

Le lien entre violence d'un partenaire intime et grossesse non planifiée: analyse d'un échantillon national en Colombie

CONTEXTE: La violence par un partenaire intime est associée à plusieurs problèmes de santé reproductive et mentale. Le rapport entre cette violence et l'aptitude des femmes à maîtriser leur fécondité n'a toutefois guère été examiné, surtout dans les pays en développement.

MÉTHODES: Les données de l'Enquête démographique et de santé 2000 de la Colombie ont servi à l'étude, par régressions logistiques multivariées, du rapport entre la violence par un partenaire intime et la grossesse non planifiée, utilisée comme mesure de contrôle de la fécondité. Les différences régionales de ce rapport ont également été examinées, et la fraction étiologique du risque a été estimée. L'échantillon comptait 3.431 femmes mariées ou l'ayant jamais été, âgées de 15 à 49 ans et qui avaient accouché durant les cinq dernières années ou qui étaient enceintes.

RÉSULTATS: Cinquante-cinq pour cent des répondantes avaient eu au moins une grossesse non planifiée et 38% avaient subi les violences physiques ou sexuelles de leur partenaire actuel ou de leur dernier partenaire. Le risque corrigé pour les femmes d'avoir eu une grossesse non planifiée était significativement supérieure si elles avaient été victimes de violences physiques ou sexuelles (rapport de probabilités, 1,4). Observée dans les régions atlantique et centrale (1,7 chacune), l'association ne s'est pas révélée significative dans le reste du pays. L'élimination de la violence par un partenaire intime en Colombie donnerait lieu à une réduction annuelle des grossesses non planifiées estimée entre 32.523 et 44.986.

CONCLUSIONS: Ces observations révèlent la nécessité d'inclure le dépistage et le traitement de la violence par un partenaire intime dans les programmes de santé reproductive, d'encourager la participation des hommes aux programmes de contrôle de la fécondité et d'améliorer la réponse sociopolitique à la violence par un partenaire intime.

Sélection Spéciale d'Articles sur la Violence Basée sur le Genre et la Santé Reproductive, 2007, pp. 23–31

Par Christina C. Pallitto et Patricia O'Campo

Christina Pallitto est consultante indépendante à San Salvador, Salvador. Patricia O'Campo est directrice de l'Inner City Health Research Unit et professeur de sciences de la santé publique à l'Université de Toronto, Canada. Au moment de la préparation de cet article, les auteurs étaient, respectivement, doctorante et professeur au Department of Population and Health Sciences, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, à Baltimore (Maryland), aux États-Unis.

La violence par un partenaire intime est courante dans de nombreuses sociétés. Elle affecte chaque année des millions de femmes de par le monde. La nature privée des mauvais traitements infligés par un partenaire a rendu difficile la mesure de leur prévalence, la compréhension des facteurs de risque et la prise en compte de leurs conséquences. Ces dix dernières années, pourtant, la recherche a révélé des taux élevés de violence par un partenaire intime aux États-Unis et dans le reste du monde¹ et identifié certaines conséquences directes et indirectes des mauvais traitements sur la santé, y compris en termes de santé mentale et reproductive.² Les études font également état de taux de violence élevés durant la grossesse,³ liant cette violence à des retards de croissance intra-utérine, à un faible poids à la naissance, à de la mortalité fœtale et infantile et à d'autres complications liées à la maternité.⁴

Le rapport entre la violence d'un partenaire intime et la capacité pour une femme de maîtriser sa fécondité n'a cependant pas fait l'objet d'études adéquates, surtout dans les pays en développement.⁵ Un indicateur d'absence de maîtrise de la fécondité se trouve dans les grossesses non planifiées (inopportunes ou non désirées), associées quant à elles à des conséquences indésirables pour la femme, le fœtus et le nouveau-né.⁶ Aussi importe-t-il de comprendre

les facteurs de risque des grossesses non planifiées, surtout celles qui sont liées à la violence par un partenaire intime.

Certaines études sur la violence du partenaire intime et la maîtrise de la fécondité se sont concentrées sur la peur qu'ont les femmes de cette violence en tant qu'obstacle à la contraception en général.⁷ D'autres chercheurs ont exploré le rapport entre cette violence et la pratique des méthodes contraceptives masculines, d'une part, les femmes étant susceptibles de subir les mauvais traitements de leur partenaire lorsqu'elles tentent de négocier l'usage du préservatif,⁸ et celle des méthodes féminines d'autre part, car la découverte d'une pratique contraceptive dissimulée ou le soupçon d'infidélité peuvent provoquer la violence du partenaire.⁹ Ces études contribuent, certes, à clarifier les mécanismes par lesquels la violence et la peur qu'elle suscite peuvent affecter les comportements de contrôle de la fertilité, mais dans la mesure où ces mécanismes n'ont pas été testés empiriquement, la question mérite un examen plus approfondi.

À l'exception de quelques études fondées sur des données collectées auprès de femmes post-partum aux États-Unis, la recherche quantitative s'est rarement penchée directement sur le rapport entre la violence du partenaire intime et la maîtrise de la fécondité.¹⁰ Plusieurs études ont découvert que

TABLEAU 1. Caractéristiques des femmes mariées ou l'ayant déjà été qui avaient accouché durant les cinq années précédant l'enquête ou qui étaient enceintes au moment de l'enquête, par rapport à celles mariées ou l'ayant déjà été qui n'avaient pas accouché durant cette période et qui n'étaient pas enceintes, Enquête démographique et de santé de Colombie, 2000

Caractéristique	Naissance récente ou grossesse en cours (N=3.431)	Pas de naissance récente ou grossesse en cours (N=4.285)
Caractéristique démographique		
Âge moyen	28,0***	37,8
Âge moyen à la première naissance	20,7	20,7
Nombre moyen d'enfants†	2,3***	2,6
Score moyen de niveau socio-économique	4,9***	5,6
Bien possédé dans le ménage (%)		
Réfrigérateur	56,5***	71,4
Téléphone	40,0***	55,0
Radio	83,4***	89,9
Télévision	81,3***	89,2
Eau courante	82,3***	87,6
Sol durable	83,7***	89,6
Toilettes avec chasse d'eau	63,0***	73,9
Résidence urbaine	69,4***	76,9
Niveau d'éducation (%)		
Aucun	3,4***	5,3
Primaire	39,3	40,8
Secondaire	48,4***	42,3
Supérieur	9,0***	11,6
Emploi (%)		
Professionnel, technique ou de direction	5,3***	8,1
Employées ou vendeuses	17,5***	21,2
Travail manuel, agricole ou service	28,9***	38,1
Aucun	47,3***	32,4
Actuellement mariées ou en concubinage (%)	84,4***	72,4
Région		
Atlantica	29,2	27,0
Bogota	13,6	13,8
Central	25,1	25,8
Oriental	16,6	16,1
Pacifica	15,4	17,3
Fécondité		
A déjà utilisé des contraceptifs (%)	87,5**	89,4
Utilise actuellement des contraceptifs (%)	55,1***	61,8
Grossesse poserait un gros problème (%)‡	50,2***	44,6
A eu une grossesse interrompue avant terme (%)	22,4***	9,0
A parlé du planning familial avec son partenaire (%)	16,6***	7,3
A parlé du planning familial avec un non-partenaire (%)	52,4***	46,1
Violence		
Le père battait la mère (%)	33,1*	30,2
Forcée à avoir des rapports sexuels (%)	7,1	6,4

*Différence par rapport aux femmes sans naissance récente ou grossesse en cours significative à $p < 0,05$. **Différence par rapport aux femmes sans naissance récente ou grossesse en cours significative à $p < 0,01$. ***Différence par rapport aux femmes sans naissance récente ou grossesse en cours significative à $p < 0,001$. †Échantillon limité, pour cette mesure, aux femmes qui avaient eu au moins un enfant. Pourcentages basés sur 3.297 femmes ayant eu une naissance récente ou enceintes au moment de l'enquête et 3.878 femmes sans naissance récente ni grossesse en cours. ‡Basé sur 2.311 femmes ayant eu une naissance récente ou enceintes au moment de l'enquête et 2.029 femmes sans naissance récente ni grossesse en cours.

les femmes soumises à la violence de leur partenaire intime en cours de grossesse étaient plus susceptibles de qualifier celle-ci de non planifiée ou de rapprochée, ou de rapporter avoir eu des sentiments négatifs à son égard.¹¹ Ces études n'examinent cependant que des relations bivariées, sans contrôle d'autres facteurs. Une autre étude n'a établi aucun lien significatif entre la violence et la grossesse non désirée; la classification des grossesses survenues à un moment inopportun dans la catégorie des grossesses désirées en a cependant peut-être affecté les résultats.¹²

La plupart des IVG mettent fin à des grossesses non planifiées. Les études d'exploration de la violence du partenaire intime parmi les femmes qui se font avorter apportent dès lors une information importante sur l'association entre cette violence et la grossesse non planifiée.¹³ Une étude révèle par exemple un lien significatif entre la violence et l'IVG,¹⁴ tandis que trois autres font état de taux d'IVG antérieures significativement supérieurs parmi les femmes victimes de violence que parmi les autres.¹⁵

Ces études établissent dans une certaine mesure l'existence d'un lien entre la violence du partenaire et la grossesse non planifiée. Une recherche plus approfondie est toutefois nécessaire pour savoir si le lien serait significatif dans une analyse multivariée et si l'on trouverait des résultats similaires dans d'autres contextes, dans les pays en développement en particulier. Dans cette étude, nous avons eu recours à la régression logistique multivariée pour explorer le rapport entre la violence du partenaire intime et la grossesse non planifiée dans un échantillon en population générale de femmes colombiennes. Il s'agit ici de la première étude sur le sujet dans le contexte latino-américain.

MÉTHODES

Données

Nos analyses reposent sur les données transversales de l'Enquête démographique et de santé (EDS) colombienne de 2000.¹⁶ Nous avons utilisé les informations du questionnaire soumis aux femmes, dans lequel les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) ont été interrogées sur leurs antécédents génésiques et sexuels, leurs connaissances et leurs pratiques contraceptives, leurs connaissances et leurs attitudes à l'égard du VIH/SIDA, leurs désirs de fécondité, leur état nutritionnel, leur expérience de la violence au foyer et les naissances au cours des cinq dernières années. Des 11.585 femmes interrogées, 7.716 avaient déjà été mariées (mariage légal ou concubinage) et ont répondu à une série de questions relatives à la violence du partenaire intime. Par manque de confidentialité, ces questions n'ont pas pu être posées à 31 autres répondantes ayant déjà été mariées. Les 3.838 femmes restantes n'ayant jamais cohabité, elles ne pouvaient être considérées comme ayant subi des violences du partenaire intime (défini dans cette étude comme l'époux légitime ou le concubin).

Sur les 7.716 répondantes ayant complété le module sur la violence de la part d'un partenaire, 3.431 ont déclaré avoir eu un enfant pendant les cinq années précédentes ou être

enceintes au moment de l'enquête, et étaient donc susceptibles d'avoir eu une grossesse non planifiée.* Ce sous-groupe, que nous avons qualifié de «femmes récemment enceintes» forme l'échantillon de notre analyse.

Variables de violence

Une femme a été considérée comme ayant subi une violence physique si elle avait répondu affirmativement, que ce soit «parfois» ou «souvent,» aux questions qui demandaient si son partenaire l'avait poussée, frappée avec la main, frappée avec un objet dur, mordue, s'il lui avait donné des coups de pied ou s'il l'avait traînée, menacée d'un couteau ou d'une arme à feu, attaquée avec un couteau ou une arme à feu, ou s'il avait essayé de l'étrangler ou de la brûler. Une femme a été considérée comme ayant subi une violence sexuelle si elle avait déclaré que son partenaire l'avait forcée à avoir des rapports sexuels, que ce soit «parfois» ou «souvent.» Nous avons regroupé ces informations pour créer une mesure globale de la violence, codée positivement pour toutes les femmes qui avaient déclaré une violence physique ou sexuelle quelle qu'en soit la fréquence.

On notera que les répondantes ont été interrogées sur leur expérience de la violence dans le cadre de leur relation actuelle ou de la plus récente, et non sur la vie entière. Nous supposons donc que l'analyse sous-estime les taux réels de violence et montre un lien plus faible qu'il ne l'est en réalité entre la violence et les grossesses non planifiées. Comme les répondantes n'ont de plus pas été invitées à indiquer le moment des violences par rapport à chaque grossesse non planifiée, il se peut qu'elles aient subi les violences d'un partenaire autre que celui à l'origine de ces grossesses.

Variable de grossesse non planifiée

Les répondantes ont été interrogées pour savoir si toutes leurs grossesses survenues durant les cinq années ayant précédé l'enquête et ayant abouti à une naissance vivante étaient intentionnelles, ainsi que (le cas échéant) sur le caractère planifié de leur grossesse en cours. Pour chaque grossesse, les femmes ont été invitées à préciser si elles avaient désiré cette grossesse au moment de la conception, si elles l'avaient désirée plus tard ou si elles ne l'avaient pas désirée du tout. Nous avons considéré que les femmes avaient eu une grossesse non planifiée si elles avaient qualifié leur grossesse en cours ou une autre grossesse passée de désirée plus tard ou pas du tout. Nous avons choisi de faire de cette variable une variable dichotomique plutôt que continue car 79% des 1.900 femmes ayant déclaré au moins une grossesse non planifiée n'en ont déclaré qu'une.

Variables explicatives

Les variables démographiques suivantes ont été incluses dans l'étude: âge, nombre d'enfants, résidence urbaine ou rurale et niveau d'instruction (aucun, primaire, secondaire ou supérieur). Pour mesurer le statut socioéconomique, nous avons créé un score faisant état du nombre des équipements suivants détenu dans le ménage des répondantes: réfrigérateur, téléphone, radio, télévision, eau courante, revêtement

TABLEAU 2. Parmi les femmes mariées ou l'ayant déjà été qui avaient accouché durant les cinq années précédant l'enquête ou qui étaient enceintes au moment de l'enquête, pourcentage ayant déclaré avoir subi la violence de leur partenaire (actuel ou dernier), par type et acte de violence, en fonction de la fréquence

Type et acte de violence	Souvent	Parfois	Total
Physique			
Poussée	4,2	29,1	33,2
Frappée avec la main	3,3	23,4	26,7
Frappée avec un objet dur	1,7	4,9	6,6
Mordue	0,5	2,8	3,3
Frappée à coups de pied ou traînée	1,6	8,7	12,4
Menacée d'un couteau ou d'une arme à feu	0,7	5,5	6,3
Attaquée avec un couteau ou une arme à feu	0,3	2,3	2,6
Tentative d'étranglement ou de brûlure	0,4	3,2	3,7
Sexuelle	1,5	7,1	8,5

de sol durable et toilettes à chasse d'eau.

Pour les caractéristiques liées à la fécondité, nous avons pris en compte les aspects suivants: grossesse interrompue avant terme (sans distinction entre l'avortement provoqué ou spontané); avoir eu un enfant qui est mort; usage dans le passé des moyens de contraception modernes; usage actuel des moyens de contraception modernes et discussion du planning familial avec le partenaire ou avec quelqu'un d'autre. Deux autres variables de violence ont également été considérées: les antécédents familiaux de violence (si le père de la femme battait son épouse); et rapports sexuels imposés par une personne autre que le partenaire.

Analyse

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel d'analyse statistique Stata. Nous avons calculé les statistiques descriptives des caractéristiques démographiques et de fécondité, d'antécédents de violence familiale et de rapports sexuels forcés par un non-partenaire parmi les 3.431 femmes mariées ou l'ayant déjà été qui avaient accouché durant les cinq années précédentes ou étaient enceintes au moment de l'enquête, ainsi que parmi les 4.285 femmes mariées ou l'ayant été qui n'avaient pas déclaré de naissance récente ou de grossesse en cours. Nous avons comparé les deux groupes par des tests de Student pour les variables continues et des tests du chi-carré pour les variables catégorielles afin de déterminer à quel point les femmes récemment enceintes étaient représentatives de l'ensemble des répondantes mariées ou l'ayant jamais été.

Nous avons récapitulé les taux de violence par un partenaire intime parmi les femmes récemment enceintes en fonction de chaque type de violence et déterminé le recouvrement entre la violence physique et la violence sexuelle. Nous avons décidé de classer les femmes ayant déclaré l'un ou l'autre de ces types de violence dans un même groupe, même si l'on pourrait y opposer le fait que les mécanismes qui lient la violence physique et la maîtrise de la

*Les femmes de la population étudiée avaient eu 4.684 grossesses durant la période 1995–2000, dont environ la moitié étaient des grossesses non planifiées. De ces grossesses non planifiées, 54% avaient été inopportunes et 46% non désirées.

TABLEAU 3. Parmi les femmes mariées ou l'ayant déjà été qui avaient accouché durant les cinq années précédant l'enquête ou qui étaient enceintes au moment de l'enquête, rapports de probabilités des régressions logistiques bivariées d'évaluation des associations entre le fait d'avoir eu au moins une grossesse non planifiée et les caractéristiques sélectionnées

Caractéristique	Rapport de probabilités
Démographique	
Âge	0,99
Âge à la première naissance	0,93***
Nombre d'enfants	1,46***
Score de niveau socioéconomique	0,91***
Résidence urbaine	0,93
Fécondité	
A déjà utilisé des contraceptifs	1,05
Utilise actuellement des contraceptifs	0,86*
Grossesse poserait un gros problème†	2,13***
A eu une grossesse interrompue avant terme	0,87
A parlé du planning familial avec son partenaire	0,90
A parlé du planning familial avec un non-partenaire	0,94
Violence	
Physique ou sexuelle par le partenaire	1,64***
Le père battait la mère	1,05*
Forcée à avoir des rapports sexuels par un non-partenaire	1,48**

*p<0,05. ***p<0,001. †Basé sur 2.311 femmes.

fécondité différent de ceux induit par la violence sexuelle. La plupart des femmes ayant déclaré un type de violence n'avaient cependant pas subi de violences sexuelles (77%) et le nombre de celles récemment enceintes qui avaient subi des sévices sexuels sans violence physique était trop faible pour donner de sens à l'analyse. Nous avons inclus les 293 femmes (9%) qui n'avaient subi que des sévices sexuels ou qui les avaient subis en combinaison avec une agression physique non sexuelle car la violence sexuelle est une forme de violence physique et est susceptible d'affecter la maîtrise de la fécondité des femmes.

La violence verbale n'a pas été considérée comme une catégorie distincte car la majorité des femmes concernées avaient également été agressées physiquement ou sexuellement. Les 218 femmes ayant déclaré une violence verbale seule ne forment pas un groupe viable pour l'analyse.

Nous avons mené des analyses de régression logistique bivariées pour calculer la probabilité brute (non ajustée) de grossesse non planifiée associée à la mesure globale de la violence physique et sexuelle et aux caractéristiques démographiques et de fécondité des répondantes. Les résultats ont servi à l'élaboration d'une série de modèles de régression logistique multiple ayant chacun pour variable dépendante la grossesse non planifiée et pour principale variable indépendante, la violence physique ou sexuelle. Tous les modèles ont été contrôlés en fonction de l'âge, du niveau d'éducation, du nombre d'enfants, du score de niveau socioéconomique et du lieu de résidence urbain ou rural. Nous avons ensuite ajouté les variables suivantes et évalué leur significativité: usage, à un moment ou à un autre, d'une méthode de planification familiale; usage actuel de la contraception;

antécédents de violence familiale; rapports sexuels forcés par un non-partenaire; grossesse interrompue avant terme; expérience de la mort d'un enfant; et discussion du planning familial avec un partenaire ou un non-partenaire.

Nous avons testé les interactions entre violence et âge, niveau d'éducation, lieu de résidence urbain et statut socioéconomique, ainsi qu'entre statut socioéconomique et lieu de résidence urbain. Nous avons évalué la significativité des termes d'interaction et effectué des tests de rapport de vraisemblance pour déterminer si l'ajustement du modèle était meilleur en ajoutant ces termes d'interaction.

Variation régionale

Pour déterminer si le rapport entre la violence d'un partenaire intime et la grossesse non planifiée était similaire dans l'ensemble du pays, nous avons comparé les taux de violence et de grossesse non planifiée—et les associations entre les deux—dans cinq grandes régions: Atlantica, Bogota, Centrale, Oriental et Pacifica. Une analyse approfondie des différences au niveau des municipalités est présentée ailleurs.¹⁷ Malgré le contrôle du niveau socioéconomique et du lieu de résidence urbain ou rural, la vaste diversité et la complexité de la société colombienne ne sont pas pleinement rendues dans notre analyse de l'échantillon national.

Extrapolations sur l'ensemble de la population

Nous avons calculé le niveau du risque de grossesse non planifiée en Colombie attribuable à la violence du partenaire intime, après neutralisation des facteurs de confusion, afin d'estimer la réduction des grossesses non planifiées qui pourrait être atteinte si la violence du partenaire intime pouvait être éliminée. Nous avons ensuite utilisé les taux de fécondité, d'IVG et de grossesses non planifiées pour calculer le nombre total de naissances non planifiées et d'avortements de grossesses non planifiées que l'élimination de la violence par un partenaire intime permettrait d'éviter en Colombie.

TABLEAU 4. Parmi les femmes mariées ou l'ayant déjà été qui avaient accouché durant les cinq années précédant l'enquête ou qui étaient enceintes au moment de l'enquête, rapports de probabilités de la régression logistique multivariée évaluant l'association de la violence et des autres caractéristiques avec la grossesse non planifiée

Caractéristique	Rapport de probabilités
Violence physique ou sexuelle	1,41***
Âge†	0,92***
Niveau d'éducation	
Primaire	1,09
Secondaire	1,29
Supérieur	1,47
Nombre d'enfants‡	1,88***
Score de niveau socioéconomique	1,07*
A eu une grossesse interrompue avant terme	0,81*
Score de niveau socioéconomique x résidence urbaine	0,90*

*p<0,05. ***p<0,001. †Le rapport de probabilités indique la variation du risque de grossesse non planifiée pour chaque année supplémentaire par rapport à la moyenne de 28 ans. ‡Le rapport de probabilités indique la variation du risque de grossesse non planifiée pour chaque nouvel enfant au-delà de la moyenne de deux.

TABLEAU 5. Parmi les femmes mariées ou l'ayant déjà été qui avaient accouché durant les cinq années précédant l'enquête ou qui étaient enceintes au moment de l'enquête, pourcentage ayant déclaré une violence physique ou sexuelle, pourcentage ayant déclaré au moins une grossesse non planifiée et rapports de probabilités corrigés, par région

Région	Violence physique ou sexuelle	Grossesse non planifiée	Rapport de probabilités
Atlantica	31,1	53,7	1,65**
Bogota	42,1	53,9	1,22
Central	35,7	55,9	1,66**
Oriental	41,3	56,4	1,13
Pacífica	45,4	58,0	1,15

**p<0,01. N.B.: Chiffres basés sur 1.002 femmes pour la région Atlantica; 468 femmes pour Bogota; 861 femmes pour la région Central; 571 femmes pour la région Oriental et 529 femmes pour la région Pacífica. Les rapports de probabilités sont corrigés en fonction de l'âge, du nombre d'enfants, du score de niveau socioéconomique, du niveau d'éducation, des antécédents de grossesse interrompue et de l'interaction entre le score de niveau socioéconomique et la résidence en milieu urbain; le rapport de probabilité de Bogota n'est pas corrigé en fonction de l'interaction entre score de niveau socioéconomique et lieu de résidence urbain car la région est considérée comme urbaine.

RÉSULTATS

Comme indiqué au tableau 1 (page 24), l'âge moyen des répondantes qui avaient accouché durant les cinq années précédant l'enquête ou qui étaient enceintes au moment de l'enquête était de 28 ans; leur âge moyen au moment de leur première naissance était de 21 ans et elles avaient une moyenne de 2,3 enfants et un score de niveau socioéconomique moyen de 4,9. Si la plupart avaient une radio, un poste de télévision, l'eau courante et un revêtement de sol durable (81 à 84%), de plus faibles proportions avaient un réfrigérateur, le téléphone et des toilettes à chasse d'eau (40 à 63%). La majorité vivait en milieu urbain (69%). Près de la moitié (48%) avaient bénéficié d'une éducation de niveau secondaire, mais 9% seulement de niveau supérieur.

La plupart des répondantes récemment enceintes ont déclaré avoir déjà eu recours aux moyens de contraception modernes (88%) et 55% utilisaient l'un de ces moyens au moment de l'enquête. La moitié a indiqué qu'une nouvelle grossesse serait problématique. Près du quart ont déclaré avoir eu une grossesse interrompue prématurément. 17% seulement ont dit parler du planning familial avec leur partenaire, mais 52% en avaient parlé avec quelqu'un d'autre. La recherche approfondie a révélé que 84% des femmes qui n'utilisaient aucun contraceptif et qui avaient déclaré qu'une grossesse leur poserait un gros problème étaient en période d'allaitement, célibataires, n'avaient aucun rapport sexuel, étaient ménopausées ou étaient des femmes sous-fécondes (non présent).

Les femmes récemment enceintes se distinguaient significativement des autres répondantes pour la plupart des mesures suivantes: âge moyen, nombre d'enfants et score de niveau socioéconomique; et sur chaque possession de biens par le ménage, résidence urbaine, niveau d'éducation, emploi, état matrimonial, toutes les caractéristiques de fécondité et les antécédents familiaux de violence par un partenaire intime.

Trente-huit pour cent des femmes récemment enceintes

avaient été victimes de violences physiques ou sexuelles; 29% avaient déclaré une violence physique uniquement; 1%, une violence sexuelle uniquement; et 7%, les deux types de violence. Les formes de violence physique le plus souvent déclarées (tableau 2, page 25) se sont avérées être : être poussée par un partenaire (33%), être frappée de la main (27%); les moins courantes: être mordue et être attaquée avec un couteau ou une arme à feu (3% chacune). La majorité des femmes ayant déclaré un acte de violence ont déclaré que cette violence ne se produisait que parfois. Environ 18% des femmes ont déclaré de sérieuses conséquences à la violence subie: douleurs, blessures, fractures osseuses, fausse-couche, lésions d'un organe ou perte d'une fonction corporelle (non présenté).

Un peu plus de la moitié des femmes (55%) avaient eu au moins une grossesse non planifiée entre 1995 et 2000. Parmi celles qui avaient subi des violences physiques ou sexuelles, la proportion ayant déclaré de non planifiée au moins une naissance récente ou la grossesse en cours était supérieure à celle des femmes dont toutes les naissances récentes et grossesses en cours étaient désirées (63% par rapport à 37%). Parmi les femmes non violentées, il n'y a quasiment aucune différence entre ces deux proportions (51% par rapport à 49%).

Le tableau 3 indique les rapports de probabilités non ajustés d'une grossesse non planifiée, en fonction des caractéristiques démographiques et de fécondité des répondantes et des variables de violence. La probabilité de grossesse non planifiée diminuait significativement avec l'âge au moment de la première naissance et avec le score de niveau socioéconomique (rapport de probabilités de 0,9 pour les deux mesures); elle augmentait en revanche à mesure que le nombre d'enfants augmentait (1,5). Comme on pouvait s'y attendre, la pratique contraceptive au moment de l'enquête était un facteur de protection contre les grossesses non planifiées (0,9) et les femmes ayant déclaré qu'une grossesse leur poserait un grave problème étaient plus susceptibles d'avoir une grossesse non planifiée (2,1). Les antécédents de violence conjugale chez les parents et de contrainte sexuelle de la part d'un non-partenaire étaient positivement associés à la grossesse non planifiée (1,1 et 1,5, respectivement). Nous avons également observé un lien statistiquement significatif entre la grossesse non planifiée et la violence du partenaire intime (1,6).

Dans une analyse de régression logistique sous contrôle des facteurs démographiques et de fécondité (tableau 4),* la violence par un partenaire intime se révélait associée à la grossesse non planifiée après contrôle des autres facteurs (rapport de probabilités de 1,4). Chaque année supplémentaire par rapport à l'âge moyen de 28 ans était associée à une réduction du risque de grossesse non planifiée (0,9). Chaque enfant supplémentaire par rapport à la moyenne de deux enfants était associé à un risque élevé de grossesse non

*La pratique contraceptive, les antécédents de violence familiale, les rapports sexuels contraints par un non-partenaire et la discussion du planning familial avec un partenaire et un non-partenaire n'ont pas d'effets significatifs et ont été enlevés du modèle.

planifiée (1,9).* Le rapport de probabilités augmente aussi significativement à chaque point supplémentaire du score de niveau socioéconomique des répondantes (1,1). Les femmes qui avaient eu une grossesse interrompue avant terme étaient significativement moins susceptibles de déclarer une grossesse non planifiée que celles ne présentant pas cette caractéristique (0,8). Le niveau d'éducation ne paraît pas associé, dans ce modèle, au risque de grossesse non planifiée.

Nous avons observé une interaction statistiquement significative entre le score de niveau socioéconomique et un lieu de résidence urbain, laissant entendre que le statut socioéconomique ne représente un facteur de protection important contre la grossesse non planifiée que dans les milieux urbains. Bien que nous ayons testé d'autres termes d'interaction, celui-ci est le seul à s'être révélé statistiquement significatif ou à avoir amélioré l'ajustement du modèle.

Le tableau 5 (page 27) indique les pourcentages de femmes victimes de violences par leur partenaire intime et ayant eu une grossesse non planifiée, ainsi que les rapports de probabilités ajustés, dans les cinq grandes régions géographiques. Le taux de violence est le plus élevé dans la région Pacífica (45%), suivie de celles de Bogota (42%) et Oriental (41%). La région Atlantica présente le plus faible taux de violence (31%) et, avec Bogota, le plus faible taux de grossesses non planifiées (54%), tandis que la région Pacífica est associée au plus haut taux de grossesses non planifiées (58%). Les rapports de probabilités ajustés font état de grossesses non planifiées significativement plus fréquentes parmi les femmes victimes de violences dans les régions Atlantica et Central (rapport de probabilités de 1,7 dans les deux régions).

Les calculs d'extrapolation en population totale semblent indiquer que les grossesses non planifiées diminueraient de 5% si la violence du partenaire intime était éliminée en Colombie. Cette réduction se traduirait par 24.736 naissances non planifiées de moins[†] et par de 7.787 à 20.250

avortements de moins par an,[‡] pour un total annuel de 32.523 à 44.986 grossesses non planifiées de moins.

DISCUSSION

Nous avons trouvé une relation modérée entre la grossesse non planifiée et la violence par un partenaire intime, même après ajustement en fonction des caractéristiques démographiques et de fécondité des répondantes. Différents mécanismes peuvent expliquer ce lien: il est possible, notamment, qu'une grossesse non planifiée résulte directement, pour certaines femmes, de la violence sexuelle. Les femmes qui avaient déclaré seulement de la violence physique sont toutefois également associées à un risque élevé de grossesse non planifiée. Un autre mécanisme est donc plus probable, selon lequel les femmes violentées vivant dans un contexte de peur et de domination masculine manquent de ressources pour maîtriser leur fécondité.

Dans une étude antérieure fondée sur les mêmes données colombiennes, Pallitto et O'Campo avaient testé les effets, au niveau de la communauté, de l'inégalité sociale entre les sexes, de l'autonomie féminine et du contrôle patriarcal sur le rapport entre la violence par un partenaire intime et la maîtrise de la fécondité.¹⁸ La grossesse non planifiée s'y était révélée associée au fait de vivre dans une communauté très patriarcale ou dans une communauté présentant un taux de violence du partenaire intime élevé. Certaines études antérieures avaient montré en partie le lien entre l'inégalité entre les sexes et la violence par un partenaire intime¹⁹ ainsi qu'un lien entre un manque d'autonomie ou un faible statut social et l'incapacité à maîtriser sa fécondité,²⁰ mais l'étude colombienne est la première à explorer les effets de ces concepts sur le rapport entre la violence par un partenaire intime et la grossesse non planifiée.

L'étude au niveau communautaire apporte une analyse approfondie des variations régionales de la violence par un partenaire intime et de la grossesse non planifiée présentées ici. Ces variations régionales sont indicatrices du caractère hétérogène de la société colombienne et de la nécessité de tenir compte des différences culturelles et régionales qui ne sont pas considérées dans cette analyse. L'approfondissement de la question serait utile à l'identification des zones ou des municipalités présentant des taux particulièrement élevés de violence par le partenaire intime et de grossesse non planifiée, à l'exploration des facteurs de risque qui y sont présents et au ciblage des ressources et des programmes aptes à aborder le problème.

Quelques limites de l'étude doivent être soulignées. Les variables relatives aux croyances et caractéristiques du partenaire n'ont pas été incluses dans les modèles de régression multivariés en raison de l'absence d'une grande partie des données relatives aux partenaires. Il a par conséquent été impossible de déterminer les effets de ces variables sur les intentions des femmes en matière de grossesse et sur leur maîtrise de la fécondité. Les recherches antérieures laissent néanmoins entendre que les sociétés dans lesquelles la condition des femmes s'améliore peuvent présenter de plus hauts taux de violence du partenaire intime que celles

*L'âge et le nombre d'enfants ont été centrés autour des valeurs moyennes pour faciliter l'interprétation des résultats.

†Le taux de natalité de la Colombie est d'environ 21,6 naissances pour 1.000 et la population du pays s'élevait en janvier 2003 à environ 41.662.073 habitants (source: Central Intelligence Agency, *The World Factbook 2003, 2003*, consulté le 10 janvier 2004). Sur la base de ces statistiques, nous avons calculé que le nombre total de naissances annuelles est de 899.484 et — étant donné que 55% des naissances déclarées dans l'EDS 2000 de la Colombie étaient non planifiées — le nombre total de naissances non planifiées à 494.716 par an. Si le nombre de grossesses non planifiées pouvait être réduit de 5% à travers l'élimination de la violence par un partenaire intime, 24.736 naissances non planifiées pourraient être évitées chaque année.

‡Ce chiffre repose sur un intervalle d'estimation de l'IVG en Colombie: l'estimation la plus prudente est de 173.037 avortements par an (source: Singh S et Wulf D, 1994, référence 30), et la plus élevée, de 450.000 par an (source: référence 29). Nous avons évalué à 90% le nombre d'avortements (155.733 à 405.000) pratiqués pour cause de grossesse non planifiée car une étude auprès de femmes américaines a indiqué que 10% des IVG étaient demandées pour d'autres raisons (source: référence 31). Une baisse de 5% de l'avortement réduirait ainsi de 7.787 à 20.250 le nombre annuel d'IVG et de 32.523 à 44.986 le nombre annuel de grossesses non planifiées (naissances + avortements). Ce calcul sous-estime probablement le nombre total de grossesses non planifiées qui pourraient être évitées car quelques-unes de ces grossesses au moins se terminent par un avortement spontané et le nombre d'avortements spontanés serait vraisemblablement lui aussi moindre si la violence des partenaires intimes était éliminée.

dans lesquelles les rôles sexués restent statiques.²¹ D'après les données colombiennes, les taux élevés de violence du partenaire intime et de grossesse non planifiée, et l'association entre les deux, semblent indiquer l'existence d'une tension entre les femmes et leurs partenaires. Des recherches supplémentaires permettraient de déterminer si ces phénomènes sont associés à l'évolution de la condition des femmes et des relations entre les sexes dans la société.

La sous-déclaration potentielle est une préoccupation importante des recherches sur la violence du partenaire intime, en raison de la nature sensible du sujet, de la stigmatisation sociale qu'il peut entraîner et du souci de confidentialité et de sécurité des participantes. Les femmes peuvent ne pas répondre honnêtement aux questions sensibles et risquer des violences ou un traumatisme psychologique accrus si les chercheurs n'abordent pas correctement les questions d'éthique et de sécurité.²² Le problème de la sous-déclaration a été démontré par Ellsberg et ses collègues qui ont montré que deux études spécifiquement conçues pour recueillir des données sur la violence du partenaire intime des Nicaraguayennes ont révélé des taux plus élevés que les analyses des données collectées dans le module sur la violence du partenaire intime de l'EDS.²³ Les taux de violence totale obtenus sont de 52% dans une étude menée à León, et de 69% dans une autre menée à Managua, par rapport à 28% seulement dans le cadre de l'EDS nationale.

Bien qu'il soit possible que les taux de violence par un partenaire intime soient plus élevés à León et à Managua que dans le reste du pays, Ellsberg et ses collègues suggèrent plutôt que les résultats des études ciblées sur la violence du partenaire sont plus précis parce que les enquêteurs avaient été spécifiquement formés pour la collecte de données relatives à la violence, que les questions de sécurité avaient été entièrement résolues et que des services d'aide avaient été offerts. À la lumière de ces observations et du fait que l'EDS colombienne ne mesure pas la violence au cours de la vie, il est probable que les taux de violence obtenus dans notre étude seraient sous-estimés, et que l'association entre la violence du partenaire intime et la grossesse non planifiée en ait été affaiblie.

La nature transversale de l'EDS colombienne limite à plus d'un égard les conclusions à tirer de notre analyse. Tout d'abord, il peut y avoir un biais lié à un effet-mémoire ou une instabilité dans les déclarations sur l'intentionnalité des grossesses survenues durant les cinq années précédant l'enquête. Des études antérieures ont démontré que la perception de l'intentionnalité d'une grossesse par les femmes peut changer avec le temps et que, en particulier, une grossesse initialement considérée comme non désirée peut être qualifiée de désirée après la naissance.²⁴ Il n'est en outre pas possible d'évaluer à partir de ces données la chronologie du lien entre la violence du partenaire intime et la grossesse non planifiée, même si le fait d'analyser cinq années de données relatives aux grossesses rend les estimations plus fiables.

Nous avons supposé que la violence mène à la grossesse non planifiée, mais on pourrait proposer l'argument inverse selon lequel la grossesse non planifiée provoque la

violence. Plusieurs études viennent étayer notre hypothèse, dans la mesure où la majorité des femmes victimes de violences physiques ou sexuelles durant la grossesse ont déclaré que les sévices avaient commencé avant la grossesse.²⁵ Une étude de Saltzman et de ses collègues a également révélé de plus faibles taux de violence pendant la grossesse²⁶ par rapport à avant celle-ci. Cette observation est confirmée par une étude mexicaine selon laquelle les violences physiques et sexuelle diminuent pendant la grossesse, malgré un accroissement de la violence psychologique.²⁷ Dans une autre étude, Ellsberg et ses collègues ont établi l'apparition précoce de la violence parmi les femmes mariées d'un vaste échantillon au Nicaragua, confirmant ici encore l'existence de la violence avant la grossesse.²⁸

Notre étude est également limitée par l'indisponibilité de données concernant le caractère planifié des grossesses survenues plus de cinq ans avant l'enquête. L'échantillon de femmes qui avaient été enceintes durant les cinq années précédant l'enquête n'est pas représentatif de l'ensemble des répondantes mariées ou qui l'avaient déjà été. L'analyse approfondie a révélé des taux de violences physique et sexuelle significativement élevés, et des taux de vie en couple significativement réduits parmi les femmes mariées ou l'ayant déjà été qui n'avaient pas déclaré de naissance récente ou de grossesse en cours. L'exclusion de ces répondantes de l'analyse peut avoir donné lieu à une sous-estimation de l'association entre la violence du partenaire intime et la grossesse non planifiée.

L'intentionnalité de la grossesse n'a été mesurée que pour les grossesses ayant abouti à une naissance vivante; notre analyse n'a pas pu tenir compte des grossesses interrompues avant terme pour cause d'avortement spontané ou provoqué. Bien que l'IVG soit illégale en Colombie, une étude estime à 450.000 le nombre d'avortements provoqués chaque année dans le pays.²⁹ Des estimations plus prudentes font état de 173.037 à 404.000 IVG.³⁰ Comme l'IVG concerne généralement les grossesses non planifiées,³¹ l'absence de données d'intentionnalité sur les grossesses interrompues est probablement aussi une cause de sous-estimation des taux de grossesses non planifiées. Cette hypothèse est renforcée par un de nos résultats qui montre que la probabilité de grossesse non planifiée ayant abouti à une naissance vivante est significativement plus faible chez les femmes ayant eu une grossesse interrompue avant terme.

Malgré ces limites, les résultats présentés ici révèlent un lien significatif entre la violence du partenaire intime et la grossesse non planifiée. Il s'agit ici de la première étude en population générale d'un pays d'Amérique latine à établir ce lien. L'examen approfondi des mécanismes qui régissent ce lien serait utile. Il conviendrait également de poursuivre la recherche dans d'autres pays d'Amérique latine et dans d'autres régions du monde. La recherche qualitative permettrait du reste d'élargir la compréhension du lien entre la violence du partenaire intime et la grossesse non planifiée, ainsi que de l'influence exercée sur ce lien par les rapports sociaux de sexe au niveau communautaire et sociétal.

La grossesse non planifiée est associée à de nombreuses

conséquences négatives sur la santé des femmes et des nourrissons, par exemple les retards de soins prénatals, les faibles et très faibles poids à la naissance, la mortalité périnatale et les complications post-partum.³² De plus, les naissances non planifiées sont moins susceptibles d'avoir lieu en milieu institutionnel que les autres et les bébés dont la conception n'a pas été planifiée sont moins susceptibles d'être nés nourris au sein.³³ On citera parmi les autres conséquences non désirables la mortalité maternelle due aux complications de l'avortement, surtout dans les pays où la pratique est illégale.³⁴ Nos résultats d'extrapolations laissent entendre que les énormes implications de santé publique que représentent les grossesses non planifiées pourraient être substantiellement réduites si la violence du partenaire intime était amoindrie ou éliminée. Dans ce contexte, les efforts de réduction des facteurs de risque de grossesse non planifiée, y compris la violence du partenaire intime, méritent un soutien accru.

CONCLUSION

La nature dynamique de la société colombienne, l'évolution rapide de l'éducation et de l'emploi des femmes et l'évolution des indices de fécondité des 30 dernières années font de la Colombie un cadre intéressant pour aborder les problèmes de violence par le partenaire intime et de maîtrise de la fécondité. La législation colombienne établit des bases pour la protection des femmes contre la violence; l'application de la loi est cependant inégale.³⁵ Bien que de nombreux organismes gouvernementaux ou non-gouvernementaux colombiens s'attachent à prévenir et à résoudre la violence des partenaires intimes, de plus grands efforts sont indispensables à la promotion de programmes de santé de la reproduction faisant appel à la participation des hommes; au dépistage de la violence du partenaire intime dans les centres de soins; à l'organisation de campagnes au niveau sociétal pour mettre fin au cycle intergénérationnel d'acceptation sociale de la violence; à l'apport de services de protection aux femmes victimes de violences, tels que des refuges et des groupes de soutien; et à l'amélioration de la condition féminine à travers l'éducation et l'insertion professionnelle.

Grâce à une meilleure compréhension du lien entre la violence du partenaire et la maîtrise de la fécondité en Colombie, les initiatives locales et internationales pourront faire face plus efficacement aux risques de violence et de grossesse non planifiée que courent les femmes et aux menaces qui en résultent pour leur santé, leur sécurité et leur bien-être. Cette étude démontre l'ampleur de ces problèmes sociaux et l'urgence de leur résolution.

RÉFÉRENCES

1. Heise L, Ellsberg M et Gottemoeller M, Ending violence against women, *Population Reports*, 1999, série L, No. 11; et Ellsberg MC et al., Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua, *American Journal of Public Health*, 1999, 89(2):241-244.
2. Campbell J et al., Intimate partner violence and physical health consequences, *Archives of Internal Medicine*, 2002, 162(10):1157-1163; Golding JM, Intimate partner violence as a risk factor for mental dis-

orders: a meta-analysis, *Journal of Family Violence*, 1999, 14(2):99-132; Moore M, Reproductive health and intimate partner violence, *Family Planning Perspectives*, 1999, 31(6):302-306 & 312; Heise L, Ellsberg M et Gottemoeller M, 1999, op. cit. (voir référence 1); et Ellsberg M, Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population-based study, *American Psychologist*, 1999, 54(1):30-36.

3. Cokkinides VE et Coker AL, Experiencing physical violence during pregnancy: prevalence and correlates, *Family and Community Health*, 1998, 20(4):19-37; Gazmararian JA et al., Prevalence of violence against pregnant women, *Journal of the American Medical Association*, 1996, 275(24):1915-1920; Johnson JK et al., The prevalence of domestic violence in pregnant women, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 110(3):272-275; et Valladares E et al., Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua, *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 100(4):700-705.

4. Bullock LF et McFarlane J, The birth-weight/battering connection, *American Journal of Nursing*, 1989, 89(9):1153-1155; Murphy CC et al., Abuse: a risk factor for low birth weight? a systematic review and meta-analysis, *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 164(11):1567-1572; Parker B, McFarlane J et Soeken K, Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women, *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 84(3):323-328; Petersen R et al., Violence and adverse pregnancy outcomes: a review of the literature and directions for future research, *American Journal of Preventive Medicine*, 1997, 13(5):366-373; Valladares E et al., 2002, op. cit. (voir référence 3); Janssen PA et al., Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, 188(5):1341-1347; Jejeebhoy SJ, Associations between wife-beating and fetal and infant death: impressions from a survey in rural India, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(3):300-308; et Cokkinides VE et al., Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes, *Obstetrics & Gynecology*, 1999, 93(5):661-666.

5. Heise L, Violence, sexuality and women's lives, dans: Parker RG et Gagnon JH, réds., *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in a Postmodern World*, New York: Routledge, 1995; Dixon-Mueller R, The sexuality connection in reproductive health, *Studies in Family Planning*, 1993, 24(5):269-282; et Folch-Lyon E, de la Macorra L et Scheerer SB, Focus group and survey research on family planning in Mexico, *Studies in Family Planning*, 1981, 12(12):409-432.

6. Bustan MN et Coker AL, Maternal attitude toward pregnancy and the risk of neonatal death, *American Journal of Public Health*, 1994, 84(3):411-414; Conde-Agudelo A et Belizán JM, Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study, *BMJ*, 2000, 321(7271):1255-1259; Konje JC, Obisesan KA et Ladipo OA, Health and economic consequences of septic induced abortion, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1992, 37(3):193-197; Marsiglio W et Mott FL, Does wanting to become pregnant with a first child affect subsequent maternal behaviors and infant birth weight? *Journal of Marriage and Family*, 1988, 50(4):1023-1036; et Sable MR et al., Pregnancy wantedness and adverse pregnancy outcomes: differences by race and Medicaid status, *Family Planning Perspectives*, 1997, 29(2):76-81.

7. Heise L, 1995, op. cit. (voir référence 5); et Bawah AA et al., Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in northern Ghana, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(1):54-66.

8. Eby KK, Campbell JC et Sullivan CM, Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners, *Health Care for Women International*, 1995, 16(6):563-576.

9. Bawah AA et al., 1999, op. cit. (voir référence 7); Biddlecom AE et Fapohunda BM, Covert contraceptive use: prevalence, motivations, and consequences, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(4):360-372; Fapohunda BM, Covert contraceptive use: prevalence, motivations, and consequences, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(4):360-372; et Rao V, Wife beating in rural south India: a qualitative and econometric analysis, *Social Science & Medicine*, 1997, 44(8):1169-1180.

10. Goodwin MM et al., Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997, *Maternal and Child Health*

- Journal, 2000, 4(2):85-92; et Gazmararian JA et al., The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns, *Obstetrics & Gynecology*, 1995, 85(6):1031-1038.
11. Hillard PJA, Physical abuse in pregnancy, *Obstetrics & Gynecology*, 1985, 66(2):185-190; Stewart DE et Cecutti A, Physical abuse in pregnancy, *Canadian Medical Association Journal*, 1993, 149(9):1257-1263; Jacoby M et al., Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents, *American Journal of Preventive Medicine*, 1999, 16(4):318-321; et Amaro H et al., Violence during pregnancy and substance use, *American Journal of Public Health*, 1990, 80(5):575-579.
 12. Cokkinides VE et Coker AL, 1998, op. cit. (voir référence 3).
 13. Ewins G et Chescheir N, Prevalence of domestic violence among women seeking abortion services, *Women's Health Issues*, 1996, 6(4):204-210; Glander SS et al., The prevalence of domestic violence among women seeking abortion, *Obstetrics & Gynecology*, 1998, 91(6):1002-1006; et Leung TW et al., A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynecology patients, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2002, 77(1):47-54.
 14. Leung TW et al., 2002, op. cit. (voir référence 13).
 15. Amaro H et al., 1990, op. cit. (voir référence 11); Janssen PA et al., 2003, op. cit. (voir référence 4); et Webster J, Chandler J et Battistutta D, Pregnancy outcomes and health care use: effects of abuse, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 174(2):760-767.
 16. Ojeda G, Ordoñez M et Ochoa LH, *Salud Sexual y Reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Resultados*, Calverton, MD, USA: Macro International, 2000.
 17. Pallitto CC et O'Campo P, Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: testing the feminist perspective, *Social Science & Medicine*, 2005, 60(10):2205-2216.
 18. Ibid.
 19. Yllo K, Sexual equality and violence against wives in American states, *Journal of Comparative Family Studies*, 1983, 14(1):676-686; Smith MD, Patriarchal ideology and wife beating: a test of a feminist hypothesis, *Violence and Victims*, 1990, 5(4):257-273; et Ellsberg M et al., Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua, *Social Science & Medicine*, 2000, 51(11):1595-1610.
 20. Dyson T et Moore M, On kinship structure, female autonomy, and demographic behavior in India, *Population and Development Review*, 1983, 9(1):35-60; Govindasamy P et Malhotra A, Women's position and family planning in Egypt, *Studies in Family Planning*, 1996, 27(6):328-340; et Hindin MJ, Women's autonomy, women's status and fertility-related behavior in Zimbabwe, *Population Research and Policy Review*, 2000, 19(3):255-282.
 21. Campbell JC, Sanctions and sanctuary: wife battering within cultural contexts, dans: Counts DA, Brown JK et Campbell JC, réds., *To Have and to Hit: Anthropological Perspectives on Wife Beating*, Urbana, IL, USA: University of Illinois Press, 1999; Koenig M et al., Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: individual- and community-level effects, *Demography*, 2003, 40(2):269-288; et Schuler SR et al., Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh, *Social Science & Medicine*, 1996, 43(12):1729-1742.
 22. World Health Organization (WHO), *Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women*, Geneva: WHO, 2001.
 23. Ellsberg M et al., Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(1):1-16.
 24. Bankole A et Westoff CF, The consistency and validity of reproductive attitudes: evidence from Morocco, *Journal of Biosocial Science*, 1998, 30(4):439-455; et Moos MK et al., Pregnant women's perspectives on intendedness of pregnancy, *Women's Health Issues*, 1997, 7(6):385-392.
 25. Helton AS, McFarlane J et Anderson ET, Battered and pregnant: a prevalence study, *American Journal of Public Health*, 1987, 77(10):1337-1339; et Stewart DE et Cecutti A, 1993, op. cit. (voir référence 11).
 26. Saltzman LE et al., Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 states, *Maternal and Child Health Journal*, 2003, 7(1):31-43.
 27. Castro R, Peek-Asa C et Ruiz A, Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy, *American Journal of Public Health*, 2003, 93(7):1110-1116.
 28. Ellsberg M et al., 2000, op. cit. (voir référence 19).
 29. Center for Reproductive Law and Policy (CRLP), *Women's Reproductive Rights in Colombia—A Shadow Report*, Washington, DC: CRLP, 1998.
 30. Henshaw SK, Singh S et Haas T, The incidence of abortion worldwide, *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(suppl.):S30-S38; et Singh S et Wulf D, Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries, *International Family Planning Perspectives*, 1994, 20(1):4-13.
 31. Torres A et Forrest JD, Why do women have abortions? *Family Planning Perspectives*, 1988, 20(4):169-176.
 32. Joyce TJ et Grossman M, Pregnancy wantedness and early initiation of prenatal care, *Demography*, 1990, 27(1):1-17; Marsiglio W et Mott FL, 1988, op. cit. (voir référence 6); Sable MR et al., Differentiating the barriers to adequate prenatal care in Missouri, 1987-88, *Public Health Reports*, 1990, 105(6):549-555; Morris NM, Udry JR et Chase CL, Reduction of low birth weight birth rates by the prevention of unwanted pregnancies, *American Journal of Public Health*, 1973, 63(11):935-938; Korenman S, Kaestner R et Joyce T, Consequences for infants of parental disagreement in pregnancy intention, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2002, 34(4):198-205; Laukaran VH et van den Berg BJ, The relationship of maternal attitude to pregnancy outcomes and obstetric complications: a cohort study of unwanted pregnancy, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1980, 136(3):374-379; et Bustan MN et Coker AL, 1994, op. cit. (voir référence 6).
 33. Gage AJ, Premarital childbearing, unwanted fertility and maternity care in Kenya and Namibia, *Population Studies*, 1998, 52(1):21-34; Chinebuah B et Perez-Escamilla R, Unplanned pregnancies are associated with less likelihood of prolonged breast-feeding among primiparous women in Ghana, *Journal of Nutrition*, 2001, 131(4):1247-1249; Dye TD et al., Unintended pregnancy and breastfeeding behavior, *American Journal of Public Health*, 1997, 87(10):1709-1711; et Perez-Escamilla R et al., Specifying the antecedents of breast-feeding duration in Peru through a structural equation model, *Public Health Nutrition*, 1999, 2(4):461-467.
 34. Baker J et Khasiani S, Induced abortion in Kenya, case histories, *Studies in Family Planning*, 1992, 23(1):34-44; Unuigbo JA et al., Abortion-related morbidity and mortality in Benin City, Nigeria: 1973-1985, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1988, 26(3):435-439; et Okonofua FE et al., Assessing the prevalence and determinants of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(1):67-77.
 35. CRLP, 1998, op. cit. (voir référence 29).

Remerciements

Les auteurs remercient Jacquelyn Campbell, Michael McQuestion et Andrea Gielen pour leurs commentaires d'une version antérieure de cet article.

Pour contacter l'auteur: cpallitt@jhsph.edu

Publié d'abord en anglais dans *International Family Planning Perspectives*, 2004, 30(4):165-173.