

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

Conséquences sur la santé

La violence a des effets immédiats sur la santé des femmes, mortels dans certains cas. Ses conséquences sur la santé physique, mentale et comportementale (1) peuvent par ailleurs perdurer longtemps après qu'elle s'est arrêtée.

La violence à l'égard des femmes et des filles se retrouve dans tous les pays et toutes les cultures, ancrée dans les attitudes et les normes sociales et culturelles qui privilégient les hommes par rapport aux femmes et les garçons aux filles. La violence peut prendre plusieurs formes, parmi lesquelles :

- la violence d'un partenaire intime (parfois appelée violence domestique ou familiale, ou violence conjugale, et couvrant les sévices physiques, sexuels, ou psychologiques) ;
- la violence dans les fréquentations, ou la violence à l'occasion des sorties entre jeunes ;
- la violence sexuelle (y compris le viol) exercée par des étrangers, des connaissances, ou des partenaires ;
- le viol systématique pendant les conflits armés ;
- la prostitution forcée, la traite des femmes et des filles, ou d'autres formes d'exploitation sexuelle ;
- les mutilations génitales féminines (FGM) et autres pratiques traditionnelles néfastes ;
- les violences liées à la dot ;
- le mariage ou la cohabitation forcés, notamment les coutumes de l'héritage de l'épouse et de « l'enlèvement des fiancées » ;
- le fémicide et le meurtre de filles ou de femmes au nom de « l'honneur » ; et
- l'infanticide des petites filles, et la négligence délibérée à l'égard des filles.

La prévalence et les formes de violence contre les femmes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire peuvent différer de celles dans les pays à revenu plus élevé, mais les incidences sur la santé semblent, quant à elles, similaires dans tous les milieux (**Tableau 1**). Toutefois, la nature ou la gravité des effets de la violence peuvent être influencées par des facteurs propres au contexte, tels que : la pauvreté ; l'inégalité des sexes ; les pratiques culturelles ou religieuses ;

TABLEAU 1

Conséquences fréquentes de la violence à l'égard des femmes sur la santé (2–5)

Physique	Sexuelle et génésique
<ul style="list-style-type: none"> traumatismes physiques aigus ou immédiats, tels qu'ecchymoses, abrasions, lacérations, perforations, brûlures et morsures, ainsi que fractures et os ou dents cassés blessures plus graves, susceptibles d'entraîner des incapacités, notamment les blessures à la tête, aux yeux, aux oreilles et les traumatismes au thorax et à l'abdomen troubles gastro-intestinaux, problèmes de santé à long terme et mauvais état de santé, notamment syndromes de douleur chronique décès, notamment fémicide et décès liés au SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> grossesse involontaire/non désirée avortement/avortement dans de mauvaises conditions de sécurité infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH complications de la grossesse/fausse-couche hémorragies ou infections vaginales infections pelviennes chroniques infections urinaires fistule (déchirure entre le vagin et la vessie, entre le vagin et le rectum, ou les deux) rappports sexuels douloureux troubles sexuels
Mentale	Comportementale
<ul style="list-style-type: none"> dépression troubles du sommeil et de l'alimentation stress et troubles anxieux (par exemple, l'état de stress post-traumatique) comportements autodestructeurs et tentatives de suicide mauvaise estime de soi 	<ul style="list-style-type: none"> usage nocif de l'alcool et toxicomanies multiples partenaires sexuels choix de partenaires violents plus tard dans la vie diminution du recours aux contraceptifs et aux préservatifs

l'accès aux services sanitaires et juridiques et aux autres services d'appui ; les conflits ou les catastrophes naturelles ; la prévalence du VIH/SIDA ; et les environnements juridiques et politiques.

Effets sur la santé physique

Les répercussions de la violence sur la santé peuvent être aiguës et immédiates, de longue durée et chroniques, et/ou mortelles. Les recherches font systématiquement ressortir que plus la violence est grave, plus son impact sur la santé physique et mentale de la femme est profond. De plus, les répercussions négatives de la violence sur la santé peuvent persister longtemps après que celle-ci s'est arrêtée. Les conséquences de la violence ont tendance à être plus graves lorsque la femme est confrontée à plus d'un type de violence (par exemple, physique et sexuelle) et/ou à de multiples incidents au fil du temps (6,7).

Traumatismes physiques aigus ou immédiats

Les femmes sont beaucoup plus exposées que les hommes au risque de souffrir de traumatismes physiques par suite d'actes de violence physique commis par des partenaires intimes (6). Dans l'*Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes*, entre 19 % (Éthiopie) et 55 % (Pérou) des femmes ayant subi des violences physiques de la part de leur partenaire intime ont déclaré avoir été blessées (4).

Problèmes de santé chroniques

Dans la plupart des milieux, les femmes ayant subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire après l'âge de 15 ans risquent

significativement plus que les autres de faire état d'un mauvais état de santé général, de douleurs chroniques, de pertes de mémoire, et de problèmes pour se déplacer et se livrer à leurs activités quotidiennes (4). Des études ont également montré que les femmes ayant des antécédents de mauvais traitements risquent plus que les autres de connaître toutes sortes de problèmes de santé chroniques tels que maux de tête, douleur pelvienne chronique, mal de dos, douleurs abdominales, syndrome du côlon irritable, et troubles gastro-intestinaux (2,3).

Fémicide¹

À l'échelle mondiale, les femmes risquent plus d'être tuées par quelqu'un qui leur est proche ; 30 à 70 % de tous les meurtres de femmes commis dans des endroits aussi variés qu'en Israël, en Afrique du Sud et aux États-Unis sont en effet imputables à leurs partenaires intimes masculins (7). Dans certaines régions du Moyen-Orient et d'Asie du Sud, les femmes sont parfois tuées par des membres de leur famille proche au nom de « l'honneur » en raison de leur comportement perçu comme une transgression sexuelle (7), tandis que dans des zones telles que le sous-continent indien, les jeunes mariées sont parfois tuées par des membres de la famille de leur mari en raison de conflits liés à la dot (9).

Cependant, tout autant que les hommes, il arrive également que des femmes soient assassinées par des éléments criminels de la communauté. De tels crimes peuvent être commis au hasard, mais il existe des exemples inquiétants de meurtres systématiques de femmes, en particulier en Amérique latine.

Mutilations génitales féminines²

Les MGF ont de graves conséquences sur le plan sanitaire et ne présentent aucun avantage pour la santé. Elles consistent en l'ablation de tissus génitaux normaux et sains, ou endommagent ces tissus, et entravent le fonctionnement naturel de l'organisme féminin. Toutes les formes de MGF peuvent provoquer une hémorragie et une douleur immédiates et s'accompagnent d'un risque d'infection. La présence de MGF augmente le risque de complications obstétricales et de décès périnatal (10). Ce sont les formes de MGF les plus radicales qui causent les plus graves préjudices. Les troubles sexuels sont par ailleurs plus répandus chez les femmes qui ont subi une MGF – celles-ci ont 1,5 fois plus de risques de souffrir pendant les rapports sexuels, ressentent significativement moins de plaisir sexuel, et sont deux fois plus nombreuses à signaler une baisse ou une absence de désir sexuel (11).

Effets sur la santé sexuelle et génésique

Troubles et lésions gynécologiques

Les femmes qui sont confrontées à la violence sexuelle présentent des taux plus élevés de problèmes gynécologiques que les autres femmes, notamment des infections vaginales, des rapports sexuels douloureux, des douleurs pelviennes chroniques et des infections urinaires (3,5). Par exemple, des recherches basées sur des études en population aux États-Unis ont constaté que les femmes ayant subi des violences de la part de partenaires intimes avaient un risque trois fois plus élevé de connaître des problèmes gynécologiques que les femmes non

¹ Pour en savoir plus, consulter la fiche d'informations sur le fémicide dans cette série.

² Pour en savoir plus, consulter la fiche d'informations sur les mutilations génitales féminines dans cette série.

maltraitées (12). Toutefois, même en l'absence de violence sexuelle, les femmes exposées à la violence d'un partenaire semblent présenter un risque accru de problèmes gynécologiques, mais l'on n'en connaît pas très clairement les raisons (2).

La violence sexuelle provoque souvent des lésions gynécologiques, surtout dans les cas de viol avec objets, ou lorsqu'une fille est contrainte d'avoir des rapports sexuels et donne naissance à un enfant avant que son bassin ne soit complètement formé (13,14). Les lésions gynécologiques peuvent comprendre la déchirure du vagin ; la fistule (une déchirure entre le vagin et la vessie, entre le vagin et le rectum, ou les deux) ; l'hémorragie, les infections ou les ulcérations ; et d'autres lésions génitales ou des complications lors de l'accouchement.

Grossesse involontaire et non désirée

Les femmes qui sont confrontées à la violence physique d'un partenaire intime, ou qui ont été victimes de rapports sexuels forcés, semblent présenter un risque plus élevé de grossesse involontaire ou non désirée que les femmes sans antécédents de mauvais traitements, aussi bien à court terme que tout au long de leur vie reproductive (1). Des études ont documenté les taux de grossesse après à un viol commis par un homme autre que le partenaire, qui allaient de 5 % chez les femmes aux États-Unis (15) à 17 % chez les adolescentes en Éthiopie et 15-18 % chez les filles et les femmes venues consulter dans des centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles à Mexico, en Thaïlande et dans la République de Corée (16). Le risque de grossesse non désirée peut être la conséquence directe de rapports forcés ou de difficultés à négocier l'utilisation de contraceptifs ou de préservatifs dans une relation violente, ou une conséquence indirecte de comportements sexuels à haut risque liés à des sévices sexuels subis pendant l'enfance ou l'adolescence (5).

Avortement/avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité

Les filles et les femmes qui sont enceintes par suite de rapports sexuels forcés mettent souvent fin à leur grossesse, qu'elles aient ou non la possibilité d'avorter dans de bonnes conditions de sécurité. La violence exercée par le partenaire intime, le viol commis par un homme autre que le partenaire, et le commerce du sexe sont tous associés à des taux plus élevés d'interruption de grossesse. Par exemple, l'*Étude multipays de l'OMS* a relevé que dans la majorité des contextes étudiés, les femmes qui avaient subi des violences sexuelles ou physiques de la part de partenaires intimes présentaient également des taux significativement plus élevés d'avortement provoqué que les autres femmes (4).

Par exemple, dans le sud du Nigeria, où l'avortement est souvent pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, les jeunes femmes qui avaient fait l'expérience du commerce du sexe ou de rapports sexuels forcés étaient beaucoup plus susceptibles que les autres de déclarer avoir déjà subi un avortement (17). Dans une étude de 1996 menée aux États-Unis, 32,2 % des femmes enceintes suite à un viol ont gardé l'enfant ; 50 % ont subi une interruption volontaire de grossesse ; et des proportions plus faibles ont abandonné leur enfant pour qu'il soit adopté ou ont fait une fausse-couche (respectivement 5,9 % et 11,8 %) (15).

VIH et autres infections sexuellement transmissibles

Des études menées dans de nombreux milieux à revenu élevé et à faible revenu ont constaté que les femmes séropositives risquent plus que les autres

d'être confrontées à la violence physique et sexuelle (18). Dans des recherches conduites en Inde et en Afrique du Sud, par exemple, il a été constaté que la violence du partenaire intime était fortement associée au risque pour une femme de contracter le VIH (19,20). La violence peut augmenter la vulnérabilité des femmes face au VIH et à d'autres infections sexuellement transmissibles de manière directe ou indirecte, par exemple :

- La violence d'un partenaire intime fait qu'il est difficile pour une femme de refuser d'avoir des rapports sexuels ou de persuader son partenaire d'utiliser des préservatifs (18).
- Les rapports sexuels forcés peuvent déchirer le vagin, et donc augmenter le risque de transmission du VIH (18).
- Les sévices sexuels pendant l'enfance peuvent augmenter les taux de comportements sexuels à risque plus tard dans la vie, notamment une moindre utilisation des préservatifs, des partenaires multiples, et une exposition à de nouvelles violences (21).
- La peur de la violence peut empêcher les femmes d'avoir recours à des services de dépistage du VIH ou de conseil en matière de VIH, notamment des services pour prévenir la transmission du VIH aux nourrissons (18).

Il est important de remarquer que la violence à l'égard des femmes est non seulement un facteur de risque possible pour le VIH, mais aussi une conséquence possible de la divulgation de l'état de séropositivité (18).

Mortalité maternelle et autres conséquences liées à la grossesse

Il existe un lien évident, preuves à l'appui, entre la violence physique et sexuelle pendant la grossesse et bon nombre de ses complications, parmi lesquelles : faible gain de poids maternel ; fausse-couche et naissance d'enfants mort-nés (3,21) ; et bébés de faible poids à la naissance. Par exemple, une étude au Nicaragua a révélé que près d'un quart des mères de nourrissons présentant une insuffisance pondérale à la naissance avaient subi des violences physiques de la part d'un partenaire intime au cours de leur grossesse, contre 5 % des mères qui n'avaient pas subi ce genre de maltraitance (23).

Une autre conséquence souvent négligée de la violence pendant la grossesse est le décès de la mère. Dans des cadres aussi variés que le Bangladesh (24), l'Inde (25) et les États-Unis (26), la violence exercée par le partenaire intime est responsable d'une part importante des décès chez les femmes enceintes. Par exemple il ressort d'une étude réalisée dans 400 villages d'une région rurale de l'Inde que 16 % des décès maternels survenus pendant la grossesse étaient imputables à la violence du partenaire (25) ; de plus, le fémicide était la principale cause de décès liés à la grossesse dans l'état américain du Maryland entre 1993 et 1998 (27). Au Royaume-Uni, plus de 14 % des décès maternels concernent des femmes qui ont indiqué à leur médecin qu'elles vivent dans une relation violente (28).

Effets sur la santé mentale et comportementale

La violence aussi bien physique que sexuelle s'accompagne d'un risque accru d'effets néfastes sur la santé mentale des femmes (3). Les plus courants comprennent la dépression (14), les tentatives de suicide, l'état de stress post-traumatique, d'autres troubles liés au stress et les troubles anxieux, les troubles du sommeil ou de l'alimentation, et les troubles psychosomatiques (5,6). Les sévices physiques et sexuels durant l'enfance ont également été associés à

une multitude de comportements à risque ultérieurs, parmi lesquels l'activité sexuelle précoce ; l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie ; la multiplicité des partenaires sexuels ; le choix de partenaires violents plus tard dans la vie ; et une diminution du recours aux contraceptifs et aux préservatifs (21,29). Les femmes qui déclarent avoir subi des violences sexuelles au début de leur enfance confient souvent qu'elles éprouvent un sentiment d'inutilité et des difficultés à faire la différence entre un comportement sexuel et un comportement chaleureux et attentionné ; elles s'imposent des limites personnelles appropriées, et repoussent les avances sexuelles non sollicitées. Des études ont permis d'établir un lien systématique entre les sévices sexuels subis pendant l'enfance et le risque accru d'exposition à la violence sexuelle plus tard dans la vie (21,29).

Recours accru aux services de santé et augmentation du coût de ces services

Les femmes victimes de violences de la part d'un partenaire intime ont davantage de besoins en matière de soins de santé et ont plus fréquemment recours aux services de santé que la population générale ; de plus leur recours à ces services augmente à mesure qu'augmentent la fréquence et la gravité des violences subies (30). Une étude américaine de grande envergure a constaté que ce sont les femmes vivant dans des relations violentes qui font le plus appel aux services de santé (31).

Par contre, les femmes victimes de violences de la part d'un partenaire intime ont moins tendance à solliciter des soins préventifs, tels que les mammographies, les contrôles du taux de cholestérol et de la tension artérielle, et le dépistage du cancer. Cet état de fait a des répercussions évidentes sur la santé générale des femmes exposées à la violence, ainsi que sur le coût des soins de santé, la prévention étant en effet habituellement plus économique que le traitement (30). Dans une étude portant sur plus de 3000 femmes aux États-Unis, le coût annuel des soins de santé était 42 % plus élevé chez les victimes de violences physiques de la part d'un partenaire intime au moment de l'étude, et 19 à 24 % plus élevé chez les victimes ayant subi ce type de violence au cours des cinq années précédant l'étude (31).

Bibliographie

1. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999.
2. Campbell J et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 2002, 162(10):1157-63.
3. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359(9314):1331-36.
4. Garcia-Moreno C et al. *Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
5. Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C. La violence sexuelle. Dans : Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, eds. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2002, 147-182.
6. Johnson MP, Leone JM. The differential effects of intimate terrorism and situational couple violence: findings from the national violence against women survey. *Journal of Family Issues*, 2005, 26(3):322-49.

7. Heise L, Garcia Moreno C. La violence exercée par des partenaires intimes. Dans : Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, éd. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002, 87–121.
8. Burney S. *Crime or custom: violence against women in Pakistan*. New York, NY, Human Rights Watch, 1999.
9. Bloch F, Rao V. *Terror as a bargaining instrument: a case study of dowry violence in rural India*. Washington, DC, World Bank Development Research Group PaHD, 2000.
10. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*, 2006, 367(9525):1835–41.
11. Berg R, Denison E, Fretheim A. *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies*. Oslo, Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten, 2010.
12. McCauley J et al. The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123(10):737–46.
13. Addis Ababa Fistula Hospital, EngenderHealth/The ACQUIRE Project, Ethiopian Society of Obstetricians and Gynecologists, Synergie des Femmes pour les Victimes des Violences Sexuelles. *Traumatic gynecologic fistula: a consequence of sexual violence in conflict settings*. New York, NY, EngenderHealth, 2006.
14. Assemblée générale des Nations unies. *Étude approfondie de toutes les formes de violence à l’égard des femmes*. New York, NY, Nations unies, 2006.
15. Holmes MM et al. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1996, 175(2):320–25.
16. de Bruyn M. *Violence, Pregnancy and abortion – issues of women’s rights and public health*, 2ème éd. Chapel Hill, Ipas, 2003.
17. Murray N et al. Factors related to induced abortion among young women in Edo State, Nigeria. *Studies in Family Planning*, 2006, 37(4):251–68.
18. Département OMS Genre, femmes et santé, Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA. *Intimate partner violence and HIV/AIDS: information sheet. Violence against women and HIV/AIDS – critical intersections*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
19. Silverman et al. Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women. *Journal of the American Medical Association*, 2008, 300(6):703–10.
20. Jewkes RK et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 2010, 376(9734):41–48.
21. Dube SR et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 28(5):430–38.
22. Pallitto C. *Domestic violence and maternal, infant, and reproductive health: a critical review of the literature*. Article soumis à l’Organisation panaméricaine de la Santé, Washington, DC, 2004.
22. Valladares E, Ellsberg M, Pena R, Hogberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 100(4):700–05.
24. Fauveau V et al. Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976–85. *Bulletin de l’Organisation mondiale de la Santé*, 1988, 66(5):643–51.
25. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late: a community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. *Bulletin de l’Organisation mondiale de la Santé*, 1998, 76(6):591–98.
26. Martin SL et al. Pregnancy-associated violent deaths: the role of intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2007, 135–48.

27. Horon IL, Cheng D. Enhanced surveillance for pregnancy-associated mortality – Maryland, 1993–1998. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285(11):1455–59.
28. Taskforce on the health aspects of violence against women and children. *Responding to violence against women and children – the role of the NHS*. Londres, Department of Health (Ministère de la Santé), 2010.
29. Jejeebhoy S, Shah I, Thapa S, éd. *Sex without consent: young people in developing countries*. Londres, Zed Books, 2005.
30. Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2011, 5:428–39.
31. Bonomi AE et al. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Services Research*, 2009, 44:1052–67.

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

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

Summary of the expert meeting on health-sector responses to violence against women
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500630_eng.pdf

Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes
<http://www.who.int/publications/list/9242593516/fr/index.html>

Remerciements

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

WHO/RHR/12.43

© Organisation mondiale de la Santé 2012

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

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