le partenaire intime** – *tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles, aux personnes qui sont parties à cette relation, y compris des actes d'agression physique, de la coercition sexuelle, de la violence psychologique et des comportements autoritaires ou tyranniques.*

Cette définition recouvre la violence exercée par le conjoint ou le partenaire, actuel ou précédent.

■ **Violence sexuelle** – *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 violence sexuelle comprend le viol, qui se définit comme un acte de pénétration 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. À noter que la qualification du viol dans la loi peut varier selon le pays.

Source : Heise & Garcia-Moreno (2002); Jewkes, Sen & Garcia-Moreno (2002)

La violence exercée par le partenaire intime se produit surtout à partir de l'adolescence et des premières années de l'âge adulte dans le cadre du mariage ou de la cohabitation. En général, il s'agit de violence physique, sexuelle et psychologique ainsi que de comportements autoritaires ou tyranniques. La violence sexuelle, en revanche, est subie à tout âge, même pendant l'enfance; ses auteurs sont les parents, les tuteurs, des connais-

sances et des étrangers ainsi que les partenaires intimes. Ces deux formes de violence sont majoritairement commises par les hommes à l'encontre des filles et des femmes, quoique les garçons soient aussi des victimes courantes de violence sexuelle. Il arrive que des femmes s'en prennent à leur conjoint, et la violence s'inscrit également dans les relations homosexuelles.

Dans l'optique de prévenir la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle, il importe de garder à l'esprit leurs liens avec d'autres formes de violence interpersonnelle, la violence dirigée contre soi et la violence collective. Ainsi, la maltraitance subie durant l'enfance¹ – en particulier la violence physique, sexuelle et affective perpétrée par des parents et tuteurs – accroît la probabilité de violence entre partenaires intimes et de violence sexuelle au moment de l'adolescence et dans les premières années de l'âge adulte. Une intervention sur le front de la maltraitance des enfants peut donc contribuer à prévenir ces deux formes de violence, corrélation mise en lumière au **Chapitre 3** dans la description des efforts de prévention fondés sur des données probantes. Pour de plus amples détails sur la prévalence, les conséquences et les causes de la maltraitance des enfants (de 0 à 14 ans), et sur les moyens de la prévenir, on consultera le *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données* (OMS-ISPCAN, 2006).²

Par ailleurs, plusieurs formes de violence partagent les mêmes facteurs de risque sous-jacents, dont certaines normes sociales et culturelles, l'isolement, l'usage nocif de l'alcool et les disparités de revenu. Les efforts de prévention centrés sur ces facteurs communs ont donc des chances de réduire la fréquence de plusieurs types de violence.

1.2 Prévalence de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle

La prévalence de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle peut être appréhendée en faisant référence aussi bien aux victimes qu'aux agresseurs. Vu la faible proportion de cas attestés dans les données régulières des centres de soins aux victimes et de la police, la violence commise ou subie se laissera mieux quantifier dans le cadre d'enquêtes de population qui tiennent compte des déclarations faites par les intéressés (la collecte de données est abordée en plus de détails au **Chapitre 4**). À ce jour, en dehors de l'Amérique, peu d'enquêtes de population ont mesuré la perpétration d'actes de violence dans une relation intime ou de violence sexuelle (voir Jewkes et al., 2009; Philpart et al., 2009), et la comparabilité de leurs résultats est sujette à caution. Au surplus, les faibles taux de déclaration sont de nature à compromettre les résultats de ces enquêtes. Ce chapitre s'attarde donc aux données relatives à la violence faite aux victimes, données plus facilement disponibles à l'échelle internationale, plus aisément comparables et sans doute moins soumises au problème des faibles taux de déclaration.

¹ **La maltraitance des enfants** renvoie aux mauvais traitements physiques et affectifs, aux sévices sexuels, au manque de soins ou à la négligence envers les enfants, ainsi qu'à leur exploitation commerciale ou autre. Elle a lieu dans des contextes nombreux et divers. Les agresseurs d'enfants peuvent être : les parents et d'autres membres de la famille; les personnes qui s'en occupent; des amis; des connaissances; des personnes qui occupent un poste à responsabilité – p. ex. enseignants, soldats, officiers de police, membres du clergé; des employeurs; des travailleurs de la santé; d'autres enfants (OMS-ISPCAN, 2006).

² Ce guide est disponible à cette adresse : www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/child_maltreatment/en/index.html

L'Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes (Garcia-Moreno et al., 2005) brosse un portrait détaillé des schémas de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle subies par les femmes dans des pays à revenu moyen ou faible. Plus de 24 000 femmes âgées de 15 à 49 ans ont été interviewées dans des zones rurales et urbaines de dix pays. L'étude en arrive aux conclusions suivantes :

- entre 1 et 21 % des femmes interrogées déclarent avoir été victimes d'abus sexuels avant l'âge de 15 ans;
- tous sites d'enquête confondus, entre 13 et 61 % d'entre elles rapportent avoir été brutalisées par leur partenaire à un moment ou l'autre de leur vie avant l'âge de 49 ans;
- entre 6 et 59 % rapportent avoir subi des violences sexuelles de la part d'un partenaire intime à un moment ou l'autre de leur vie avant l'âge de 49 ans;
- entre 0,3 et 11,5 % disent avoir subi des violences sexuelles de la part d'une personne autre que leur partenaire à un moment ou l'autre de leur vie entre les âges de 15 et 49 ans.

Le **Tableau 1** résume les taux de prévalence déclarés de la violence physique et sexuelle exercée contre les femmes dans les pays participant à l'étude. Les résultats révèlent que ces violences tendent à coexister dans les relations de couple. Ils mettent également en lumière les écarts de prévalence d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays. Les taux de violence physique et/ou sexuelle exercée par un partenaire intime vont de 15 % au Japon jusqu'à environ 70 % en Éthiopie et au Pérou. La plupart des sites rapportent des taux entre 29 et 62 %.

TABLEAU 1

Violence physique et sexuelle exercée contre les femmes par un partenaire intime

Site	Violence physique		Violence sexuelle		Violence physique ou sexuelle, ou les deux	
	Au cours de la vie (%)	Actuellement (%)	Au cours de la vie (%)	Actuellement (%)	Au cours de la vie (%)	Actuellement (%)
Ville du Bangladesh	37,7	19,0	37,4	20,2	53,4	30,2
Province du Bangladesh	41,7	15,8	49,7	24,2	61,7	31,9
Ville du Brésil	27,2	8,3	10,1	2,8	28,9	9,3
Province du Brésil	33,8	12,9	14,3	5,6	36,9	14,8
Province de l'Éthiopie	48,7	29,0	58,6	44,4	70,9	53,7
Ville du Japon	12,9	3,1	6,2	1,3	15,4	3,8
Ville de Namibie	30,6	15,9	16,5	9,1	35,9	19,5
Ville du Pérou	48,6	16,9	22,5	7,1	51,2	19,2
Province du Pérou	61,0	24,8	46,7	22,9	69,0	34,2
Samoa	40,5	17,9	19,5	11,5	46,1	22,4
Ville de Serbie- Monténégro	22,8	3,2	6,3	1,1	23,7	3,7
Ville de Thaïlande	22,9	7,9	29,9	17,1	41,1	21,3
Province de Thaïlande	33,8	13,4	28,9	15,6	47,4	22,9
Ville de Tanzanie	32,9	14,8	23,0	12,8	41,3	21,5
Province de Tanzanie	46,7	18,7	30,7	18,3	55,9	29,1

Source : Garcia-Moreno et al. (2005)

Il ressort également de cette étude que les niveaux déclarés de violence sexuelle subie de personnes autres que le partenaire depuis l'âge de 15 ans sont inférieurs à 1 % en Éthiopie et au Bangladesh (où la majorité des femmes sont mariées avant l'âge de 15 ans), mais atteignent les 10 ou 12 % au Pérou, au Samoa et dans la zone urbaine de Tanzanie. Dans la plupart des cas, la violence était infligée par une seule personne, souvent une connaissance ou un étranger. En Afrique du Sud, une enquête menée auprès de quelque 1300 femmes de trois provinces révèle que le premier viol a été commis dans 42,5 % des cas par un étranger; dans 20,8 % des cas, par une connaissance; dans 9,4 % des cas, par une personne de l'école; dans 8,5 % des cas, par un membre de la famille; dans 7,5 % des cas, par le partenaire; et dans 11,3 % des cas, par une autre personne (Jewkes et al., 1999).

D'après les données de la United States National Violence Against Women Survey (Tjaden & Thoennes, 2006), la plupart des victimes de viol aux États-Unis connaissent leur agresseur. Sur l'ensemble des victimes de viol identifiées dans cette enquête, 16,7 % ont été agressées par un étranger et 43 % par leur partenaire intime actuel ou par un ex-partenaire.

Prévalence à l'adolescence

Selon l'*Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes*, de 3 à 24 % des femmes interrogées ont signalé que leur première expérience sexuelle avait été forcée, et pour la majorité cette expérience avait eu lieu à l'adolescence (Garcia-Moreno et al., 2005). Dans 10 des 15 cadres étudiés, plus de 5 % des femmes ont déclaré que leur initiation sexuelle avait eu lieu sous la contrainte, et ce pourcentage dépasse les 14 % au Bangladesh, en Éthiopie, dans la province du Pérou et en Tanzanie. D'après une étude réalisée au Nigéria, 45 % des femmes et 32 % des hommes âgés de 12 à 21 ans ont déclaré avoir eu des rapports sexuels forcés (Slap, 2003). En Afrique du Sud, dans une enquête portant sur 280 000 élèves, environ 9 % des filles et des garçons jusqu'à l'âge de 15 ans déclarent avoir eu des rapports sexuels forcés dans l'année écoulée, proportion qui passe à 13 % pour les garçons et à 16 % pour les filles jusqu'à l'âge de 19 ans (CIETafrica, 2002).

L'examen des études nord-américaines permet de conclure que la prévalence de la violence physique et sexuelle dans les fréquentations¹ au cours de la vie, dans la dernière année et actuellement varie considérablement selon les études – allant de 9 à 49 % (Glass et al., 2003). Compte tenu de ces variations, il paraît prématuré de tirer des conclusions sur la prévalence de la violence dans les fréquentations à l'adolescence (Hickman, Jaycox & Aronoff, 2004). À l'échelle internationale, les enquêtes de population sur ce type de violence sont peu nombreuses, mais elles donnent à penser qu'une part importante de la population des adolescents est touchée. Ainsi, dans une étude sud-africaine (Swart, 2002) portant sur 928 jeunes hommes et femmes âgés de 13 à 23 ans, 42 % des femmes et 38 % des hommes disent avoir été victimes de violence physique dans les fréquentations au cours de leur vie. En Éthiopie, près de 16 % des 1 378 étudiants collégiaux

¹ Par « violence dans les fréquentations », on entend la violence physique ou sexuelle qui survient dans le contexte des relations amoureuses. Les relations amoureuses désignent couramment, en Europe et aux États-Unis, des relations qui ne dépendent ni du mariage ni d'une cohabitation à long terme et qui ont cours durant l'adolescence et les premières années de l'âge adulte. Elles comprennent les premières fréquentations occasionnelles aussi bien que des rapports sexuels à plus long terme. En Asie et dans d'autres régions du monde où le mariage est précoce, le phénomène de la violence dans les fréquentations est rare et la violence entre partenaires intimes débute à un jeune âge.

interrogés disent avoir usé de violence physique à l'encontre d'une partenaire intime ou d'une personne autre que la partenaire intime, et 16,9 % d'entre eux disent avoir commis des actes de violence sexuelle (Philpart et al., 2009).

Prévalence à l'âge adulte

Les enquêtes de population de plusieurs pays révèlent qu'entre 10 et 69 % des femmes âgées de 15 à 49 ans subissent la violence physique d'un partenaire intime masculin au moins une fois au cours de leur vie (Heise, Ellsberg & Gottemoeller, 1999; Heise & Garcia-Moreno, 2002), tandis que de 6 à 47 % des femmes rapportent des relations sexuelles forcées ou des tentatives en sens par un partenaire intime au cours de leur vie (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002). D'après l'*Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes*, entre 6 et 59 % des femmes déclarent avoir subi la violence sexuelle d'un partenaire intime au cours de leur vie, les taux pour la plupart des sites se situant entre 10 et 50 % (Garcia-Moreno et al., 2005).

D'après les études de population réalisées dans les pays à revenu élevé, une proportion importante d'hommes affirment être la cible de violence physique dans le couple (voir, par exemple, Mirrlees-Black, 1999), sans toutefois faire état des mêmes conséquences physiques et psychologiques que les femmes. Les études qui ont cherché à obtenir plus de détails sur la violence des femmes à l'égard d'un partenaire intime constatent généralement que les hommes sont des victimes moins fréquentes et qu'ils risquent moins d'être blessés et de vivre dans la crainte de leur partenaire. En outre, il se peut qu'une part de la violence dirigée contre les hommes ait été commise en état de légitime défense (Williams et al., 2008).

Si la plupart des études s'attardent à la violence entre partenaires hétérosexuels, d'autres rappellent que cette violence a également cours entre personnes de même sexe. Certaines études rapportent des taux de violence du même ordre dans les deux cas (Shipway, 2004), tandis que d'autres constatent des taux supérieurs dans les relations homosexuelles. L'écart est peut-être imputable au stress aigu dû aux préjugés ainsi qu'à l'abus d'alcool ou d'autres drogues, plus marqué dans les couples homosexuels. Il est également possible que la crainte de discrimination retienne les victimes de demander de l'aide (Shipway, 2004).

1.3 Conséquences de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle¹

La violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle ont de graves répercussions sur les plans individuel, familial, communautaire et social. Sur le plan individuel, la violence qui survient à un jeune âge – en particulier les abus sexuels sur des enfants – risque d'affecter à jamais la victime et sa famille. Ses méfaits s'étendent à maints aspects de la vie : mauvaises performances scolaires et économiques, rapports sexuels

¹ La plupart des études dont il est question ci-après sont des études transversales, et il est difficile d'affirmer avec certitude la nature et la direction dans laquelle s'exerce l'influence entre la violence dans le couple et la violence sexuelle, d'une part, et les comportements à risque et les résultats sur le plan de la santé qui y sont associés, d'autre part. Par exemple, une forte consommation d'alcool accroît le risque de violence sexuelle; dans le même temps, l'expérience de la violence sexuelle peut accroître les risques de consommation d'alcool.

non protégés, habileté moindre à former des liens parentaux, comportements à risque pour la santé (p. ex., utilisation nocive d'alcool et de drogues illicites), violence contre des partenaires et violences sexuelles.

Comportements à risque et résultats pour la santé associés à la violence sexuelle subie durant l'enfance et l'adolescence

Le constat ne varie pas : les antécédents d'abus sexuel dans l'enfance et l'adolescence sont fortement corrélés à des risques accrus pour la santé et à des comportements à risque pour la santé, tant chez les hommes que chez les femmes (Mangiolo, 2009). Nombre de ces comportements sont tenus pour des facteurs de risque d'être victime ou auteur de violences sexuelles à l'âge adulte (voir le **Chapitre 2** pour une présentation détaillée des facteurs de risque et de protection). Ainsi, une méta-analyse de la prévalence des abus sexuels infligés aux enfants et de leurs conséquences sur le plan de la santé au cours de la vie indique que ces abus entrent en jeu de manière significative dans la dépression, la consommation d'alcool et de drogues et la dépendance à ces substances, les troubles paniques, le trouble de stress post-traumatique et les tentatives de suicide (Andrews et al., 2004). Plus récemment, dans une étude portant sur 20 000 élèves âgés de 13 à 15 ans en Namibie, au Swaziland, en Ouganda, en Zambie et au Zimbabwe (Brown et al., 2009), 23 % de l'effectif étudiant a déclaré avoir été confronté à la violence sexuelle (rapports sexuels forcés) à un moment ou l'autre de leur vie. De telles expériences ont été moyennement ou fortement associées à une santé mentale médiocre, à des idées suicidaires, au tabagisme, à l'abus d'alcool ou de drogues, à des relations sexuelles avec de multiples partenaires et à des cas d'infections transmises sexuellement.

Dans une enquête nationale conduite au Swaziland sur la prévalence et les circonstances de la violence sexuelle infligée aux filles, quelque 33 % des répondantes ont dit avoir vécu un incident de violence sexuelle avant l'âge de 18 ans. La violence sexuelle a été associée à une probabilité nettement plus marquée de rapporter un état dépressif, des pensées suicidaires, une tentative de suicide, une grossesse non désirée, des complications lors de la grossesse ou des fausses couches, des maladies sexuellement transmissibles, des troubles du sommeil et la consommation d'alcool. La violence sexuelle dans l'enfance, par contre, n'a pas été associée à la probabilité accrue que des femmes rapportent des actes de violence sexuelle subis entre les âges de 18 et 24 ans (Reza et al., 2009).

De plus, l'initiation sexuelle forcée, la violence exercée par un partenaire intime et/ou la violence sexuelle semblent majorer le risque de grossesse au début de l'adolescence. En Afrique du Sud, on a constaté que les adolescentes enceintes étaient deux fois plus susceptibles que les autres d'avoir subi une initiation sexuelle forcée (Jewkes et al., 2001). On arrive à des conclusions semblables aux États-Unis (Silverman, Raj & Clements, 2004).

Comportements à risque et résultats pour la santé associés à la violence entre partenaires intimes et/ou à la violence sexuelle subie à l'âge adulte

La violence exercée par un partenaire intime ainsi que la violence sexuelle faite aux femmes à l'âge adulte peuvent être la cause directe de blessures graves, d'un handicap ou de la mort. Ces formes de violence peuvent aussi être la cause indirecte d'une série de problèmes de santé, tels des changements physiologiques liés au stress, la consommation de drogues, la non-maîtrise de la contraception et le manque d'autonomie per-

sonnelle, comme on le voit souvent dans des relations de violence. Comparativement à des femmes qui n'ont pas été maltraitées, les victimes présentent des taux plus élevés de grossesses non planifiées et d'avortements; d'infections sexuellement transmissibles, dont le VIH; et de troubles mentaux comme la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil et de l'alimentation. Lorsque la violence a lieu pendant la grossesse, elle s'accompagne d'issues défavorables – fausses couches, naissances prématurées et mortinaissances (Ahmed, Koenig & Stephenson, 2006; Asling-Monemi, Tabassum & Persson, 2008; Boy & Salihu, 2004; Campbell, 2002; Campbell et al., 2008; Dunkle et al., 2004; Plichta & Falik, 2001; and Vos et al., 2006).

La violence exercée par un partenaire intime affecte non seulement la victime, mais encore la santé et le bien-être des enfants de la famille. Ce fait s'explique en partie par le taux plus élevé de dépression et de stress traumatique que présentent les mères maltraitées et par les effets destructeurs de la violence sur la qualité de leur attachement et leurs capacités parentales. Selon une revue des études portant sur la présence simultanée de mauvais traitements à enfant et de violence entre partenaires intimes, ces formes de violence sont survenues au cours de la même période d'après 45 à 70 % des études (Holt, Buckley & Whelan, 2008). Dans la majorité des cas, il semble que les enfants aient été témoins d'actes de violence dans le couple avant d'être à leur tour maltraités par des membres de la famille (McGuigan & Pratt, 2001). Il appert également que les enfants de mères maltraitées affichent des taux d'immunisation plus faibles et des taux de maladies diarrhéiques plus élevés, et qu'ils courent un risque accru de mourir avant l'âge de 5 ans (Asling-Monemi, Tabassum & Persson, 2008; Silverman et al., 2009).

Plusieurs examens en arrivent à la conclusion que le fait d'être témoin de la violence dans le couple peut se répercuter négativement sur le développement des enfants. Ainsi, selon les conclusions d'une méta-analyse, le fait pour un enfant d'être exposé à la violence interparentale est fortement corrélé à l'apparition de problèmes dans son fonctionnement social, affectif, comportemental, cognitif et dans sa santé en général (Kitzmann et al., 2003). Les enfants ne sont cependant pas tous affectés de la même manière, et un pourcentage significatif d'entre eux ne présentent pas de problèmes développementaux alors qu'ils ont été témoins de violences répétées (Edelson, 1999; Wolfe et al., 2003). Il y a tout lieu de croire que chaque enfant touché par la violence dans le couple en aura une expérience particulière, déterminée par un faisceau de facteurs. Selon toute vraisemblance, ces facteurs comprendront la violence physique faite à l'enfant, le sexe et l'âge, le temps écoulé depuis l'exposition à la violence et les rapports de l'enfant avec les adultes à la maison.

Il ressort des études de plusieurs pays que les femmes séropositives pour le VIH déclarent des taux plus élevés de violence exercée par le partenaire intime (Dunkle et al., 2004; Maman et al., 2000); en parallèle, des éléments plus nombreux portent à croire que le risque d'infection à VIH est corrélé de façon complexe à l'exposition à la violence au cours de la vie (Campbell et al., 2008). Le viol est une cause potentielle d'infection directe au VIH pour certaines femmes; pourtant, même dans des contextes de forte prévalence, le faible risque de transmission du VIH au cours d'un acte sexuel unique fait qu'il est peu probable que le viol compte pour une part appréciable des cas de VIH au niveau de la population. La violence et l'inégalité entre les sexes sont plus susceptibles d'accroître le risque d'infection à VIH par des voies indirectes, par exemple les relations de violence chronique au sein desquelles les femmes sont régulièrement exposées au même partenaire sans pouvoir négocier le recours au préservatif pour avoir des rapports protégés (OMS/UNAIDS, 2010).

Les études qualitatives donnent à penser qu'à l'intersection du VIH/sida, des inégalités hommes-femmes et de la violence sexospécifique se trouvent des constructions de la masculinité qui postulent la subordination des femmes tout en valorisant la force et la dureté chez les hommes (Jewkes & Morrell, 2010). Dans les faits, ces notions suscitent des comportements sexuels risqués, la prédation sexuelle et d'autres violences contre les femmes ainsi que des comportements qui augmentent le risque de contracter le VIH. L'exposition à la violence, y compris le comportement dominateur d'un partenaire, est associée à des comportements sexuels à risque (p. ex., partenaires multiples durant une même période); à un nombre de partenaires globalement plus élevé; à de faibles taux d'utilisation du préservatif; à un usage accru de drogues, y compris durant les rapports sexuels; enfin, à une participation accrue à des transactions sexuelles ainsi qu'au commerce du sexe. De nouvelles données provenant d'Inde et d'Afrique du Sud montrent que les hommes violents courent plus de risques d'être infectés au VIH (Decker et al., 2009; Jewkes et al., 2009).

1.4 Messages essentiels

Prévalence

- La prévalence de la violence dans le couple déclarée par les jeunes filles et les femmes varie considérablement d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays. En règle générale, les taux atteignent leur summum dans les pays à faible revenu.
- Dans certaines régions du monde, en particulier où il est admis que les jeunes aient des relations en dehors du mariage, la violence dans les fréquentations est un phénomène courant.
- La violence sexuelle commise par des personnes autres que le partenaire touche les enfants des deux sexes ainsi que les adultes, en particulier les femmes.

Conséquences

- La violence sexuelle – surtout si elle survient durant l'enfance – va de pair avec des comportements à risque pour la santé, dont le tabagisme, l'usage nocif d'alcool et de drogues et des comportements sexuels à haut risque.
 - Les sévices sexuels et autres expériences traumatisantes subies durant l'enfance peuvent donner lieu à des inégalités durables en matière de santé en raison des plus nombreux comportements à risque adoptés par les victimes.
 - La violence exercée par le partenaire intime nuit à la santé physique et mentale des victimes et de leurs enfants : les femmes qui ont été confrontées à cette violence sont plus susceptibles de faire état d'une mauvaise ou très mauvaise santé, de troubles émotifs et de tentatives de suicide; leurs enfants sont souvent en moins bonne santé et ont de moins bons résultats scolaires.
 - La violence du partenaire subie pendant la grossesse accroît la probabilité d'un avortement, d'une fausse couche, d'une mortinaissance, d'un accouchement prématuré et d'une insuffisance pondérale à la naissance.
 - Aussi bien la violence exercée par le partenaire intime que la violence sexuelle sont associées à une plus grande vulnérabilité au VIH.
 - Les enfants élevés dans des familles marquées par la violence présentent un éventail de troubles comportementaux et affectifs qui laissent présager des actes de violence (commise ou subie) plus tard dans la vie.
-

CHAPITRE 2

Facteurs de risque et facteurs de protection liés à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle

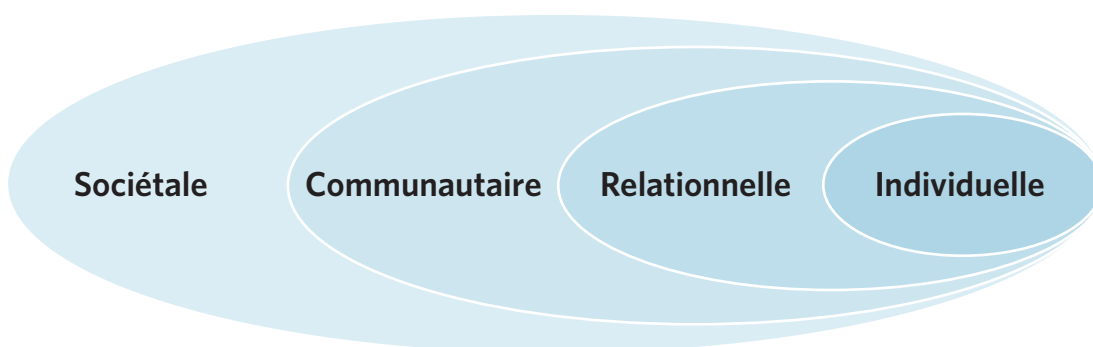
2.1 Le modèle écologique de la violence

Comme le signalent les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (CDC, 2004), prévenir la violence sexuelle suppose avant toute chose de comprendre les circonstances ainsi que les facteurs de risque et de protection qui contribuent à lui donner naissance. Divers modèles théoriques tentent de décrire les facteurs de risque et de protection associés à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle, y compris des modèles faisant appel à des concepts biologiques, psychologiques, culturels et d'égalité entre les sexes. Chacun de ces modèles améliore notre compréhension de ces violences et oriente l'élaboration de programmes visant à atténuer les facteurs de risque modifiables et à renforcer les facteurs de protection. Les facteurs de risque augmentent la probabilité qu'une personne soit la victime et/ou l'auteur de ce type de violence. L'atténuation des facteurs de risque devrait donc venir au premier rang des objectifs de prévention, et faire partie intégrante des initiatives de suivi et d'évaluation des programmes. De façon analogue, il y aurait peut-être lieu d'encourager les facteurs de protection qui mettent à l'abri du risque – par exemple, au moyen d'interventions structurelles ou autres axées sur l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes.

Dans ce document, l'OMS a choisi d'utiliser le « modèle écologique » (**Figure 1**) présenté dans son *Rapport mondial sur la violence et la santé* (Dahlberg & Krug, 2002), parce qu'il offre l'avantage d'inclure des facteurs de risque et de protection provenant de sphères d'influence multiples. Ainsi, il permet d'intégrer simultanément au sein les facteurs de risque individuels mis en évidence dans des modèles psychologiques, par exemple, et les facteurs de risque sociétaux provenant de modèles axés sur le genre.

FIGURE 1

Le modèle écologique



Le modèle écologique classe les facteurs de risque selon quatre niveaux d'influence :

- **Individuel** : comprend les facteurs biologiques et liés à l'histoire personnelle qui font augmenter le risque que la personne soit victime ou auteur de violence.
- **Relationnel** : comprend les facteurs qui font augmenter le risque sous l'effet des relations avec les pairs, les partenaires intimes et les membres de la famille. Ces membres de l'entourage proche peuvent tous influencer sur le comportement de la personne et sur son vécu.
- **Communautaire** : renvoie aux contextes communautaires – école, lieu de travail, quartier – dans lesquels sont ancrées les relations sociales et vise à cerner les caractéristiques des cadres de vie associés au fait de subir ou commettre des actes de violence dans une relation intime ou des violences sexuelles.
- **Sociétal** : comprend les facteurs de macro-niveau qui interviennent dans la violence sexuelle et la violence exercée par un partenaire intime, tels que l'inégalité entre les sexes, les systèmes de croyances religieuses ou culturelles, les normes sociétales et les politiques économiques et sociales qui instaurent ou perpétuent les disparités ou les tensions entre groupes sociaux.

Ce modèle écologique apporte un cadre permettant d'appréhender l'interaction complexe des divers facteurs qui entrent en jeu dans la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle. À ce titre, il peut fournir d'importantes balises pour la prévention et l'intervention (Dahlberg & Krug, 2002).

Le modèle écologique vient aussi appuyer une approche globale de la santé publique qui s'attaque non seulement au risque individuel d'être victime ou auteur de violence, mais également aux normes, croyances et systèmes sociaux et économiques qui créent les conditions de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle. Dans cette optique, l'accent est mis sur les interactions multiples et dynamiques qui ont cours entre les facteurs de risque d'un même niveau et de niveaux différents. Par exemple, les inégalités structurelles entre les femmes et les hommes, les constructions sociales de la masculinité et les normes de genre sont des facteurs de risque qui relèvent du niveau sociétal. À l'évidence, toutefois, ces facteurs exercent également leur influence à d'autres niveaux, notamment communautaire et relationnel, et sont susceptibles de s'associer à d'autres facteurs de risque, comme le fait d'être témoin de violence familiale et l'abus d'alcool chez les agresseurs masculins.

Le recours au modèle écologique aide aussi à promouvoir l'élaboration de politiques et de programmes de prévention intersectoriels dans la mesure où il met en évidence les liens et les interactions entre divers niveaux et facteurs. C'est dire qu'au moment de concevoir des approches globales visant à prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle, l'intégration de stratégies efficaces dans les programmes génériques traitant de ces questions pourra accroître tant leur pertinence que leur pérennité.

L'examen des associations entre les facteurs de risque et leur influence sur les schémas de comportement au cours de la vie permet de cerner les étapes clés auxquelles intervenir pour briser le cycle de la violence (voir le [Chapitre 3](#)).

2.2 Cerner les facteurs de risque

La détermination des facteurs de risque revêt une importance primordiale pour ce qui est d'éclairer les stratégies et programmes qui visent à atténuer les risques ou à se prémunir contre eux – et, en bout de ligne, pour orienter les politiques de prévention. Dans l'idéal, on gagne à se pencher sur les causes de la violence dans le couple et de la violence sexuelle dans le cadre d'études longitudinales. Ces études suivent les participants sur une longue période afin de recueillir des renseignements sur leur expérience de ces formes de violence et sur les liens entre les incidents vécus et d'autres facteurs à diverses étapes de leur vie. Malheureusement, de telles études sont rares, d'où le fait que l'essentiel de l'information fournie dans cette section provient d'enquêtes transversales de population. Ces enquêtes renseignent sur la fréquence d'un incident et les facteurs associés, mais en général elles ne permettent pas de déterminer si une association est bel et bien la « cause » d'un résultat donné.

Ce chapitre puise à deux principales sources d'information : tout d'abord, les chapitres du *Rapport mondial sur la violence et la santé* traitant de la violence exercée par des partenaires intimes (Heise & Garcia-Moreno, 2002) et de la violence sexuelle (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002) qui passent en revue la littérature publiée jusqu'en 2002; ensuite, un examen systématique des études plus récentes évaluées par les pairs et portant sur les facteurs de risque et de protection associés au fait de commettre ou de subir des actes de violence dans une relation intime et/ou des violences sexuelles.

Dans la plupart des cas, la littérature provient des pays à revenu élevé, et il reste à vérifier si les facteurs repérés dans ces pays s'appliquent de la même manière aux pays à revenu faible et intermédiaire, compte tenu de leurs différences sur les plans économique, écologique, historique, politique et culturel. On a également couvert les études primaires réalisées dans les pays à revenu faible et intermédiaire qui recensent des facteurs associés à la violence entre partenaires intimes et/ou à la violence sexuelle.

Au terme de ce processus, une cinquantaine de facteurs de risque ont été répertoriés, situés pour la plupart aux niveaux individuel et familial/relationnel du modèle. Le nombre restreint de facteurs de risque recensés aux niveaux communautaire et sociétal est sans doute imputable aux lacunes de la recherche plutôt qu'à une véritable absence de facteurs à ces niveaux.

2.3 Facteurs de risque liés à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle

Le **Tableau 2** énumère les facteurs de risque associés à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle perpétrées par des hommes et subies par des femmes. Les facteurs de risque sont classés en fonction des quatre niveaux – individuel, relationnel, communautaire et sociétal – du modèle écologique présenté à la **Figure 1**. Certains de ces facteurs de risque peuvent être modifiés (par exemple, les troubles de comportement et l'usage nocif de l'alcool) alors que d'autres, non (par exemple, le sexe et l'âge). On a mis en caractères gras les facteurs dont l'effet a été déclaré le plus important ou qui sont invariablement mentionnés dans les études.

TABLEAU 2

Facteurs de risque liés à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle

Actes de violence commis par des hommes	Actes de violence subis par des femmes
NIVEAU INDIVIDUEL	
FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES ▪ Faibles revenus ▪ Faible niveau d'instruction	FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES ▪ Jeune âge ▪ Faible niveau d'instruction ▪ Séparation ou divorce
EXPOSITION À LA VIOLENCE AU COURS DE L'ENFANCE ▪ Abus sexuel ▪ Violence interparentale	EXPOSITION À LA VIOLENCE AU COURS DE L'ENFANCE ▪ Violence interparentale
TROUBLE MENTAL ▪ Personnalité antisociale	TROUBLE MENTAL ▪ Dépression
CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES ▪ Usage nocif de l'alcool ▪ Usage illicite de drogues	CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES ▪ Usage nocif de l'alcool ▪ Usage illicite de drogues
▪ Acceptation de la violence	▪ Acceptation de la violence
NIVEAU RELATIONNEL	
▪ Nombreux partenaires / infidélité ▪ Faible résistance à l'influence des pairs	
NIVEAU COMMUNAUTAIRE	
▪ Sanctions communautaires faibles ▪ Pauvreté	▪ Sanctions communautaires faibles ▪ Pauvreté
NIVEAU SOCIÉTAL	
▪ Normes traditionnelles liées au genre et normes sociales propices à la violence	▪ Normes traditionnelles liées au genre et normes sociales propices à la violence

Facteurs de niveau individuel**Jeune âge**

Le fait d'être jeune semble accroître le risque de commettre ou de subir un acte de violence dans une relation intime ou de subir un acte de violence sexuelle. Le jeune âge est invariablement considéré comme un facteur lié à la probabilité qu'un homme se montre violent avec sa partenaire (Black et al., 2001) et qu'une femme soit maltraitée par son partenaire (Harwell & Spence, 2000; Romans et al., 2007; Vest et al., 2002). Les jeunes femmes risquent davantage d'être violées que les femmes plus âgées (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002). D'après des données fournies par l'appareil judiciaire et les centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles de plusieurs pays – Chili, Malaisie, Mexique, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Pérou et États-Unis –, d'un à deux tiers des victimes d'agression sexuelle sont âgées de 15 ans ou moins, quoique ces chiffres soient peut-être aussi le résultat d'un biais de déclaration. Certaines formes de violence sexuelle sont étroitement liées à la jeunesse, en particulier la violence qui a cours dans les écoles et collèges et la traite des femmes à des fins d'exploitation sexuelle. Le jeune âge accroît-il le risque de violence sexuelle chez les hommes? La réponse est moins nette. En Afrique du Sud, la possibilité d'un effet générationnel a été évoquée, les hommes âgés de 20 à 40 ans étant plus susceptibles d'avoir commis une agression sexuelle que leurs pairs plus jeunes ou plus âgés (Jewkes et al., 2009).

Niveau d'instruction

Il existe un lien complexe entre le niveau d'instruction individuel et la violence entre partenaires intimes ou la violence sexuelle. Il n'empêche, toute études confondues, la faiblesse du niveau d'instruction est le facteur le plus souvent associé au fait de commettre ou de subir ces formes de violence (Ackerson et al., 2008; Boy & Kulczycki, 2008; Boyle et al., 2009; Brown et al., 2006; Chan, 2009; Dalal, Rahman & Jansson, 2009; Gage, 2006; Jeyaseelan et al., 2004; Johnson & Das, 2009; Koenig et al., 2006; Martin, Taft & Resick, 2007; Tang & Lai, 2008). Ainsi, les femmes peu scolarisées (école primaire ou moins) courent de deux à cinq fois plus de risques d'être maltraitées par un partenaire que les femmes plus instruites (Ackerson et al., 2008; Boy & Kulczycki, 2008; Dalal, Rahman & Jansson, 2009; Koenig et al., 2004; Martin, Taft & Resick, 2007; Tang & Lai, 2008). De façon analogue, des études révèlent que chez les hommes peu scolarisés, le risque d'agresser la partenaire est de 1,2 à 4,1 fois plus grand que chez les hommes plus instruits (Ackerson et al., 2008; Dalal, Rahman & Jansson, 2009).

La scolarisation peut donc constituer un facteur de protection, puisque les femmes ayant un niveau d'études plus poussé, ou les conjoints dont les niveaux d'instruction sont équivalents, rapportent des taux de violence dans le couple plus faibles. Le manque d'instruction prive les femmes des ressources disponibles, favorise l'acceptation de la violence et maintient les inégalités de genre.

Il serait toutefois prématuré de supposer que le rapport entre le niveau d'instruction et la violence exercée par des partenaires intimes est le même quelle que soit la forme particulière que prend cette violence. À la différence des études mentionnées plus haut, qui incluaient la violence physique dans leur définition de la violence exercée par un partenaire intime, Flake (2005) a conclu que les femmes ayant un niveau d'études plus élevé risquaient davantage de subir la violence sexuelle d'un partenaire. Un complément de recherche s'impose pour élucider les liens entre le niveau d'instruction et différents types de violence exercée par des partenaires intimes.

Malgré l'insuffisance des données, il semble qu'on puisse rapprocher les faibles niveaux d'instruction des femmes et leur confrontation à la violence sexuelle. Selon une étude (Brown et al., 2006), les femmes sans instruction ou ayant fréquenté l'école primaire risquent deux fois plus d'être agressées sexuellement par un homme autre que leur partenaire intime comparativement à celles qui ont fait des études secondaires ou plus.

Exposition à la violence au cours de l'enfance

Les mauvais traitements subis durant l'enfance sont systématiquement avancés à titre de facteur de risque d'être auteur ou victime de violence dans le cadre d'une relation intime ou de violences sexuelles. D'après un examen systématique bien mené qui récapitule les données factuelles de dix études, le fait d'être exposé à la violence durant l'enfance accroît de trois ou quatre fois la probabilité qu'un homme soit violent à l'égard d'une partenaire intime, comparativement aux hommes n'ayant pas été au contact d'une telle violence dans leur enfance (Gil-Gonzalez et al., 2007). D'après une autre méta-analyse, le fait d'être exposé à toute forme de violence sexuelle durant l'enfance (et non à la violence physique seule) triple le risque qu'un homme reproduise cette violence contre des femmes (Jespersen, Lalumière & Seto, 2009). Plusieurs études primaires réalisées dans des pays à revenu faible et intermédiaire établissent, chez les femmes, une corrélation positive entre l'expérience de la violence pendant l'enfance (en particulier la violence

interparentale et la violence sexuelle) et l'expérience ultérieure de la violence de la part d'un partenaire et de violences sexuelles (Martin, Taft & Resick, 2007; Söchting, Fairbrother & Koch, 2004; Vung & Krantz, 2009). L'exposition à la violence au cours de l'enfance pourrait donc augmenter la probabilité qu'une personne accepte la violence, soit à titre de victime ou d'auteur, dans des relations futures et dans des situations à haut risque.

Personnalité antisociale

Plusieurs études s'intéressent aux traits de personnalité et à leur lien avec la violence à l'encontre d'un partenaire et la violence sexuelle. Trois examens narratifs (dont deux proviennent d'un pays à revenu élevé et l'autre, d'un pays à revenu intermédiaire) font état d'une association systématique entre ces violences et les caractéristiques des troubles de la personnalité antisociale (impulsivité, manque d'empathie). Il semble que les hommes présentant ces traits enfreignent plus facilement les normes sociales, tendent à se montrer agressifs et impulsifs, ce qui peut donner lieu à ces formes de violence (Abbey et al., 2004; Chan, 2009; Marshall, Panuzio & Taft, 2005). D'autres études sont nécessaires pour étayer de manière empirique le lien de cause à effet entre les troubles de la personnalité et la violence exercée contre des partenaires intimes et/ou la violence sexuelle.

Usage nocif de l'alcool

L'usage nocif de l'alcool et l'usage illicite de drogues font également partie des facteurs de risque fréquemment cités en lien avec la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle (voir, par exemple, Graham et al., 2008). Bien que certaines études fassent un rapprochement entre ces formes de violence et l'usage illicite de drogues, la plupart mettent l'accent sur l'usage nocif de l'alcool à titre de facteur de risque. L'usage nocif de l'alcool est étroitement associé à la violence commise par des partenaires intimes dans plusieurs études, dont des études provenant de pays à revenu faible et intermédiaire (Abrahams et al., 2004; Dalal, Rahman & Jansson, 2009; Flake, 2005; Gage, 2006; Gil-Gonzalez et al., 2006; Johnson & Das, 2009; Koenig et al., 2004; Marshall, Panuzio & Taft, 2005; Martin, Taft & Resick, 2007; Ramiro, Hassan & Peedicayil, 2004; Tang & Lai, 2008; Testa, 2004). Un examen systématique réunissant les résultats de 11 études révèle que l'usage nocif de l'alcool multiplie par 4,6 le risque d'être exposé à la violence d'un partenaire intime comparativement à un usage modéré ou nul (Gil-Gonzalez et al., 2006). Deux examens narratifs concluent à une association entre l'usage nocif de l'alcool et la perpétration d'actes de violence sexuelle (Abbey et al., 2004; Testa, 2004). Selon des études transversales réalisées dans divers pays à revenu faible et intermédiaire, chez les hommes qui abusent de l'alcool le risque d'être violent envers la partenaire est de 1,6 à 4,8 fois supérieur (Abrahams et al., 2004; Dalal, Rahman & Jansson, 2009; Flake, 2005; Gage, 2006; Johnson & Das, 2009; Koenig et al., 2004; Ramiro, Hassan & Peedicayil, 2004).

La prudence est de mise dans l'interprétation des résultats, puisque peu d'éléments de preuve attestent un lien de cause à effet entre l'usage nocif de l'alcool et la violence (Gil-Gonzalez et al., 2006). Le rôle de la consommation d'alcool dans le fait de subir la violence d'un partenaire intime ou un acte de violence sexuelle demande à être précisé. D'après plusieurs examens narratifs, le lien serait faible, voire inexistant (Abbey et al., 2004; Gutierrez & Van Puymbroeck, 2006; Söchting, Fairbrother & Koch, 2004; Tang & Lai, 2008; Testa, 2004).

Acceptation de la violence

Tant chez les hommes que chez les femmes, l'attitude à l'égard de la violence est étroitement corrélée au fait d'avoir été exposé ou non à la violence dans le cadre d'une relation intime ou à la violence sexuelle – que ce soit à titre de victime ou d'auteur. Divers examens et études, dont plusieurs proviennent de pays à revenu faible et intermédiaire, relève cette association (Abrahams et al., 2004; Boyle et al., 2009; Gage, 2006; Jewkes et al., 2006; Johnson & Das, 2009; Tang & Lai, 2008). Les hommes qui jugent parfois acceptable de battre leurs femmes risquent deux fois plus d'être violents envers leur partenaire (Abramson, 2004). Plus l'acceptation de la violence est grande, plus ce risque va croissant. En comparaison, chez les hommes pour qui il est toujours acceptable de battre sa femme, la probabilité d'employer la violence contre la partenaire est quadruplée (Johnson & Das, 2009). L'acceptation de la violence chez les femmes est également associée positivement au fait de subir la violence exercée par le partenaire (Boyle et al., 2009; Uthman, Lawoko & Moradi, 2009). L'acceptation par les hommes et les femmes de la violence dans le couple; le fait pour les hommes de considérer les femmes comme leurs inférieures; les contraintes qui pèsent sur les rôles assignés à chacun des sexes; enfin, la prédominance des valeurs patriarcales, sont tous des facteurs susceptibles de perpétuer la violence. Ces attitudes se transmettent d'une génération à l'autre par l'entremise des processus d'apprentissage, des médias, du système d'enseignement, et par le fait d'être témoin de la violence ou de la subir au cours de sa vie. C'est donc dire que ces attitudes peuvent être changées.

Facteurs de niveau relationnel

Multiples partenaires

Les hommes qui déclarent avoir de multiples partenaires risquent plus, eux aussi, d'être violents avec leur partenaire ou de se livrer à des violences sexuelles. Le nombre élevé de partenaires et l'infidélité (tels que les perçoivent les femmes) sont étroitement associés au fait de commettre ou de subir de la violence dans le cadre d'une relation intime (Abrahams et al., 2004; Chan, 2009; Dalal, Rahman & Jansson, 2009; Jewkes et al., 2006; Johnson & Das, 2009; Koenig et al., 2004; Tang & Lai, 2008; Vung & Krantz, 2009). Toutes les études font état d'une forte association entre l'infidélité perçue des femmes ou le fait pour leurs partenaires d'avoir de nombreuses partenaires sexuelles, d'une part, et la violence entre partenaires intimes ou la violence sexuelle d'autre part. Selon les estimations, le risque d'infliger ces formes de violence se trouve multiplié par 1,5 en Inde et par 17,1 en Afrique du Sud; tandis que du côté des victimes le risque est multiplié par 1,5 en Ouganda et par 2,4 au Vietnam (Jewkes et al., 2006; Koenig et al., 2004; Vung & Krantz, 2009). L'hypothèse avancée est que ces hommes ont des relations sexuelles avec différentes partenaires pour gagner l'admiration de leurs pairs et remonter leur estime d'eux-mêmes, et qu'ils traitent leurs partenaires de façon impersonnelle, sans tisser de liens affectifs (Jewkes et al., 2006). En outre, ils sont plus susceptibles d'adopter des comportements à risque, par exemple refuser l'utilisation des préservatifs – s'exposant ainsi que leurs partenaires à un risque accru d'infection à VIH. Dans la plupart des sites couverts par l'*Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes* (Garcia-Moreno et al., 2005), les femmes dont le partenaire ou l'ex-partenaire était violent étaient plus nombreuses à signaler au moins un refus d'utiliser le préservatif que les femmes ayant des relations exemptes de violence.

Facteurs de niveau communautaire

Sanctions communautaires légères en cas de violence exercée par un partenaire intime et en cas de violence sexuelle

Le *Rapport mondial sur la violence et la santé* note que la manière dont une communauté réagit à la violence contre les partenaires intimes affecte sans doute les niveaux généraux de violence au sein de cette communauté (Heise & Garcia-Moreno, 2002). Dans une étude comparative de 16 sociétés affichant des taux faibles ou élevés de violence contre des partenaires, Counts, Brown & Campbell (1992) rapportent que les sociétés qui présentent les taux les plus faibles sont également celles où des sanctions communautaires punissent cette forme de violence et où les victimes ont accès à des refuges ou bénéficient d'un soutien familial. Les sanctions ou les interdictions communautaires peuvent être de nature judiciaire, ou il peut s'agir de pressions morales qui incitent les voisins à intervenir lorsqu'une femme est battue. Ce cadre de « sanctions et refuge » conduit à l'hypothèse que la violence exercée par des partenaires intimes sera supérieure dans les sociétés où la situation de la femme a amorcé une transition. Lorsque les femmes sont peu considérées, la violence n'est pas « nécessaire » pour asseoir l'autorité des hommes. En revanche, lorsqu'elles ont un statut élevé, elles auront assez de pouvoir collectivement pour changer les rôles assignés traditionnellement à chacun des sexes. La violence à l'égard des partenaires intimes atteint donc son paroxysme au point de transition, situation dans laquelle se trouvent la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire.

La probabilité de violence sexuelle est plus ou moins grande selon le degré d'enracinement dans une communauté de la notion de supériorité masculine et de l'idée que les hommes ont droit aux rapports sexuels, le degré de tolérance dont la communauté fait preuve à l'égard des agressions sexuelles, et la force des sanctions, le cas échéant, prises contre les agresseurs (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002).

Pauvreté

Des études réalisées dans divers contextes montrent que, si la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle n'épargnent aucun groupe socioéconomique, les femmes qui vivent dans la pauvreté sont beaucoup plus touchées (Heise & Garcia-Moreno, 2002; Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002). On n'a pu encore établir pourquoi la pauvreté favorise ces formes de violence particulières, ni déterminer si la faiblesse des revenus est en cause ou bien des facteurs concomitants à la pauvreté comme le surpeuplement ou le désespoir. Chez certains hommes, la pauvreté tend à engendrer stress, frustration et un sentiment de ne pas être à la hauteur du rôle de soutien de famille qui leur est traditionnellement dévolu. La pauvreté peut également être une source de disputes dans le ménage ou faire en sorte qu'il soit plus difficile pour les femmes de mettre fin à des relations violentes ou insatisfaisantes par ailleurs. Quels que soient les mécanismes précis à l'œuvre, il est probable que la pauvreté sert de « marqueur » dans diverses situations sociales qui, conjuguées, accroissent les risques auxquels les femmes sont exposées. 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 du travail seules tard le soir 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, puisque les mères travaillent et n'ont pas les moyens de les faire garder. Les enfants eux-mêmes travaillent quelquefois, ce qui les expose au risque d'exploita-

tion sexuelle. La pauvreté oblige beaucoup de femmes et de filles à exercer des métiers qui comportent un risque élevé de violences sexuelles, au premier chef dans l'industrie du sexe. Elle crée également des pressions énormes pour qu'elles trouvent un emploi, travaillent dans le commerce et, si elles étudient, pour qu'elles obtiennent de bons résultats, ce qui les rend vulnérables à des actes de coercition sexuelle de la part de ceux qui peuvent promettre ces choses (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002).

Facteurs de niveau sociétal

Normes traditionnelles liées au genre et normes sociales propices à la violence

Les monographies interculturelles mettent au jour un certain nombre de facteurs culturels et sociétaux susceptibles d'alimenter la violence. Ainsi, à partir d'une analyse statistique de données ethnographiques codées se rapportant à 90 sociétés, Levinson (1989) examine les schémas culturels de la brutalité conjugale et, plus précisément, les facteurs qui distinguent constamment les sociétés où il est courant de battre sa femme de celles où cette pratique est rare, voire inexistante. L'analyse révèle que la brutalité conjugale est plus fréquente dans les sociétés où les hommes détiennent le pouvoir économique et décisionnel dans le ménage, où il est difficile aux femmes de divorcer, et où les adultes recourent d'office à la violence pour résoudre leurs conflits. Le deuxième prédicteur de la fréquence de la brutalité conjugale est l'absence de groupes de travail féminins. Il semble que la présence de tels groupes offre une protection contre la violence domestique en apportant aux femmes un soutien social stable et une indépendance économique par rapport à leur époux et à leur famille.

L'une des théories fréquemment invoquées pour expliquer la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle, tant du côté des agresseurs que des victimes, est la persistance du patriarcat ou de la domination masculine au sein d'une société (Taft, 2009). Les valeurs patriarcales et les normes affirmant la suprématie masculine sont à l'image des inégalités entre les sexes au niveau sociétal et elles cautionnent la violence dans le couple et la violence sexuelle commises par les hommes (Russo & Pirlott, 2006). Bien qu'elles trouvent leur source au niveau sociétal, ces normes de genre se répercutent sur les comportements communautaires, relationnels et individuels. On estime que les normes sociétales relatives au genre favorisent la violence envers les femmes, l'inégalité des sexes et d'autres injustices en créant une échelle de pouvoir qui donne aux hommes la position dominante sur les plans économique, religieux et social, et aux femmes une position subalterne qui les fait parfois considérer comme une charge (Ali & Bustamante-Gavino, 2008). Ainsi, le processus de socialisation inculque aux hommes qu'ils sont supérieurs aux femmes, qu'ils devraient soumettre leurs partenaires et remplir les rôles traditionnellement assignés à leur sexe (Taft, 2009). La subordination et la soumission des femmes sont dès lors tenues pour normales et naturelles : ces comportements sont acceptés et parfois jugés attirants pour les hommes (Russo & Pirlott, 2006). Les femmes qui se démarquent par leurs compétences ou leur niveau d'instruction suscitent souvent l'antipathie ou sont montrées du doigt. La domination masculine limite la possibilité pour les femmes de prendre part aux décisions à tous niveaux, réduit les ressources qui s'offrent à elles et augmente l'acceptation de la violence à leur égard. En outre, elle donne lieu à des iniquités fondées sur le sexe dans plusieurs domaines : santé et accès aux soins, possibilités d'emploi et d'avancement, niveaux de revenu, participation et représentation politiques, éducation. Par conséquent, les interventions de niveau macro qui renforcent les soutiens structurels et les ressources permettant de combattre les inégalités entre les sexes – tout comme les interventions ciblant les inégalités aux

niveaux communautaire et individuel – pourraient faire reculer la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle (Smith Fawzi et al., 2005).

En somme, il faut accentuer la recherche pour cerner les facteurs modifiables qui influent sur la violence entre partenaires et la violence sexuelle aux niveaux communautaire et sociétal. Entre autres facteurs à considérer au niveau communautaire, citons l'éducation, l'accès aux ressources et la volonté de recourir aux ressources offertes. Au niveau sociétal, ces facteurs comprennent les normes relatives au genre et d'autres facteurs structurels qui favorisent l'inégalité entre les sexes et la violence.

2.4 Facteurs de risque associés à la violence entre partenaires intimes

Les facteurs recensés à ce jour qui augmentent le risque de commettre ou de subir un acte de violence dans le cadre d'une relation intime se situent avant tout au niveau individuel, puis aux niveaux relationnel et communautaire; quelques-uns seulement relèvent du niveau sociétal (**Tableau 3**). Les facteurs le plus souvent et le plus étroitement associés à cette forme de violence figurent en caractères gras dans le tableau et, lorsqu'ils n'ont pas été traités à la **section 2.3 (Tableau 2)**, font l'objet d'une description ci-dessous.

Facteurs de niveau individuel

Antécédents à titre d'agresseur ou de victime

Les femmes qui ont été maltraitées par un partenaire intime ou une autre personne à l'âge adulte risquent davantage d'être confrontées à la violence d'un partenaire dans l'avenir que des femmes n'ayant pas de tels antécédents. Dans une étude menée en Inde, les femmes qui déclarent avoir déjà subi un acte de violence de la part d'une personne autre que leur partenaire risquent 3,8 fois plus de déclarer avoir été victimes de violence dans le cadre d'une relation intime (Boyle et al., 2009). De même, il ressort d'un examen narratif que l'exposition à la violence peut semer les graines d'une future victimisation dans la mesure où ce vécu modifie l'attitude de la femme envers la violence, réduit sa capacité de reconnaître les risques, sape son estime de soi, alimente sa culpabilité, son sentiment de honte et son trouble, et mine sa confiance sur le plan sexuel (Söchting, Fairbrother & Koch, 2004). Du côté des hommes, les antécédents à titre d'agresseurs constituent un important facteur de risque associé à la violence envers des partenaires. Les hommes qui ont déjà eu des comportements violents ont tendance à reproduire ces comportements dans leurs relations intimes, en particulier durant la grossesse de leur partenaire et la période post-natale (Chan, 2009; Jewkes et al., 2006; Martin, Taft & Resick, 2007; Söchting, Fairbrother & Koch, 2004; Tang & Lai, 2008). D'après une excellente étude, chez les hommes sud-africains qui présentaient des antécédents de violence, la probabilité d'avoir commis des actes violents envers leur partenaire étaient trois fois plus élevée (Jewkes et al., 2006).

Facteurs de niveau relationnel

Écart dans les niveaux d'instruction

L'écart entre les niveaux d'instruction des partenaires peut également intensifier la violence au sein de la relation (Ackerson et al., 2008; Chan, 2009). Il arrive que les hommes emploie la violence pour affirmer leur pouvoir face à une partenaire plus instruite. Ackerson et al. (2008) ont constaté que les femmes indiennes ayant fait plus

TABLEAU 3

Facteurs de risque associés à la violence entre partenaires intimes^a

Actes de violence commis par des hommes	Actes de violence subis par des femmes
NIVEAU INDIVIDUEL	
FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES ▪ Jeune âge ▪ Revenu ou statut socio-économique faible ▪ Faible niveau de scolarité ▪ Chômage	FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES ▪ Jeune âge ▪ Revenu ou statut socio-économique faible ▪ Faible niveau de scolarité ▪ Séparation ou divorce ▪ Grossesse
EXPOSITION À LA VIOLENCE AU COURS DE L'ENFANCE ▪ Violence interparentale ▪ Sérvices sexuels ▪ Violence physique	EXPOSITION À LA VIOLENCE AU COURS DE L'ENFANCE ▪ Violence interparentale ▪ Sérvices sexuels
TROUBLES MENTAUX ▪ Personnalité antisociale	TROUBLES MENTAUX ▪ Dépression
CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES ▪ Usage nocif de l'alcool ▪ Usage illicite de drogues	CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES ▪ Usage nocif de l'alcool ▪ Usage illicite de drogues
▪ Acceptation de la violence ▪ Antécédents à titre d'agresseur	▪ Acceptation de la violence ▪ Antécédents à titre de victime
NIVEAU RELATIONNEL	
▪ Écart dans les niveaux d'instruction ▪ Multiples partenaires, infidélité	▪ Écart dans les niveaux d'instruction ▪ Nombre d'enfants
QUALITÉ DE LA RELATION ▪ Insatisfaction ou mésentente conjugale ▪ Disputes quant aux rôles ▪ Durée du mariage	QUALITÉ DE LA RELATION ▪ Insatisfaction ou mésentente conjugale
NIVEAU COMMUNAUTAIRE	
▪ Acceptation des rôles traditionnels assignés aux sexes	▪ Acceptation des rôles traditionnels assignés aux sexes
CARACTÉRISTIQUES DU VOISINAGE ▪ Taux élevé de pauvreté ▪ Taux élevé de chômage ▪ Taux élevé d'alphabétisme chez les hommes ▪ Acceptation de la violence ▪ Proportion élevée de ménages qui recourent au châtiment corporel	CARACTÉRISTIQUES DU VOISINAGE ▪ Taux élevé de pauvreté ▪ Taux élevé de chômage ▪ Taux élevé d'alphabétisme chez les femmes ▪ Acceptation de la violence ▪ Faible proportion de femmes très autonomes ▪ Faible proportion de femmes ayant fait des études supérieures
▪ Faibles sanctions communautaires	▪ Faibles sanctions communautaires
NIVEAU SOCIÉTAL	
	▪ Réglementation gouvernementale du divorce ▪ Vide juridique sur la violence conjugale ▪ Législation axée sur la protection du mariage
▪ Normes traditionnelles liés au genre et normes sociales propices à la violence	▪ Normes traditionnelles liés au genre et normes sociales propices à la violence

^a Certains de ces facteurs de risque s'appliquent également aux cas de violence sexuelle (voir le **Tableau 2** pour le facteurs de risque s'appliquant à ces deux formes de violence).

d'études que leur partenaire risquaient davantage d'être physiquement maltraitées dans le cadre intime. Xu et al. (2005) établissent un lien similaire, en Chine, entre le niveau d'instruction relatif des partenaires et toute forme de violence exercée dans le cadre d'une relation intime.

Qualité de la relation, satisfaction conjugale

Les relations marquées par l'insatisfaction, de fréquentes disputes et une profonde mésentente sont plus susceptibles d'être associées à la violence entre partenaires intimes. L'insatisfaction conjugale et la mésentente sont étroitement corrélées au fait de commettre ou de subir des actes de violence dans le cadre de la relation intime (Morrison, Ellsberg & Bott, 2007; Stith et al., 2004; Tang & Lai, 2008). Les disputes portent souvent sur les rôles traditionnellement assignés à chacun des sexes, sur la distribution du pouvoir au sein d'une relation inégale (par exemple, sur le plan du revenu, de l'éducation ou de l'âge) et sur les rapports sexuels ou le refus de s'y livrer. Le recours à la violence devient alors un moyen de mettre fin au conflit ou de résoudre le désaccord. En outre, le risque de victimisation peut augmenter lorsque les femmes déclenchent la dispute ou se défendent.

Facteurs de niveaux communautaire et sociétal

Les études sont moins nombreuses à s'intéresser aux facteurs de risque de niveaux communautaire ou sociétal associés à la violence exercée par des partenaires, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Cela dit, plusieurs études récentes (Ackerson et al., 2008; Boyle et al., 2009; Gage, 2005; Koenig et al., 2004; Koenig et al., 2006) mettent en évidence des facteurs liés au voisinage qui sont associés à des taux élevés de violence entre partenaires, tels :

- une faible proportion de femmes ayant fait des études supérieures;
- un taux de pauvreté élevé dans le voisinage;
- un taux de chômage élevé dans le voisinage;
- un taux élevé d'analphabétisme chez les hommes et chez les femmes;
- une perception largement positive de la violence;
- une faible proportion de femmes très autonomes;
- une proportion élevée de ménages qui recourent au châtiment corporel.

Une étude réalisée dans 17 pays d'Afrique subsaharienne révèle que, tous pays confondus, la violence faite aux femmes par un partenaire est largement acceptée dans certaines circonstances, chez les deux sexes (Uthman, Lawoko & Moradi, 2009). Les femmes sont davantage portées à justifier la violence que les hommes. De part et d'autre, « le fait d'avoir négligé les enfants » est le motif le plus couramment invoqué pour justifier la violence, suivi par « le fait de sortir sans en informer son mari » et « le fait de lui répondre ». L'*Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes* (Garcia-Moreno et al., 2005) rapporte que le pourcentage de femmes qui acceptent une ou plusieurs justifications au fait qu'un homme « batte son épouse » varie de 6 à plus de 65 %. Le fait de soupçonner l'épouse d'adultère est la justification la plus souvent acceptée. Partout sauf en Thaïlande, les femmes ayant déjà subi la violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire sont plus nombreuses à considérer que

la brutalité conjugale se justifie dans certaines circonstances. La hausse des revenus, la scolarisation, l'urbanisation, l'accès aux médias et la prise de décisions en commun sont associés à des niveaux décroissants de justification de la violence du partenaire envers les femmes dans la plupart des pays. Bien que l'étroitesse du lien entre ces facteurs et la violence exercée par des partenaires intimes demande à être vérifiée, ce sont des cibles à envisager dans le cadre de l'élaboration de programmes communautaires.

2.5 Facteurs de risque associés à la violence sexuelle

Un grand nombre des facteurs qui augmentent le risque de commettre ou de subir un acte de violence sexuelle se situent au niveau individuel (**Tableau 4**). Les facteurs dont l'effet déclaré est important ou qui sont invariablement mentionnés dans les études figurent en caractères gras. La plupart des facteurs de risque répertoriés ont été abordés dans les sections précédentes, ce qui porte à croire que la violence sexuelle compte peu de facteurs qui lui sont propres.

Honneur familial et pureté sexuelle

Lorsque la famille réagit à la violence sexuelle en jetant le blâme sur la victime sans punir l'agresseur, soucieuse qu'elle est de rétablir l'honneur familial « perdu », les conditions sont réunies pour que le viol se produise en toute immunité. Bien que les familles essaient de protéger leurs femmes contre le viol et fassent parfois prendre des contraceptifs aux filles pour éviter les signes visibles si jamais elles en sont victimes, il n'y a guère de pression sociale pour tempérer les jeunes hommes et les convaincre qu'il est inacceptable d'imposer des rapports sexuels. Dans certains pays, au contraire, les membres de la famille sont encouragés à faire le nécessaire – y compris en recourant au meurtre – pour laver la « honte » associée au viol ou à d'autres transgressions sexuelles (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002).

Idéologie du droit masculin aux rapports sexuels

La violence sexuelle à laquelle se livrent les 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 bien peu de motifs légitimes de refuser des avances sexuelles. Quantité d'hommes écartent tout bonnement la possibilité même qu'une femme rejette leurs avances ou qu'elle ait le droit de prendre elle-même une décision en la matière. Dans bien des cultures, les femmes comme les hommes considèrent que le mariage oblige les femmes à être sexuellement disponibles, en tout temps ou presque, encore que la culture interdise parfois les rapports sexuels dans certaines circonstances, par exemple, après l'accouchement ou pendant les menstruations. Les normes sociétales qui cautionnent le recours à la violence pour arriver 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 sont valorisés la domination, la force physique et l'honneur masculins, les viols sont plus courants. Dans les pays qui ont une culture de la violence ou qui sont en proie à des conflits, d'autres formes de violence augmentent, y compris la violence sexuelle (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002).

TABLEAU 4

Facteurs de risques associés à la violence sexuelle^a

Actes de violence sexuelle commis par des hommes	Actes de violence sexuelle subis par des femmes
NIVEAU INDIVIDUEL	
FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES ▪ Revenu ou statut socio-économique faible	FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES ▪ Jeune âge ▪ Faible niveau d'instruction ▪ Séparation ou divorce, célibat
▪ Membre d'un gang	▪ Exposition précoce aux activités sexuelles
EXPOSITION À LA VIOLENCE AU COURS DE L'ENFANCE ▪ Abus sexuel ▪ Violence physique ▪ Violence interparentale	EXPOSITION À LA VIOLENCE AU COURS DE L'ENFANCE ▪ Violence interparentale ▪ Abus sexuel
TROUBLES MENTAUX ▪ Personnalité antisociale	TROUBLES MENTAUX ▪ Dépression
CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES ▪ Usage nocif de l'alcool ▪ Usage illicite de drogues	CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES ▪ Usage nocif de l'alcool ▪ Usage illicite de drogues
	▪ Antécédents à titre de victime
NIVEAU RELATIONNEL	
▪ Multiple partenaires, infidélité	▪ Multiples partenaires
▪ Faible résistance à l'influence des pairs	
▪ Honneur familial et pureté sexuelle	
NIVEAU COMMUNAUTAIRE	
▪ Faibles sanctions communautaires	▪ Faibles sanctions communautaires
▪ Pauvreté	▪ Pauvreté
NIVEAU SOCIÉTAL	
▪ Normes traditionnelles liées au genre et normes sociales propices à la violence	▪ Normes traditionnelles liées au genre et normes sociales propices à la violence
▪ Idéologie du droit masculin aux rapports sexuels	▪ Idéologie du droit masculin aux rapports sexuels
▪ Faibles sanctions juridiques	▪ Faibles sanctions juridiques

^a Certains de ces facteurs de risque sont également associés à la violence exercée par des partenaires intimes (voir le **Tableau 2** pour les facteurs de risque de ces deux formes de violence).

Faibles sanctions juridiques

Parmi les facteurs de niveau sociétal qui agissent sur la violence sexuelle, citons les lois et politiques nationales relatives à l'égalité des sexes en général et à la violence sexuelle ou à la violence entre partenaires intimes en particulier, ainsi que les normes qui encadrent le recours à la violence. Les divers facteurs interviennent dans une large mesure au niveau local (dans les familles, à l'école, au travail et dans les communautés), mais les lois et normes nationales, voire internationales, ont également une incidence.

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 d'une vaste portée, qui incluent le viol conjugal dans leur définition du viol, imposent des sanctions sévères aux agresseurs et prévoient un soutien affirmé aux victimes. Le souci de prévenir ou de juguler la violence sexuelle transparaît également dans l'importance attachée à la forma-

tion du corps policier à cet égard et dans l'affectation de ressources suffisantes au problème; dans la priorité accordée aux enquêtes sur les cas d'agression sexuelle; dans les ressources mobilisées pour aider les victimes et leur fournir des services médico-légaux. Pourtant, même dans les pays dotés de lois supérieures, le taux de condamnation pour violences sexuelles reste minime.

À l'opposé, certains pays abordent la question de façon beaucoup plus sommaire, en interdisant la condamnation d'un agresseur présumé sur le seul témoignage des femmes, en excluant de la qualification légale du viol certaines formes ou circonstances de violence sexuelle, et en décourageant vivement les victimes de porter l'affaire en justice, puisqu'elles craignent d'être punies pour avoir intenté un procès « sans preuves » (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002).

2.6 Facteurs de protection liés à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle

Bon nombre des travaux de recherche portant sur la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle ont privilégié les facteurs qui augmentent la probabilité de ces deux formes de violence, prises ensemble ou séparément, c'est-à-dire sur les facteurs de risque plutôt que sur les facteurs permettant d'atténuer le risque ou de se prémunir contre lui. Toutefois, d'après plusieurs études, les femmes plus scolarisées (niveau secondaire et au-delà) sont de 20 à 55 % moins susceptibles que les autres d'être maltraitées par leur partenaire ou d'être la cible de violence sexuelle (Brown et al., 2006; Fehringer & Hindin, 2009; Flake, 2005). De même, chez les hommes plus instruits, la probabilité d'employer la violence contre leur partenaire est de 40 % moindre que chez leurs pairs moins scolarisés (Johnson & Das, 2009). Au Bangladesh, la durée de l'union – 15 ans et plus – semble également constituer un facteur de protection contre la violence par un partenaire intime (Johnson & Das, 2009). Voici quelques facteurs possibles de protection ou d'atténuation du risque :

- le fait d'avoir eu de bons parents (protection contre la violence exercée par le partenaire intime et contre la violence sexuelle);
- le fait d'avoir sa propre famille et de pouvoir compter sur son soutien (violence exercée par le partenaire intime);
- le fait de vivre au sein d'une famille ou structure familiale élargie (violence exercée par le partenaire intime);
- le fait d'appartenir à une association;
- la capacité pour les femmes de reconnaître le risque (violence sexuelle) (Ellsberg et al. 1999; Gidycz et al., 2006; Schwartz et al., 2006).

Signalons néanmoins que ces facteurs de protection doivent faire l'objet de recherches scientifiques plus poussées.

2.7 Normes de genre et inégalité entre les sexes

L'inégalité entre les sexes est un facteur sociétal important, dont les associations avec la violence sexuelle et la violence exercée par un partenaire intime n'ont pas assez retenu l'attention des chercheurs. A priori, deux facteurs de risque particuliers semblent fortement associés à ces formes de violence – la position inférieure qu'occupent les femmes

au sein d'une relation donnée et dans la société en général (sous-tendue par l'idéologie de la supériorité masculine); et l'habitude de recourir à la violence pour résoudre des conflits (y compris dans le cadre de luttes politiques). Ces facteurs se manifestent par des rôles distincts et inégaux entre les deux sexes, le postulat du droit masculin aux rapports sexuels, la faible valeur sociale des femmes et leur manque de pouvoir, et une conception de la masculinité associée au fait de soumettre ou de « corriger » les femmes. À leur tour, ces manifestations sont corrélées chez les femmes à des facteurs tels que de faibles niveaux d'instruction; une faible visibilité sur la scène publique; un manque de soutien familial, social et juridique; et l'absence de pouvoir économique (Jewkes, 2002).

Si l'on veut prévenir efficacement la violence exercée par le partenaire intime et de la violence sexuelle, il faut impérativement mettre au jour les liens qui se tissent entre ces violences, d'une part, et les normes de genre et les inégalités entre les sexes, d'autre part. Il nous faut mieux comprendre, à partir de données factuelles solides, les mécanismes qui font de ces normes et inégalités des facteurs de risque et de protection ainsi que des causes de la violence exercée par le partenaire et de la violence sexuelle dans divers contextes socioculturels. Cette quête devrait s'inscrire au premier rang des priorités de la recherche sur les facteurs de risque et de protection liés à ces formes de violence.

2.8 Messages essentiels

Facteurs de risque et de protection

Violence exercée par le partenaire intime et violence sexuelle

- Les femmes et les hommes peu scolarisés sont davantage exposés, respectivement, au risque de subir et de commettre un acte de violence dans le cadre d'une relation intime.
- L'exposition à la violence au cours de l'enfance est fortement associée au fait :
 - pour les hommes, d'être violents à l'égard de leur partenaire et de commettre des actes de violence sexuelle;
 - pour les femmes, de subir la violence d'un partenaire intime et d'être victimes de violence sexuelle.
- Les troubles de la personnalité antisociale sont un facteur de risque important de la violence contre un partenaire intime et de la violence sexuelle.
- L'usage nocif de l'alcool est souvent associé au fait de commettre des actes de violence contre le partenaire intime et des actes de violence sexuelle.
- Les hommes qui ont de multiples partenaires ou qui sont soupçonnés d'infidélité par leurs épouses sont plus susceptibles de commettre des actes de violence contre leur partenaire intime et des actes de violence sexuelle.
- Les attitudes qui admettent la violence sont fortement associées au fait de commettre et de subir des actes de violence dans le cadre d'une relation intime et des actes de violence sexuelle.

Facteurs de risques qui concernent particulièrement la violence exercée par un partenaire intime

- Les antécédents à titre d'auteur d'actes violents ou de victime prédisent un risque important de violence future entre partenaires.
- La mésestime et l'insatisfaction conjugale font augmenter la probabilité d'être auteur ou victime de violence dans le couple.

Facteurs de risque qui concernent particulièrement la violence sexuelle

- Les croyances entourant l'honneur familial et la pureté sexuelle sont associées au manque de pression sociale exercée sur les jeunes hommes pour les convaincre que la coercition sexuelle est inacceptable.
- Pour une large part, la violence sexuelle à laquelle se livrent les hommes fait fond sur les idéologies du droit masculin aux rapports sexuels. Ces systèmes de croyances accordent aux femmes bien peu de motifs légitimes de refuser des avances sexuelles.
- Lorsqu'elles sont faibles, les sanctions juridiques contre la violence sexuelle ont pour effet de cautionner la violence et parfois vont jusqu'à exclure certaines formes de violence sexuelle de la qualification légale.

Conséquences sur le plan de la prévention

- Les facteurs de risque et de protection peuvent varier selon les pays et les cadres de vie. Partant, il convient de cerner puis de traiter les facteurs de risques les plus étroitement associés à la violence exercée par des partenaires intimes et à la violence sexuelle dans chaque contexte.
 - Les efforts de prévention primaire devraient cibler en priorité les groupes d'âge plus jeunes.
 - La prévention de toutes les formes de violence et de sévices, en particulier la maltraitance des enfants, concourra à réduire les niveaux de violence exercée par des partenaires intimes et de violence sexuelle.
 - La réduction globale de la consommation d'alcool au sein d'une population pourrait atténuer l'usage nocif de l'alcool et, corollairement, la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle.
 - Plusieurs facteurs modifiables associés à la violence exercée par des partenaires intimes peuvent faire l'objet de mesures de prévention primaire, par exemple lutter contre l'acceptation de la violence, rendre l'instruction plus accessible aux femmes, modifier les lois qui lèsent les femmes et appliquer des politiques plus équitables envers les deux sexes. Bien que l'action ciblant ces facteurs ait toutes les chances de réduire également la violence sexuelle, les données à l'appui de cette hypothèse font pour l'instant défaut.
-

CHAPITRE 3

Stratégies de prévention primaire – les données factuelles

3.1 Introduction

La violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle ne sont pas inévitables – elles se manifestent à des degrés divers au fil du temps et selon le lieu, sous l’effet d’un jeu de facteurs sociaux, culturels, économiques et autres. Nous l’avons noté au **Chapitre 1**, il y a parfois des différences appréciables dans leur prévalence d’un pays à l’autre et au sein d’un même pays. Plus encore, ces écarts sont la preuve que l’on peut combattre la violence à l’aide de programmes et de politiques bien conçus et efficaces. Comme il en a été question au **Chapitre 2**, il est possible de modifier plusieurs facteurs clés associés au risque d’être auteur ou victime de violence, par exemple l’exposition à la maltraitance pendant l’enfance, le fait d’être témoin de violence parentale, les attitudes complaisantes à l’égard de la violence et l’usage nocif de l’alcool.

À l’heure actuelle, les données qui attestent l’efficacité des stratégies de prévention primaire de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle sont peu nombreuses et viennent pour la plupart de pays à revenu élevé, au premier chef les États-Unis. Par conséquent, les grandes priorités en la matière sont notamment celles-ci : adapter à des contextes plus pauvres les programmes qui ont fait leurs preuves dans des pays riches; approfondir l’évaluation et peaufiner les programmes qui commencent à donner des résultats; enfin, concevoir et éprouver des stratégies qui semblent pertinentes, surtout dans les contextes où les ressources manquent, en veillant à évaluer rigoureusement leur efficacité. En contrepoint, les lacunes dans les données sont si générales qu’il faut hisser au rang de priorité dans tous les pays la production de données ainsi que l’intégration de mécanismes bien conçus d’évaluation des résultats au sein des programmes de prévention primaire. La démarche aidera à ce que les efforts dans ce domaine reposent sur une base de données factuelles solide. Il faudrait également encourager les concepteurs de programmes à explicitement asseoir leur travail sur des cadres théoriques et des modèles de modification du comportement existants, pour faciliter l’identification des mécanismes sous-jacents et la réplique des programmes.

La plupart des stratégies évaluées qui visent à prévenir la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle ont porté sur les facteurs de risque proximaux, soit ceux qui opèrent aux niveaux individuel et relationnel du modèle écologique.

De la nécessité d’agir en amont

Dans l’optique de la santé publique, la prévention primaire cherche à réduire le nombre de nouveaux cas de violence entre partenaires intimes et de violence sexuelle en s’attaquant aux facteurs qui rendent probable la première manifestation de ces violences. La

prévention primaire doit donc d'abord repérer les déterminants présents « en amont » pour pouvoir les traiter. L'impact de programmes complets menés à grande échelle se mesurera ensuite à l'échelle de la population, en comparant les taux auxquels les violences sont commises ou subies après la mise en œuvre. Vu la prévalence de ces violences tout au long de la vie (se reporter au **Tableau 1, Chapitre 1**), même les pays les mieux outillés ne pourraient offrir aux centaines de millions de femmes affectées partout dans le monde les services dont elles ont besoin. Devant un problème de cette ampleur, il faut concentrer les efforts sur la prévention primaire.

Les interventions en amont peuvent cibler des facteurs de risque qui agissent aux quatre niveaux du modèle écologique présenté au **Chapitre 2**. Pour faire reculer la violence exercée par le partenaire intime et la violence sexuelle au niveau des populations, il importe tout particulièrement de traiter le niveau sociétal du modèle. Au nombre des mesures envisageables, citons l'adoption de lois nationales et de politiques de soutien axées sur des facteurs économiques et sociaux tels les niveaux de revenu, la pauvreté et le dénuement, les tendances de l'emploi des hommes et des femmes ainsi que l'accès des femmes aux soins de santé, à la propriété, à l'éducation, et leur participation et représentation politiques. Certains auteurs vont jusqu'à affirmer que les programmes cherchant à atténuer la violence contre les femmes sans redresser la parité hommes-femmes sont, à terme, condamnés à l'échec. En réalité, nombre de stratégies actuelles prévoient des réformes juridiques et éducatives et la création d'emplois dans le but de promouvoir l'égalité des sexes, mais leur effet sur la violence exercée contre les femmes n'a guère été évalué et demande à l'être de façon prioritaire. Toute stratégie de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle doit, si elle se veut complète, agir sur ces facteurs économiques et socioculturels au moyen de changements législatifs et stratégiques et de programmes connexes.

Encouragements à ne plus tolérer la violence

Le traitement des facteurs de risque au niveau sociétal peut augmenter les chances d'un recul durable de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle. Lorsque la loi autorise les hommes à châtier physiquement leur épouse, la mise en œuvre d'un programme de prévention de la violence conjugale aura sans doute peu d'effet. De nouvelles lois nationales et politiques de soutien devraient assurer aux femmes des droits égaux à la participation politique, à l'éducation, au travail, à la sécurité sociale ainsi qu'un niveau de vie adéquat. Les femmes devraient également pouvoir contracter un mariage et y mettre fin librement, obtenir un crédit financier, être propriétaires et administrer des biens. Les lois et politiques discriminatoires à leur endroit devraient être modifiées, et toute nouvelle loi ou politique devrait faire l'objet d'un examen sous l'angle de son incidence sur les deux sexes. Les lois et politiques qui cherchent à atténuer les disparités socioéconomiques ont des chances d'entraîner à la baisse d'autres formes de violence interpersonnelle, dont la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle.

Les lois et politiques qui s'intéressent plus largement aux disparités socioéconomiques ont un rôle vital à jouer dans l'autonomisation des femmes et l'amélioration de leur statut; dans le recadrage culturel opéré par la transformation des normes, attitudes et croyances propices à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle; et dans l'émergence d'un climat social qui ne tolère plus ces violences.

Le respect, la protection et la réalisation des droits des filles et des femmes sont des conditions nécessaires pour garantir le bien-être et les droits de tous les membres de la

société. En guise de première étape, les gouvernements devraient tenir leur engagement d'appliquer les lois internationales et les instruments de défense des droits de la personne suivants :

- 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 (1991);
- la Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes (1993);
- la Déclaration et le Programme d'action de Beijing (1995);
- la Déclaration du Millénaire (2000);
- la Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence faite aux femmes (Convention de Belém do Pará, 1994).

La législation et la justice pénale doivent également être prêtes à intervenir lorsque sont survenus des cas de violence entre partenaires intimes et de violence sexuelle. Leur but devrait être de prévenir de nouvelles violences, faciliter la réadaptation et assurer l'accès à la justice, par exemple au moyen d'unités policières spécialisées, d'ordonnances de non-communication et d'équipes d'intervention multi-services en cas de violences sexuelles. Du moins en théorie, la protection juridique contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle conforte les normes sociales non violentes en indiquant clairement que ces agissements ne seront pas tolérés. Les mesures visant à criminaliser la violence dans le couple et à élargir la définition du viol ont contribué à mettre en lumière ces enjeux et à réfuter la notion voulant qu'ils soient du ressort familial et privé. À cet égard, elles ont joué un rôle très important dans l'évolution des normes sociales (Heise & Garcia-Moreno, 2002; Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002). Les données dont on dispose sur la valeur dissuasive de l'arrestation dans les cas de violence entre partenaires intimes démontrent toutefois que l'arrestation ne permet pas davantage de réduire la violence que d'autres interventions policières comme la remise d'avertissements ou de citations à comparaître, le soutien psycho-social ou la séparation des couples (Fagan & Browne 1994; Garner, Fagan & Maxwell, 1995). Certaines études rapportent même une recrudescence de la violence à la suite d'une arrestation, en particulier chez les hommes sans emploi ou vivant dans des zones de pauvreté (Fagan & Browne 1994; Garner, Fagan & Maxwell, 1995). Les ordonnances de protection ont leur utilité, mais leur mise à exécution est inégale et il semble qu'elles aient peu d'effet sur les hommes au casier judiciaire chargé (Heise & Garcia-Moreno, 2002). Dans les cas de viol, les réformes relatives à l'admissibilité des preuves et le fait de ne plus exiger la corroboration du témoignage de la victime ont également été utiles, mais restent lettre morte dans de nombreux tribunaux du monde (Du Mont & Parnis, 2000; Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002). En somme, à l'heure actuelle, trop peu de données confirment l'effet dissuasif des mesures prises par le système de justice pénale pour combattre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle (Dahlberg & Butchart, 2005).

La tâche de déconstruire les conceptions de la masculinité et de la féminité qui impliquent la soumission des femmes, et d'éliminer les facteurs structurels favorables aux inégalités laisse entrevoir d'importantes avancées en matière de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle. Il s'agit toutefois d'objectifs à long terme. Les stratégies déployées pour les atteindre devraient donc avoir pour complément des mesures aux effets plus immédiats, fondées sur les données factuelles présentées dans ce chapitre.

3.2 Évaluation des données relatives aux approches de prévention

Dans l'optique de la santé publique, une question fondamentale se pose : « Les programmes de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle fonctionnent-ils? » Autrement dit, certains programmes ou stratégies parviennent-ils à prévenir ou à atténuer ces violences de manière efficace? L'efficacité n'est démontrable qu'au moyen de modèles de recherche rigoureux, tels des essais contrôlés randomisés ou des modèles quasi expérimentaux. En général, ces modèles comparent les résultats obtenus dans un groupe expérimental (les bénéficiaires du programme) à ceux d'un groupe de référence ou groupe témoin (le plus possible équivalent au groupe expérimental, mais ne participant pas au programme). Pour vérifier que les changements observés dans les résultats découlent bel et bien du programme et non d'un autre facteur, il faut pouvoir écarter les autres explications possibles. Ce point est approfondi à la [section 4.6](#) du document.

Bien que les « témoignages » n'offrent pas des bases saines pour évaluer l'efficacité d'un programme, ils peuvent renseigner sur son fonctionnement et sur la valeur qu'y accordent les participants. Il n'empêche qu'en se fiant strictement aux témoignages, l'on risque d'engloutir des ressources et des capacités considérables dans des programmes inefficaces, voire néfastes (Dahlberg & Butchart, 2005). Plusieurs critères permettent aujourd'hui d'évaluer l'efficacité des programmes de façon plus systématique. Les plus rigoureux sont le recours à des modèles d'évaluation expérimentaux ou quasi expérimentaux; la preuve que des effets préventifs importants sont survenus; la preuve d'effets durables; et une réplique indépendante des résultats.

À l'évidence, les programmes examinés dans ce chapitre accordent une place centrale à la promotion de l'égalité entre les sexes et à la prévention de la violence dans le couple et de la violence sexuelle. Pourtant, bien peu d'entre eux satisfont aux critères mentionnés plus haut et certains n'ont même jamais fait l'objet d'une évaluation scientifique. Les lacunes sur le plan de l'évaluation sont très marquées dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Force est de considérer que le domaine de la prévention de ces violences en est à un stade embryonnaire pour ce qui est d'établir une base de données factuelles pouvant éclairer les stratégies, les programmes et les politiques de prévention. La pénurie de données en matière de prévention de ces violences comporte trois conséquences pour la suite de ce chapitre.

En premier lieu, le chapitre présente certaines extrapolations ponctuelles à partir des données plus abondantes dont on dispose sur la prévention de la maltraitance des enfants et de la violence juvénile, tout en soulignant clairement leur caractère spéculatif. Il y a, du reste, beaucoup à apprendre des études sur la prévention de ces deux problèmes.

En deuxième lieu, le chapitre décrit les programmes de prévention primaire qui s'annoncent efficaces de par leurs fondements théoriques ou leur prise en compte des facteurs de risque, même si pratiquement aucun fait n'étaye encore leur efficacité ou si leur mise en œuvre a une portée limitée. Ce faisant, il tâche d'attirer l'attention sur les théories, principes et mécanismes qui forment les assises de ces programmes. Bien entendu, la qualité des fondements théoriques d'un programme et sa cohérence en regard des facteurs de risque connus ne sont pas des gages de succès.

En troisième lieu, le chapitre couvre des programmes conçus dans les pays à revenu faible et intermédiaire lorsqu'ils respectent certaines conditions : il y a des preuves de leur efficacité (même ténues) ou ils font actuellement l'objet d'une évaluation; ils semblent prometteurs en vertu de leurs fondements théoriques; ils abordent les facteurs

de risque connus. Ces critères d'inclusion évitent, d'une part, d'imposer de trop grandes exigences méthodologiques – qui entraîneraient l'exclusion de nombreux programmes issus de contextes où sévit un manque de ressources, au motif que les éléments de preuve sont inexistantes ou de piètre qualité – et d'autre part, de sembler cautionner, en baissant trop la barre, des programmes sans preuves à l'appui. Le chapitre indique amplement les limites des données factuelles disponibles et insiste sur l'importance de conduire des études d'évaluation des résultats.

Il y a de bonnes raisons de penser que ce domaine, bien qu'encore à ses balbutiements, connaîtra un développement rapide dans les prochaines années. Plusieurs programmes ont prouvé leur efficacité dans le cadre d'évaluations rigoureuses des résultats, une preuve naissante vient valider l'efficacité d'une foule d'autres programmes, et les nouvelles pistes de prévention se multiplient. En outre, il semble exister des méthodes éprouvées pour mettre au point des programmes et politiques de prévention primaire efficaces et fondés sur les faits qui s'appliquent à d'autres formes de violence interpersonnelle (par exemple, Flay et al., 2005; Mzarek & Haggerty, 1994; Olds, Sadler & Kitzman, 2007). Le domaine de la prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle demande maintenant qu'on aborde avec d'ouverture d'esprit les approches prometteuses et les idées novatrices visant toutes les étapes du cycle de vie.

3.3 Tableaux sommaires des stratégies et des programmes de prévention primaire¹

Le **Tableau 5** résume la force des preuves relatives à l'efficacité des stratégies de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle, lorsque de telles preuves sont disponibles. Les stratégies sont regroupées selon l'étape de la vie. Une distinction importante est à faire entre une stratégie et un programme particulier. Même s'il a été démontré que certains programmes particuliers sont efficaces, cela ne signifie nullement que les autres programmes relevant de la même stratégie le soient également. Par exemple, un programme de visites à domicile mis au point aux États-Unis, le *Nurse Family Partnership*, a vu son efficacité en matière de prévention de la maltraitance des enfants être confirmée. Il s'agit néanmoins du seul programme rattaché à la stratégie des visites à domicile (qui regroupe une foule de programmes divers) qui soit appuyé par des preuves solides (MacMillan et al., 2009).

Les stratégies sont classées en fonction de leur efficacité au chapitre de la prévention de la violence exercée par des partenaires intimes et de la violence sexuelle, au moyen du système qui suit :

- **Efficace** : les stratégies qui regroupent un ou plusieurs programmes trouvés efficaces; est jugé « efficace » un programme assorti de multiples études bien conçues qui confirment la prévention d'actes de violence (commis ou subis) dans le cadre d'une relation intime et/ou de violences sexuelles.
- **Début de preuve** : les stratégies qui regroupent un ou plusieurs programmes dont l'efficacité commence à être démontrée; la preuve naissante peut prendre la forme d'une étude bien conçue qui confirme la prévention d'actes de violence (commis ou subis) dans le cadre d'une relation intime et/ou de violences sexuelles, ou il peut

¹ Étant donné que l'élaboration des stratégies de prévention n'est pas calquée sur le repérage des facteurs de risque et de protection, l'organisation de ce chapitre ne reprend pas celle du **Chapitre 2**. Cependant, les facteurs de risque précédemment décrits sont mis en relief dans ce chapitre.

s'agir d'études révélant des changements positifs sur le plan des connaissances, des attitudes et des croyances relatives à ces violences.

- ? **Manque de clarté** : les stratégies qui regroupent un ou plusieurs programmes dont l'efficacité est incertaine en raison de preuves insuffisantes ou contradictoires.
- X **Preuve naissante d'inefficacité** : les stratégies qui regroupent un ou plusieurs programmes dont l'inefficacité commence à être démontrée; la preuve naissante peut prendre la forme d'une étude bien conçue qui confirme l'absence de prévention d'actes de violence (commis ou subis) dans le cadre d'une relation intime et/ou de violences sexuelles, ou il peut s'agir d'études révélant l'absence de changements positifs sur le plan des connaissances, des attitudes et des croyances relatives à ces violences.
- X **Inefficace** : les stratégies qui regroupent un ou plusieurs programmes jugés inefficaces; est jugé inefficace un programme assorti de multiples études bien conçues qui révèlent l'absence de prévention d'actes de violence (commis ou subis) dans le cadre d'une relation intime et/ou de violences sexuelles.
- XX **Risque de préjudice** : les stratégies qui comprennent au moins une étude bien conçue qui constate une augmentation de la violence commise ou subie dans le cadre d'une relation intime ou des violences sexuelles, ou encore, des changements négatifs sur le plan des connaissances, des attitudes et des croyances relatives à ces violences.

Comme l'indique le **Tableau 5**, une seule stratégie de prévention de la violence entre partenaires intimes est actuellement jugée « efficace » à prévenir la violence dans les faits. Elle regroupe des programmes en milieu scolaire axés sur la prévention de la violence dans les fréquentations. Seuls trois de ces programmes, décrits ci-dessous, ont vu leur efficacité confirmée, et l'on ne peut extrapoler ces conclusions à d'autres programmes scolaires qui diffèrent par l'approche, le contenu ou l'intensité. Pour l'instant, il n'existe pas de programme de lutte contre la violence sexuelle qui ait été semblablement évalué et trouvé efficace.

Le **Tableau 6** énumère les stratégies au sujet desquelles les données probantes sont minces ou inexistantes, mais qui semblent prometteuses de par leurs assises théoriques, leur traitement des facteurs de risque connus ou la faiblesse méthodologique des évaluations des résultats dont elles ont fait l'objet; figurent également dans le tableau des stratégies prometteuses en cours d'évaluation.

Les stratégies examinées sont réparties en fonction des principales étapes de vie. Lorsqu'une stratégie s'applique à plusieurs étapes de vie, elle a été classée sous l'étape la plus souvent ciblée. Les stratégies applicables à toutes les étapes de vie sont décrites en dernier. À la différence des définitions formelles énoncées à la **section 1.1** et en raison de l'organisation même des programmes, la violence entre partenaires intimes recouvre ici les actes de violence sexuelle commis dans le couple, tandis que la violence sexuelle désigne les sévices infligés en dehors du couple (c.-à-d. par des amis, des connaissances ou des étrangers). La violence dans les fréquentations peut s'inscrire aussi bien dans l'une ou l'autre de ces formes de violence, le partenaire dans les fréquentations n'étant parfois guère plus qu'une connaissance, parfois quelqu'un de beaucoup plus proche. Pour des raisons pratiques, le **Tableau 5** et le **Tableau 6** rangent ce type de violence dans la violence entre partenaires intimes.

ENCADRÉ 2

Mesures de l'efficacité en fonction des résultats

L'efficacité d'un programme peut être évaluée à la lumière de trois types de résultats distincts qu'il est possible de mesurer à différentes étapes après la conclusion du programme :

1. Les changements sur le plan des connaissances, des attitudes et des croyances relatives à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle. Ce résultat est le moins probant des trois, car les changements sur ces plans n'agissent pas nécessairement sur les comportements violents. À cet égard, même les programmes qui atteignent leurs objectifs ne peuvent être d'emblée jugés efficaces pour ce qui est de prévenir la violence dans le couple et la violence sexuelle; des études doivent mettre en lumière un recul correspondant des comportements violents.
2. La réduction de la violence entre partenaires intimes ou de la violence sexuelle commise.
3. La réduction de la violence entre partenaires intimes ou de la violence sexuelle subie.

La violence entre partenaires intimes désigne une réalité non pas unique mais multiforme, qui comprend la violence physique, sexuelle et psychologique. Malgré ce fait, les évaluations des résultats tendent à faire abstraction de ces différences typologiques et, le plus souvent, les programmes ne sont pas davantage conçus pour remédier à une forme particulière de la violence entre partenaires intimes. Il se peut que des programmes jugés efficaces ou prometteurs ne le soient en réalité que pour certaines formes de cette violence (Whitaker, Baker & Arias, 2007).

TABLEAU 5

Stratégies et programmes de prévention primaire visant la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle au sujet desquels des données probantes sont disponibles

STRATÉGIE	VIOLENCE EXERCÉE PAR LE PARTENAIRE INTIME	VIOLENCE SEXUELLE
PETITE ENFANCE, ENFANCE ET DÉBUT DE L'ADOLESCENCE		
Programmes destinés aux enfants et adolescents victimes de maltraitance et/ou exposés à la violence dans le couple	□	?
Formation scolaire pour aider les enfants à reconnaître et éviter les situations présentant des risques de violence sexuelle	?	□
ADOLESCENCE ET DÉBUT DE L'ÂGE ADULTE		
Programmes scolaires axés sur la prévention de la violence dans les fréquentations	■	NA
Programmes de prévention de la violence sexuelle destinés aux populations des écoles et collèges	NA	?
Programmes de sensibilisation et d'information sur le viol destinés aux populations des écoles et collèges	NA	X
Formation (par opposition à l'acquisition de compétences) sur les stratégies d'autodéfense destinée aux populations des écoles et collèges	NA	X
Programmes de prévention du viol axés sur la confrontation	NA	XX

STRATÉGIE	VIOLENCE EXERCÉE PAR LE PARTENAIRE INTIME	VIOLENCE SEXUELLE
ÂGE ADULTE		
Approches axées sur l'autonomisation et la participation pour contrer les inégalités entre les sexes : Microfinancement et formation en matière d'égalité des sexes	☐	?
Approches axées sur l'autonomisation et la participation pour contrer les inégalités entre les sexes : Communication et compétences relationnelles (p. ex. Stepping Stones)	☐	?
Programmes de visites à domicile comportant un volet consacré à la violence entre partenaires intimes	?	?
TOUT AU LONG DE LA VIE		
Réduction de l'accès à l'alcool et de son usage nocif	☐	?
Modification des normes sociales et culturelles liées au genre à partir de la théorie des normes sociales	?	☐
Modification des normes sociales et culturelles liées au genre grâce à des campagnes de sensibilisation dans les médias	☐	?
Modification des normes sociales et culturelles liées au genre en travaillant auprès des hommes et des garçons	☐	?

- **Efficace:** les stratégies qui regroupent un ou plusieurs programmes trouvés efficaces; est jugé « efficace » un programme assorti de multiples études bien conçues qui confirment la prévention d'actes de violence (commis ou subis) dans le cadre d'une relation intime et/ou de violences sexuelles.
- **Début de preuve:** les stratégies qui regroupent un ou plusieurs programmes dont l'efficacité commence à être démontrée; la preuve naissante peut prendre la forme d'une étude bien conçue qui confirme la prévention d'actes de violence (commis ou subis) dans le cadre d'une relation intime et/ou de violences sexuelles, ou il peut s'agir d'études révélant des changements positifs sur le plan des connaissances, des attitudes et des croyances relatives à ces violences.
- ? **Manque de clarté:** les stratégies qui regroupent un ou plusieurs programmes dont l'efficacité est incertaine en raison d'une preuve insuffisante ou contradictoire.
- X **Preuve naissante d'inefficacité:** les stratégies qui regroupent un ou plusieurs programmes dont l'inefficacité commence à être démontrée; la preuve naissante peut prendre la forme d'une étude bien conçue qui confirme l'absence de prévention d'actes de violence (commis ou subis) dans le cadre d'une relation intime et/ou de violences sexuelles, ou il peut s'agir d'études révélant l'absence de changements positifs sur le plan des connaissances, des attitudes et des croyances relatives à ces violences.
- X **Inefficace:** les stratégies qui regroupent un ou plusieurs programmes jugés inefficaces; est jugé inefficace un programme assorti de multiples études bien conçues qui révèlent l'absence de prévention d'actes de violence (commis ou subis) dans le cadre d'une relation intime et/ou de violences sexuelles.
- XX **Risque de préjudice:** les stratégies qui comprennent au moins une étude bien conçue qui constate une augmentation de la violence commise ou subie dans le cadre d'une relation intime ou des violences sexuelles, ou encore, des changements négatifs sur le plan des connaissances, des attitudes et des croyances relatives à ces violences.
- NA **Sans objet.**

TABLEAU 6

Stratégies prometteuses pour la prévention primaire de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle

STRATÉGIE
PETITE ENFANCE, ENFANCE ET DÉBUT DE L'ADOLESCENCE
Programmes de visites à domicile pour prévenir la maltraitance des enfants
Éducation des parents pour prévenir la maltraitance des enfants
Amélioration de la santé mentale maternelle
Dépistage et traitement des troubles comportementaux et affectifs
Acquisition d'aptitudes sociales et affectives en milieu scolaire
Programmes de prévention de l'intimidation
ADOLESCENCE ET DÉBUT DE L'ÂGE ADULTE
Programmes scolaires multi-volets pour prévenir la violence
ÂGE ADULTE
Programme multi-volets des Forces aériennes des États-Unis pour prévenir le suicide
Approches axées sur l'autonomisation et la participation pour contrer les inégalités entre les sexes – SASA!

3.4 Petite enfance, enfance et début de l'adolescence**Programmes de visites à domicile et d'éducation des parents pour prévenir la maltraitance des enfants**

Il en a été question ailleurs dans ce document, le fait d'avoir subi des sévices durant l'enfance accroît sensiblement le risque d'être auteur ou victime de violence sexuelle ou de violence dans le cadre d'une relation intime par la suite. Il paraît raisonnable d'en conclure que la prévention de la maltraitance des enfants a des chances de faire reculer ces formes de violence en aval (Foshee, Reyes & Wyckoff., 2009). Il reste encore à réunir les preuves directes de l'effet de ces programmes sur les taux de violence exercée par le partenaire intime.

De façon générale, cependant, en atténuant le risque que surviennent les formes de maltraitance couvertes dans *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données* (OMS-ISPCAN, 2006),¹ l'on pourra contribuer à limiter la transmission intergénérationnelle de la violence et de l'abus. Parmi les stratégies prometteuses en matière de prévention de la maltraitance des enfants, citons au premier chef les programmes de visites à domicile et d'éducation parentale (Mikton & Butchart, 2009). Cependant, leurs effets à long terme sur la prévention de la violence dans le couple et de la violence sexuelle chez les enfants adultes dont les parents ont pris part à ces programmes n'ont pas encore été évalués.

Amélioration de la santé mentale maternelle

La dépression maternelle (qui touche au moins une nouvelle mère sur dix) peut empêcher la formation de liens affectifs avec l'enfant. À son tour, ce défaut d'attachement multiplie par cinq le risque que l'enfant présente des troubles de comportement per-

¹ Ce guide est disponible à cette adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/pdfs/nfnts-prev-maltr_f.pdf

sistants (important facteur lié au risque d'être auteur de violences par la suite) (Meltzer et al., 2003). Entre autres approches efficaces pour traiter la dépression maternelle figurent, dans l'ordre, un dépistage précoce (prénatal et postnatal), la présence d'un soutien social ou par les pairs, les psychothérapies et les antidépresseurs (National Collaborating Centre for Mental Health, 2007). Il faut encore déterminer si le traitement des mères a des effets à long terme et s'il évite que leurs enfants soient parties à des actes de violence sexuelle ou dans le couple plus tard dans la vie. Cette stratégie semble toutefois prometteuse.

Dépistage et traitement des troubles comportementaux et affectifs chez les enfants

Les troubles de comportement durant l'enfance et l'adolescence – précurseurs des troubles de la personnalité antisociale – sont associés à un risque accru d'être victime et/ou auteur d'actes de violence sexuelle et dans le couple. Les troubles affectifs, pour leur part, sont associés à la dépression et à l'anxiété à l'âge adulte et font augmenter le risque de dépression postnatale et de dépression maternelle persistante. Comme on vient de le voir, ces maux chez les mères contribuent à multiplier par cinq le risque de troubles affectifs et comportementaux chez les enfants (Meltzer et al., 2003). On pourrait donc s'attendre à ce qu'un dépistage précoce et un traitement efficace des troubles comportementaux et affectifs éprouvés durant l'enfance et l'adolescence limitent la prévalence de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle.

Des données fiables établissent des liens entre les troubles précoces du comportement et le fait d'être partie à des violences, à titre de victime ou d'auteur, et montrent l'efficacité des interventions qui cherchent à réduire ces troubles et la délinquance juvénile. Malgré le potentiel de cette stratégie, la preuve n'a pas encore été faite que le dépistage et le traitement des troubles comportementaux et affectifs vécus dans l'enfance et au début de l'adolescence font diminuer les cas de violence entre partenaires et de violence sexuelle plus tard à l'adolescence et à l'âge adulte.

Interventions destinées aux enfants et aux adolescents qui ont été maltraités ou exposés à la violence entre partenaires intimes

Il en a été question à la **section 2.3**, les enfants ou les adolescents victimes de maltraitance ou exposés à la violence parentale courent un risque accru de commettre ou de subir des actes de violence dans le cadre d'une relation intime ou des violences sexuelles, d'où l'importance des interventions dans ce domaine.

Une méta-analyse (Skowron & Reinemann, 2005) a examiné 21 programmes comportant des interventions psychologiques auprès d'enfants et d'adolescents qui avaient été maltraités. Les résultats révèlent que les traitements psychologiques de la maltraitance ont donné de bons résultats : près de 71 % des enfants traités ont semblé mieux fonctionner que les autres. Toutes les interventions avaient pour but d'améliorer les résultats sur les plans cognitif, affectif et comportemental, et 11 des études ont été considérées comme expérimentales. Un essai randomisé de l'un des programmes (le *Youth Relationship Project* – voir la **section 3.4** ci-dessous) qui a pris pour résultat la violence dans les fréquentations chez les adolescents a constaté un fléchissement de la violence physique et psychologique commise et subie (Wolfe et al., 2003).

Les interventions psychologiques destinées aux enfants et aux adolescents qui ont subi des sévices dans l'enfance et/ou qui ont été témoins de violences parentales semblent dès lors constituer une stratégie de prévention de la violence entre partenaires validée par un corpus naissant de données probantes. L'effet de ces interventions sur les cas de violence sexuelle reste pour l'instant indéterminé.

Acquisition d'aptitudes sociales et affectives en milieu scolaire

L'impulsivité, le manque d'empathie et de mauvaises aptitudes sociales peuvent dénoter des troubles de comportement, un précurseur du trouble de la personnalité antisociale. Ce sont d'importants facteurs de risque individuels pour la perpétration de violences diverses, dont la violence à l'égard des partenaires intimes et les violences sexuelles. Les programmes axés sur le développement des aptitudes cognitives et la formation comportementale, tout comme les programmes de développement social, qui agissent sur ces facteurs chez les enfants et les jeunes adolescents relèvent donc d'une stratégie prometteuse pour prévenir la violence juvénile dans la suite des choses. Ces programmes cherchent à promouvoir des comportements à caractère sociable et à inculquer des aptitudes sociales et affectives, par exemple la résolution de problèmes, la maîtrise de la colère, l'empathie, la coordination des points de vue et la solution pacifique des conflits. Ils se destinent soit à une population, soit à des personnes à risque, et sont souvent déployés dans les écoles.

Bien qu'il y ait tout lieu de croire que ces programmes combattent la violence juvénile et améliorent les aptitudes sociales (p. ex. Lösel & Beelmann, 2003), rien n'indique actuellement qu'ils peuvent atténuer la violence sexuelle et la violence dans les fréquentations chez les adolescents et les jeunes adultes, non plus que la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle plus tard dans la vie. Il reste que ces programmes présentent un potentiel intéressant sur le plan de la prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle.

Formation scolaire pour aider les enfants à reconnaître et éviter des situations présentant des risques de violence sexuelle

Un peu partout dans le monde, des programmes sont mis sur pied en milieu scolaire pour apprendre aux enfants à reconnaître et éviter les situations qui comportent des risques de violence sexuelle. Les exemples de programmes évalués viennent pour la plupart des États-Unis.

Selon une revue systématique récente (Mikton & Butchart, 2009), bien que les programmes scolaires visant à prévenir la violence sexuelle contre les enfants renforcent les connaissances et les comportements de protection, les preuves de leur efficacité à brider cette violence dans les faits font défaut. Deux études ayant mesuré l'expérience future de violences sexuelles à titre de résultat rapportent des conclusions mitigées (Finkelhor, Asdigian & Dziuba-Leatherman, 1995; Gibson & Leitemberg, 2000). Néanmoins, la preuve naissante de l'efficacité de ces programmes milite en faveur de leur mise en œuvre. Il faudra conduire de nouvelles recherches sur leur incidence à long terme sur le nombre de cas de violence sexuelle qui surviennent dans les faits (Finkelhor, 2009).

Programmes de prévention de l'intimidation

L'intimidation a des conséquences immédiates et à long terme sur ses auteurs comme sur ses victimes. Elle conduit à l'isolement social et exacerbe des comportements antisociaux qui peuvent déboucher sur la délinquance juvénile et adulte (chez les auteurs) et sur la dépression, l'idéation suicidaire, l'isolement social et une faible estime de soi (chez les victimes). Certaines de ces conséquences peuvent accroître le risque d'être auteur ou victime de violence dans le couple et/ou de violence sexuelle. Il ressort de plusieurs examens que les programmes de prévention de l'intimidation combattent efficacement ce phénomène (Baldry & Farrington, 2007; Smith et al., 2004). Une revue systématique et une méta-analyse des programmes scolaires de lutte contre l'intimidation et la victimisation (Farrington & Ttofi, 2009) révèlent que globalement ces programmes donnent des résultats. En moyenne, l'intimidation commise a reculé de 20 à 23 % et l'intimidation subie, de 17 à 20 %.

Quoique de tels programmes entraînent sans doute des effets positifs plus généraux, les preuves de leur incidence sur les violences entre partenaires et les violences sexuelles commises ou subies par la suite sont restreintes. Plusieurs études ont cependant mis au jour une association entre l'intimidation et le harcèlement sexuel. Certains programmes de prévention de la violence sexuelle offerts aux États-Unis comptent un volet axé sur la prévention de l'intimidation à l'intention des enfants en âge d'aller à l'école primaire et intermédiaire (Basile, Hertz & Back, 2009).

3.5 Adolescence et début de l'âge adulte

Programmes scolaires pour prévenir la violence dans les fréquentations

La violence dans les fréquentations est une forme précoce de violence entre partenaires intimes qui survient surtout à l'adolescence et au début de l'âge adulte dans le cadre des relations amoureuses. Parmi les programmes de prévention de la violence entre partenaires intimes, les programmes centrés sur la violence dans les fréquentations chez les adolescents ont été les plus évalués : 12 évaluations ont eu lieu, dont cinq essais randomisés (Foshee et al., 2008). Ces programmes qui portent sur les premières relations sexuelles, dans des contextes où les jeunes se marient à partir de l'âge de 20 ans environ, s'avèrent efficaces pour prévenir la violence dans les fréquentations et la violence sexuelle. En outre, il appert que la violence dans les fréquentations est un facteur de risque pour la violence entre partenaires intimes plus tard dans la vie (Smith, White & Holland, 2003) et qu'elle est associée à des blessures et à des comportements nuisibles à la santé, comme les rapports sexuels non protégés, la toxicomanie et les tentatives de suicide (Wolfe et al., 2009). En conséquence, la prévention de la violence dans les fréquentations pourrait fort bien avoir des effets préventifs sur la violence dans le couple et la violence sexuelle plus tard dans la vie (Foshee, Reyes & Wyckoff., 2009).

Le programme *Safe Dates* est l'un des programmes de prévention de la violence dans les fréquentations qui a fait l'objet d'une évaluation approfondie au moyen d'un modèle contrôlé randomisé. Les quatre évaluations publiées rapportent des effets positifs (Foshee et al., 1998; Foshee et al., 2000; Foshee et al., 2004; Foshee et al., 2005). Foshee et al. (2005) ont examiné dans quelle mesure *Safe Dates* était parvenu à prévenir ou à réduire la violence commise ou subie au fil du temps, à l'aide de quatre vagues de données de suivi. Le programme a sensiblement atténué la violence psychologique, la violence physique modérée et la violence sexuelle commises dans le cadre des fréquen-

tations durant les quatre périodes de suivi. Le programme a également diminué de beaucoup les agressions physiques graves commises dans le cadre des fréquentations au fil du temps, mais seulement chez les adolescents ayant déclaré au départ n'avoir jamais commis de violences graves ou se situant dans la moyenne à cet égard. En revanche, les effets du programme sur la violence sexuelle subie dans les fréquentations au fil du temps ont été négligeables. *Safe Dates* n'a pas prévenu ou estompé la violence psychologique vécue dans les relations amoureuses. Les effets du programme sont surtout attribuables à des changements survenus dans les normes relatives à la violence dans les fréquentations et aux rôles des deux sexes et à une meilleure connaissance des services communautaires offerts. Le programme n'a pas eu d'incidence sur les aptitudes à la gestion des conflits. Il s'est révélé plus performant sur le plan de la prévention primaire qu'auprès des personnes ayant des antécédents de violence (Foshee et al., 1996; 1998; 2000; 2004; 2008).

Deux programmes scolaires de prévention de la violence dans les fréquentations mis sur pied en Ontario, au Canada, ont aussi été évalués (Wolfe et al., 2003; Wolfe et al., 2009). Le premier, *The Fourth R: Skills for Youth Relationships*, a fait l'objet d'une évaluation au moyen d'un modèle randomisé en grappes. Selon les déclarations faites par les intéressés deux ans et demi après la conclusion du programme, le taux de violence physique dans les relations amoureuses s'élevait à 7,4 % dans le groupe des bénéficiaires et à 9,8 % dans le groupe témoin, pour une différence de 2,4 %. Cependant, pour des raisons qu'on s'explique mal, la diminution des actes déclarés s'appliquait aux garçons (taux de 7,1 % chez les témoins contre 2,7 % chez les étudiants bénéficiaires), mais pas aux filles (12,1 % contre 11,9 %).¹ Le programme – dont l'évaluation a reposé sur un échantillonnage de plus de 1 700 étudiants âgés de 14 et 15 ans dans 20 écoles publiques – a été intégré au curriculum Éducation physique et santé de la province et enseigné séparément aux filles et aux garçons. Inscrite en filigrane, l'aptitude à former de saines relations amoureuses, exemptes de violence, était un thème récurrent dans les 21 leçons proposées, qui comprenaient une série d'exercices entre pairs visant à acquérir des stratégies constructives en réponse aux pressions et pour résoudre les conflits sans violence. Le coût de la formation et du matériel pédagogique tournait autour de 16 \$ CA par étudiant (Wolfe et al., 2009).

Le second programme scolaire canadien évalué (Wolfe et al., 2003) s'intitule *Youth Relationship Project*. Il s'agit d'un programme communautaire qui cherchait à aider les jeunes de 14 à 16 ans ayant été maltraités dans l'enfance à former des relations saines et exemptes de violence avec leur partenaire amoureux. Le programme a instruit les participants sur les relations saines et les relations de violence, en les aidant à acquérir des aptitudes à résoudre les conflits et à communiquer. Un essai contrôlé randomisé a permis de constater que le programme avait fait diminuer les incidents de violence physique et psychologique ainsi que les symptômes de troubles émotionnels sur une période de 16 mois après la fin du programme (Wolfe et al., 2003).

Ces trois programmes scolaires semblent donc des outils efficaces pour prévenir la violence physique, sexuelle et psychologique dans les relations amoureuses chez les adolescents, et de possibles adjuvants dans la prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle chez les adultes. Plusieurs mises en garde s'imposent

¹ Ces taux de violence chez les garçons et les filles sont généralement conformes aux conclusions en matière de symétrie des sexes qui ressortent des cas de violence entre partenaires déclarés par de jeunes hommes et femmes en Amérique du Nord, comme il en a été question dans l'Introduction.

cependant. Bien que ces trois programmes aient été soumis à des évaluations sérieuses qui ont conclu à une réduction de la violence au cours de périodes de suivi modérément longues, la plupart des autres programmes du même type ont fait l'objet d'évaluations de piètre qualité, assorties de périodes de suivi trop courtes, et n'ont mesuré à titre de résultats que les changements survenus dans les connaissances et les attitudes (pour lesquels des effets positifs ont été signalés). Est-ce que les changements dans les connaissances et les attitudes ont pour corollaires des changements de comportement, cela reste à vérifier (Whitaker et al., 2006). Par ailleurs, d'autres travaux de recherche doivent évaluer l'efficacité de ces programmes de prévention à plus long terme lorsqu'ils s'intègrent à des programmes de prévention ciblant d'autres formes de violence, et lorsque leur mise en œuvre a lieu ailleurs qu'en Amérique du Nord, dans un contexte où les ressources sont moindres. L'une des préoccupations soulevées au sujet de programmes tels Safe Dates a trait à leur enracinement culturel nord-américain, qui risque de limiter leur utilité dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Programmes scolaires multi-volets pour prévenir la violence

Les programmes universels à volets multiples sont les programmes de prévention les plus efficaces en milieu scolaire (Adi et al., 2007; Dusenbury et al., 1997; Hahn et al., 2007). Ces programmes sont offerts à l'ensemble des élèves et débordent le cadre de l'enseignement régulier pour inclure la formation des professeurs en gestion du comportement, l'éducation parentale et la médiation par les pairs. Ils comportent dans certains cas des activités parascolaires et/ou communautaires. Les auteurs d'une revue systématique (Hahn et al., 2007) estiment qu'en moyenne les programmes universels à volets multiples ont réduit la violence de 15 % dans les écoles qui les offraient.

En règle générale, les programmes de prévention à volets multiples ont privilégié à titre de résultats la lutte contre l'intimidation et la violence juvénile. Puisque des recouvrements existent entre les facteurs de risque associés à la violence juvénile, d'une part, et les facteurs associés à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle, d'autre part, ces dernières pourraient bénéficier des effets préventifs de ces programmes. Pour l'heure, cependant, la preuve de leur efficacité en la matière reste à faire.

Programmes de prévention de la violence sexuelle destinés aux populations des écoles et collèges

Aux États-Unis, la majorité des programmes de prévention primaire axés sur la violence sexuelle commise par des étrangers, des connaissances et des amis non intimes dans le cadre des fréquentations s'adressent aux étudiants des collèges, encore que le nombre de programmes offerts dans les écoles secondaires et intermédiaires aillent croissant. Dans les contextes où très peu d'élèves poursuivent des études supérieures, cette approche a des limites évidentes. D'un point de vue développemental, il est logique d'instruire les jeunes gens sur les comportements sexuels appropriés ou inacceptables au moment où prennent forme leurs identités sexuelles et leurs attitudes à l'égard des partenaires amoureux. Mais encore là, faute de données probantes, on ne peut confirmer l'efficacité ou l'inefficacité de ces programmes (Schewe, 2007).

Deux revues systématiques récentes conduites aux États-Unis ont évalué l'efficacité d'un certain nombre de programmes de prévention primaire dans ce domaine. La première (Morrison et al., 2004) s'est intéressée aux populations des collèges, des écoles secon-

dares et des écoles intermédiaires et a constaté que les programmes leur étant destinés comportaient généralement plusieurs volets (les plus courants étant : la remise en cause des mythes entourant le viol; des renseignements sur les risques de viol par une connaissance et dans le cadre des fréquentations; des statistiques sur le viol; l'atténuation des risques et les aptitudes à se protéger). Sur les 50 études examinées, sept (14 %) faisaient apparaître des effets exclusivement positifs sur les connaissances et les attitudes, mais aucune n'avait évalué la violence commise ou subie à titre de résultat; 40 études (80 %) rapportaient des effets contrastés; enfin, trois études (6 %) n'avaient aucun effet à signaler. Les examinateurs n'ont pu établir avec certitude le degré d'efficacité de ces programmes en raison des failles méthodologiques rencontrées, notamment celles-ci : les études ont fondé l'appréciation des résultats strictement sur les connaissances et les attitudes; les études reposant sur un modèle plus fiable ont fait état de résultats plus faibles; et les effets positifs des programmes se sont amenuisés au fil du temps.

La seconde revue systématique (Anderson & Whiston, 2005) portait sur 69 programmes d'information sur les agressions sexuelles destinés à des étudiants de niveau collégial. Il semble que ces programmes soient peu efficaces pour prévenir les agressions sexuelles ou accroître l'empathie à l'égard des victimes (la reconnaissance cognitive-affective du traumatisme subi par la victime) ou la sensibilisation à la question du viol. Il a cependant été vérifié que les programmes évalués avaient pour effet d'augmenter les connaissances factuelles sur le viol et de modifier de manière constructive les attitudes correspondantes. Vu le nombre infime d'études qui évaluent les résultats en fonction des comportements, les auteurs estiment qu'il y a là une lacune importante à combler avant de pouvoir rendre des conclusions définitives. À la lumière de ces deux revues systématiques, l'efficacité de ces programmes est donc incertaine.

On a constaté que l'information « factuelle »¹ fournie sur le viol paraît n'avoir aucun effet sur les attitudes à l'égard de ce phénomène ni sur le degré d'empathie pour les victimes (Schewe, 2007). D'après les études d'évaluation, les programmes de sensibilisation et d'information sur le viol donnent rarement des résultats. De façon analogue, les démarches qui consistent à présenter aux femmes des stratégies d'auto-défense efficaces sans leur enseigner des aptitudes réelles à l'auto-défense sont sujettes à caution et pourraient dans certains cas avoir des effets néfastes (Schewe, 2007). Deux évaluations portant sur des programmes qui décrivaient des stratégies d'auto-défense sans concrètement les enseigner ont montré lors du suivi que le risque d'agression sexuelle n'avait pas fléchi (Breitenbecher & Gidycz, 1998; Breitenbecher & Scarce, 2001). Pour leur part, les programmes de prévention du viol qui recourent à la confrontation avec les participants semblent avoir des effets indésirables. Dans le cas d'un de ces programmes, un étude d'évaluation a montré qu'il avait favorisé chez les hommes une tolérance accrue à l'égard des justifications du viol (Fisher, 1986).

Plusieurs autres méthodes ont été mises à l'essai, mais l'on dispose de peu de preuves de leur efficacité. Les initiatives encourageant l'empathie vis-à-vis des victimes ont été associées tantôt à une amélioration, tantôt à une détérioration des attitudes à l'égard de la violence sexuelle ainsi qu'à l'acceptation des mythes entourant le viol (Schewe, 2007). Les conseils donnés aux femmes pour éviter les situations à haut risque (p. ex., auto-stop, excès d'alcool, relations avec des hommes plus âgés) ont produit des résultats

¹ Cette information comprend le plus souvent : la définition légale du viol et des termes légaux connexes; des statistiques sur la prévalence du viol; un portrait-type des agresseurs et une description du syndrome consécutif au traumatisme provoqué par le viol; et des renseignements sur les ressources offertes aux victimes.

inégaux et ont été associés à une plus grande acceptation des mythes relatifs au viol. Pour éviter d'encourager le rejet du blâme sur la victime, il est impératif d'offrir les séances d'information à des publics exclusivement féminins. On rapporte également des données mitigées relativement à l'efficacité des programmes qui soulignent les conséquences négatives de la violence sexuelle pour les hommes, en tachant de les convaincre que les rapports sexuels contraints sont moins satisfaisants que les rapports consensuels.

Enfin, plusieurs programmes de prévention de la violence sexuelle ont été proposés, mais n'ont pas encore fait l'objet d'une mise en œuvre à grande échelle non plus que d'une évaluation. Certains visent, par exemple, à offrir une formation universelle sur la prévention du viol et à éduquer les parents en matière de prévention de la violence sexuelle, à travers les écoles et les lieux de travail; à renseigner les professeurs et les entraîneurs sur la violence sexuelle et la façon de la prévenir; ou encore, à modifier les pratiques organisationnelles pour y inclure une formation obligatoire sur la prévention de la violence faite aux femmes.

3.6 Âge adulte

Approches axées sur l'autonomisation et la participation pour réduire l'inégalité entre les sexes

L'autonomisation est une démarche qui consiste à aider les gens et les communautés à cerner leurs problèmes et à acquérir, au moyen de méthodes participatives, les ressources, les aptitudes et la confiance nécessaires pour les résoudre. Considérant les personnes et les communautés comme des agents de changement, cette approche confie à la communauté la prise en charge et la direction du processus dans son ensemble. Les programmes les plus complets s'appliquent à la communauté entière ou à plusieurs sous-groupes de la population; comportent plusieurs volets; et cherchent à catalyser des changements sociaux en créant un milieu propice à l'évolution des mentalités et des comportements individuels et communautaires. Ces programmes marient souvent une évaluation rapide et participative des besoins, des séances d'information ou de formation, des campagnes de sensibilisation du public et des actions communautaires (Lankester, 1992; Morley et al, 1983). Le **microfinancement jumelé à une formation en matière d'égalité entre les sexes** et la trousse de formation **Stepping Stones** sont deux exemples d'approches qui misent sur l'autonomisation en vue de prévenir la violence entre partenaires intimes.

Plusieurs initiatives de microfinancement ont été lancées aux fins d'accroître le pouvoir économique et social des femmes. L'octroi de prêts modestes permet de démarrer des projets rémunérateurs qui font reculer la pauvreté. Les programmes indépendants de crédit et de développement rural créés notamment par la Grameen Bank et le Comité pour l'avancement rural du Bangladesh s'adressent plus particulièrement aux femmes et laissent présager des effets positifs en termes de réduction de la violence dans le couple. L'évaluation de tels programmes doit toutefois prendre en compte les pratiques usuraires de certains prêteurs qui maintiennent leurs clients dans l'endettement et perpétuent la pauvreté (Rhyne, 2001), ainsi que certains rapports faisant état d'un surcroît de violence entre partenaires intimes à l'issue de ces programmes (Kabeer, 2001). Les désaccords liés à l'utilisation des nouveaux biens et revenus, s'ajoutant aux changements d'attitude des femmes à l'égard de leurs rôles traditionnels, au plus grand soutien social dont elles bénéficient et à leur aplomb croissant face à l'autorité masculine, ont parfois suscité des conflits dans le ménage et des actes de violence de la part des partenaires

masculins (Schuler et al., 1996). Des poussées de violence en lien avec la participation à des programmes de crédit ont également été observées ailleurs, du moins dans les premiers temps (Ahmed, 2005; Rahman, 1999). Les rôles traditionnellement assignés aux deux sexes ne sont pas étrangers aux résultats des programmes de crédit sur le plan de la violence : dans les communautés où ces rôles sont figés, la participation des femmes risque d'accentuer la violence exercée par le partenaire intime, contrairement à ce qui se produit dans les communautés où ces rôles sont plus souples (Koenig et al., 2003). Jusqu'à présent, l'évaluation des programmes de microfinancement autonomes n'a pas été aussi rigoureuse que celle de l'intervention IMAGE (*Intervention with Microfinance for AIDS and Gender Equity*) décrite dans l'**Encadré 3**.

ENCADRÉ 3

L'intervention IMAGE (Intervention with Microfinance for AIDS and Gender Equity)

L'un des programmes de microfinancement et d'autonomisation des femmes les plus soigneusement évalués et les plus performants qui soient à ce jour est l'intervention IMAGE, mise en œuvre en Afrique du Sud. Ce programme s'adresse aux femmes vivant dans des ménages indigents de zones rurales. Il allie au microfinancement des séances et ateliers de formation sur la prévention des infections à VIH ainsi que sur les normes de genre, les croyances culturelles, la communication et la violence entre partenaires intimes.

Le programme encourage aussi une participation communautaire plus inclusive qui permet aux hommes et aux garçons de collaborer. Il s'applique à améliorer les perspectives d'emploi des femmes, à accroître leur influence sur les décisions du ménage et leur capacité à résoudre les conflits conjugaux, à renforcer leurs réseaux sociaux et à réduire la transmission du VIH.

D'après les résultats d'un essai contrôlé randomisé conduit deux ans après la fin du programme, le nombre d'actes de violence subis aux mains d'un partenaire intime au cours des douze mois précédents était inférieur de 55 % chez les participants que chez les membres d'un groupe témoin. Les participants étaient également plus susceptibles d'être en désaccord avec des déclarations cautionnant la violence physique et sexuelle dans le couple (52 % des participants contre 36 % dans le groupe de référence).

Bien que les programmes de microfinancement puissent fonctionner de manière indépendante, l'intervention IMAGE offre en complément des séances d'information et des ateliers de développement des compétences ayant pour but de faciliter le changement des normes de genre, d'améliorer la communication dans les relations et de promouvoir l'autonomie des femmes sous d'autres rapports. Ce programme a été jugé efficace pour réduire la violence exercée par les partenaires intimes (Kim et al., 2009). Grâce aux efforts d'information et de développement des compétences déployés auprès des femmes, et grâce au dialogue mené auprès des garçons, des hommes et de la communauté en général, l'intervention IMAGE a pu soutenir les femmes et faire reculer la violence exercée contre elles dans le cadre des relations intimes. Ces résultats sont survenus sans les effets négatifs constatés dans d'autres contextes où les changements culturels et autres ont eu lieu sans la participation des hommes.

La trousse de formation *Stepping Stones*¹ est une autre approche participative qui encourage la communication et les aptitudes relationnelles au sein des communautés. Des séances de formation parallèles sont organisées pour les hommes et les femmes. Conçue au départ pour prévenir l'infection à VIH, la trousse s'est enrichie dans plusieurs communautés d'un volet de prévention de la violence. Elle sert dans 40 pays à revenu faible et intermédiaire d'Afrique, d'Asie, d'Europe et d'Amérique latine. Différents pays ont évalué diverses versions du programme (Welbourn, 2009).² L'évaluation la plus exhaustive à ce jour est un essai contrôlé randomisé effectué dans la province du Cap-Oriental, en Afrique du Sud, auprès de participants âgés de 15 à 26 ans. L'étude montre que par rapport aux sujets du groupe de référence, les hommes ayant pris part au programme ont été moins nombreux à agresser physiquement ou sexuellement leur partenaire intime dans les deux ans qui ont suivi la fin du programme (Jewkes et al., 2008). Par ailleurs, les auteurs d'une évaluation conduite en Gambie ont comparé deux villages ayant bénéficié du programme avec deux villages témoins, et suivi les couples participants pendant un an. Ils ont constaté que, par rapport aux couples n'ayant pas pris part au programme, les couples participants communiquaient mieux et se querellaient moins. De plus, les participants masculins acceptaient plus facilement que leur femme refuse les rapports sexuels et étaient moins susceptibles de la battre (Paine et al., 2002).

SASA! (qui signifie « maintenant » en swahili) est une « trousse d'activisme » qui rassemble les communautés autour de la prévention de la violence faite aux femmes. Elle met plus particulièrement l'accent sur le lien entre le VIH/sida et la violence contre les femmes³ et propose des ressources pratiques; des outils de suivi et d'évaluation à utiliser dans le cadre de l'activisme local et des initiatives médiatiques; ainsi que du matériel de formation et de communication. Prenant pour cibles les normes communautaires et les rôles traditionnels hommes-femmes, elle vise à modifier les connaissances, les attitudes, les aptitudes et les comportements de façon à corriger les déséquilibres de pouvoir entre les sexes. *SASA!* est l'œuvre de Raising Voices, une ONG établie en Ouganda, également active dans la Corne de l'Afrique et en Afrique australe. Plusieurs acteurs collaborent actuellement à la tenue d'un essai contrôlé randomisé en vue d'évaluer l'efficacité de l'approche, soit la London School of Hygiene and Tropical Medicine, Raising Voices, le Center for Domestic Violence Prevention de Kampala et l'Université Makerere.

On le voit, s'agissant de prévenir la violence entre partenaires intimes, les approches axées sur l'autonomisation et la participation commencent à faire leurs preuves dans les pays à revenu faible et intermédiaire, que ce soit en jumelant microfinancement et formation en matière d'égalité des sexes ou au moyen de la trousse de formation *Stepping Stones*. Les résultats de l'évaluation de *SASA!* devraient nous éclairer sur l'efficacité de ce type de programme, qui présente un potentiel intéressant en termes de réduction de la violence dans le couple. Ce type d'approche demande à être repris à plus grande échelle.

Plusieurs autres stratégies qui misent sur la participation et l'autonomisation des communautés pour prévenir la violence entre partenaires intimes pourraient être valables, bien qu'elles aient rarement été mises en œuvre à titre de stratégies de prévention primaire ou évaluées avec sérieux. Le suivi psychologique des couples, parce qu'il prête une attention particulière à la violence et à la toxicomanie, pourrait aider les partenaires qui n'ont pas recouru à la violence mais sont à risque de le faire. Les programmes fami-

¹ Voir : www.steppingstonesfeedback.org

² Voir également : www.creativexchange.org/chd/case3

³ Voir : www.raisingvoices.org/sasa/index.php

liaux qui encouragent une communication constructive et des relations saines et qui cherchent à prévenir la violence familiale, pourraient également avoir des effets préventifs sur la violence dans le couple et la violence sexuelle, vu l'importance des facteurs familiaux dans la genèse de ces violences. Autre exemple, en Équateur, un programme de prévention de la violence exercée par les partenaires intimes (exécuté mais jamais évalué) a fait confier à des parents et proches amis la tâche de « surveiller » de jeunes mariés afin d'intervenir en cas de dispute grave. Enfin, les faits donnent à penser que la cohésion au sein d'une communauté aide à gérer la criminalité et la violence (en relevant l'« efficacité collective »), contribuant ainsi à diminuer les taux de violence mortelle et non mortelle exercée par des partenaires intimes. De telles interventions à l'échelon communautaire peuvent faire évoluer dans le bon sens les attributs d'une communauté et méritent un examen approfondi.

Programmes de visites à domicile pour prévenir la violence entre partenaires intimes

D'après une revue systématique des programmes de visites à domicile (Bilukha et al., 2005), une seule étude d'évaluation (Eckenrode, 2000, aux États-Unis) examine l'effet des visites à domicile sur les taux de violence entre partenaires intimes. Aucune différence significative n'a été observée entre l'incidence de cette violence dans le groupe expérimental et dans le groupe témoin.

Un projet quinquennal (2007–2012) financé par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis est actuellement en cours. Ce projet verra la mise au point, l'essai et l'évaluation d'un programme destiné à contrer la violence entre partenaires intimes parmi des femmes à faible revenu inscrites au *Nurse Family Partnership* durant leur grossesse et les deux premières années postnatales. Le *Nurse Family Partnership* est un programme de visites à domicile par des infirmières qui combat efficacement la maltraitance des enfants. Les buts premiers du projet sont de créer un programme-modèle à domicile pour la prévention de la violence entre partenaires à l'intention des mères inscrites au *Nurse Family Partnership* qui sont exposées au risque de cette violence; de tester la faisabilité et l'acceptabilité du programme; enfin, dans le cadre d'une étude contrôlée randomisée, de comparer l'efficacité de l'approche à celle du *Nurse Family Partnership* pris seul.

L'évaluation d'un autre programme de visites à domicile pour la petite enfance, le *Hawaii Healthy Start Program*, a établi un lien entre la participation des mères au programme et la diminution de la violence subie et commise dans le couple. L'effet s'est maintenu pendant les trois premières années de vie de l'enfant. Lors de suivis réalisés quand l'enfant avait 7 et 9 ans, des diminutions minimales de la violence dirigée contre la mère par le partenaire intime ont également été constatées (Bair-Meritt et al., 2010). Il faut considérer les preuves relatives à l'efficacité de ces programmes comme insuffisamment concluantes.

Programme multi-volets des Forces aériennes des États-Unis (USAF) pour la prévention du suicide

Ce programme visait en premier lieu à réduire le taux de suicide au sein des USAF, mais il a également eu pour effet de réduire la « violence familiale », notion qui englobe la violence entre partenaires intimes et la maltraitance des enfants. Le programme reposait sur les principes suivants :

- la participation pleine et entière de la direction des USAF, afin que le programme ait l'aval de l'ensemble du service;
- l'insertion de la prévention du suicide dans le programme d'études militaires professionnelles;
- l'éducation communautaire et la formation du personnel militaire en vue de repérer les facteurs de risque, intervenir de façon judicieuse et correctement aiguiller les personnes à risque de suicide;
- la création d'une équipe multidisciplinaire regroupant des fournisseurs de soins de santé mentale et de soins médicaux ainsi que des aumôniers qui puissent intervenir lors d'événements traumatisants pour la communauté, y compris les suicides.

Le programme a fait chuter le taux de suicide de 33 % et les taux de violence familiale grave et modérée, de 54 % et de 30 % respectivement. Puisque la violence entre partenaires intimes et la maltraitance à l'égard des enfants sont incluses dans la même mesure des résultats, les effets du programme sur la violence entre partenaires intimes spécifiquement sont inconnus (Knox et al., 2003). Ne pouvant affirmer que le programme est appuyé par un début de preuve, on considère qu'il présente un potentiel intéressant.

3.7 Au cours de la vie entière

Restriction de l'accès à l'alcool et de son usage nocif

Comme il en a été question à la [section 2.3](#), l'usage nocif de l'alcool est associé à la perpétration de violence sexuelle et de violence entre partenaires intimes. On peut donc supposer qu'en limitant l'accès à l'alcool et sa consommation excessive, on limitera aussi ces formes de violence. Cependant, le lien entre l'usage nocif de l'alcool et la violence est complexe : les buveurs ne courent pas tous le même risque d'être violents, et les taux de violence sont parfois élevés dans des cultures où la consommation d'alcool est taboue. En outre, les experts divergent quant au bien-fondé d'envisager l'alcool comme une « cause » de violence entre partenaires intimes et de violence sexuelle, certains y voyant plutôt un facteur modérateur ou coadjuvant. Une chose est claire, la croyance individuelle et sociétale voulant que l'alcool incite à la violence fait en sorte que l'agressivité d'une personne qui a bu passe pour normale, et peut même encourager la consommation d'alcool en guise de préparation à la violence ou de justification. Jusqu'à présent, la prévention de la violence associée à l'alcool – qu'il s'agisse de violence sexuelle ou entre partenaires intimes – n'a guère retenu l'attention des chercheurs. Un début de preuve indique cependant que les stratégies suivantes visant à réduire la consommation d'alcool pourrait aider à prévenir la violence entre partenaires intimes.

- **Réduction de la disponibilité de l'alcool :** En Australie, une intervention communautaire prévoyant le resserrement des heures de vente d'alcool à l'échelle d'une petite ville s'est traduite par une baisse du nombre de victimes de violence domestique en quête de soins accueillies dans les hôpitaux (Douglas, 1998). Au Groenland, dans les années 1980, l'introduction d'un système de coupons de rationnement accordant à tout adulte l'équivalent de 72 bouteilles de bière par mois a eu pour effet de réduire de 58 % le nombre d'appels faits à la police pour cause de dispute familiale (Room et al., 2003).
- **Réglementation du prix de l'alcool :** L'augmentation du prix de l'alcool est une solution efficace pour faire reculer de façon générale la violence associée à la consommation de ce produit (Chaloupka, Grossman & Saffer, 2002). On dénombre peu de

recherches qui portent expressément sur l'efficacité d'une telle solution au regard de la violence entre partenaires intimes. Cependant, aux États-Unis, une étude recourant à la modélisation économique estime qu'une majoration de 1 % du prix de l'alcool réduirait d'environ 5 % le risque de violence exercée contre les femmes par un partenaire intime (Markowitz, 2000).

- **Traitement des troubles liés à la consommation d'alcool :** Aux États-Unis, certains traitements contre la dépendance à l'alcool chez les hommes ont eu pour résultat un recul significatif de la violence conjugale (aussi bien envers l'époux que l'épouse) six et douze mois plus tard (Stuart et al., 2003), ce qui porte à croire que ces traitements peuvent également être efficaces à titre de mesures de prévention primaire.

La violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle pourraient également reculer sous l'effet de programmes de prévention primaire s'attaquant aux méfaits plus généraux de l'alcool (Anderson, Chisholm & Fuhr, 2009). Voici quelques approches dont l'efficacité est amplement étayée :

- **Rendre l'alcool moins accessible :** Par exemple, en adoptant des politiques sur l'âge minimum requis pour acheter de l'alcool et en limitant la densité des débits de boisson ainsi que les heures ou les jours durant lesquels la vente est autorisée. On a démontré que cette approche avait pour effet de réduire le nombre de problèmes associés à l'alcool, y compris les homicides et les voies de fait (Duailibi et al., 2007).
- **Interdire la publicité sur l'alcool :** La commercialisation de l'alcool passe par la diffusion de publicités toujours plus ingénieuses dans les médias de masse; par l'association de marques d'alcool à certains sports et activités culturelles; par les commandites et les placements de produits; enfin, par le marketing direct au moyen d'Internet, de la baladodiffusion et de la téléphonie mobile. Les preuves les plus nettes du lien entre la publicité sur l'alcool et la consommation nous viennent d'études longitudinales sur les effets de plusieurs types de commercialisation (exposition à des publicités dans les médias classiques, promotion à travers le cinéma et les articles vendus sous des marques d'alcool) sur les premières consommations d'alcool chez les jeunes et sur les schémas de consommation plus risqués (Anderson et al., 2009). Toutefois, on ne dispose pas encore de preuves que l'interdiction de la publicité atténue la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle.
- **Interventions individuelles auprès de buveurs présentant déjà un risque :** Il s'agit de dépistage et de mesures de courte durée. Le dépistage (p. ex., AUDIT; Babor et al., 2001) et les interventions de courte durée dans les établissements de santé primaire s'avèrent efficaces pour réduire les niveaux et l'intensité de la consommation dans les sociétés à revenu élevé aussi bien que dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Room et al., 2003). Cependant, on n'a pas encore mesuré l'effet direct de ces solutions sur la violence entre partenaires intimes associée à l'alcool. D'après les données actuelles, les buveurs peuvent réduire de 20 % leur consommation d'alcool à la suite d'une intervention de courte durée, et les buveurs excessifs qui bénéficient d'une intervention sont deux fois plus susceptibles de modérer leur consommation que ceux n'ayant pas reçu d'aide. Les interventions de courte durée consistent à fournir des conseils et des renseignements dans les milieux des soins de santé et de la justice pénale (par périodes de 5 à 10 minutes), mais peuvent également s'y greffer plusieurs séances d'entrevue motivationnelle ou de counseling (FPH, 2008; Sheehan, 2008).

Si l'information transmise en milieu scolaire ne semble pas réduire les méfaits de l'alcool, en revanche les programmes d'information et d'éducation publique (également sans effets sur ce plan) ont au moins le mérite d'accroître la place faite à cet enjeu dans les ordres du jour public et politique (Anderson et al., 2009).

À l'instar de la plupart des programmes de prévention primaire axés sur la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle, les programmes visant à limiter l'accès à l'alcool et son usage nocif ont surtout été mis en œuvre et évalués dans les pays à revenu élevé, de sorte qu'on sait peu de choses à propos de leur pertinence ou de leur efficacité à l'extérieur de ces frontières. Dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, l'adoption de mesures comme le renforcement et l'élargissement du processus d'attribution de permis pour débits de boissons pourrait être d'un grand secours pour contrer la violence dans le couple et la violence sexuelle associées à la consommation d'alcool. Dans nombre de sociétés en développement, une part importante de la production et des ventes d'alcool a lieu sur les marchés informels non réglementés. Une étude conduite à São Paulo, au Brésil (Laranjeira & Hinkly, 2002) rapporte que seulement 35 % des débits de boissons passés en revue avaient un permis et que peu de restrictions visibles pèsent sur le commerce des détaillants d'alcool (licenciés ou non). Au surplus, ces pays manquent de structures de santé spécialisées, ce qui restreint les possibilités de dépistage et de traitement. Il pourra donc être utile d'enrichir les fonctions qu'exercent les agents de soins de santé primaire ou les omnipraticiens en matière de détection et de prévention de la consommation nocive.

Bien que la preuve de l'efficacité des mesures visant à limiter l'accès à l'alcool et son usage nocif commence seulement à poindre, et bien que les études sérieuses montrant leur effet sur la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle font largement défaut, les programmes qui misent sur ces mesures pour prévenir les violences semblent prometteurs. L'association étroite liant la consommation d'alcool à la violence exercée par les partenaires intimes et à la violence sexuelle, donne à penser que les interventions de prévention primaire axées sur l'atténuation des méfaits de l'alcool pourraient être efficaces. Les méthodes de prévention de ces formes de violence associées à l'alcool devraient aussi s'attaquer à l'acceptabilité sociale de la consommation abusive en tant que facteur atténuant de la violence, tout en agissant sur les croyances normatives qui entourent la masculinité et la surconsommation d'alcool. D'autres études doivent être faites d'urgence afin de jauger l'efficacité de ces approches dans la lutte contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Transformation des normes sociales et culturelles liées au genre qui perpétuent la violence dans le couple et la violence sexuelle

S'entend des normes sociales et culturelles liées au genre, les règles ou les « comportements attendus » qui gouvernent les rôles et les relations hommes-femmes au sein d'un groupe social ou culturel donné. Souvent non dites, ces normes définissent ce qui est acceptable ou non et conditionnent les interactions entre les sexes. La menace de désapprobation sociale ou de sanction décourage la transgression chez les membres du groupe, quand ce n'est pas un sentiment de culpabilité et de honte à l'idée d'enfreindre des normes de conduite internalisées. Les normes socioculturelles traditionnelles liées au genre tendent à exposer les femmes à la violence dans le couple, soumettent femmes et filles à un risque marqué de violence sexuelle, et cautionnent l'acceptabilité de la violence (**Encadré 4**).

ENCADRÉ 4

Exemples de normes socioculturelles qui alimentent la violence contre les femmes

- Un homme a le droit d'imposer sa volonté à une femme et jouit généralement d'une plus grande considération sociale – p. ex. Inde (Mitra & Singh, 2007); Nigeria (Ilaka, 2005); Ghana (Amoakohene, 2004).
- Un homme a le droit d'infliger un châtement physique à une femme qui s'est « mal comportée » – p. ex. Inde (Go et al., 2003); Nigeria (Adegoke & Oladeji, 2008); Chine (Liu & Chan, 1999).
- La violence physique est un moyen acceptable de résoudre les conflits dans une relation – p. ex. États-Unis (Champion & Durant, 2001).
- La violence entre partenaires intimes est un sujet « tabou » – p. ex. Afrique du Sud (Fox et al., 2007).
- Le divorce fait honte – p. ex. Pakistan (Hussain & Khan, 2008).
- Un homme qui se marie a des droits en matière sexuelle – p. ex. Pakistan (Hussain & Khan, 2008).
- L'activité sexuelle (y compris le viol) est un marqueur de masculinité – p. ex. Afrique du Sud (Petersen, Bhana & McKay, 2005).
- Ce sont les filles qui provoquent les désirs sexuels des hommes – p. ex. Afrique du Sud (Ilaka, 2005; Petersen, Bhana & McKay, 2005).

Les initiatives axées sur la transformation des normes sociales qui cautionnent la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle sont donc un élément fondamental de la prévention primaire de ces formes de violence. Un peu partout dans le monde, des mesures ont été prises (quoique rarement évaluées) pour rompre le silence sur ces violences; pour tâcher de sensibiliser l'opinion et d'influer sur les attitudes et normes sociales qui font accepter la violence; enfin, pour susciter la volonté politique de s'attaquer au problème. Il semble particulièrement indiqué d'utiliser les conclusions de la recherche dans le cadre d'une action militante qui attire l'attention sur le problème (« briser le silence »), sensibilise l'opinion et oriente l'élaboration des réformes et politiques le concernant (par exemple, voir Ellsberg, Liljestrand & Winkvist, 1997). À l'heure actuelle, on dénombre trois grandes approches axées sur la transformation des normes socioculturelles qui cautionnent la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle : **la théorie des normes sociales** (qui vise à corriger la fausse perception voulant que le recours à ces violences relève d'un comportement normatif largement adopté par les pairs); **les campagnes de sensibilisation dans les médias**; et **les interventions auprès des hommes et des garçons**. Il est fréquent qu'un même programme conjugue plusieurs approches.

La théorie des normes sociales prend pour hypothèse l'existence de perceptions erronées à l'égard des attitudes et comportements d'autrui. Ainsi, les gens tendent à surestimer la prévalence des comportements à risque (telles la surconsommation d'alcool ou la tolérance à l'égard des actes violents) et au contraire à sous-estimer les comportements de protection. Ces perceptions affectent les comportements individuels de deux manières : i) elles augmentent et justifient les comportements à risque; ii) elles augmentent la probabilité qu'une personne n'exprime pas son malaise à l'égard des comporte-

ments à risque (renforçant du même coup la tolérance sociale). L'approche reposant sur les normes sociales cherche à rectifier ces perceptions erronées en favorisant une compréhension plus réaliste des normes comportementales effectives, ce qui met un frein aux comportements risqués.

Aux États-Unis, cette approche a été appliquée au problème de la violence sexuelle chez les étudiants des collèges. Parmi ces étudiants, les hommes paraissaient sous-estimer aussi bien l'importance généralement accordée au consentement sexuel que la disposition de la plupart des hommes à réagir contre l'agression sexuelle (Fabiano et al., 2003). Bien que les données soient limitées, des résultats positifs ont été rapportés. Dans une université américaine, un projet intitulé *A Man Respects a Woman* avait pour objectifs de faire reculer le nombre d'agressions sexuelles commises contre les femmes, d'accroître la justesse des perceptions à l'égard des normes de comportement sexuel non coercitif, et de réduire les comportements coercitifs déclarés par les hommes. Pour y parvenir, l'équipe du projet a organisé une campagne de marketing social ciblant les hommes, une pièce de théâtre abordant des questions de socialisation et des séances d'éducation par les pairs auprès des hommes. L'évaluation de la campagne, deux ans après sa tenue, a révélé que les hommes percevaient plus justement le comportement d'autres hommes et qu'ils avaient amélioré leurs attitudes et croyances relatives à la violence sexuelle. Ainsi, un pourcentage plus faible d'hommes étaient d'avis 1) que l'étudiant moyen a des rapports sexuels lorsque sa partenaire est en état d'ébriété; 2) qu'il ne met pas fin à l'activité sexuelle lorsque sa partenaire le lui demande s'il est déjà excité; 3) que s'il a envie d'attouchements sexuels, il agit et observe la réaction de l'autre. En revanche, un plus grand pourcentage d'hommes ont indiqué qu'ils avaient des rapports sexuels lorsque leur partenaire était en état d'ébriété (Bruce, 2002).

Les campagnes de sensibilisation dans les médias sont une approche couramment utilisée dans la prévention primaire de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle. Une campagne a pour buts possibles de sensibiliser l'opinion publique (à l'ampleur du problème, à la violation des droits humains des femmes que ce problème représente, et au rôle que les hommes ont à jouer dans son éradication); de fournir de l'information exacte; de dissiper les mythes et stéréotypes sur la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle; ou de changer l'opinion publique. Ces campagnes permettent de rejoindre de grands groupes de personnes.

En guise d'exemple, arrêtons-nous sur la campagne de sensibilisation *Soul City* menée dans les médias d'Afrique du Sud.¹ Il s'agit d'un projet multimédia de promotion de la santé et du changement qui aborde un éventail de questions de santé et de développement, fournit de l'information et cherche à modifier les normes, les mentalités et les pratiques sociales. La campagne intervient aux niveaux individuel, communautaire et socio-politique. L'un de ses volets consiste à faire évoluer les attitudes et les normes qui cautionnent la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle. Cette intervention multi-niveaux s'est déroulée sur une période de six mois et a compris une série d'émissions de télévision et de radio, la diffusion de documents imprimés et la création d'une ligne d'assistance. En partenariat avec une coalition nationale pour la prévention de la violence entre partenaires intimes, le Soul City Institute a mené une campagne de revendication auprès du gouvernement national dans le but de faire appliquer la Loi sur la violence domestique de 1998. La stratégie cherchait à susciter des effets à plusieurs niveaux : améliorer les connaissances, les mentalités, l'auto-efficacité et le comporte-

¹ www.soulcity.org.za

ment des gens; ouvrir le dialogue communautaire; faire évoluer les normes sociales; et instaurer des conditions juridiques et sociales propices au changement. Une évaluation indépendante du programme a eu lieu, comportant des enquêtes nationales avant et après l'intervention, des groupes de discussion, et des entrevues approfondies avec des intervenants de tous ordres et des membres du public cible. Il en ressort que le programme a facilité la mise en œuvre de la Loi sur la violence domestique de 1998; a eu un effet positif sur les normes sociales et les croyances faisant problème (p. ex., la croyance selon laquelle la violence dans le couple est du ressort privé); et a amélioré le niveau des connaissances sur les ressources d'aide. Les évaluateurs ont également tenté de mesurer son incidence sur les comportements violents, mais ne disposaient pas de données suffisantes pour tirer des conclusions précises (Usdin et al., 2005).

Comme en témoigne le projet *Soul City*, les campagnes médiatiques associées à d'autres possibilités pédagogiques parviennent à modifier les connaissances, les attitudes et les croyances relatives à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle. Les campagnes bien menées ont pour effet d'accroître les connaissances et sensibiliser l'opinion, d'influer sur les perceptions et les attitudes, et de mobiliser la volonté politique d'agir : reste à faire la preuve de leur efficacité dans la modification des comportements (Whitaker, Baker, & Arias, 2007).

Les interventions auprès des hommes et des garçons – On observe une tendance croissante dans les efforts pour modifier les normes socioculturelles à intervenir auprès des adolescents et des jeunes garçons par l'entremise de programmes universels ou ciblés qui prennent diverses formes : initiatives en milieu scolaire, mobilisation communautaire ou campagnes de sensibilisation du public. Ces interventions ont d'ordinaire pour objectifs d'accroître les connaissances individuelles, de modifier les attitudes à l'égard des normes de genre et de la violence, et de faire évoluer les normes sociales entourant la masculinité, le pouvoir, le genre et la violence. Certains programmes tâchent également de donner aux garçons et aux jeunes hommes la capacité et la confiance nécessaires pour prendre la parole et s'opposer à la violence, afin de changer le climat social qui la nourrit (Katz, 2006). Les initiatives de prévention qui cherchent à produire des changements culturels et autres sans s'efforcer d'impliquer les hommes et les garçons dans le processus courent le risque de susciter des effets négatifs, comme cela a été le cas dans certains contextes (**Encadré 5**).

Une étude a examiné 13 programmes de prévention primaire, dont cinq mis sur pied dans les pays à revenu faible et intermédiaire, qui sollicitent la participation des hommes et des garçons pour prévenir la violence contre les femmes (Barker, Ricardo & Nascimento, 2007). Les examinateurs ont jugé que quatre de ces programmes étaient « efficaces » et six, « prometteurs »; dans les trois autres cas, ils n'ont pu se prononcer à cause d'un « manque de clarté ». Ainsi, une campagne d'information et de mobilisation communautaire qui s'est déroulée au Nicaragua, intitulée *Violence against women: a disaster we can prevent as men* (Solórzano, Abaunza & Molina, 2000), a été trouvée efficace. Elle ciblait des hommes âgés de 20 à 39 ans qui subissaient les conséquences de l'Ouragan Mitch. Son message central : les hommes ont la capacité et la responsabilité d'aider à prévenir ou à réduire la violence dirigée contre leurs partenaires. Autre exemple, un programme d'éducation collective, *Constructing masculinity without intimate partner violence*, ciblait des hommes vivant dans les districts péri-urbains de Managua, au Nicaragua (Welsh, 1997). L'effet du programme n'a pu être clairement établi en raison des lacunes dans l'évaluation des résultats. En fait, la qualité méthodologique de la plupart des évaluations des résultats laissait à désirer, et les mesures portaient surtout sur les

ENCADRÉ 5

Un retour de bâton au Nicaragua montre la nécessité de mobiliser aussi les hommes

Depuis l'an 2000, le Nicaragua a été l'artisan d'une série d'initiatives visant à mettre les femmes à l'abri de la violence domestique, notamment celles-ci :

- un réseau de postes de police réservés aux femmes (*Comisaria de la Mujer*) et qui offrent aux victimes de violence un soutien psychologique, social et juridique;
- un ministère des Affaires familiales (*Mi Familia*) qui doit veiller, entre autres responsabilités, à ce que les femmes et enfants victimes de violence domestique puissent trouver refuge;
- une réforme du programme national de santé génésique en vue de s'attaquer au problème des violences sexospécifiques et sexuelles.

En parallèle, des groupes de la société civile ont fait campagne pour promouvoir les droits des femmes et leur donner les moyens de lutter contre la violence domestique. Par suite de ces efforts, la fréquence déclarée de la violence exercée par un partenaire intime et de la violence sexuelle est montée en flèche. Plus s'accroissent le militantisme et les actions de sensibilisation, plus les femmes sont susceptibles de rapporter la violence qui leur est faite. Ainsi, le nombre de cas de violence sexuelle signalés dans les *Comisarias de la Mujer* est passé de 4 174 (janvier à juin 2003) à 8 376 (janvier à juin 2004).

Des chercheurs de l'Universidad Centro Americana et de l'Institute for Gender Studies attribuent cette hausse à deux facteurs : les femmes prennent conscience que les traditions culturelles qui perpétuent la violence sont inacceptables en vertu des lois internationales et de la Loi sur la violence domestique du Nicaragua; et, encouragées à faire entendre leur voix, elles rapportent davantage de cas. Cependant, la contestation plus virulente de l'hégémonie masculine par les Nicaraguayennes a également provoqué davantage de conflits conjugaux, et plus d'actes de violence exercée par le partenaire intime.

Ces constatations permettent d'affirmer que les mesures de lutte contre la violence entre partenaires intimes ne doivent pas être centrées sur les femmes exclusivement, mais doivent aussi inclure les hommes, pour éviter ce type de réactions indésirables (Schopper, Lormand & Waxweiler, 2006).

changements d'attitude et les taux de violence sexospécifique déclarés par les sujets, peu nombreux au demeurant.

Une campagne menée en Nouvelles-Galles du Sud, en Australie, et intitulée *Violence against women: it's against all the rules*,¹ a cherché à modifier les attitudes d'hommes âgés de 21 à 29 ans. Le message de la campagne, transmis par des célébrités sportives, était que la violence à l'égard des femmes est inacceptable et qu'être viril ne veut pas dire être violent. La campagne avait également pour but de donner à la communauté les moyens de dénoncer et combattre la violence contre les femmes. Un sondage conduit ultérieurement a révélé que l'initiative avait eu des résultats positifs : 83 % des personnes interrogées ont dit que la campagne avait pour message que la violence n'était pas « dans le coup » et 59 % se rappelaient le slogan utilisé. En revanche, 91 % des hommes du groupe cible ont souligné qu'ils n'aborderaient pas cet enjeu avec leurs pairs, indépendamment de la campagne.

¹ http://lawlink.nsw.gov.au/lawlink/vaw/ll_vaw.nsf/vwPrint1/vaw_vaw_iaatrcampaign

De même, aux États-Unis, le groupe *Men can stop rape*¹ mène une campagne d'éducation publique à l'intention des hommes et des garçons axée sur le message suivant : « ma force ne fait pas mal ». Cette campagne se déroule en tandem avec les clubs Men of Strength (MOST) – un programme de prévention primaire qui offre aux jeunes hommes de l'école secondaire un lieu structuré et des conditions favorables pour découvrir ce qu'est une saine masculinité et repenser la force masculine.

Bien que les programmes axés sur la transformation des normes socioculturelles comptent parmi les stratégies les plus visibles et les plus omniprésentes en matière de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle, ils sont également parmi les moins évalués. Lorsque des évaluations ont eu lieu, elles ont mesuré les changements d'attitudes et de croyances plutôt que la prévalence des comportements violents, d'où la difficulté de tirer des conclusions bien définies quant à leur efficacité dans la prévention de ces formes de violence. Il n'empêche, des données commencent à justifier le recours aux trois types de programmes passés en revue ci-dessus pour modifier les normes socioculturelles liées au genre qui alimentent la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle. Ces programmes doivent maintenant faire l'objet d'une mise en œuvre à plus grande échelle et d'évaluations rigoureuses.

3.8 Messages essentiels

■ Pour susciter des changements à l'échelle de la population, il convient d'axer sur les facteurs de niveau sociétal la prévention primaire de la violence exercée par des partenaires intimes et de la violence sexuelle. Diverses approches sont envisageables à cet effet : adoption de lois et définition de politiques d'appui qui protègent les femmes; lutte contre la discrimination à l'égard des femmes; encouragements à se distancer de la violence sur le plan culturel – démarches qui jettent les bases d'autres initiatives de prévention.

■ Jusqu'à présent, aucune stratégie n'a fait la preuve de son efficacité à prévenir la violence sexuelle commise en dehors des relations intimes ou des fréquentations. Une seule stratégie prévient efficacement la violence entre partenaires intimes, soit les programmes offerts aux adolescents en milieu scolaire pour prévenir la violence dans les fréquentations. Signalons que la pertinence de ces programmes dans des contextes où les ressources font défaut demande encore à être évaluée.

■ Bien qu'il soit prématuré de les considérer comme efficaces, plusieurs autres stratégies de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle donnent des résultats encourageants. Il s'agit par exemple du recours au microfinancement jumelé à une formation en matière d'égalité entre les sexes, et de programmes qui développent la communication et les aptitudes relationnelles au sein des communautés.

■ La constitution d'une base de données factuelles sur les programmes de prévention primaire de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle n'en est qu'à ses débuts. Mais il y a tout lieu de croire qu'en évaluant soigneusement les résultats des programmes existants et en mettant au point de nouveaux programmes reposant sur de solides fondements théoriques et des facteurs de risque connus, on favorisera une expansion rapide de ce domaine dans les prochaines années.

¹ www.mencanstoprape.org

CHAPITRE 4

Améliorer la planification et l'évaluation des programmes

Ce chapitre examine le processus en six étapes, présenté à la **Figure 2**, qui décrit la mise en œuvre des politiques et des programmes de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle.

4.1 Étape 1: mise en train

Identifier les principaux partenaires et définir les modalités de la collaboration

Le travail en partenariat suppose une collaboration entre différents secteurs et organismes en vue d'une exécution coordonnée des programmes de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle. Les programmes sont susceptibles de recouvrir les domaines d'activité de nombreux secteurs et organisations. Il peut aussi s'agir de programmes de grande portée ou multi-volets qui s'échelonnent sur de longues périodes. Du coup, l'efficacité de la prévention exigera une planification conjointe des activités et une répartition du financement ou d'autres ressources selon les atouts et les capacités de chaque partenaire.

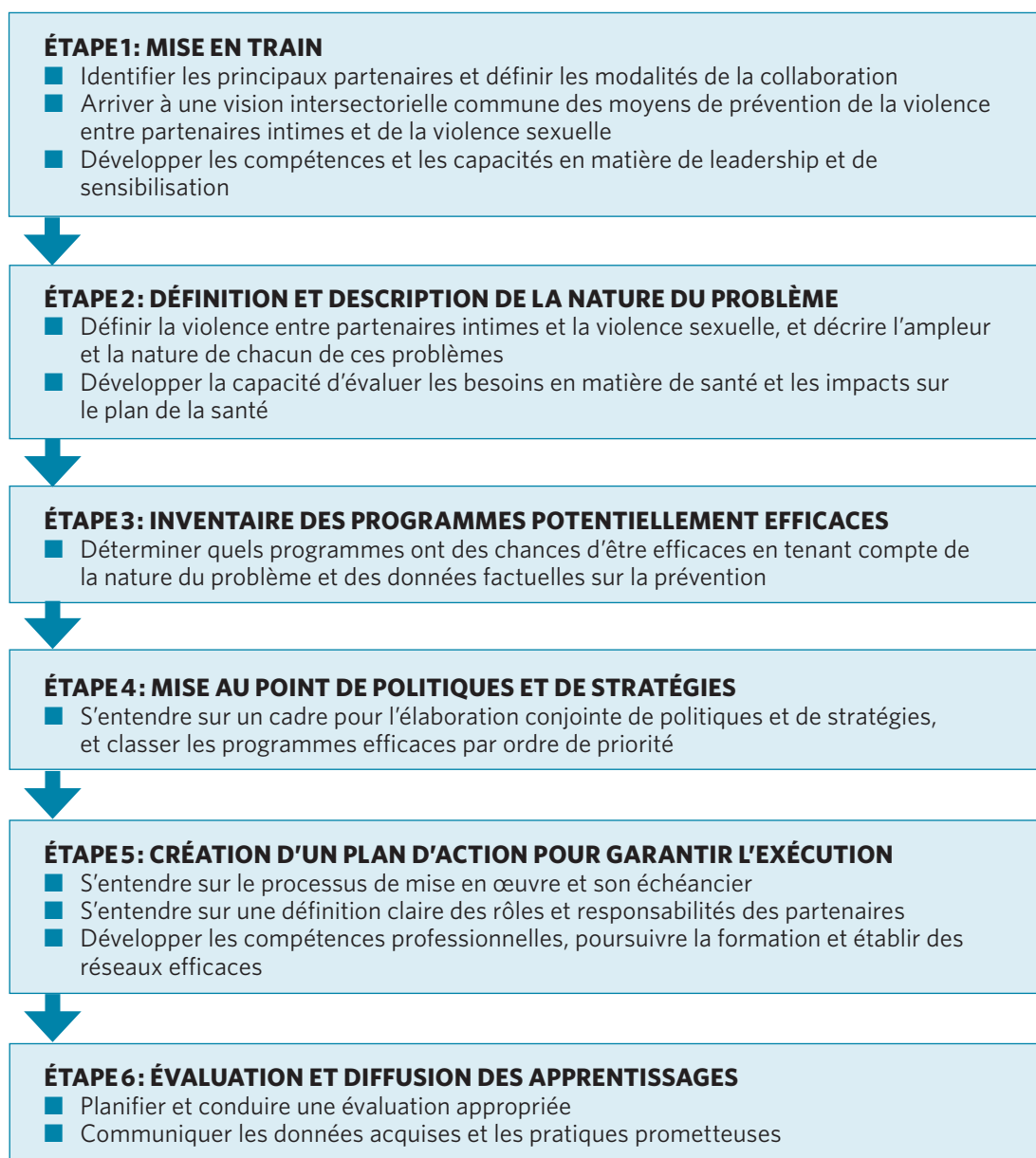
Il importe de bien saisir les activités et les priorités propres aux divers secteurs qui interviennent dans la prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle, pour arriver à une définition claire et judicieuse des rôles et contributions de chacun. Travailler en partenariat comporte une foule d'avantages, notamment celui de mettre en lumière l'incidence de ces violences sur différents secteurs et l'apport possible de chaque secteur à leur prévention.

Nombre des solutions qui retiennent l'attention sont tributaires de partenariats opérants, car la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle font sentir leurs effets à toutes les étapes de la vie. En établissant des pratiques de travail conjoint et en veillant d'entrée de jeu à mettre en place des processus visant une collaboration dans la durée, on favorisera le sentiment de prise en charge et la mobilisation à l'égard de la question, en plus de vérifier que les approches retenues sont à la fois complètes et viables. En conséquence, **la réalisation des étapes décrites dans ce chapitre devrait être le fruit d'un partenariat entre les principaux intervenants**, qui incluront vraisemblablement :

- le secteur de la santé (**Encadré 6**);
- les intervenants auprès d'enfants et de jeunes, y compris le secteur de l'éducation;
- la police et la justice pénale;
- les administrations locales;

FIGURE 2

Étapes à suivre pour la mise en œuvre des politiques et des programmes de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle



- les communautés;
- les organisations non gouvernementales.

Plusieurs facteurs sont propices au succès dans ce domaine : l'élaboration de projets et d'objectifs communs, un leadership affirmé et des rôles bien définis dans le cadre d'une stratégie et d'un plan d'action conjoints qui réunissent les intervenants mentionnés plus haut et d'autres.

ENCADRÉ 6

Le rôle du secteur de la santé dans la prévention primaire

Le secteur de la santé a un rôle pivot à jouer dans la création des conditions propices à la prévention primaire :

- en communiquant de l'information et en sensibilisant le public aux méfaits graves et durables pour la santé qu'entraînent la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle;
- en faisant mieux connaître les effets plus larges de ces violences sur le développement des enfants et des adultes ainsi que sur le fonctionnement des familles et de communautés;
- en exerçant et en transmettant des compétences de santé publique, notamment de l'information sur les schémas de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle ainsi que leurs facteurs de risque et de protection; une évaluation des données sous un angle critique; une intervention à l'échelle de la population; des capacités d'évaluation; enfin, le travail en partenariat.

Arriver à une vision intersectorielle commune des moyens de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle

Pour que la prévention se déroule dans de bonnes conditions, il faut avoir au préalable une certaine idée commune des mécanismes grâce auxquels les programmes de prévention primaire peuvent combattre à la racine la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle. La prévention primaire implique forcément l'intervention de plusieurs secteurs ainsi que de nouvelles formes de collaboration. Dans cette optique, un « énoncé de vision » bien conçu pourra guider les intervenants de secteurs divers et encourager leur participation. Cet énoncé devrait :

- être rédigé par un groupe représentatif de responsables actifs dans les principaux secteurs, organisations et groupes ou populations touchés;
- dessiner un avenir que tout le monde souhaite voir réalisé;
- montrer les avantages qu'il y a à participer;
- être facile à communiquer et à comprendre;
- être facile à retenir pour un vaste éventail de personnes;
- permettre que sa réalisation soit vérifiée;
- faire l'objet d'un examen de conformité stratégique à la lumière des politiques pertinentes.

Développer les compétences et les capacités en matière de leadership et de sensibilisation

Les compétences en leadership sont un atout indispensable chez les intervenants qui s'occuperont de concrétiser l'énoncé de vision. Un bon leadership peut favoriser la prise en charge à long terme d'un programme par l'ensemble des secteurs et organisations. Cette mobilisation est vitale pour le maintien des programmes dans la durée et l'éclosion

des changements de comportement qui feront fléchir les taux de violence entre partenaires intimes et de violence sexuelle. Les compétences en leadership comprennent :

- de solides aptitudes en communication et en relations interpersonnelles;
- la capacité de concilier des points de vue multiples et de mener des collaborations intersectorielles en présence de besoins et d'intérêts variés, voire divergents;
- la capacité de s'adapter à des besoins nouveaux;
- un souci constant de réalisme dans l'atteinte des résultats;
- la capacité d'aider les gens à chercher des solutions innovantes et à les partager.

Bien souvent, la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle concernent davantage les personnes démunies et vulnérables, qui trouveront difficile de dénoncer la situation vu leur manque relatif de pouvoir social et la nature des sévices. La **promotion de leurs droits** ou la **sensibilisation** implique de travailler en collaboration avec les victimes et en leur nom afin de contester l'acceptabilité sociale et culturelle de ces formes de violence et promouvoir leur prévention.

Par « promotion des droits » ou « sensibilisation », on entend les initiatives qui mettent l'opinion en éveil sur une question dans le but de peser sur les politiques, les programmes et les ressources la concernant. Il s'agit d'un aspect fondamental de la prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle, qui s'avère d'autant plus nécessaire lorsque le leadership et le travail de prévention sont insuffisants, voire inexistant. Ces actions sont à la portée d'un éventail de personnes et de secteurs, notamment les groupes de bénévoles communautaires, les organisations non gouvernementales et gouvernementales.

Les campagnes de sensibilisation parrainées par l'État peuvent renseigner le public sur l'ampleur du problème à l'échelle nationale de même que sur ses déterminants, ses conséquences et sa prévention. Elles peuvent également corriger les fausses perceptions du public à l'égard de ses causes et de ses possibilités de prévention. Il est avantageux de coupler les campagnes d'information aux efforts de prévention et de souligner, par exemple, le caractère inacceptable de la violence contre les femmes, l'importance des lois visant à réduire l'usage nocif d'alcool, ou la nécessité de garantir aux femmes des droits de propriété et de succession. L'adoption de politiques ou de programmes, l'annonce de résultats de recherche ou de nouvelles publications sur la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle sont souvent de bonnes occasions pour les pouvoirs publics de lancer des actions de sensibilisation. Les résultats de recherche peuvent être communiqués par des schémas simples et des diagrammes en secteurs, et aider à formuler les messages de sensibilisation adressés à divers publics cibles. Les partenariats entre chercheurs et militants sont utiles à cet égard.

Les campagnes de sensibilisation peuvent également s'articuler autour des événements phares du calendrier mondial, telles la *Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes* (25 novembre) et la campagne annuelle *16 jours d'activisme contre la violence faite aux femmes*¹ (25 novembre–10 décembre). La participation de personnalités bien en vue ainsi que des médias locaux et nationaux aux campagnes entourant ces manifestations est susceptible d'amplifier leurs effets. Le travail de sensibilisation gagne également à utiliser des données locales, associées à la mention d'ententes internationales, par exemple les résolutions des Nations Unies sur l'élimination de

¹ www.cwgl.rutgers.edu/16days/home.html

la violence contre les femmes, les conventions sur les droits humains et les résolutions sur la prévention de la violence de l'Assemblée mondiale de la Santé et des comités régionaux de l'OMS.

Une autre approche qui permet d'attirer l'attention sur les efforts de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle consiste à cultiver des liens avec une figure de proue dans le domaine des affaires, de la politique ou de la vie communautaire qui s'est attachée avec sincérité à promouvoir la prévention de ces violences. Pour être efficace, cette personne doit :

- clairement expliquer les avantages liés à la prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle, et rallier d'autres personnes à la cause;
- jouir d'une certaine crédibilité ou d'un certain respect auprès de plusieurs secteurs et groupes aux échelons national, régional et local;
- entretenir de bonnes relations avec des personnes œuvrant dans un éventail d'organisations, de secteurs et de domaines;
- travailler en collaboration avec tous les secteurs qui ont en commun le but de prévenir ces violences.

Les organisations non gouvernementales qui luttent contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle jouent elles aussi un rôle important sur le plan de la sensibilisation. Leur champ d'action particulier varie; par exemple, elles peuvent solliciter les pouvoirs publics d'adopter de nouvelles lois et politiques et elles sont également nombreuses à éveiller l'opinion au niveau communautaire, parfois au moyen de programmes d'éducation.

4.2 Étape 2: définition et description de la nature du problème

Définir la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle, et décrire l'ampleur et la nature de chacun de ces problèmes

Dans bien des régions du monde, la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle sont peu documentées. Du coup, les politiques et les plans de lutte contre ces violences sont souvent formulés à partir de très peu d'informations. Certaines politiques voient le jour en réponse à des cas singuliers qui ont vivement interpellé le public ou le milieu politique, par exemple, ou qui reposent sur des enjeux très médiatisés. Les politiques ainsi créées risquent d'engendrer des plans qui manquent la cible parce qu'ils s'attaquent aux symptômes plutôt qu'aux causes profondes du problème. Il se peut également que certains mythes et idées fausses se greffent aux facteurs de risque, aux caractéristiques des victimes et des auteurs de violence et aux effets de la violence. Ce n'est qu'en réunissant de l'information exacte et en remplaçant les conjectures par des faits que l'on pourra éliminer ces idées fausses. L'épidémiologie étudie la fréquence et les causes d'un problème de santé dans un groupe donné d'individus; l'information épidémiologique est indispensable à la planification et à l'évaluation des stratégies de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle (**Encadré 7**).

Dans l'idéal, ces deux formes de violence seront circonscrites au moyen de rapports, notamment épidémiologiques, bien étayés par des statistiques régulièrement mises à jour sur la nature, l'ampleur et les conséquences du problème ainsi que sur leurs causes profondes et leurs facteurs de risque. De tels rapports orienteront la conception des efforts de prévention et fourniront un état des lieux à partir duquel en mesurer l'effi-

ENCADRÉ 7

Quels sont les avantages d'avoir des données épidémiologiques exactes?

Les données épidémiologiques sur la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle, ainsi que sur leurs causes et leurs conséquences, contribuent directement à prévenir ces formes de violence en ce qu'elles permettent de :

- chiffrer un problème qui pour diverses raisons culturelles et sociales pourrait sinon rester occulté;
- produire des données systématiques sur l'incidence, les causes et les conséquences de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle aux échelons local, régional et national;
- dégager des stratégies de prévention prioritaires à partir des facteurs de risque d'être auteur ou victime de ces violences, tels qu'ils ressortent des études épidémiologiques;
- repérer assez vite les nouvelles tendances et les aspects problématiques de ces violences, de façon à mettre sur pied les programmes de prévention appropriés;
- avoir un aperçu de la distribution géographique des violences, ce qui aiguillera les efforts visant à réduire le nombre de nouveaux cas et aidera à planifier la prestation de futurs services de soutien aux victimes;
- avoir un point de référence au regard duquel évaluer l'incidence des efforts de prévention;
- suivre les changements qui touchent la prévalence et les caractéristiques de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle ainsi que les facteurs de risque qui s'y rattachent.

cacité. La collecte des données devrait être menée avec la participation de spécialistes, entre autres du domaine de l'épidémiologie, de la statistique et des sciences sociales.

Pour établir précisément la nature et l'ampleur de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle dans un cadre donné, il faudra compléter les définitions conceptuelles fournies au **Chapitre 1** au moyen de définitions opérationnelles. Par définition opérationnelle, s'entend une description claire, concise et détaillée de la notion d'intérêt qui permet sa mesure. La définition opérationnelle fait en sorte que des acteurs distincts œuvrant dans des contextes et à des moments distincts mesureront précisément le même phénomène. Le lecteur trouvera plus d'information sur l'énoncé et l'utilisation des définitions opérationnelles à l'**Annexe A**.

Le type de données dont on a besoin varie selon l'information recherchée et ses fins, par exemple : décrire l'ampleur et les répercussions de la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle; comprendre les facteurs de risque en jeu; ou déterminer l'efficacité des programmes de prévention. Le **Tableau 7** recense plusieurs catégories de données, leur source possible et le type d'information susceptible d'être recueillie dans chaque cas.

Comme l'indique le **Tableau 7**, parmi les sources de données possibles figurent les documents personnels, les dossiers des organismes ou établissements, les programmes locaux, les dossiers communautaires et administratifs ou encore les enquêtes de population ou

TABLEAU 7

Sources de données possibles et information recueillie par catégorie de données

Catégories de données	Sources de données possibles	Exemples d'informations recueillies
Mortalité	Certificats de décès; registres d'état civil; rapports des morgues, des médecins légistes ou des coroners	Caractéristiques du défunt; cause du décès; heure et lieu du décès
Morbidité et autres données relatives à la santé	Dossiers des hôpitaux, des cliniques et autres dossiers médicaux	Information sur les maladies, les traumatismes et la santé physique ou mentale; sur les circonstances et la gravité du traumatisme
Attitudes, croyances et pratiques déclarées par l'intéressé	Enquêtes; groupes de discussion; médias	Information sur les attitudes, les croyances et les pratiques; sur l'expérience et la perpétration d'actes violents; sur l'exposition à la violence dans la communauté et le foyer; sur les comportements à risque
Données communautaires	Dossiers démographiques; dossiers de l'administration locale	Chiffres de population; niveaux de revenu; niveaux d'instruction; taux de chômage
Données sur la criminalité	Casiers judiciaires; dossiers de justice; dossiers pénitentiaires; laboratoires médico-légaux	Type d'infraction; caractéristiques du délinquant et de la victime; circonstances de l'incident
Données socio-économiques	Dossiers des établissements ou des organismes; études spéciales	Dépenses de santé; utilisation des services; accès aux soins; coût des traitements; revenu personnel et du ménage; répartition du revenu
Données politiques ou législatives	Documents gouvernementaux et législatifs	Information sur les lois et décrets; sur les politiques et pratiques institutionnelles

Adaptation de : Dahlberg & Krug (2002)

autres, et les études spéciales. Presque toutes ces sources renferment des données démographiques de base (tels l'âge et le sexe). Certaines (comme les dossiers médicaux, les casiers judiciaires, les certificats de décès et les rapports des morgues) contiennent de l'information précise sur l'acte violent ou le traumatisme. Les données des services des urgences, par exemple, peuvent renseigner sur la nature d'un traumatisme, sur la façon dont il s'est produit ainsi que sur le lieu et la date auxquels il est survenu (dans bien des cas sans indiquer le nom de l'auteur des faits). Parmi les données recueillies par la police figurent parfois des renseignements sur les relations entre la victime et l'agresseur. Elles permettent aussi de savoir si une arme a été utilisée et de connaître d'autres détails relatifs à l'agression. Les enquêtes et les études spéciales peuvent fournir des renseignements détaillés sur la victime ou l'auteur de violences, sur leur milieu social, leur attitude, leurs comportements et des situations violentes auxquelles ils ont pu être parties auparavant. Ces sources peuvent également donner une estimation plus juste de la prévalence de la violence comparativement aux cas signalés à la police ou à d'autres instances.

La majorité des victimes de violence exercée par un partenaire intime ou de violence sexuelle ne cherchent pas à se faire aider. Les blessures et autres problèmes de santé physique et mentale qui découlent de ces violences sont pris en charge par la victime elle-même ou par un fournisseur de soins primaires ou autre, par exemple un pharmacien, qui ne sera pas toujours conscient des causes profondes du mal. Les enquêtes de population constituent donc une importante source de données dans la mesure où elles dressent un portrait beaucoup plus complet de la violence et de ses conséquences. Dans certains cas, pour obtenir les fonds nécessaires à la tenue d'une enquête ou d'une

étude, la solution a été de forger des partenariats internationaux avec des établissements universitaires et des organisations non gouvernementales au sein du pays, quoique l'État soit plus souvent mis à contribution dans les enquêtes nationales ou de portée plus modeste. Dans quantité de pays, toutefois, décrire la nature du problème pose des difficultés de taille, d'autant plus lorsque les données de routine ou les études antérieures sur lesquelles s'appuyer sont peu nombreuses. Dans d'autres cas, les impératifs de calendrier obligent à trouver des raccourcis. On pourra alors puiser dans l'information provenant d'études internationales se rapportant au même contexte, par exemple les résultats obtenus pour des pays comparables dans l'*Étude multi-pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes* (Garcia-Moreno et al., 2005), les Enquêtes démographiques et sanitaires ou d'autres études présentées au **Chapitre 1** du présent document.

Développer la capacité d'évaluer les besoins en matière de santé et les impacts sur le plan de la santé

La plupart des pays n'ont pas de sources d'informations régulières sur la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle. Lorsque tel est le cas, plusieurs solutions sont envisageables :

- **Les enquêtes** portant spécialement sur la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle produisent les données les plus fiables et les plus exhaustives en recueillant de l'information sur la prévalence et la fréquence de ces problèmes, leurs impacts en matière de santé, les facteurs contextuels ainsi que les facteurs de risque et de protection. Elles comportent cependant un coût élevé et il n'est pas toujours simple de les reproduire. Une solution de rechange intéressante consiste à ajouter un module sur la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à des enquêtes et systèmes de collecte d'information déjà en place afin de pouvoir réunir des informations sur une base régulière, mais il faut alors s'assurer du respect de principes d'éthique et de sécurité (Ellsberg & Heise, 2005). En outre, une certaine prudence s'impose relativement à l'insertion de ces modules dans de vastes enquêtes, qui conduira dans certains cas à sous-estimer l'ampleur du problème. L'ajout d'un nombre trop limité de questions sur la violence est déconseillé, car l'on a constaté à l'usage que cela entraîne des sous-estimations et autres résultats trompeurs. Au moment de la conception d'une nouvelle étude, mieux vaut obtenir les conseils de spécialistes et bien considérer les questions afférentes de sécurité, de confidentialité, d'éthique et autres. L'OMS a publié un guide sur les principes d'éthique et de sécurité à respecter dans le cadre des recherches sur la violence entre partenaires intimes (WHO, 2001). Un manuel sur les études de la violence faite aux femmes a également été préparé à l'intention des chercheurs et des militants, qui y trouveront des conseils pratiques pour la réalisation d'enquêtes et d'autres travaux sur le sujet (WHO/PATH, 2005).
- **Les registres** tenus par des organismes professionnels ou publics (hôpitaux ou services de police, par exemple) peuvent constituer une source stable d'information; ainsi, aux États-Unis, de tels registres ont permis de surveiller les tendances relatives à la maltraitance des enfants. Cependant, l'interprétation de ces données est sujette à caution, car elles sont tributaires de l'évolution des politiques de signalement et tendent à sous-représenter le problème comparativement aux résultats des enquêtes représentatives de la population.

- **Les techniques d'évaluation rapide**¹ sont des méthodes peu coûteuses et rapides à mettre en œuvre dans un cadre local, qui permettent de décrire la nature d'un problème. Elles recourent habituellement à un ensemble de méthodes : par exemple, des entrevues auprès des parties intéressées; des groupes de discussion; des exercices d'inventaires; enfin, la collecte et l'analyse de données provenant des établissements sanitaires, des organisations non gouvernementales et de l'administration locale (Palmer, 1999). Il faut compter deux ou trois mois pour mener à bien le processus d'évaluation. Ses résultats peuvent impulser l'action communautaire et éclairer la planification.

Pour plaider en faveur d'investissements dans la prévention, guider la conception des politiques et programmes de prévention, et faire un suivi des effets de ces programmes, il s'avère d'un grand secours de produire de l'information dans les domaines suivants :

- **La prévalence et l'incidence** de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle : dans quelle mesure elles affectent la population et l'évolution de leurs tendances.
- **La distribution de ces violences** : par exemple, selon l'âge, le sexe, la situation socio-économique, le cadre et le lieu.
- **Les conséquences pour la santé – mortalité** : le nombre de décès provoqués par la violence entre partenaires intimes ou la violence sexuelle. Ces données peuvent servir à suivre l'évolution de la violence létale dans le temps, à identifier les personnes et les groupes très exposés à cette violence et à faire des comparaisons entre pays et au sein des pays. **Morbidité ou résultats sur le plan de la santé** : les données sur les maladies, les traumatismes et autres maux associés au fait d'être victime de violence dans le cadre d'une relation intime et/ou de violence sexuelle; également, l'impact de ces problèmes de santé sur la capacité de travailler et d'exécuter les tâches de la vie quotidienne.
- **Les facteurs de risque** : au niveau *individuel*, le sexe, le jeune âge, les antécédents de maltraitance, l'abus d'alcool, les troubles de comportement et la personnalité antisociale, entre autres; au niveau *relationnel*, de multiples partenaires/l'infidélité, la satisfaction ou la mécontentement conjugale; au niveau *communautaire*, par exemple, les caractéristiques de la population et les niveaux de revenu, d'instruction et de chômage; enfin, au niveau *sociétal*, les normes sociales relatives aux rapports entre les sexes et l'acceptabilité de la violence, les lois et les politiques sur la violence, etc.
- **Les facteurs de protection** : notamment, la fréquentation scolaire; le bénévolat et l'action communautaire; la participation à des activités de groupe. Considérer également l'inventaire des services et des politiques qui sont efficaces sur le plan de la prévention.
- **Les données sur la criminalité** : les caractéristiques et les circonstances des incidents violents et la situation des délinquants violents connus des policiers; le cheminement des instances dans le système de justice; la proportion d'incidents qui aboutissent à une condamnation.
- **Les données économiques** : le coût des traitements et des services sociaux; le far-

¹ Pour de plus amples renseignements sur les techniques d'évaluation rapide, y compris des ressources et des exemples, consulter : The Managers Electronic Resource Centre – Management Services for Health à cette adresse : <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.1.1b.htm&module=chs&language=English>

deau économique pour les systèmes de santé; les économies envisageables grâce aux programmes de prévention.

- **Les politiques et les lois** : par exemple, l'adoption de politiques; la promulgation et l'application de lois qui traitent des facteurs de risque pesant sur une population (par exemple, l'usage nocif de l'alcool).

Les données obtenues conditionneront les prochaines étapes du processus. Lorsque les ressources manquent, ces données peuvent aider à cerner les groupes prioritaires (par exemple, en montrant quels groupes présentent le plus grand nombre de facteurs augmentant le risque de commettre des actes violents) et les points d'entrée possibles pour l'intervention. On pourra ensuite passer à l'étape suivante, qui consiste à repérer les interventions les plus adaptées à la situation.

4.3 Étape 3: inventaire des programmes potentiellement efficaces

Déterminer quels programmes ont des chances d'être efficaces en tenant compte de la nature du problème et des données factuelles sur la prévention

Le **Chapitre 3** a présenté un sommaire des données relatives à l'efficacité d'une panoplie de programmes. On l'a vu, une bonne part de la preuve émane des pays à revenu élevé, d'où l'importance pour les décideurs et les planificateurs de repérer les solutions les plus susceptibles d'être pertinentes et opérantes dans leur contexte local, en tenant compte des données disponibles. Il est possible, par exemple, que des solutions jugées efficaces dans un pays à revenu élevé dépendent d'un accès aux ressources et aux infrastructures inenvisageable dans un pays à faible revenu. Tous les programmes devront donc être adaptés au contexte local. Au surplus, on a constaté que certains programmes couramment mis en œuvre (cf. les programmes d'information sur le viol) ne donnaient pas de résultats.

La maigreur des ressources vouées à la lutte contre la violence exercée par le partenaire intime et à la violence sexuelle milite en faveur d'une planification soignée des programmes. Leur mise en œuvre gagne également à être progressive et à faire l'objet d'un suivi; l'échelle et la période de mise en œuvre devraient être suffisantes pour permettre d'observer et d'évaluer les changements. À cette fin, il convient de développer la capacité de planifier, suivre et évaluer les programmes.

Préalablement à la sélection et à l'exécution de programmes particuliers, il peut s'avérer avantageux de lancer un processus « d'évaluation formative ». Ce processus aide à bien saisir les besoins et les ressources disponibles dans un cadre particulier, et à éclairer l'approche qui convient le mieux. Jumelé à une bonne compréhension des facteurs de risque, ce processus orientera le choix et la mise au point des activités de prévention (campagne médiatique, initiative stratégique ou autre stratégie de prévention).

Une fois fixé le choix d'un programme, une série de questions plus générales doivent habituellement être posées :

- Le programme répondra-t-il aux besoins perçus de la communauté?
- Les choix linguistiques et culturels témoignent-ils d'un souci de respect envers le public cible?
- Les ressources consacrées aux activités qui permettent d'atteindre les objectifs en matière de prévention sont-elles utilisées de manière efficiente?
- Peut-on améliorer le programme?

- Peut-on en accroître l'efficacité?
- Quel accueil est susceptible d'être fait aux efforts de prévention?
- Quels changements ou avantages sont susceptibles de découler des efforts de prévention?
- Quel effet tangible le programme est-il susceptible d'avoir sur la prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle?

Les sources d'information permettant de répondre à ces questions comptent, notamment, les statistiques locales ou nationales; les enquêtes ou questionnaires; les groupes de discussions, entrevues ou comptes rendus; les préenquêtes ou les essais. Les réponses aideront à préciser les fondements théoriques du programme, ses buts, ses activités et sa mise en œuvre. L'évaluation formative offre un moyen pratique et économique de vérifier la qualité, la faisabilité et la pertinence d'une méthode ou d'un message de prévention avant d'y consacrer des ressources importantes.

Un travail en partenariat peut alors intervenir entre divers secteurs afin de déterminer quels programmes conviennent le mieux à chacun et quelles approches méritent d'être approfondies pour pleinement tirer parti de leurs effets préventifs. En reprenant les secteurs énumérés à la **section 4.1** ci-dessus, une répartition type des activités se ferait comme suit :

- **le secteur de la santé** : santé mentale maternelle, rôles parentaux, traitement de l'alcoolisme;
- **les intervenants auprès d'enfants et de jeunes, y compris le secteur de l'éducation** : acquisition par les enfants et les jeunes d'aptitudes en matière de prévention de la violence, développement d'aptitudes sociales et affectives, intervention précoce pour les troubles de comportement et les troubles affectifs;
- **la police et la justice pénale** : élaboration et application de lois;
- **les administrations locales** : programmes de restriction de l'accès à l'alcool et de lutte contre la pauvreté;
- **les communautés et les organisations non gouvernementales** : transformation des normes culturelles, projets de microfinancement, programmes d'éducation.

4.4 Étape 4: mise au point de politiques et de stratégies

S'entendre sur un cadre pour l'élaboration conjointe de politiques et de stratégies, et classer les programmes efficaces par ordre de priorité

Toujours en partenariat, il faudra s'appliquer à intégrer les résultats des trois étapes précédentes du modèle au sein de politiques et de stratégies visant la prévention de la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle. L'élaboration de ces politiques et stratégies se fera d'autant plus facilement qu'un leadership clair tirera le processus et que les modalités de travail seront établies dans le cadre d'un partenariat effectif entre tous les intervenants, comme il en a été question à **l'étape 1**. La mise au point conjointe de politiques et de stratégies obéirait alors à la progression qui suit (voir également : Schopper, Lormand & Waxweiler, 2006) :

- S'entendre sur une vision commune et un cadre général pour la prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle : par exemple, la promotion de relations saines et égalitaires.

- Définir précisément la nature et l'ampleur du problème : par exemple, le nombre de personnes touchées, leur âge, leur sexe, les facteurs de risque et les répercussions du problème aux niveaux individuel (y compris la santé et l'instruction), familial, communautaire et économique.
- Déterminer quels sont les programmes prioritaires : de concert avec tous les partenaires, dégager un sous-ensemble de programmes adaptés au contexte auxquels on voudra donner suite de façon prioritaire.
- Veiller à ce que la politique débouche sur l'action : par exemple, en suscitant l'adhésion de tous les partenaires, en fixant des priorités claires et en obtenant un accord de haut niveau sur les étapes à suivre.

Ce processus d'élaboration d'une politique et d'une stratégie particulières aidera également à mobiliser différents secteurs et à sensibiliser les décideurs et le public aux enjeux visés. Au demeurant, ces efforts seront sans doute beaucoup plus percutants si les secteurs d'activité pertinents se voient incorporés dans des politiques et stratégies de plus vaste portée (par exemple, sur la santé maternelle ou la santé mentale, la consommation d'alcool, l'éducation, la criminalité, le développement économique et l'urbanisme). La mesure dans laquelle un programme peut trouver sa place dans ce type d'activités générales est l'un des principes directeurs que les principaux partenaires ont à considérer et sur lesquels ils devraient s'entendre dans le cadre du processus d'établissement des priorités (**Encadré 8**).

ENCADRÉ 8

Facteurs à considérer lors de la sélection des programmes prioritaires

- Quelle est la taille de la population qui bénéficierait du programme?
- Quel est le niveau estimé des acquis de cette population sur le plan de la santé après la fin du programme – à court, moyen et long terme?
- Quels avantages plus larges l'intervention comporterait-elle sur les plans éducatif, social ou économique?
- Dans quelle mesure est-il possible d'intégrer le programme au sein de services préétablis (par exemple, dépister et traiter la dépression maternelle dans le cadre des services de soins prénataux)?
- Quels sont les coûts approximatifs liés à la mise en œuvre du programme étant donné les capacités et les ressources actuelles?
- Des effets préjudiciables pourraient-ils résulter de la mise en œuvre du programme?
- L'organisme d'exécution dispose-t-il des capacités nécessaires? Dans la négative, peut-il les acquérir?
- La communauté est-elle prête à recevoir ce programme, ou certaines étapes sont-elles nécessaires au préalable?
- Existe-t-il des obstacles financiers, culturels ou autres à la mise en œuvre du programme? Le cas échéant, seront-ils facilement surmontés?
- Certaines mesures envisageables faciliteraient-elles la mise en œuvre d'un programme particulier? Par exemple, une nouvelle politique, du financement ou des ressources dans un secteur d'activités particulier.

4.5 Étape 5: création d'un plan d'action pour garantir l'exécution

S'entendre sur le processus de mise en œuvre et son échéancier

Après avoir mis au point une politique et convenu d'une stratégie, il faudra préparer un plan d'action – toujours, dans l'idéal, en collaboration avec d'autres secteurs. Le plan d'action renferme les détails relatifs à l'exécution des programmes inclus dans la stratégie. Dans certains cas, le plan d'action figure à la fin du rapport énonçant la stratégie. Quitte à être adaptés, les éléments qui suivent peuvent servir à composer un plan d'action en fonction du contexte local :

- **Établir un échéancier** : prévoir un échéancier qui facilitera la gestion des étapes nécessaires pour atteindre les buts du programme (par exemple, former les intervenants pour qu'ils puissent à leur tour donner une formation parentale aux mères).
- **Définir les rôles et les responsabilités, recenser les ressources et les compétences nécessaires** : dans chaque secteur, nommer un responsable de l'exécution de chaque programme sélectionné à qui il incombera de vérifier que les capacités et les compétences nécessaires sont en place. Différents partenaires auront des ressources et capacités pouvant être utiles à différentes étapes du projet. Il est important de déterminer conjointement qui interviendra et à quel moment. Par exemple, des professionnels de la santé pourraient enseigner à des intervenants du secteur de l'éducation comment transmettre les compétences en matière de prévention de la violence, ou des spécialistes du développement communautaires pourraient veiller à ce que les enfants vulnérables prennent part à certaines activités.
- **Dresser un plan de communication** : il est important de convenir d'un plan pour communiquer les progrès accomplis et les résultats attendus du programme. La diffusion de ces renseignements peut passer par les médias, des réunions communautaires ou des discussions avec les acteurs clés (par exemple, les responsables locaux).
- **Mobiliser les communautés** : la mobilisation communautaire encourage les membres d'une communauté à se considérer, individuellement ou collectivement, comme des agents du changement, et non comme les bénéficiaires passifs d'un programme. Elle accorde également une importance prioritaire à la prise en charge locale et à l'influence de la communauté sur le processus de changement. Les programmes peuvent grandement bénéficier du soutien et de la réceptivité accrue au changement qui résultent d'une mobilisation communautaire efficace.

S'entendre sur une définition claire des rôles et responsabilités des partenaires

En définissant clairement qui aura le premier rôle et en coordonnant les rôles et responsabilités propres à chaque secteur et organisation, on facilitera de beaucoup la mise en œuvre des stratégies et programmes retenus. Chaque secteur devrait faire sa part pour coordonner les efforts, favoriser les effets de synergie et éviter de faire obstacle, par inadvertance, au travail des collègues. Cela exigera également de répertorier les ressources et les compétences garantes d'une mise en œuvre efficace.

Développer les compétences professionnelles, poursuivre la formation et établir des réseaux efficaces

Le développement des compétences et la formation peuvent exiger des efforts particuliers. En règle générale, les capacités sur le plan de la prévention de la violence entre par-

tenaires intimes et de la violence sexuelle demandent à être développées, par exemple en inscrivant ces enjeux aux programmes d'études infirmières, de médecine et de santé publique, et en offrant une formation à l'interne au personnel sanitaire. En outre, on peut avoir besoin de compétences techniques pour mener des recherches et créer des systèmes de surveillance, par exemple, ou de compétences dans le domaine de la levée de fonds, des médias et des communications pour un travail de sensibilisation ou l'exercice d'un leadership.

Selon toute vraisemblance, des formations spéciales seront nécessaires pour mettre en œuvre les stratégies du **Chapitre 3** qui auront été choisies pour prévenir la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle. Dans la mesure du possible, les organisations devraient encourager la formation auprès d'autres partenaires, par exemple au moyen de visites réciproques, de formules de mentorat et de la collaboration avec d'autres institutions. Les échanges techniques peuvent hâter l'adoption de pratiques exemplaires, aider à formuler des programmes stratégiques et créer des réseaux efficaces. Ils peuvent également faire découvrir aux praticiens de nouvelles ressources techniques et d'autres formes de soutien.

4.6 Étape 6: évaluation et partage des apprentissages

Planifier et conduire une évaluation appropriée

Le suivi et l'évaluation, ainsi que la diffusion des résultats, font partie intégrante de l'approche de santé publique préconisée dans l'**Introduction** de ce document pour prévenir la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle. Le suivi et l'évaluation sont nécessaires pour promouvoir la planification et la mise en œuvre de programmes fondés sur des données factuelles, et l'évaluation joue un rôle vital dans l'amélioration des programmes. L'évaluation peut chercher à répondre à différents types de questions qui varieront selon l'approche retenue et l'étape de mise en œuvre du programme. S'il est vrai qu'intégrer l'évaluation au sein d'un programme permet de faire un suivi constant et d'apporter les modifications qui s'imposent le cas échéant, d'autres types d'évaluation pourraient être plus indiqués à d'autres étapes, lorsque de nouvelles questions sont soulevées. Il est donc possible de modifier les modules d'évaluation, ou d'en ajouter, au fil de l'évolution du programme. Ces modules se répartissent dans les grandes catégories d'évaluation suivantes :

- **L'évaluation des processus**, qui vérifie si un programme pourra se dérouler (ou se déroule) comme prévu;
- **L'évaluation des résultats**, qui détermine si un programme produit les effets escomptés sur les taux de violence entre partenaires intimes et de violence sexuelle (ou sur leurs facteurs de risque et de protection);
- **L'évaluation économique**, qui cerne les ressources nécessaires pour exécuter, reproduire ou étendre un programme, et qui soupèse ses coûts et ses avantages en vue d'aider à déterminer sa rentabilité.

L'évaluation des processus examine les éléments particuliers d'un programme (tels le cursus, les activités de formation ou le soutien matériel) pour découvrir si son exécution se déroule comme prévu ou si elle comporte des lacunes. À titre d'exemple, elle peut vérifier si le programme rejoint son public cible, décrire les biens et services fournis (et avec quelle efficacité), et évaluer les perceptions du public et des participants ainsi que leur degré de satisfaction à l'égard du programme. Enfin, l'évaluation des processus sert également à faire état des réalisations d'un programme.

L'information recueillie couvre les aspects qui fonctionnent bien tout comme ceux qui demandent à être peaufinés. Les difficultés et les obstacles sont repérés à mesure qu'ils se présentent aux fins d'améliorer les interventions futures ou de rendre compte des difficultés qui n'ont pu être surmontées. Si, en définitive, un programme est jugé efficace pour prévenir la violence exercée par le partenaire intime et la violence sexuelle, alors la description précise de son déroulement permettra de poursuivre le travail dans la même lignée. Elle augmentera aussi la probabilité que d'autres groupes connaissent le même succès en appliquant ce programme ailleurs. En présence d'un demi-succès ou d'un échec, l'évaluation des processus aidera à déterminer si des problèmes de mise en œuvre étaient en cause. Cette démarche atténuera de beaucoup le risque de rejeter un programme du simple fait de ses difficultés de mise en œuvre.

Dans le cas de programmes récents, les questions de l'évaluation des processus gagneront à porter sur la définition et l'exécution des volets du programme. Dans le cas de programmes déjà établis, l'évaluation pourra vérifier si le fonctionnement des processus en place est optimal. Dans le cas de programmes permanents, l'évaluation des processus pourra faire partie des activités quotidiennes, de façon à permettre un suivi et un examen constants. L'évolution des besoins et des ressources incitera parfois à modifier la fréquence du suivi.

Que le programme soit déjà bien établi ou non, la première étape pour déterminer si sa mise en œuvre est conforme aux prévisions consiste à discerner ses principaux éléments (par exemple, les connaissances ou activités indispensables pour créer un programme de prévention en milieu scolaire, modifier une politique ou mener une campagne dans les médias). La deuxième étape consiste à définir des critères à l'aune desquels le degré de mise en œuvre de ces éléments pourra être apprécié. Bien souvent, les critères auront fait l'objet de discussions dans le cadre des processus d'établissement des priorités et de gestion du rendement – mentionnés à la [section 4.5](#). En troisième lieu, il faut réunir de l'information pour faire le suivi de chaque éléments et déterminer dans quelle mesure la mise en œuvre correspond effectivement au plan proposé.

L'annexe B donne des exemples d'éléments à examiner lors de l'évaluation des processus de plusieurs types d'activités de prévention, en indiquant des sources d'information possibles. En dernière analyse, le choix d'une méthode d'évaluation dépendra du type de programme visé et des questions qui doivent trouver réponse, du niveau de confiance souhaité dans les résultats, des ressources disponibles et du niveau d'expertise qu'exigent les différentes méthodes d'évaluation.

L'évaluation des résultats – Les initiatives de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle ont pour but ultime la réduction de ces violences et des traumatismes physiques, autres impacts sur la santé et décès qu'elles provoquent. L'évaluation de tels changements à long terme pose cependant des difficultés et entraîne des coûts importants. L'observation des changements demande du temps parce qu'il faut recueillir des données sur de longues périodes. C'est particulièrement vrai lorsque le comportement ou le résultat recherché se produit de façon peu fréquente. Dans le cas de nombreux programmes de prévention, un objectif plus réaliste consiste donc à modifier les facteurs de risque qui contribuent à la violence (voir le [Chapitre 2](#)), dans le but ultime de prévenir les comportements violents. Les résultats choisis devraient être fonction des fondements théoriques de l'approche de prévention; des objectifs du programme; de la mesure dans laquelle le programme et ses activités sont bien établis; et des ressources disponibles pour conduire l'évaluation.

L'évaluation des résultats vise plus précisément à déterminer si un programme a réussi à produire les changements voulus (touchant, par exemple, les facteurs de risque, les comportements, le fardeau des traumatismes, des maladies et des décès). L'essentiel, dans la conception d'une évaluation des résultats, est de pouvoir écarter toute autre explication des changements observés et ainsi avancer avec confiance qu'ils sont imputables au programme lui-même, et non à d'autres facteurs. On évite alors de gaspiller des ressources sur des programmes inefficaces ou peu performants.

Une façon de procéder est de réunir des données sur les résultats attendus à divers moments avant, après et même pendant la mise en œuvre pour constater où se produisent les changements (« schéma séries chronologiques »). Cette méthode sert souvent à évaluer des programmes communautaires de grande envergure, tels que les projets de modification des politiques. Dans bien des cas, les données réunies proviennent de sources locales : enquêtes communautaires ou dossiers administratifs contenant, par exemple, de l'information régulièrement compilée par les systèmes de surveillance ou de suivi (voir la [section 4.2](#) pour plus de détails sur les sources de données possibles).

Une autre méthode consiste à utiliser un groupe « expérimental » et un groupe « de référence » lors d'un « essai contrôlé » au cours duquel le premier groupe bénéficie du programme et le second, non. Bien que les différences observées au fil du temps entre les deux groupes puissent découler d'autres événements qui ont lieu en parallèle (autres activités de prévention, changements dans les politiques, activités communautaires, etc.), le groupe de référence permet d'écarter ces cas de figure. Bien entendu, cela suppose que les deux groupes soient également exposés aux événements et autres activités externes, d'où la nécessité d'assurer un suivi du degré des influences externes subies dans chaque cas.

Il arrive parfois que le programme « s'infilte » dans le groupe de référence, venant fausser les résultats. Par exemple, les élèves qui participent à un programme pourraient communiquer l'information acquise à leurs pairs du groupe témoin. Ou encore, une communauté témoin pourrait être exposée à une campagne média ou à une loi. Une solution permettant de minimiser ces effets consiste à choisir un groupe de référence éloigné géographiquement du groupe expérimental ou peu susceptible d'avoir des contacts avec lui. Ainsi, les élèves ont moins de chances d'interagir avec des pairs fréquentant une école éloignée qu'avec ceux d'une autre classe dans la même école ou d'une autre école dans le même quartier.

La collecte de données dès la fin d'un programme ou peu après renseignera sur ses effets immédiats. La collecte de données dites « de suivi », tenue à intervalles réguliers ou quelque temps après la fin du programme aidera à déterminer si les changements se maintiennent ou s'érodent au fil du temps. Ces données de suivi font parfois apparaître des changements qui n'étaient pas visibles au moment où le programme a pris fin (parfois appelés « effets d'incubation »). La décision de recueillir des données de suivi sera fonction des questions qui doivent trouver réponse. Il faut vérifier en amont si le programme a la capacité de recueillir plus d'information auprès des participants et si des ressources sont disponibles pour l'évaluation.

Vu la taille restreinte de la base des données probantes relatives aux programmes efficaces ou prometteurs visant la prévention primaire de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle, l'inclusion d'évaluations des résultats à la planification des évaluations pourrait représenter un apport d'information précieux. L'évaluation d'un programme en vue d'y apporter des améliorations exige certaines capacités

techniques, mais peut être réalisée à partir des sources d'information citées plus haut. En revanche, l'évaluation rigoureuse des résultats d'un programme en vue d'enrichir la base de données sur la prévention doit pouvoir compter sur une expertise scientifique dès l'étape de la planification afin d'assurer :

- une sélection appropriée des objectifs de prévention;
- la préparation d'un modèle logique;¹
- des choix éclairés sur le plan du modèle de recherche, des populations à l'étude, des résultats, des sources de données et des méthodes d'analyse.

En conséquence, il est souhaitable de nouer un partenariat avec une université ou un établissement de recherche possédant l'expertise pertinente. L'**Encadré 9** relate le cas d'un service de santé publique qui s'est associé à une organisation communautaire pour augmenter les données factuelles se rapportant à un programme de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle.

ENCADRÉ 9

Améliorer les évaluations pour enrichir la base des données factuelles

Préoccupés par le décalage entre la découverte de programmes efficaces et leur adoption généralisée, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont décidé de créer une base de données scientifiques sur les interventions utilisées dans des programmes de prévention de la violence sexuelle dont la faisabilité avait été démontrée. Ils ont commencé par recenser ces programmes à partir de documents publiés et non publiés, de recherches sur sites Web et d'entrevues menées auprès d'experts, de praticiens et d'organismes. L'information publiquement accessible sur chaque programme a été complétée au moyen d'entrevues téléphoniques structurées en vue de colliger des descriptions sommaires des programmes recensés.

À l'issue d'un concours de financement ouvert, quatre programmes construits selon un modèle à séances multiples ont été retenus en fonction des critères suivants : ils ciblaient les auteurs d'un premier acte de violence, avaient des acquis en matière d'évaluation, leurs promoteurs s'engageaient à utiliser les résultats de l'évaluation pour améliorer le programme et étaient en mesure d'assigner des membres du personnel au processus d'évaluation. Un évaluateur externe a fait office de facilitateur, de formateur et de mentor pour seconder les intervenants du programme dans la conception et la tenue de leurs propres évaluations. Ce processus a tablé sur des principes d'autonomisation pour renforcer la capacité des programmes au chapitre de l'évaluation et produire de l'information sur leurs activités. Les participants ont rapporté des progrès notables dans leur capacité d'évaluation, tout comme dans la portée et la complexité de leurs pratiques en la matière, ainsi qu'une augmentation des ressources qu'ils y consacraient. Ils ont abondamment montré en quoi les résultats de l'évaluation avaient permis d'améliorer les programmes.

Pour plus d'information, consulter :

www.cdc.gov/ncipc/delta/

www.cdc.gov/ncipc/DELTA/DELTA_AAG.pdf

¹ Voir : CDC Evaluation Working Group: www.cdc.gov/eval/resources.htm#logic%20model and Centre for Health Services and Policy Research (CHSPR): A Results-Based Logic Model for Primary Health Care: www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf

En dernière analyse, le choix de la méthode d'évaluation des résultats à adopter sera guidé par les questions qui doivent trouver réponse et par le degré de certitude souhaité dans l'attribution des effets observés au programme. Les avantages de chaque méthode devront être mis en regard des contraintes d'ordre pratique et financier du programme. Différents types d'évaluations des résultats auront également leur utilité à différentes étapes du programme. Quelle que soit la méthode retenue, toutefois, une collecte systématique de données sur les résultats doit avoir lieu pour vérifier que l'efficacité du programme perdure. Ainsi, lorsqu'une nouvelle stratégie de prévention est mise à l'essai, le fait de réunir des données auprès des participants avant et après la mise en œuvre du programme aidera à déterminer si l'approche s'annonce prometteuse. En témoignerait, par exemple, la présence de changements positifs, suffisamment sensibles, ou comparables ou supérieurs à ceux d'autres programmes visant des résultats analogues. Les constatations peuvent alors servir à améliorer le programme. Par la suite, un modèle d'essai contrôlé (ou d'essai contrôlé randomisé) permettra d'augmenter le corpus des données qui attestent la contribution du programme aux changements souhaités, augmentant ainsi la base des données sur la prévention primaire.

L'évaluation économique permet de jauger de manière systématique l'effet de certaines stratégies, politiques et programmes sur les résultats et les coûts (Haddix, Teustch & Corso, 2003). Cet outil aide à clarifier l'utilisation des ressources dans un programme, à déterminer ce qui est faisable dans l'état actuel des ressources, à rehausser l'efficacité et à cerner les activités prioritaires en cas de diminution ou de suppression des ressources. Par ailleurs, les administrateurs, les organismes de financement et le public s'interrogent de plus en plus sur le rapport entre les coûts d'un programme et ses avantages. L'évaluation économique peut démontrer l'intérêt d'investir dans un programme. Grâce à elle, par exemple, des intervenants dans le domaine de la violence juvénile ont pu indiquer à leurs décideurs qu'un programme de visites d'infirmières à domicile coûtait 6 142 \$US par famille, mais qu'en réduisant de 16 % le risque de violence et de criminalité juvénile le programme économisait, pour chaque participant, environ 4 600 \$US aux contribuables et 8 100 \$US aux éventuelles victimes (Aos, Miller & Drake, 2006). Ce type d'analyse coût-avantage prend pour acquis que l'efficacité du programme a été vérifiée au préalable. L'évaluation économique est généralement du ressort des chercheurs, car elle suppose une certaine expertise méthodologique.

Communiquer les données acquises et les pratiques prometteuses

La liste des partenaires qui souhaitent être informés des résultats d'une évaluation devrait être dressée au cours des étapes préliminaires. D'autres parties pourraient avoir entendu parler du programme lors de sa mise en œuvre ou de son évaluation, et faire état du même intérêt. Le fait de présenter les résultats d'une évaluation à des publics divers pourrait valoir au programme, et au dessein plus général de prévenir la violence, de nouveaux appuis parmi les décideurs et la communauté. La communication des données appuyant le recours à un programme particulier à d'autres partenaires du domaine de la prévention contribuera à asseoir les capacités locales et à améliorer les pratiques. La portée, le niveau de détail et le mode de présentation des résultats de l'évaluation varieront en fonction des priorités et des besoins de chaque public.

Le public interne – personnel, bénévoles, conseil d'administration et autres acteurs étroitement associés au programme – aura déjà connaissance des objectifs et des attentes de l'évaluation et pourra souhaiter obtenir des renseignements plus détaillés. À cette fin, il est bon d'organiser un exposé oral (accompagné de documents visuels qui illustrent

les idées maîtresses ou qui résument les données de l'évaluation) au cours duquel les résultats de l'exercice, leurs interprétations possibles et leur application au programme pourront faire l'objet d'échanges de vue. Le partage et la discussion des résultats avec le public interne encouragent ce dernier à s'investir dans le programme et dans le processus d'évaluation. Pour éviter toute utilisation abusive de ses résultats, il peut être utile de rappeler aux parties intéressées le but convenu de l'exercice, soit tirer parti des conclusions et des recommandations pour perfectionner le programme.

Les séances d'information peuvent également convenir à différents publics externes, par exemple des législateurs ou des bailleurs de fonds. Toutefois, ces publics exigent souvent un rapport écrit décrivant les buts, la raison d'être, les activités, le modèle d'évaluation et les conclusions du programme, dans la mesure du possible ponctué d'anecdotes, de cas concrets ou de graphiques. Les rapports succincts et clairs ont plus de chances d'être lus. Selon le cas, il peut être suffisant de distribuer un sommaire ou une courte fiche d'information, quitte à renvoyer les intéressés à un rapport plus fourni.

La communication des résultats de l'évaluation aux médias et, par extension, au public, appelle une approche un peu différente. Non pas qu'il soit compliqué de travailler avec les médias, mais cela demande une certaine planification. Il faut commencer par contacter les médias d'information dans la communauté, pour leur indiquer que le groupe est une source spécialisée sur la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle. De nouvelles informations utiles, exactes et d'actualité accrocheront l'attention des journalistes. À titre d'exemple, l'on inclura dans la mesure du possible des statistiques locales, ou l'on montrera en quoi de nouveaux services contribuent à atténuer les violences pour le bien de la communauté entière. Il faudra dresser une liste de personnes à contacter dans les médias (à partir d'Internet ou de l'annuaire téléphonique) puis décider du meilleur moyen de transmettre aux journalistes l'information disponible. Voici quelques exemples de produits de communication à soumettre aux médias d'information :

- **Communiqué de presse** : pour l'information nouvelle et d'actualité; les faits saillants sont présentés en premier, suivis d'un complément d'information; la mise en forme doit rester simple en vue de la transmission électronique.
- **Invitation à la presse** : sert à informer les journalistes de la tenue d'une séance de photo ou d'autres manifestations.
- **Courrier des lecteurs** : permet aux experts de faire connaître leur point de vue; les journaux et autres médias indiquent les consignes à suivre sur leur site Web pour ce qui concerne la présentation et la longueur des textes.
- **Éditorial** : certains journaux publient des éditoriaux externes (« page opinions »); à nouveau, consulter les sites Web pour les détails.
- **Cahier de presse** : réunit des documents succincts, par exemple, fiches documentaires d'une page, prospectus et tableaux; on peut envisager de publier le cahier de presse en ligne.

Les nouveaux médias tels les carnets Web et Twitter peuvent aider à diffuser des messages de prévention relatifs à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle. De plus en plus, Internet devient une source d'informations actualisées. Il est possible d'afficher un avis succinct sur le site d'un programme ou d'un organisme pertinent, en y insérant un lien vers des rapports détaillés. La collaboration avec des collègues pour ce qui est du partage de liens vers divers programmes et rapports mérite d'être envisagée.

Faire connaître les conclusions relatives aux programmes et aux évaluations, tant à l'intérieur des pays qu'entre pays, est un aspect important du développement et de la diffusion du savoir et des compétences sur lesquels repose la prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle. Les réseaux doivent assurer une bonne coordination entre des intervenants qui exercent leurs activités de prévention dans une variété de secteurs publics et privés. Des réseaux peuvent également voir le jour en réponse aux besoins locaux, et eux aussi auront à tisser des liens intersectoriels pour permettre un échange plus efficace d'information sur la planification et les interventions. Les moyens choisis pour communiquer les résultats des évaluations, et les publics ciblés, seront fonction de l'axe particulier du programme ainsi que du contexte communautaire ou national. L'essentiel dans tous les cas est d'être clair et succinct, et d'adapter l'information aux besoins de chaque public.

4.7 Messages essentiels

La mise en œuvre des politiques et des programmes de prévention doit suivre ces grandes étapes :

Étape 1: Préparatifs

Identifier les principaux partenaires et former des partenariats

Arriver à une vision commune

Développer les compétences et les capacités en matière de leadership et de sensibilisation

Étape 2: Définition et description de la nature du problème

Définir la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle

Décrire l'ampleur et la nature de chacun de ces problèmes

Développer la capacité d'évaluer les besoins en matière de santé et les impacts sur le plan de la santé

Étape 3: Inventaire des programmes potentiellement efficaces en tenant compte de la nature du problème et de la base des données factuelles sur la prévention

Étape 4: Mise au point de politiques et de stratégies

S'entendre sur un cadre pour l'élaboration conjointe de politiques et de stratégies

Classer les programmes efficaces par ordre de priorité

Étape 5: Création d'un plan d'action pour garantir l'exécution

S'entendre sur le processus de mise en œuvre et son échéancier

S'entendre sur une définition claire des rôles et responsabilités des partenaires

Développer les compétences professionnelles, poursuivre la formation et établir des réseaux efficaces

Étapes 6: Évaluation et partage des apprentissages

Planifier et conduire une évaluation appropriée

Communiquer les données acquises et les pratiques prometteuses

Priorités futures de la recherche et conclusions

Priorités futures de la recherche

Il faut de toute urgence mener des études qui viendront enrichir la base des données factuelles et combler la pénurie actuelle d'information sur les programmes de prévention primaire efficaces. Les principales contraintes qui pèsent sur la recherche dans ce domaine sont les longues échelles de temps et les coûts élevés associés à la production de résultats. Sans cette recherche, toutefois, on aura peine à élaborer des politiques à la fois efficaces et efficientes. La collecte de données sur la prévalence et sur les conséquences pour la santé de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle prend toute son importance dans les cadres où ces données font défaut. Elle peut servir à mieux faire connaître l'existence et l'impact de ces enjeux relativement passés sous silence et à fournir des données de référence en vue d'un suivi ultérieur. Pour consolider la base des données et aider à élaborer les lignes directrices et les recommandations dont il est un urgent besoin, les mesures suivantes devraient recevoir la priorité :

- Évaluer les programmes prometteurs et poursuivre le développement et la mise à l'essai des programmes intéressants, surtout dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où les taux de violence exercée par des partenaires intimes sont souvent élevés.
- Donner la priorité aux programmes et aux évaluations qui ciblent des groupes d'âge plus jeunes, car les faits démontrent qu'il s'agit de l'approche la plus efficace sur le plan de la prévention primaire.
- Examiner de nouveaux cadres de mise en œuvre des programmes de prévention primaire. À l'heure actuelle, un trop grand nombre d'interventions sont conçues pour les écoles, les collèges et les universités. Or il y a des chances que les personnes les plus susceptibles de commettre ou de subir des violences sexuelles ou des actes violents dans le cadre d'une relation intime, ne soient plus aux études ou participent difficilement aux activités organisées en milieu scolaire. Il convient de se pencher beaucoup plus attentivement sur d'autres lieux et cadres, par exemple, le domicile, les établissements de soins et les installations mises à la disposition d'organismes communautaires (y compris religieux) ou autres.
- Une fois que l'efficacité d'un programme a été établie, obtenir plus d'information sur le rapport coût-efficacité relatif de programmes précis mis en œuvre dans des cadres variés et sur leurs avantages au plan social et psychologique. De telles études fourniront une information déterminante pour convaincre les décideurs de l'importance d'investir dans des programmes de prévention primaire. Dans l'idéal, les évaluations du rapport coût-efficacité devraient aussi examiner l'efficacité relative et les avantages des programmes de prévention primaire de la violence entre partenaires intimes et de

la violence sexuelle à chaque étape de la vie. Les données sur le rapport coût-efficacité relatif des programmes aideront les décideurs à établir les priorités de mise en œuvre en fonction des avantages auxquels les programmes donnent lieu à différents âges et dans différentes situations.

- L'évaluation des politiques – notamment celles qui combinent plusieurs programmes – sur le plan de la faisabilité, des coûts et des résultats accélérera leur adoption et leur mise en œuvre dans d'autres cadres.
- Bien que dans la plupart des régions du monde, l'on dispose de données sur la prévalence, les conséquences et les facteurs de risque de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle, les efforts de collecte de données doivent se poursuivre. Les besoins sont particulièrement criants en ce qui concerne les facteurs de risque de niveaux communautaire et sociétal, par exemple les normes de genre et les inégalités hommes-femmes; l'impact de ces violences sur le développement de l'enfant, la santé et d'autres résultats connexes mis au jour à l'aide d'études longitudinales, surtout dans les pays à revenu faible et intermédiaire; enfin, leur impact sur les résultats scolaires et économiques.

Questions méthodologiques

- Les concepteurs de programme devraient être encouragés à bâtir leurs programmes sur des fondements théoriques explicites afin d'en éclairer les mécanismes sous-jacents et d'en faciliter la reproduction.
- Il y a urgence à déterminer si les changements dans les connaissances, les attitudes, les croyances et l'intention comportementale se traduisent par une diminution des taux de violence entre partenaires intimes et de violence sexuelle. Trop souvent, les évaluations des résultats se contentent de mesurer ces changements en omettant d'examiner les effets d'un programme sur les taux de violence eux-mêmes.
- Il faudrait prolonger les périodes de suivi pour vérifier que les bienfaits des programmes ne s'estompent pas.
- Il faudrait déployer des efforts pour augmenter la capacité de recherche et travailler en collaboration, y compris avec des organismes nationaux et internationaux, en vue d'appuyer la recherche locale et de cerner les priorités de recherche particulières à différents contextes.

Conclusions

Les efforts pour prévenir la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle en prenant appui sur des données factuelles n'en sont qu'à leurs débuts, et il reste beaucoup à faire. Pour l'heure, une seule stratégie s'est avérée efficace dans les faits, et elle s'applique à la violence exercée dans le cadre d'une relation intime. Il s'agit du recours à des programmes en milieu scolaire axés sur la prévention de la violence dans les fréquentations. Cependant, des données encourageantes se font jour sur l'efficacité de plusieurs autres stratégies de prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle, notamment les programmes de microfinancement destinés aux femmes, jumelés à une formation à la parité des sexes; divers efforts pour limiter l'accès à l'alcool et son usage nocif; enfin, la modification des normes sociales et culturelles liées au genre. Une foule d'autres stratégies sont prometteuses de par leurs fondements théoriques ou

parce qu'elles ciblent des facteurs de risque connus, mais la plupart n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre systématique, moins encore d'une évaluation.

Aux États-Unis, le net repli de la violence entre partenaires intimes depuis le milieu des années 1970 a été attribué aux effets cumulatifs des interventions préventives axées non seulement sur cette violence mais également sur la maltraitance des enfants (Smithey & Straus, 2004). On ne dispose cependant d'aucune preuve directe et tangible appuyant cette thèse, et d'autres changements d'ordre économique, social et culturel pourraient être à l'origine du repli observé. À nouveau, voilà qui met en évidence le besoin impératif de produire des données sur l'efficacité des initiatives de prévention primaire de la violence dans le couple et de la violence sexuelle. Le risque d'un retour de bâton lors de l'exécution de certains programmes – comme dans le cas des programmes de micro-financement offerts aux femmes en l'absence de formation sur l'égalité entre les sexes – illustre plus avant les complexités dont il faut tenir compte si l'on veut éviter qu'une intervention produise par inadvertance des effets indésirables.

La plupart des données actuelles sur la prévalence, les facteurs de risque et de protection, les résultats pour la santé et l'efficacité des programmes viennent des pays à revenu élevé, en particulier les États-Unis. Pour que l'apport de la recherche à la pratique et aux politiques soit réellement significatif dans l'avenir, il faut approfondir les connaissances sur l'efficacité de la prévention dans d'autres contextes, surtout dans les pays à revenu faible et intermédiaire. En outre, la base des données demande à être diversifiée pour refléter les écarts liés aux différences culturelles et religieuses ainsi qu'au lieu de vie rural ou urbain. La collaboration des établissements de recherche des pays à revenu élevé avec des pays à revenu plus faible contribuerait à répartir les coûts et les avantages de la recherche.

La recherche serait d'un grand secours pour repérer et mettre au point des approches réalisables et efficaces, qui réduisent sensiblement les facteurs de risque associés à la violence entre partenaires intimes et à la violence sexuelle; la gravité de leurs conséquences; et leur fréquence. Elle devrait couvrir un large éventail de contextes et différents degrés d'intégration dans d'autres services. La majorité des programmes évalués jusqu'à présent ont été appliqués de manière assez restreinte – à noter qu'en pratique, il est souvent plus aisé d'insérer les activités dans des structures préétablies (par exemple, des programmes de santé mentale et de formation parentale au sein de programmes de santé maternelle). De surcroît, il pourrait être préférable de rattacher les programmes scolaires axés sur les compétences à des programmes plus généraux de promotion de la santé, par exemple, pour aborder la santé sexuelle et génésique, la santé mentale ou l'abus d'alcool et de drogues en particulier chez les adolescents.

Le besoin urgent de réunir des données et de poursuivre les recherches dans tous ces domaines ne dispense nullement de prendre sur-le-champ les mesures nécessaires pour prévenir la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle. Il faut appliquer les programmes qui ont fait leurs preuves, quitte à les adapter. Il faut aussi poursuivre les programmes prometteurs ou intéressants qui pourraient jouer un rôle immédiat, tout en redoublant d'efforts pour les doter en amont de mécanismes d'évaluation des résultats. C'est à la seule condition d'intervenir et de produire des données que la prévention de la violence exercée par des partenaires intimes et de la violence sexuelle sera efficace, et que ce domaine d'intervention fondée sur des données factuelles parviendra à maturité.

Références

- Abbey A et al. (2004). Sexual assault and alcohol consumption: what do we know about their relationship and what types of research are still needed? *Aggression and Violent Behavior*, 9(3):271–303.
- Abrahams N et al. (2004). Sexual violence against intimate partners in Cape Town: prevalence and risk factors reported by men. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(5):330–337.
- Ackerson LK et al. (2008). Effects of individual and proximate educational context on intimate partner violence: A population-based study of women in India. *American Journal of Public Health*, 98(3):507–514.
- Adegoke TG, Oladeji D (2008). Community norms and cultural attitudes and beliefs factors influencing violence against women of reproductive age in Nigeria. *European Journal of Scientific Research*, 20:265–273.
- Adi Y et al. (2007). Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in children in primary education. Report 1: universal approaches (non-violence related outcomes). London, National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Ahmed SM (2005). Intimate partner violence against women: experiences from a woman-focused development programme in Matlab, Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 23(1):95–101.
- Ahmed S, Koenig MA, Stephenson R (2006). Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India. *American Journal of Public Health*, 96(8):1423–1428.
doi:10.2105/AJPH.2005.066316 PMID:16809594
- Ali PA, Bustamante-Gavino MI (2008). Violence against women in Pakistan: a framework for Analysis. *Journal Pakistan Medical Association*, 58(4):198–203.
- Amoakohene MI (2004). Violence against women in Ghana: a look at women's perceptions and review of policy and social responses. *Social Science and Medicine*, 59:2373–2385.
- Anda RF et al. (2001). Abused boys, battered mothers, and male involvement in teen pregnancy. *Pediatrics*, 107(2):e19.
- Anderson KL (2005). Theorizing gender in intimate partner violence Research. *Sex Roles*, 52(11/12):853–865.

- Anderson, LA, Whiston SC (2005). Sexual assault education programs: a meta-analytic examination of their effectiveness. *Psychology of Women Quarterly*, 29:374–388.
- Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 373(9682):2234–2246.
- Andrews G et al. (2004). Child sexual abuse. In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Volume 2. Geneva, World Health Organization.
- Aos S, Miller M, Drake E (2006). *Evidence-based public policy options to reduce Future Prison Construction, Criminal Justice Costs, and Crime Rates*. Available at: www.wsipp.wa.gov/rptfiles/06-10-1201.pdf
- Archer J (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126:651–680.
- Archer J (2006). Cross cultural differences in physical aggression between partners: a social role analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 10(2):133–153.
- Arias I, Corso P (2005). Average cost per person victimized by an intimate partner of the opposite gender: a comparison of men and women. *Violence and Victims*, 20(4):379–391.
- Asling-Monemi K, Tabassum NR, Persson LA (2008). Violence against women and the risk of under-five mortality: analysis of community-based data from rural Bangladesh. *Acta Paediatrica*, 97:226–232.
doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00597.x PMID:18254912
- Babor TF et al. (2001). *AUDIT, the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care*, 2nd Edition. Geneva, World Health Organization.
- Baldry, AC, Farrington DP (2007). Effectiveness of programs to prevent school bullying. *Victims and Offenders*, 2(2):183–204.
- Bair-Merritt MH et al. (2010). Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(1):16–23.
- Barker G, Ricardo C, Nascimento M (2007). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions*. Geneva, World Health Organization.
- Basile KC, Hertz MF, Back SE (2007). *Intimate partner violence and sexual violence victimization assessment instruments for use in healthcare settings: Version 1*. National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta (GA), Centers for Disease Control and Prevention.
- Bilukha O et al. (2005). The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 28:11–39.
- Black DA et al. (1999). *Partner, child abuse risk factors literature review*. National Network of Family Resiliency, National Network for Health. Available at: www.nnh.org/risk
- Boy A, Kulczycki A (2008). What we know about intimate partner violence in the Middle East and North Africa. *Violence Against Women*, 14(1):53–70.

- Boy A, Salihu HM (2004). Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, 49:159–164.
- Boyle MH et al. (2009). Community influences on intimate partner violence in India: women's education, attitudes towards mistreatment and standards of living. *Social Science and Medicine*, 69(5):691–697.
- Breitenbecher KH, Gidycz CA (1998). Empirical evaluation of a program designed to reduce the risk of multiple sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 13:472–488.
- Breitenbecher KH, Scarce M (2001). An evaluation of the effectiveness of a sexual assault education program focusing on psychological barriers to resistance. *Journal of Interpersonal Violence*, 16:387–407.
- Brown L et al. (2006). Sexual violence in Lesotho. *Studies in Family Planning*, 37(4):269–280.
- Brown DW et al. (2009). Exposure to physical and sexual violence and adverse health behaviours in African children: results from the Global School-based Student Health Survey. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(6):447–455.
- Bruce S (2002). *The "A Man" campaign: marketing social norms to men to prevent sexual assault. The report on social norms.* Working paper number 5, July 2002. Little Falls (NJ), PaperClip Communications.
- Campbell JC (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359:1331–1336.
doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8 PMID:11965295
- Campbell JC et al. (2008). The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 15:221–231.
doi:10.1080/17457300802423224 PMID:19051085
- CDC (2004). *Sexual violence prevention: beginning the dialogue.* Centers for Disease Control and Prevention.
- Chaloupka FJ, Grossman M, Saffer H (2002). The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research and Health*, 26(1):22–34.
- Champion HL, Durant RH (2001). Exposure to violence and victimization and the use of violence by adolescents in the United States. *Minerva Pediatrics*, 53:189–197.
- Chan KL (2009). Sexual violence against women and children in Chinese societies. *Trauma Violence & Abuse*, 10(1):69–85.
- CIETafrica (2002). *Sexual violence and HIV/AIDS: executive report on the 2002 survey.* Project report PR-ZA-hn2-02. Available at: www.ciet.org/en/documents/projects_library_docs/2006316174822.pdf (accessed 11 November 2009).
- Counts DA, Brown J, Campbell J (1992). *Sanctions and sanctuary: cultural perspectives on the beating of wives.* Boulder (CO), Westview Press.
- Currie DH (1998). Violent men or violent women: whose definition counts? In RK Bergen, ed. *Issues in intimate violence*, pp. 97–111. Thousand Oaks (CA), Sage.

- Dahlberg LL, Butchart A (2005). State of the science: violence prevention efforts in developing and developed countries. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 12(2):93–104.
- Dahlberg LL, Krug EG (2002). Violence – a global public health problem. In: Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*, pp. 3–21. Geneva, World Health Organization.
- Dalal K, Rahman F, Jansson B (2009). Wife abuse in rural Bangladesh. *Journal of Bio-social Science*, 41(5):561–573.
- Davey Smith G (2000). Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position and health in Britain and the United States. *American Journal of Public Health*, 90:1694–1698.
- Decker MR et al. (2009). Intimate partner violence functions as both a risk marker and risk factor for women’s HIV infection: findings from Indian husband–wife dyads. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 51:593–600.
- Douglas M (1998). Restriction of the hours of sale of alcohol in a small community: a beneficial impact. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22:714–719.
- Du Mont J, Parnis D (2000). Sexual assault and legal resolution: querying the medical collection of forensic evidence. *Medicine and Law*, 19:779–792.
- Duailibi S et al. (2007). The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *American Journal of Public Health*, 97:2276–2280.
- Dube SR et al. (2002). Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and Victims*, 17(1):3–17.
- Dunkle KL et al. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *The Lancet*, 363:1415–1421.
doi:10.1016/S0140-6736(04)16098-4 PMID:15121402
- Dusenbury L et al. (1997). Nine critical elements of promising violence prevention programs. *Journal of School Health*, 67:409–414.
- Eckenrode J (2000). What works in nurse home visiting programs. In: Alexander G, Curtis PA, Kluger MP, eds. *What works in child welfare*, pp. 35–43. Washington DC, Child Welfare League of America.
- Edleson J (1999). Children’s witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14:839–870.
- Ellsberg M, Heise L (2005). *Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists*. Washington DC, United States; and World Health Organization, PATH. Available at: www.path.org/files/GBV_rvaw_front.pdf
- Ellsberg M et al. (1999). Domestic violence and emotional distress: results from a population based study. *American Psychologist*, 54:30–36.
- Ellsberg M, Liljestrand J, Winkvist A (1997). The Nicaraguan network of women against violence: using research and action for change. *Reproductive Health Matters*, 5(10):82–92.

Fabiano P et al. (2003). Engaging men as social justice allies in ending violence against women: evidence for a social norms approach. *Journal of American College Health*, 52:105–112.

Fagan J, Browne A (1994). Violence between spouses and intimates: physical aggression between women and men in intimate relationships. In Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior*. Volume 3: Social Influences, pp. 115–292. Washington DC, National Academy Press.

Farrington DP, Ttofi MM (2009). *School-based programs to reduce bullying and victimization*. Campbell Systematic Reviews. Oslo: Campbell Collaboration.

Fehringer JA, Hindin MJ (2009). Like parent, like child: Intergenerational transmission of partner violence in Cebu, the Philippines. *Journal of Adolescent Health*, 44(4):363–371.

Finkelhor D (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *The Future of Children*, 19(2):169–194.

Finkelhor D, Asdigian N, Dziuba-Leatherman J (1995). The effectiveness of victimization prevention instruction: an evaluation of children's responses to actual threats and assaults. *Child Abuse & Neglect*, 19:141–153.

Fisher GJ (1986). College student attitudes toward forcible date rape: changes after taking a human sexuality course. *Journal of Sex Education and Therapy*, 12:42–46.

Flake DF (2005). Individual, family, and community risk markers for domestic violence in Peru. *Violence Against Women*, 11(3):353–373.

Flay BR et al. (2005). Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6:151–175.

Foshee VA et al. (1996). The Safe Dates Project: theoretical basis, evaluation design, and selected baseline findings. *American Journal of Preventive Medicine* 12(5):39–47.

Foshee VA et al. (1998). An evaluation of Safe Dates, an adolescent dating violence prevention program. *American Journal of Public Health*, 88(1):45–50.

Foshee VA et al. (2000). The Safe Dates program: 1-year follow-up results. *American Journal of Public Health*, 90(10):1619–1622.

Foshee VA et al. (2004). Assessing the long-term effects of the Safe Dates program and a booster in preventing and reducing adolescent dating violence victimization and perpetration. *American Journal of Public Health*, 94(4):619–624.

Foshee VA et al. (2005). Assessing the effects of the dating violence prevention program “Safe Dates” using random coefficient regression modeling. *Prevention Science*, 6: 245–258.

Foshee VA et al. (2008). What accounts for demographic differences in trajectories of adolescent dating violence? An examination of intrapersonal and contextual mediators. *Journal of Adolescent Health*, 42(6):596–604.

Foshee VA, Reyes ML, Wyckoff S (2009). Approaches to preventing psychological, physical, and sexual partner abuse. In O’Leary D, Woodin E, eds. *Psychological and physical aggression in couples: Causes and Interventions*, pp. 165–190. Washington DC, American Psychological Association.

- Fox AM et al. (2007). In their own voices: a qualitative study of women's risk for intimate partner violence and HIV in South Africa. *Violence Against Women*, 13:583–602.
- FPH (2008). *Alcohol and Public Health*. Faculty of Public Health Position Statement, UK Faculty of Public Health. Available at: www.fph.org.uk
- Gage AJ (2005). Women's experience of intimate partner violence in Haiti. *Social Science and Medicine*, 61(2):343–364.
- Garcia-Moreno C et al. (2005). *WHO Multi-Country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva, World Health Organization.
- Garner J, Fagan J, Maxwell C (1995). Published findings from the spouse assault replication program: a critical review. *Journal of Quantitative Criminology*, 11:3–28.
- Gibson LE, Leitemberg H (2000). Child sexual abuse prevention programs: do they decrease the occurrence of child sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 24:1115–1125.
- Gil-Gonzalez D et al. (2006). Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act? *European Journal of Public Health*, 16(3):278–284.
- Gil-Gonzalez D et al. (2008). Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: a systematic review. *Journal of Public Health*, 30(1):14–22.
- Glass N et al. (2003). Adolescent dating violence: prevalence, risk factors, health outcomes, and implications for clinical practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(2):227–238.
- Go VF et al. (2003). Crossing the threshold: engendered definitions of socially acceptable domestic violence in Chennai, India. *Culture, Health and Sexuality*, 5:393–408.
- Graham K et al., eds. (2008). *Unhappy hours: alcohol and partner aggression in the Americas*. Washington DC, Pan American Health Organization.
- Gutierrez SE, Van Puymbroeck C (2006). Childhood and adult violence in the lives of women who misuse substances. *Aggression and Violent Behavior*, 11(5):497–513.
- Haddix AC, Teustsch SM, Corso PS (2003). *Prevention effectiveness: a guide to decision analysis and economic evaluation*. New York, Oxford University Press.
- Hahn RA et al. (2007). Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 33(2):S114–S129.
- Harwell TS, Spence MR (2000). Population surveillance for physical violence among adult men and women, Montana 1998. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4): 321–324.
- Heise L (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4:262–490.
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999). *Ending violence against women*. (Population Reports, Series L, No. 11). Baltimore (MD), Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs.
- Heise L, Garcia-Moreno C (2002). Violence by intimate partners. In: Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*, pp. 87–121. Geneva, World Health Organization.

- Hickman LJ, Jaycox LH, Aronoff J (2004). Dating violence among adolescents: prevalence, gender distribution, and prevention program effectiveness. *Trauma Violence & Abuse*, 5(2):123–142.
- Holt S, Buckley H, Whelan S (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people. *Child Abuse & Neglect*, 32:797–810.
- Hussain R, Khan A (2008). Women's perceptions and experiences of sexual violence in marital relationships and its effect on reproductive health. *Health Care for Women International*, 29:468–483.
- Ilika AL (2005). Women's perception of partner violence in a rural Igbo community. *African Journal of Reproductive Health*, 9:77–88.
- Jespersen AF, Lalumiere ML, Seto MC (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: a meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 33(3):179–192.
- Jewkes R (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, 359(9315):1423–1429.
- Jewkes R, Morrell R (2010). Gender and sexuality: emerging perspectives from the heterosexual epidemic in South Africa and implications for HIV risk and prevention. *Journal of the International AIDS Society*, 13:6.
- Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C (2002). Sexual violence. In: Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*, pp. 149–181. Geneva, World Health Organization.
- Jewkes R et al. (1999). *He must give me money he mustn't beat me. Violence against women in three South African Provinces*. Medical Research Council Technical Report, Medical Research Council, Pretoria.
- Jewkes R et al. (2001). Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine*, 52 (5):733–744.
- Jewkes R et al. (2006). Rape perpetration by young, rural South African men: prevalence, patterns and risk factors. *Social Science and Medicine*, 63(11):2949–2961.
- Jewkes R et al. (2008). Impact of stepping stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 337: 383–387.
- Jewkes R et al. (2009) *Understanding men's health and use of violence: interface of rape and HIV in South Africa*. Medical Research Council Technical Report, Medical Research Council, Pretoria.
- Jeyaseelan L et al. (2004). World studies of abuse in the family environment – risk factors for physical intimate partner violence. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 11(2):117–124.
- Johnson KB, Das MB (2009). Spousal violence in Bangladesh as reported by men: prevalence and risk factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(6):977–995.
- Kabeer N (2001). Conflicts over credit: Re-evaluating the empowerment potential of loans to women in rural Bangladesh. *World Development*, 29(1):63–84.
- Katz J (2006). *The Macho paradox: why some men hurt women and how all men can help*. Napierville (IL), Sourcebooks.
- Kim J et al. (2009). Assessing the incremental effects of combining economic and

- health interventions: the IMAGE study in South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(11):824–832.
- Kitzmann KM et al. (2003). Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of Consultative Clinical Psychology*, 71(2):339–352.
- Knox KL et al. (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *British Medical Journal*, 327:1376–1381.
- Koenig MA, Saifuddin A, Mian Bazle H, and Khorshed Alam Mozumder ABM (2003) Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: individual- and community-level effects. *Demography*, 40(2):269–288.
- Koenig MA et al. (2004). Coercive sex in rural Uganda: prevalence and associated risk factors. *Social Science and Medicine*, 58(4):787–798.
- Koenig MA et al. (2006). Individual and contextual determinants of domestic violence in north India. *American Journal of Public Health*, 96(1):132–138.
- Krug EG et al. (2002). Eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization.
- Lankester T (1992). *Setting up community health programmes: a practical manual for use in developing countries*. London, Macmillan Press.
- Laranjeira R, Hinkly D (2002). Evaluation of alcohol outlet density and its relation with violence. *Revista de Saúde Pública*, 36(4):455–461.
- Last JM (2001). *A dictionary of epidemiology*, 4th Edition, International Epidemiological Association. New York, Oxford University Press.
- Levinson D (1989). *Family violence in cross-cultural perspective*. Thousand Oaks (CA), Sage.
- Liu M, Chan C (1999). Enduring violence and staying in marriage. Stories of battered women in rural China. *Violence Against Women*, 5:1469–1492.
- Lösel F, Beelmann A. (2003). Effects of child skills training in preventing antisocial behaviour: a systematic review of randomized evaluations. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587:84–109.
- Maman S et al. (2000). The intersection of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine*, 50(4):459–478.
- Mangiolo R (2009). The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7):647–657.
- Markowitz S (2000). The price of alcohol, wife abuse, and husband abuse. *Southern Economic Journal*, 67:279–303.
- Marshall AD, Panuzio J, Taft CT (2005). Intimate partner violence among military veterans and active duty servicemen. *Clinical Psychology Review*, 25(7):862–876.
- Martin EK, Taft CT, Resick PA (2007). A review of marital rape. *Aggression and Violent Behavior*, 12(3):329–347.
- McGuigan WM, Pratt CC (2001). The Predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 25:869–883.

- Meltzer H et al. (2003). *Persistence, onset, risk factors and outcomes of childhood mental disorders*. Office for National Statistics. HMSO, London.
- Mercy JA et al. (2002). Youth violence. In: Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*, pp. 23–56. Geneva, World Health Organization.
- Mikton C, Butchart A (2009). Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(5):353–361.
- Mirrlees-Black C (1999). *Domestic violence: findings from a new British Crime Survey self-completion questionnaire*. Home Office Research Study 191. London, Home Office. Available at: www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hors191.pdf
- Mitra A, Singh P (2007). Human capital attainment and gender empowerment: the Kerala paradox. *Social Science Quarterly*, 88:1227–1242.
- Morrison A, Ellsberg M, Bott S (2007). Addressing gender-based violence: a critical review of interventions. *The World Bank Observer*, 22(1):25–51.
- Morrison S et al. (2004). *An evidence-based review of sexual assault preventive intervention programs*. Department of Justice. Available at: www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/207262.pdf
- National Collaborating Centre for Mental Health (2007). *Antenatal and postnatal mental health*. NICE Clinical Guideline no 45. NICE, London.
- Olds DL, Sadler L, Kitzman H (2007). Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48:355–391.
- Paine K et al. (2002). Before we were sleeping, now we are awake: preliminary evaluation of the Stepping Stones sexual health programme in The Gambia. *African Journal of AIDS Research*, 1(1):39–40.
- Palmer CA (1999). Rapid appraisal of needs in reproductive health care in southern Sudan: qualitative study. *British Medical Journal*, 319:743–748.
- Petersen I, Bhana A, McKay M (2005). Sexual violence and youth in South Africa: the need for community based prevention interventions. *Child Abuse & Neglect*, 29:1233–1248.
- Philpart et al. (2009). Prevalence and risk factors of gender-based violence committed by male college students in Awassa, Ethiopia. *Violence and Victims*, 24(1):122–136.
- Plichta SB, Falik M (2001). Prevalence of violence and its implications for women's health. *Women's Health Issues*, 11:244–258.
doi:10.1016/S1049-3867(01)00085-8 PMID:11336864
- Rahman A (1999). *Women and microcredit in rural Bangladesh: anthropological study of the rhetoric and realities of Grameen Bank lending*. Boulder (CO), Westview Press.
- Ramiro LS, Hassan F, Peedicayil A (2004). Risk markers of severe psychological violence against women: a WorldSAFE multi-country study. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 11(2):131–137.
- Reza A et al. (2009). Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. *The Lancet*, 373(9679):1966–1972.
- Rhyne E (2001). *Mainstreaming microfinance: how lending to the poor began, grew, and came of age in Bolivia*. Green Haven (CT), Kumarian Press.

- Romans S et al. (2007). Who is most at risk for intimate partner violence? A Canadian population-based study. *Journal of Interpersonal Violence*, 22:1495–1514.
- Room R et al. (2003). *Alcohol in developing societies: a public health approach*. Helsinki and Geneva, Finnish Foundation for Alcohol Studies and World Health Organization.
- Russo NF, Pirlott A (2006). Gender-based violence: concepts, methods, and findings. *Annals of the New York Academy of Science*, 1087:178–205.
- Schewe PA (2007). Interventions to prevent sexual violence. In: Doll L et al., eds. *Handbook of injury and violence prevention*, pp.183–201. New York (NY), Springer.
- Schopper D, Lormand J-D, Waxweiler R (2006). *Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners*. Geneva, World Health Organization. Available at: www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf
- Schuler SR et al. (1996). Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 43(12):1729–1742.
- Schwartz JP et al. (2006). Unhealthy parenting and potential mediators as contributing factors to future intimate violence: a review of the literature. *Trauma Violence & Abuse*, 7(3):206–221.
- Sheehan D (2008). *Alcohol, health and wider social impact*. SE Regional Public Health Group Information Series. Department of Health, England.
- Shipway L (2004). *Domestic violence: a handbook for health professionals*. London, Routledge.
- Silverman JG, Raj A, Clements K (2004). Dating violence and associated sexual risk and pregnancy among adolescent girls in the United States. *Pediatrics*, 114(2):e220–e225.
- Silverman JG et al. (2009). Maternal experiences of intimate partner violence and child morbidity in Bangladesh: evidence from a national Bangladeshi sample. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(8):768–770.
- Skowron EA, Reinemann DHS (2005). Psychological interventions for child maltreatment: A meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 42:52–71.
- Slap GB et al. (2003). Sexual behaviour of adolescents in Nigeria: cross sectional survey of secondary school students. *British Medical Journal*, 326(7379):15.
- Smith JD et al. (2004). The effectiveness of whole-school antibullying programs: a synthesis of evaluation research. *School Psychology Review*, 33:548–561.
- Smith PH, White JW, Holland LJ (2003). A longitudinal perspective on dating violence among adolescent and college-age women. *American Journal of Public Health*, 93(7):1104–1109.
- Smith Fawzi MC et al. (2005). Factors associated with forced sex among women accessing health services in rural Haiti: implications for the prevention of HIV infection and other sexually transmitted diseases. *Social Science and Medicine*, 60:679–689.
- Smithey M, Straus MA (2004). Primary prevention of intimate partner violence. In Kury H, Obergefell-Fuchs J, eds. *Crime prevention – new approaches*, pp. 239–276. Mainz,

Weisser Ring Gemeinnützige Verlags-GmbH.

Söchting I, Fairbrother N, Koch WJ (2004). Sexual assault of women: Prevention efforts and risk factors. *Violence Against Women*, 10(1):73–93.

Solórzano I, Abaunza H, Molina C (2000). Evaluación de impacto de la campaña contra las mujeres un desastre que los hombres si podemos evitar [*Impact evaluation of the campaign violence against women: a disaster we can prevent as men*]. Managua, CANTE-RA.

Stith SM et al. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: a meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 10(1):65–98.

Straus MA (1999). The controversy over domestic violence by women: a methodological, theoretical, and sociology of science analysis. In Arriaga X, Oskamp S, eds. *Violence in intimate relationships*, pp. 17–44. Thousand Oaks (CA), Sage.

Straus MA (2009). Gender symmetry in partner violence: the evidence and the implications for primary prevention and treatment. In Lutzker JR, Whitaker DJ, eds. *Prevention of partner violence*. Washington DC, American Psychological Association.

Stuart GL et al. (2003). Reductions in marital violence following treatment for alcohol dependence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18:1113–1131.

Swart LA et al. (2002). Violence in adolescents' romantic relationships: findings from a survey amongst school-going youth in a South African community. *Journal of Adolescence*, 25(4):385–395.

Taft CT et al. (2009). Intimate partner violence against African American women: an examination of the socio-cultural context. *Aggression and Violent Behavior*, 14:50–58.

Tang CS, Lai BP (2008). A review of empirical literature on the prevalence and risk markers of male-on-female intimate partner violence in contemporary China, 1987–2006. *Aggression and Violent Behavior*, 13(1):10–28.

Testa M (2004). The role of substance use in male-to-female physical and sexual violence: a brief review and recommendations for future research. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(12):1494–1505.

Tjaden P, Thoennes N (2006). Extent, nature, and consequences of rape victimization: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington DC, US Department of Justice. Available at: www.ojp.usdoj.gov/nij/pubs-sum/210346.htm

Usdin S et al. (2005). Achieving social change on gender-based violence: a report on the impact evaluation of Soul City's fourth series. *Social Science and Medicine*, 61(11):2434–2445.

Uthman OA, Lawoko S, Moradi T (2009). Factors associated with attitudes towards intimate partner violence against women: a comparative analysis of 17 sub-Saharan countries. *BMC International Health and Human Rights*, 9:14.

Vest JR et al. (2002). Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(3):156–164.

Vos T et al. (2006). Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(9):739–744.

Vung ND, Krantz G (2009). Childhood experiences of interparental violence as a risk factor for intimate partner violence: a population-based study from northern Vietnam. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63:708–714.

- Walby S (2004). The cost of domestic violence. Women and Equality Unit, DTI. London. Available at: www.lancs.ac.uk/fass/sociology/papers/walby-costdomesticviolence.pdf
- Welbourn A (2009). Stepping Stones – list of surveys and reports to 2006 and some quotes from Stepping Stones users around the world. Some brief notes prepared for the UNAIDS pre-Think Tank Meeting on Evaluation Strategies for Prevention Interventions, Geneva. Available at: www.steppingstonesfeedback.org/resources/22/Welbourn_Quotes_UNAIDS_Presentation_2009.pdf
- Welsh P (1997). Hacia una masculinidad sin violencia en las relaciones de pareja [Towards masculinity without partner violence]. Managua, CANTERA.
- Whitaker DJ et al. (2006). A critical review of interventions for the primary prevention of perpetration of partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 11:151–166.
- Whitaker DJ, Baker CK, Arias I (2007). Interventions to prevent intimate partner violence. In: Doll L et al., eds. *Handbook of injury and violence prevention*, pp.203–223. New York (NY), Springer.
- Winslow CEA (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51(1306):23–33.
- WHO-ISPCAN (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Available at: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/child_maltreatment/en/index.html
- WHO (2001). Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva, World Health Organization. Available at: www.who.int/gender/violence/en/womenfirstseng.pdf
- WHO/UNAIDS (2010). Addressing violence against women and HIV/AIDS: What works? Geneva, World Health Organization. Available at www.who.int/reproductive-health/topics/violence.
- Williams JR et al. (2008). Female perpetration of violence in heterosexual intimate relationships: adolescence through adulthood. *Trauma Violence & Abuse*, 9(4):227–249.
- Wolfe DA et al. (2003). The effects of children’s exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3):171–187.
- Wolfe DA et al. (2003). Dating violence prevention with at-risk youth: a controlled outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2):279–291.
- Wolfe DA et al. (2009). A school-based program to prevent adolescent dating violence: a cluster randomized trial. *Archives of Paediatrics & Adolescent Medicine*, 163(8):692–699.
- Xu X et al. (2005). Prevalence of and risk factors for intimate partner violence in China. *American Journal of Public Health*, 95:78–85.

ANNEXE A

Définitions opérationnelles

Si l'on entend mesurer l'ampleur de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle, il est important d'avoir des définitions opérationnelles faisant référence à des comportements précis. Cela évite les interprétations subjectives et permet les comparaisons entre différents cadres. Les définitions opérationnelles servent aussi bien dans les enquêtes épidémiologiques de population que pour le suivi des cas recensés par les services sanitaires, policiers et autres.

Enquêtes de population

En règle générale, les enquêtes de population qui portent sur la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle recourent à une liste d'actes précis pour interroger les sujets sur la violence qui leur a été faite. La recherche indique en effet que les questions visant des comportements particuliers, par exemple : *avez-vous déjà été forcée à avoir des rapports sexuels contre votre gré?* – produisent un taux de réponses positives supérieur que lorsqu'on se contente de poser des questions plus générales sur l'expérience de la « violence » ou du « viol ». Les questions sur les comportements permettent également d'évaluer le degré de gravité des faits. Les enquêteurs peuvent depuis déterminer depuis quand se produisent ces incidents et à quelle fréquence. Lorsque la violence dépasse en gravité le fait de gifler, de bousculer, ou de lancer un objet sur une personne, les études la qualifient généralement de « violence grave », encore que certains observateurs s'opposent à une définition de la gravité en fonction de l'acte seul. Une série d'outils pratiques ont été mis au point (Basile, Hertz & Back, 2007) pour quantifier aussi bien l'expérience de la violence subie par une victime que le comportement des auteurs, à partir de questionnaires standardisés et validés conçus pour les enquêtes transversales. L'**Encadré 10** présente les définitions opérationnelles utilisées dans l'*Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes* (Garcia-Moreno et al., 2005). L'instrument de l'OMS comporte une série de questions fondamentales qui ont été reprises de manière comparable dans de nombreux pays, certains en y apportant des variantes en fonction des besoins locaux. Ces questions sur la violence domestique de même que leurs variantes sont consultables ici : www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/. On pourrait préparer des questions analogues, faisant allusion à des comportements précis, sur la violence physique et sexuelle exercée par des personnes autres que les partenaires intimes. Les données quantitatives devraient être complétées par des données qualitatives qui aideront à resituer la violence et à mieux la comprendre.

ENCADRÉ 10

Définitions opérationnelles servant à mesurer la violence physique et sexuelle, la maltraitance psychologique et les comportements dominateurs de la part d'un partenaire intime*Violence physique***Violence modérée :**

- A été giflée, ou un objet susceptible de la blesser a été lancé sur elle
- A été poussée ou bousculée, ou (dans deux sites) a été prise par les cheveux

Violence grave :

- A été frappée avec le poing ou un objet
- A reçu des coups de pied, a été traînée ou battue
- A été étranglée ou brûlée délibérément
- A été menacée d'un fusil, d'un couteau ou d'une autre arme, ou a été agressée avec de telles armes

Violence sexuelle

- A été forcée physiquement à avoir des rapports sexuels contre son gré
- A eu des rapports sexuels parce qu'elle avait peur de ce que pourrait faire son partenaire
- A été contrainte à une pratique sexuelle qu'elle juge dégradante ou humiliante

Maltraitance psychologique

- A été insultée ou culpabilisée
- A été humiliée ou rabaissée devant d'autres personnes
- A été effrayée ou intimidée de façon délibérée (p. ex., regards menaçants, cris, bris d'objets)
- Le partenaire a menacé de faire du mal à un proche de la personne interrogée

Comportements dominateurs du partenaire envers la personne interrogée

- Essaie de l'empêcher de voir des amis
- Essaie de limiter ses contacts avec sa famille d'origine
- Insiste pour savoir où elle se trouve à tout moment
- L'ignore ou la traite avec indifférence
- Se met en colère si elle adresse la parole à d'autres hommes
- L'accuse fréquemment de lui être infidèle
- Contrôle son accès aux soins de santé

Source : Garcia-Moreno et al. (2005)

Suivi axé sur les services et codes de la CIM-10

Il est essentiel d'utiliser des définitions normalisées pour le signalement des cas aux fins de la surveillance et du suivi de l'utilisation des services. La Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès (CIM), dixième édition (la 11e révision est en cours) est la classification diagnostique internationale unique pour tout ce qui concerne l'épidémiologie générale et de nombreux problèmes de prise en charge sanitaire.

La plupart des pays se sont dotés de lignes directrices officielles pour la codification et le signalement, inspirées de la 9^e ou la 10^e édition de la CIM. Toutefois, en ce qui concerne la classification des cas de violence entre partenaires intimes et de violence sexuelle, ces lignes directrices sont sans doute appliquées dans un petit nombre d'établissements, et encore, de façon sélective, ce qui compromet la fiabilité de la codification. Dans de tels cas, il pourra être utile de constituer un groupe de travail chargé d'améliorer la classification et de préparer un ensemble de principes directeurs sur l'attribution des codes de la CIM aux cas confirmés ou soupçonnés de violence dans le couple et de violence sexuelle.

L'attribution des codes de la CIM à un cas n'a lieu qu'après que les professionnels de la santé ont apporté les soins nécessaires et fait de leur mieux pour arriver à une conclusion définitive quant aux causes externes du problème présenté. La classification de la cause du décès se fonde habituellement sur le rapport du coroner et les conclusions de l'enquête. Pour les cas n'entraînant pas la mort, la classification de la cause du traumatisme dépend généralement de l'information figurant aux dossiers qui consignent les sorties des patients hospitalisés et les visites au service d'urgence.

Les deux principales composantes de la CIM concernent la *nature* de l'affection présentée (par exemple, une hémorragie sous-durale traumatique) et sa *cause externe*. Les données ne font pas toujours état du lien entre l'auteur de violence et la victime, ce qui complique la documentation des blessures résultant, par exemple, de la violence exercée par un partenaire intime.

La violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle peuvent avoir un grand nombre de répercussions sur la santé (voir le [Chapitre 1](#)). Bien qu'il soit possible d'identifier certains états de santé qui évoquent davantage que d'autres la présence de ce type de violences, c'est par le biais de l'attribution d'une cause externe – ou code E – que l'on classera un cas individuel de violence entre partenaires intimes ou de violence sexuelle comme avéré ou soupçonné.

Les codes de la CIM-10 pour les agressions vont du X85 au Y09 et comprennent :

- **Y05** : Agression sexuelle par la force physique, dont le viol (tentative), la sodomie (tentative);
- **Y06** : Délaissement et abandon, par le conjoint ou le partenaire, un parent, une relation ou un ami, d'autres personnes précisées, une personne non précisée;
- **Y07** : Autres mauvais traitements comprenant la cruauté mentale, les sévices physiques, les sévices sexuels, la torture, par le conjoint ou le partenaire, un parent, une relation ou un ami, des autorités officielles, d'autres personnes précisées, une personne non précisée; exclut le délaissement et l'abandon ainsi que l'agression sexuelle par la force physique.

Il faut encourager les professionnels qui s'occupent d'attribuer les codes de la CIM et de remplir les certificats de décès à préciser la relation entre l'auteur des sévices et la victime lorsque ce lien est connu.

ANNEXE B

Activités pouvant servir à l'évaluation des processus des programmes de prévention, et sources d'information possibles sur ces activités

Activités	Sources d'information possibles
DÉMARCHES POUR PROMOUVOIR L'ÉLABORATION OU LA MODIFICATION DE LOIS SUR LA VIOLENCE ENTRE PARTENAIRES INTIMES ET LA VIOLENCE SEXUELLE	
- Nombre de lettres envoyées - Nombre de prises de contact - Réunions d'information publique et nombre de participants - Communiqués de presse préparés/diffusés	- Correspondance - Dossier des prises de contact téléphoniques et en personne - Calendriers - Documents et dossiers
CAMPAGNE D'INFORMATION PUBLIQUE	
- Messages créés et testés - Abonnés/auditeurs/télespectateurs lors de la diffusion de chaque message - Nombre de diffusions du message - Communiqués de presse distribués/mentionnés par la presse - Entrevues/discussions sollicitées - Personnes exposées à l'information et taux de mémorisation	- Dossiers et résultats des groupes de discussion - Rapports de l'établissement - Rapports de l'établissement - Registres et recherches dans les médias - Registres - Enquêtes communautaires
FORMATION DE COALITIONS	
- Groupes/organismes/communautés/personnes contactées - Réunions et membres participants - Nombre/type de mesures adoptées - Interactions entre les membres de la coalition	- Registres - Calendriers et procès verbaux - Procès verbaux - Enquêtes et entrevues
PROGRAMME DE MICROFINANCEMENT	
- Nombre de demandes - Nombre, taille, lieu et nature des entreprises bénéficiaires - Nombre de prêts remboursés	Formules-types pour la collecte de données
PROGRAMME ÉDUCATIF	
- Qualifications et formation du personnel - Activités de recrutement et portée - Demandes de renseignement reçues et source d'information des demandeurs - Nombre d'inscrits, de participants et de décrocheurs, et autres données sur ces groupes - Différences entre non-participants, participants, décrocheurs et population cible - Obstacles à la participation - Nombre de séances/modules offerts - Principaux domaines de contenu couverts lors de chaque séance et temps alloué au traitement - Qualité de la prestation - Satisfaction des participants/améliorations recommandées - Mémorisation des messages par les participants - Satisfaction du personnel à l'égard du programme et d'autres membres du personnel, améliorations recommandées	- Dossiers et documents d'embauche - Observation - Registres et enquête sur le degré de sensibilisation du public - Agenda téléphonique - Demandes d'inscription et feuilles de présence - Enquête de suivi sur les décrocheurs/non-participants - Journaux de bord/rapports du personnel - Observation - Enquête - Observation ou enquête - Enquête ou entrevues - Enquête ou entrevues - Enquête ou entrevues

Pour plus d'information, veuillez contacter :

Département Prévention de la violence et du traumatisme et handicap
Organisation mondiale de la Santé
20 Avenue Appia, CH-1211 Genève 27, Suisse
Tel +41-22-791-2064
Fax +41-22-791-4489
Email: violenceprevention@who.int
www.who.int/violence_injury_prevention

Département Santé et Recherche génésiques
Organisation mondiale de la Santé
20 Avenue Appia, CH-1211 Genève 27, Suisse
Tel +41-22-791-4136
Fax +41-22-791-4171
Email: reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductivehealth



**Organisation
mondiale de la Santé**

ISBN 978 92 4 256400 6

