COMMENTAIRE

Services de santé reproductive et violence par un partenaire intime: élaboration d'une réponse pragmatique en Afrique subsaharienne

Par Charlotte Watts et Susannah Mayhew

Charlotte Watts est première chargée de cours d'épidémiologie et politique de la santé, Health Policy Unit, Department of Public Health and Policy, et Susannah Mayhew est chargée de cours de santé reproductive et politique de la santé, Centre for Population Studies, Department of Epidemiology and Population Health, toutes deux à la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Qu'on le veuille ou non, la violence et la décision reproductive se croisent dans la vie concrète des femmes. Les deux mouvements concernés ont intérêt à s'organiser pour y faire face.[1]

Voici plus de 10 ans, Lori Heise et d'autres activistes en lutte contre la violence perpétrée par un partenaire intime soulignaient la nécessité urgente de liens plus solides entre leur cause et le mouvement pour la santé reproductive. L'ampleur et les implications de la violence à l'encontre des femmes attirent depuis lors une plus grande attention, donnant lieu à une reconnaissance accrue des conséquences négatives de la violence sur la santé reproductive des femmes.

Au niveau des politiques nationales, pourtant, la violence et la santé reproductive demeurent souvent distinctes, bien que les deux problèmes soient abordés comme des composants essentiels des droits humains des femmes et que leur connexion soient de mieux en mieux demontrée.[2] En particulier, ce lien est généralement mal pris en compte au niveau des services: ceux qui s'occupent explicitement de la violence à l'encontre des femmes sont rarement intégrés aux services de santé reproductive, et les initiatives visant à intégrer des services de santé reproductive dans une réponse multisectorielle à la violence faite aux femmes sont peu nombreuses.[3]

Ce commentaire examine le contexte de la violence par un partenaire intime en Afrique subsaharienne, souligne les intersections entre la violence du partenaire et la santé reproductive et envisage les possibilités de lien au niveau des programmes et des services. Il explore de plus les opportunités et les défis d'une réponse active à la violence domestique dans le contexte des services de santé reproductive en Afrique subsaharienne.

PRÉVALENCE DE LA VIOLENCE PAR UN PARTENAIRE INTIME

L'une des formes de violence les plus fréquentes à l'encontre des femmes est celle perpétrée par les maris ou d'autres partenaires masculins intimes. La violence du partenaire intime–souvent appelée violence conjugale ou domestique–revêt diverses formes de violence physique (gifles, coups de poing, coups de pied, agressions armées, homicides, etc.) et sexuelle (attouchements sexuels non désirés, contrainte sexuelle ou rapports sexuels forcés, participation forcée à des actes sexuels dégradants, etc.). Cette violence s'accompagne souvent d'une violence psychologique, de restrictions économiques et d'autres comportements de domination.[4]

Plusieurs enquêtes menées dans le monde en population générale ont cherché à déterminer la prévalence de la violence par un partenaire intime. Dans ces études, les femmes sont interrogées directement sur leur expérience d'actes spécifiques de violence (à travers des questions du type «Votre partenaire actuel ou un ancien partenaire vous a-t-il déjà frappée de son poing ou de toute autre manière susceptible de vous faire mal?», par exemple).[5] À l'échelle mondiale, 16 à 50% des femmes ayant déjà eu un partenaire déclarent avoir été agressées physiquement par un partenaire intime.[6] En Afrique subsaharienne, 13 à 49% des femmes ont été frappées ou agressées physiquement par un partenaire intime masculin, 5 à 29% déclarant avoir subi une violence physique durant l'année précédant l'enquête.[7]

La recherche laisse également entendre que de nombreuses femmes sont agressées sexuellement par leur partenaire. Selon des enquêtes transversales auprès des ménages, menées dans une province du Zimbabwe et en Éthiopie, 26 et 59%, respectivement, des femmes ayant déjà eu un partenaire, ont été forcées à avoir des rapports sexuels, 20% et 40% déclarant des rapports sexuels non désirés durant l'année précédant l'enquête.[8] Le niveau de recouvrement entre la violence physique et la violence sexuelle diffère: certains hommes sont physiquement violents seulement, d'autres le sont sexuellement seulement, et d'autres encore le sont physiquement et sexuellement.[9]

Les recherches illustrent aussi la mesure dans laquelle les femmes sont agressées physiquement en cours de grossesse. Pour certaines, cette violence représente la continuation ou l'intensification des mauvais traitements subis avant la grossesse, tandis que pour d'autres, la violence commence avec la grossesse. Dix pour cent des femmes ayant déjà été enceintes au Zimbabwe et au moins 7% en Afrique du Sud ont été agressées physiquement en cours de grossesse.[10] À Butajira, en Éthiopie, 77% des femmes enceintes au moment de l'enquête déclarent de mauvais traitements physiques en cours de grossesse, 28% faisant état de coups de poing ou de pied au niveau de l'abdomen.[11] Dans la grande majorité des cas, l'auteur est le père de l'enfant.

Ces chiffres donnent, certes, une indication de l'ampleur de la violence aux mains d'un partenaire, mais les différences entre les pays et les sites enquêtés doivent être interprétées avec prudence. Les écarts relevés peuvent en effet traduire non seulement les différences effectives de prévalence en fonction du lieu, mais encore les différences entre les méthodologies d'enquête, les définitions de la violence, les techniques d'échantillonnage, les formations et les compétences des enquêteurs et les différences culturelles sus-

ceptibles d'affecter la disposition des répondantes à révéler leurs expériences intimes.[12]

EFFETS DE LA VIOLENCE SUR LA SANTÉ REPRODUCTIVE

Dans de nombreux pays, la violence à l'encontre des femmes reste essentiellement perçue comme une question pénale ou de droits humains. Cette violence donne pourtant lieu à de nombreuses conséquences en terme de santé. Malgré la pauvreté des données nationales, plusieurs études en population générale à petite échelle indiquent combien la violence par un partenaire intime contribue à la morbidité et à la mortalité,[13] et combien elle affecte aussi la santé reproductive des femmes.[14] Les rapports sexuels forcés sont associés à de nombreux problèmes gynécologiques et reproductifs, tels que les infections à VIH et les autres infections sexuellement transmissibles (IST), les grossesses non désirées, les saignements et infections vaginales, les fibromes utérins, la perte de libido, l'irritation génitale, les rapports sexuels douloureux, les douleurs pelviennes chroniques et les infections urinaires.[15] Les études ont lié la violence aux grossesses non désirées, surtout parmi les adolescentes,[16] et la violence limite grandement l'aptitude des femmes mariées à pratiquer la contraception.[17] Les antécédents de violence conjugale apparaissent également plus fréquemment dans les familles nombreuses.[18] Il a été avancé que les niveaux élevés de violence peuvent être associés au stress des familles nombreuses, mais les données du Nicaragua laissent plutôt entendre que l'apparition de la violence précède généralement la naissance des enfants.[19]

Même en l'absence de violence physique destinée à contrôler le comportement de la femme, la peur de la violence peut influencer grandement ses décisions sexuelles et reproductives. En Afrique du Sud, par exemple, 57% des femmes d'Eastern Cape ne croient pas pouvoir refuser les rapports sexuels avec leur partenaire.[20] La peur de la violence est souvent invoquée par les femmes mariées comme obstacle à l'usage du préservatif avec leur mari pour la prévention des IST et de la grossesse.[21] Pour beaucoup de femmes d'Afrique subsaharienne, le retrait (ou la menace de retrait) d'avantages matériels si elles refusent les rapports sexuels ou pratiquent la contraception contre le gré de leur partenaire peut inhiber profondément leur liberté sexuelle et limiter les pratiques sexuelles sans risques.[22]

La violence en cours de grossesse peut menacer la vie et la santé de la mère comme du fœtus.[23] La violence physique pendant la grossesse est associée à l'avortement spontané, à la recherche tardive de soins prénatals, à la mort fœtale tardive, à l'accouchement prématuré et à l'insuffisance pondérale à la naissance.[24] Dans une étude auprès de 400 villages a Pune, en Inde, 16% de tous les décès survenus en cours de grossesse se sont avérés le résultat de la violence du partenaire.[25] L'homicide par le partenaire a également été identifié comme cause importante de décès maternel au Bangladesh et aux États-Unis.[26] Malgré la rareté des données disponibles en Afrique, la violence par le partenaire intime a été enregistrée comme quatrième cause de décès maternel à l'hôpital Maputo Central au Mozambique.[27]

La violence peut aussi être le résultat de problèmes et de questions de santé reproductive et sexuelle. En Ouganda, en Afrique du Sud et au Zimbabwe, la recherche a révélé que le refus de rapports sexuels par la femme est souvent invoqué comme justifiant la violence.[28] Dans un échantillon d'hommes interrogés sur leur lieu de travail à Cape Town, les facteurs significativement associés à la violence sexuelle étaient: les comportements violents en dehors du foyer (rixes ou bagarres publiques, etc.), la consommation d'alcool, la multiplicité des partenaires sexuelles et les conflits liés au refus des rapports sexuels ou au sentiment que leur autorité masculine est amoindrie.[29] De même, une pratique contraceptive cachée peut rendre certaines femmes vulnérables à la violence de leur partenaire.[30] Des études de cas de Zimbabwéennes victimes de la violence laissent supposer un lien possible entre la violence du partenaire intime et les problèmes de santé sexuelle et de stérilité.[31] Le soupçon d'infidélité est une raison de violence souvent admise, et plusieurs études font état aussi de cas de violence par des hommes ayant découvert que leur partenaire avait contracté le VIH ou une autre IST.[32] Dans six pays d'Afrique, la peur de l'ostracisme et de la violence domestique est une raison importante pour les femmes enceintes de refuser le test de dépistage du VIH ou de ne pas aller chercher les résultats.[33]

Parmi les Sud-Africaines recevant des soins prénatals à Soweto, la violence par un partenaire intime est significativement associée à la séropositivité au VIH.[34]

INTÉGRATION DES RÉPONSES À LA VIOLENCE

Les prestataires de santé reproductive sont de plus en plus reconnus comme jouant un rôle actif dans l'identification, le soutien et l'orientation des victimes de la violence d'un partenaire intime.[35] Ce rôle peut être très important, car de nombreuses femmes victimes de cette violence ne s'adressent ni à la police, ni aux organismes de soutien. Pourtant, l'identification précoce du problème contribuerait à la limitation de ses conséquences et à la réduction de la probabilité d'une victimisation plus grande.

Dans le monde industrialisé, plusieurs organismes médicaux professionnels ont orienté les prestataires de santé sur la violence par un partenaire intime.[36] En Afrique subsaharienne, toutefois, la discussion du rôle potentiel des prestataires de santé reproductive est à ce jour limitée. En Afrique, les prestataires de services de santé reproductive se classent généralement en deux catégories: le personnel de soins anténataux et les accoucheurs, qui proposent des soins antérieurs et postérieurs à l'accouchement; et le personnel du planning familial, qui proposent des contraceptifs et conseillent sur les questions de nature sexuelle, et qui sont aujourd'hui encouragés à offrir des services de gestion des IST. Certaines infirmières du planning familial public peuvent aussi offrir des services de conseil sur les questions sensibles telles que la pratique contraceptive, les IST et le VIH. Bien que les services de planning familial soient depuis longtemps critiqués pour leur négligence des adolescents et des hommes, les prestataires du planning familial

et des soins anténataux s'occupent néanmoins d'une large proportion des femmes sexuellement actives, dont beaucoup sont ou seront un jour victimes de la violence d'un partenaire intime.

Selon les Enquêtes démographiques et de santé d'Afrique subsaharienne, jusqu'à 95% des femmes bénéficient d'une forme de soins prénatals ou de planning familial. Ce contact avec les prestataires de santé offre un important créneau d'identification et de soutien des victimes de la violence, d'autant plus que l'implication des prestataires de la santé reproductive peut être particulièrement appropriée, étant donné les conséquences reproductives de la violence et les différents besoins de santé reproductive susceptibles d'accroître le risque de violences pour les femmes. De plus, étant donné leur longue histoire de traitement des questions sensibles (de sexualité, contraception, négociation sexuelle, etc.) et les nombreuses initiatives pour les former au conseil sur le SIDA, ces prestataires de la santé reproductive pourraient bien devenir de mieux en mieux formés pour apporter le soutien nécessaire aux femmes victimes de violences.

Dans le contexte de n'importe quels services cliniques offrant des soins au quotidien (planning familial, soins prénatals, etc.), il est vraisemblable que des prestataires de santé reproductive entrent en contact avec des femmes qui ont subi ou qui subissent des actes de violence. Certaines femmes dévoilent les mauvais traitements ou leur peur de la violence, ou déclarent même avoir été violées. Les prestataires reçoivent également des femmes qui ne parlent pas ouvertement des mauvais traitements, mais qui présentent les signes physiques de la violence (ecchymoses, lacérations et antécédents de complications inexpliquées lors de la grossesse). Enfin, les prestataires voient des femmes qui ne déclarent et ni présentent aucun problème associé à la violence mais qui vivent cependant une relation violente.

Le débat court quant à savoir la mesure dans laquelle il est possible pour les prestataires de santé d'identifier et de soutenir les femmes qui ont vécu des violences. Le niveau d'activité le plus passif, éventuellement approprié dans les contextes à ressources limitées, consiste à s'assurer que les prestataires ne persécutent pas davantage les femmes qui leur déclarent avoir été battues ou violées. À ce niveau, les politiques de santé et les formations devraient se concentrer sur l'assurance que les femmes sont traitées de façon sensible et non critique, , que l'incident est enregistré et que les femmes reçoivent un traitement IST approprié ou, au besoin, sont orientées vers les services pertinents.

Une approche plus active consisterait, pour le prestataire, à interroger, dans le cadre des questions posées sur l'état de santé, toutes les femmes ou celles présentant les signes d'une violence continue ou grave seulement, sur leur expérience de la violence. Pour identifier les femmes à hauts risques, il serait nécessaire que les prestataires disposent d'une liste des indicateurs potentiels de violence par le partenaire intime: antécédents de blessures ou de saignements maternels inexpliqués, accouchement prématuré et traumatisme ou mort du fœtus.

L'interrogation de routine nécessite l'élaboration d'un bref module de questions relatives à la violence actuelle ou passée, que les prestataires soumettraient à leurs clientes. Plusieurs modules de ce type ont été développés et l'approche a été adoptée dans certains pays industrialisés, ainsi que par le programme Western Hemisphere's Latin America Program d'International Planned Parenthood Federation.[37] Ces initiatives requièrent généralement la formation de tout le personnel clinique et exigent l'intégration à l'activité clinique des services destinés aux femmes victimes de la violence d'un partenaire intime. Outre un mécanisme de soutien, ce niveau d'investissement permet aux prestataires de mieux comprendre si les problèmes qui se présentent à eux sont le résultat de la violence et d'adapter leurs services en fonction des besoins spécifiques des clientes impliquées dans des relations violentes. Ainsi, les méthodes contraceptives telles que les injections sont discrètes et peuvent convenir mieux que le préservatif ou même la pilule aux femmes dont le partenaire est opposé à la pratique contraceptive.

Les faits semblent indiquer que les patientes des services de santé reproductive seraient favorables à ces initiatives. Ainsi, 88% des clientes d'une clinique communautaire de Cape Town, en Afrique du Sud, ont déclaré qu'elles accueilleraient favorablement le dépistage de routine de la violence.[38] Selon une étude plus approfondie menée aux États-Unis, les femmes, battues ou non, sont favorables au dépistage de la violence par leurs prestataires de santé.[39] Les femmes ont souligné l'importance de prestataires qui comprennent le problème de la violence domestique et qui soient bien informés, disposés à écouter et aptes à offrir une information sur les ressources disponibles dans la communauté;[40] elles pensaient également que les agents de la santé reproductive pourraient jouer un rôle important en apportant aux femmes un soutien psychologique et en condamnant la violence. Toute forme de réponse sanitaire à la violence se doit cependant d'apporter aux femmes des services confidentiels et qui ne portent pas de jugement.[41]

Changer les attitudes

Les prestataires de la santé reproductive peuvent avoir des idées préconçues ou stéréotypées des femmes victimes de la violence de leur partenaire, y compris la présomption qu'elles doivent avoir fait quelque chose pour justifier cette violence ou que la violence du partenaire n'est pas un problème grave.[42] Pour assurer que les femmes ne soient plus persécutées ou blâmées durant le processus de consultation et de divulgation, le personnel des services de santé reproductive doit avant tout résoudre ses propres partis pris, préjugés et craintes à l'égard de la violence faite aux femmes.

Confronter et changer les attitudes négatives ou culpabilisantes est un défi essentiel à relever, d'autant plus que ces attitudes sont parfois profondément ancrées dans l'esprit de certains agents de santé.[43] La violence à l'encontre des femmes est un produit de l'inégalité et de la domination sexiste: les prestataires doivent fondamentalement résoudre les questions de domination et de violence dans leur propre vie.[44] Dans la pratique, certains prestataires seule-

TABLEAU 1. Modes d'action contre la violence par un partenaire intime, selon le type de prestataire

Infirmière/agent de santé	Contexte clinique/soins	Hôpital	Ministrère de la Santé
Sensibilisation aux types, à la mesure et aux causes sous-jacentes de la violence	Élaboration de politiques sur la violence à l'encontre des femmes	Accueil des patientes dirigées et point de référence pour les établissements cliniques/ d'étude chargés de la mise en œuvre des politiques de lutte contre la violence à l'encontre des femmes	Condamnation publique de la violence à l'encontre des femmes
Dépistage de la violence lors des consultations de santé reproductive	Assurance de l'espace privé nécessaire aux consultations		Sensibilisation aux types, causes sous-jacentes et conséquences de la violence
Soutien psychologique des femmes en acceptant leurs expériences, absence de jugement et préparation à l'écoute	Affiches et brochures des femmes condamnant la violence à l'encontre des femmes	Définition de protocoles de gestion du viol, de l'agression sexuelle envers les enfants et d'autres formes de violence	Soutien de l'élaboration de politiques et protocoles sur les différentes formes de violence à l'encontre des femmes
Apport de soins cliniques appropriés (contraception d'urgence, test de grossesse, dépistage IST/VIH et traitement, etc.)	Soutien du personnel désireux d'aider les victimes de la violence et promotion de l'accès du personnel à une formation appropriée	Assurance de la formation adéquate du personnel face au viol, à l'agression sexuelle envers les enfants et à d'autres formes de violence	Incorporation dans la formation des agents de santé d'un cours spécialisé sur la violence envers les femmes
Documentation des conséquences médicales de la violence	Soutien du personnel ayant vécu la violence d'un partenaire	Élaboration de déclarations relatives à l'inacceptabilité face au viol, à l'agression de la violence	Surveillance et évaluation des initiatives de lutte contre la violence par un partenaire intime
Confidentialité	Liaison avec les autres organisations locales de lutte contre la violence sexiste	Soutien du personnel désireux d'aider les victimes de la violence et promotion de l'accès du personnel à une formation appropriée	Participation active aux initiatives multisectorielles sur la violence par un partenaire intime
Orientation des femmes vers les ressources et services existants de la communauté		Participation active aux initiatives multisectorielles sur la violence par un partenaire intime	

ment peuvent être suffisamment intéressés, sensibles et compétents pour traiter efficacement le problème de la violence sexiste; ils n'en doivent pas moins bénéficier d'une reconnaissance et d'un soutien adéquats.

Un autre obstacle encore réside dans la construction même des hiérarchies institutionnelles et dans la manière dont les attitudes et cultures de gestion influencent la mesure dans laquelle les prestataires peuvent mettre en pratique de nouvelles compétences. Par exemple, en l'absence d'un soutien institutionnel, les infirmières ne pourront pas nécessairement appliquer la formation reçue.[45]

Espace, temps et confidentialité

Une approche privée et confidentielle est indispensable au traitement des femmes victimes de la violence. Les femmes ne divulgueront vraisemblablement pas leurs expériences si elles ne sont pas sûres que la confidentialité de leurs révélations sera assurée; elles courraient du reste un risque de violence supplémentaire si leurs déclarations étaient entendues par des oreilles indiscrètes. Les prestataires de santé maternelle et infantile et du planning familial ne sont pas toujours en mesure d'assurer le caractère privé de leurs entretiens.[46] Lorsque les salles d'examen ne sont séparées que par un rideau, par exemple, ou que les questions initiales sont posées en public, les femmes resteront réticentes à révéler la violence subie. La confidentialité peut du reste être particulièrement difficile à assurer dans les milieux ruraux, où les prestataires vivent souvent dans les mêmes communautés que leurs clientes et connaissent parfois non seulement la femme mais aussi son partenaire.

Les contraintes de temps posent un autre défi. Les prestataires peuvent rarement consacrer beaucoup de temps une patiente particuliere.[47] Il en résulte que, même si une femme divulgue la violence subie, son prestataire n'a pas nécessairement suffisamment de temps pour lui apporter une réponse adéquate. Accorder aux prestataires la souplesse de passer plus de temps avec les clientes qui en ont besoin peut être un élément important pour établir la confiance nécessaire entre les deux.

Formulation d'une réponse pragmatique

Malgré des possibilités claires d'intervention, il n'existe que peu d'exemples d'efforts sérieux pour résoudre la violence par un partenaire intime en Afrique de la part des prestataires de santé reproductive. Le manque de liaison opérationnelle entre les programmes de lutte contre la violence et les programmes de santé reproductive au niveau national est le produit d'un délai inhérent entre l'attention internationale et l'action nationale et des difficultés d'élaboration de plans stratégiques pour mettre en pratique la rhétorique générale. Même dans les pays industrialisés disposant de ressources moins limitées, le débat se poursuit quant à la forme et au niveau appropriés et réalistes de la réponse du secteur de la santé à la violence par le partenaire intime.[48]

L'ajout hâtif de services liés a la violence domestique aux

activités de santé reproductive pourrait donner lieu à des approches insensibles plus préjudiciables encore à la sécurité des femmes. Il est de loin préférable d'élaborer une approche réfléchie, durable et contextuelle tenant soigneusement compte du pour et du contre des différentes formes d'intervention. Le processus doit tirer parti de l'expérience et de l'expertise tant des prestataires de la santé reproductive que des activistes de la lutte contre la violence. En particulier, certaines des alliances régionales ayant contribué à la propulsion de la question à l'ordre du jour mondial pourraient jouer un rôle clé dans l'élaboration d'initiatives locales, nationales et régionales pertinentes.[49] Le tableau 1 présente une gamme d'approches possibles a différents niveaux afin de fournir une réponse complète à la violence.

Compétences et formation des prestataires

Si les prestataires de services de santé reproductive doivent être formés à l'assistance aux femmes victimes de violences, les buts pertinents et adaptés au contexte de leur formation doivent être identifiés. Face aux nombreux obstacles à considérer, les politiques doivent être définies sur la base d'attentes réalistes quant aux résultats possibles de l'initiative.

Au minimum, les prestataires de la santé reproductive doivent communiquer aux femmes des messages clés sur l'inacceptabilité de la violence et assurer qu'elles reçoivent des soins appropriés et qu'elles soient informées des formes de soutien qui leur sont disponibles si elles désirent aller plus loin. Les prestataires disposant de plus de temps ou de ressources pourraient devenir plus actifs au niveau du conseil, du soutien continu et du dépistage de routine de la violence.

Les attentes doivent cependant être réalistes. Partout en Afrique subsaharienne, le nombre de conseillers formés affectés aux centres de santé demeure généralement faible et, en de nombreux endroits, le doute persiste quant à l'efficacité du conseil en matière de santé reproductive.[50] Beaucoup d'études voient dans l'insensibilité et les faibles compétences interpersonnelles des prestataires un obstacle à la recherche de soins.[51] Au Ghana, en Afrique du Sud, au Zimbabwe et ailleurs, pourtant, des efforts considérables ont été relevés de la part de prestataires et des agents individuels pour soutenir des femmes en position difficile.[52] Aussi serait-il probablement utile d'identifier et de soutenir les prestataires individuels déjà voués à l'assistance aux femmes victimes de la violence.

L'élaboration des stratégies à destination des professionnels de la santé doit être abordée avec soin. Les modèles occidentaux de conseil et de soutien ne sont pas nécessairement adaptés et il convient d'en envisager des adaptations ou des formulations propres à chaque pays. Les initiatives retenues doivent faire appel aux organisations de femmes locales et régionales et tirer parti de leur éventuelle expérience d'apport de services contre la violence domestique,[53] ainsi que des puissants contacts, au niveau légal par exemple, dont elles peuvent déjà disposer.

La vaste attention actuellement accordée aux programmes de prévention du VIH/SIDA, y compris en termes d'investissement dans les compétences de conseil des agents de santé, peut offrir une bonne occasion d'inclure dans les formations au conseil des compétences pour discuter de la violence par un partenaire intime. Pour apporter le soutien nécessaire aux victimes de la violence, les prestataires doivent disposer de suffisamment de temps pour parler à leurs patientes. Sans le temps et la confidentialité nécessaires à une interaction prestataire/patiente adéquate, les femmes ne gagneront rien. Certaines pourraient même être exposées à un risque et une souffrance plus grand. Pour qu'il soit bénéfique aux femmes, le conseil doit être pertinent et de bonne qualité; il vaudrait sinon mieux orienter les clientes vers des prestataires spécialisés, pour autant qu'ils existent.

Amélioration de la documentation

Étant donné la relation continue que certains prestataires entretiennent avec leurs clientes, les agents de santé reproductive peuvent être aptes à documenter la violence subie par les femmes et à en attester. La documentation médicale systématique des déclarations de violence peut être essentielle aux femmes qui désirent porter plainte contre leur agresseur. Une documentation claire et rapide peut du reste amoindrir les délais d'obtention des services nécessaires. Au Zimbabwe, par exemple, certaines victimes de viol se sont vues refuser un avortement pour cause de retard des documents requis.[54]

Aux niveaux tertiaires des soins, les ministères de la santé et les hôpitaux devraient définir les protocoles standard de documentation des déclarations de violences par un partenaire intime, de viols et d'abus sexuels. Ainsi, au Zimbabwe, les hôpitaux disposent déjà de protocoles de gestion du viol, concernant notamment le dépistage des IST, la contraception d'urgence et l'accès à l'avortement.[55] L'Afrique du Sud travaille à la mise en œuvre d'une politique de traitement des cas de viol prévoyant notamment une prophylaxie de post-exposition au VIH.[56] Les procédures de réponse à la violence doivent également apporter des directives suffisantes sur la manière de documenter adéquatement les cas. Ainsi, les attestations médicales peuvent requérir une évaluation de la gravité de la violence, mais les critères n'en sont souvent pas suffisamment clairs.[57]

Il importe en tout cas d'assurer que la documentation de la violence à l'encontre des femmes ne compromette pas la confidentialité. La sécurité des femmes serait par exemple menacée si les formulaires de déclaration intégrée étaient accessibles à tout le personnel clinique. Les besoins d'éthique et de sécurité des services offerts aux victimes de la violence rendent impératives une réponse et une documentation de la violence empreinte de la plus grande sensibilité.

Collaboration et orientation intersectorielles

Les femmes qui ont été victimes de violences doivent parfois prendre contact avec plusieurs organismes, tels que la police et les services sociaux. Une réponse cohérente à la

violence par un partenaire intime ne doit pas rester confinée au cadre clinique mais assurer plutôt la coordination avec les différentes sources de services et de soutien. La responsabilité ultime en revient aux planificateurs et gestionnaires des programmes, mais les prestataires de santé doivent également être conscients de la nécessité d'autres liaisons. Si un établissement ne peut pas assurer lui-même les services nécessaires aux victimes de la violence mais qu'il désire les orienter vers d'autres prestataires, la logistique doit être structurée pour minimiser le nombre d'étapes requises pour obtenir l'aide nécessaire.

Une approche consiste à identifier une «amie» ou représentante: une femme déjà libérée d'une situation violente ou au courant des services disponibles, par exemple, pour accompagner les victimes. Une autre approche consiste à identifier les personnes clés de chaque organisation, vers lesquelles la patiente peut être directement orientée. Les personnels des différents organismes intéressés pourraient se rencontrer pour examiner les cas et apprendre à renforcer et réviser les procédures. Lorsque la liaison avec les organismes de lutte contre la violence est difficile ou que les activités des ONG sont faibles, Heise suggère l'identification de leaders populaires de la communauté–les chefs et membres du clergé, par exemple–susceptibles d'établir le lien avec les sources de soutien appropriées.[58]

La collaboration avec les différentes organisations et structures, ayant chacune ses propres priorités, sa propre culture institutionnelle et ses propres pratiques, est généralement lente et frustrante.[59] Les exemples d'initiatives réussies ne sont pourtant pas inconnus. Ainsi, la police ghanéenne vient d'établir un corps de police féminin dans le cadre d'une campagne nationale contre la violence sexiste,[60] tandis qu'en Namibie, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis sur pied 13 unités de protection des femmes et des enfants, centralisant en un endroit unique les prestations médicales, juridiques et de conseil auprès des femmes victimes de violences.[61]

CONCLUSIONS

En Afrique subsaharienne comme ailleurs, la violence physique et sexuelle par le partenaire intime est répandue et s'accompagne de sérieuses implications pour la santé reproductive des femmes. Malgré les missions élargies au niveau international, peu d'initiatives ont été mises en place pour intégrer aux services de santé reproductive une réponse adéquate à la violence.

Les réponses pragmatiques n'en sont pas moins possibles. Même les initiatives dotées de ressources relativement faibles peuvent être utiles si elles s'efforcent d'assurer la validation de l'expérience des femmes et évitent de les juger ou de leur rejeter la responsabilité de la violence qu'elles déclarent. Dans les contextes moins limités en ressources, les prestataires sont plus aptes à comprendre le rôle de la violence dans les problèmes de santé féminine qui se présentent à eux, à adapter leurs services aux besoins spécifiques des victimes de la violence et, dans la mesure du possible, à orienter ces femmes vers les services appropriés. Les difficultés sont nombreuses, mais il est toutefois impératif de confronter l'inégalité et la violence sexiste si l'on veut garantir les droits reproductifs des femmes.

RÉFÉRENCES

1. Heise L, Ellsberg M et Gottemoeller M, Ending violence against women, *Population Reports*, 1999, série L, No. 11.

2. Mayhew SH et Watts C, Global rhetoric vs. individual realities: linking violence against women and reproductive health, dans: Lee K, Fustukian S et Buse K, réds., *Health Policy in a Globalising World,* Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2002.

3. Heise L, Violence against women: global organizing for change, dans: Edleson JL et Eisikovitz ZC, réds., *Future Interventions with Battered Women and Their Families*, Thouset Oaks, CA, USA: Sage, 1996, pp. 7–33; et García-Moreno C et Watts C, Violence against women: its importance for HIV/AIDS prevention, *AIDS*, 2000, 14(Suppl. 3):253–265.

4. Krug EG et al., *World Report on Violence and Health*, Geneva: World Health Organization (WHO), 2002.

5. WHO, *Multi-Country Study on Women's Health and Life Events Final Core Questionnaire (Version 9.9)*, Geneva: WHO, 2002.

6. Krug EG et al., 2002, op. cit. (voir référence 4).

7. Krug EG et al., 2002, op. cit. (voir référence 4); Koenig M et al., Domestic violence in rural Uganda: evidence from a community-based study, *Bulletin of WHO*, 2003, 81(1):53–60; Watts C et Zimmerman C, Violence against women: global scope and magnitude, *Lancet*, 2002, 359(9313):1232–1237; et Kishor S et Johnson K, *Profiling Domestic Violence: A Multi-Country Study*, Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2004.

8. Watts C et al., Withholding of sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women, *Reproductive Health Matters,* 1998, 6(12):57–65; et Gossaye Y et al., Women's Health and Life Events Study in rural Ethiopia, *Ethiopian Journal of Health Development*, 2003, 17(numéro spécial 2):2–50.

9. Gossaye Y, 2003, op. cit. (voir référence 8).

10. Watts C et al., 1998, op. cit. (voir référence 8); Jewkes R et al., *He Must Give Me Money, He Mustn't Beat Me: Violence Against Women in Three South African Provinces*, Technical Report, Pretoria, South Africa: Medical Research Council, 1999; et Campbell JC, García-Moreno C et Sharps P, Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries, *Violence Against Women,* 2004, 10(7):770–789.

11. Gossaye Y, 2003, op. cit. (voir référence 8).

12. Jansen HAFM et al., Interviewer training in the WHO multicountry study on women's health and domestic violence, *Violence Against Women*, 2004, 10(7):831–849.

13. Campbell JC, Health consequences of intimate partner violence, *Lancet*, 2002, 359(9314):1331–1336.

14. Heise L, Ellsberg M et Gottemoeller M, 1999, op. cit. (voir référence 1); et Campbell JC, 2002, op. cit. (voir référence 13).

15. García-Moreno C et Watts C, 2000, op. cit. (voir référence 3); Maman S et al., Intersection of HIV and violence: directions for future research and interventions, *Social Science & Medicine* 2000, 50(4):459– 478; et Campbell JC, 2002, op. cit. (voir référence 13).

16. Campbell JC, Abuse during pregnancy: progress, policy and potential, *American Journal of Public Health*, 1998, 88(2):185–186.

17. Dixon-Mueller R, The sexuality connection in reproductive health, *Studies in Family Planning*, 1993, 24(5):269–282; Ezeh CA et al., The influence of spouses over each other's contraceptive attitudes in Ghana, *Studies in Family Planning*, 1993, 24(3):163–173; Chibwana T et al., Male involvement: the missing dimension in promoting child spacing, *Malawi Medical Journal*, 1993, 9(1):18–30; Adongo P et al., Cultural factors constraining the introduction of family planning among the Kassena-Nankana of Northern Ghana, *Social Science & Medicine*, 1997, 45(12): 1789–1804; 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.

18. Ellsberg M et al., Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population-based study, *American Psychologist*, 2000, 54(1):30–36.

19. Ibid.; et Kishor S et Johnson K, 2004, op. cit. (voir référence 7).

20. Jewkes R et al., 1999, op. cit. (voir référence 10).

21. Blanc A et al., *Negotiating Reproductive Health Outcomes in Uganda*, Calverton, MD, USA: Macro International et Makerere, Uganda: Institute of Statistics and Applied Economics, Makerere University, 1996; et Njovana E et Watts C, Gender violence in Zimbabwe: a need for collaborative action, *Reproductive Health Matters*, 1996, 4(7):45–53.

22. Adongo P et al., 1997, op. cit. (voir référence 17); Ankomah A, Condom use in sexual exchange relationships among young, single adults in Ghana, *AIDS Education Preview,* 1998, 10(4):303–316; Watts C et al., 1998, op. cit. (voir référence 8); Jewkes R et al., 1999, op. cit. (voir référence 10); et Koenig M et al., 2003, op. cit. (voir référence 7).

23. Pearlman MD, Tintinally JE et Lorenz RP, Blunt trauma during pregnancy, *New England Journal of Medicine,* 1990, 323(23):1609–1603; Jejeebhoy SJ, Association between wife beating and fetal death: impressions from a survey in rural India, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(3):300–308; et Parsons MA et Harper LH, Violent maternal death in North Carolina, *Obstetrics & Gynaecology*, 1999, 94(9):990–993.

24. Krug EG et al., 2002, op. cit. (voir référence 4).

25. Gantra BR et al., Too far, too little, too late: a community based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India, *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76(6):591–598.

26. Fauveau V et al., Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976–1985, *Bulletin of the World Health Organization* 1988, 66(5):643–651; et Harper M et Parsons L, Maternal deaths due to homicide and other injuries in North Carolina: 1992–1994, *Obstetrics & Gynecology*, 1997, 94(6):990–993.

27. Krug EG et al., 2002, op. cit. (voir référence 4).

28. Blanc A et al., 1996, op. cit. (voir référence 21); et Jewkes R et al., 1999, op. cit. (voir référence 10).

29. Abrahams N et al., Sexual violence against intimate partners in Cape Town: prevention and risk factors reported by men, *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82(5):330–337.

30. Blanc A et al., 1996, op. cit. (voir référence 21); Rao V, Wife-beating in rural South India: a qualitative and econometric analysis, *Social Science & Medicine*, 1997, 44(8):1169–1180; et García-Moreno C et Watts C, 2000, op. cit. (voir référence 3).

31. Njovana E et Watts C, 1996, op. cit. (voir référence 21).

32. Fischbach RL et Herbert B, Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures, *Social Science & Medicine*, 1997, 45(8):1161–1176; Wingood G, DiClemente R et Raj A, Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters, *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19(4):270–275.

33. Krug EG et al., 2002, op. cit. (voir référence 4).

34. Dunkle KL et al., Gender-based violence, relationship power and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa, *Lancet,* 2004, 363(9419):1415–1421.

35. García-Moreno C, Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women, *Lancet*, 2002, 359(9316):1509–1514.

36. Council on Scientific Affairs, American Medical Association, Violence against women: relevance for medical practitioners, *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267(23):3184–3195; American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Domestic violence, *ACOG Technical Bulletin*, Washington, DC: ACOG, 1993, No. 209; British Medical Association (BMA), *Domestic Violence: A Health Care Issue*, London: BMA, 1998; et Royal College of Midwives, *Domestic Abuse in Pregnancy*, Position Paper, London: Royal College of Midwives, 1997, No. 19.

37. International Planned Parenthood Federation–Western Hemisphere, The link between gender-based violence and sexual and reproductive health, *Basta!*, 2000, <http://www.ippfwhr.org/publications/serial_issue_e.asp?PubID=10&SerialIssuesID=2>, accédé le 28 septembre 2004.

38. Kim J, Health sector initiatives to address domestic violence against women in Africa, dans: *Proceedings of the Health Care Strategies for Combatting Violence Against Women in Developing Countries Meeting, Ghent, Belgium, August 1999,* Ghent, Belgium: International Centre for Reproductive Health, University of Ghent, 1999.

39. McNutt L et al., Reproductive violence screening in primary care: perspectives et experiences of patients et battered women, *Journal of the American Medical Association,* 1999, 54(2):85–90.

40. Gielen AC et al., Women's opinions about domestic violence screening et metatory reporting, *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19(4):279–286.

41. García-Moreno C, 2002, op. cit. (voir référence 35).

42. Kim J et Motshei M, "Women enjoy punishment": attitudes and experiences of gender violence among primary health care nurses in rural South Africa, *Social Science & Medicine*, 2002, 54(8):1243–1254.

43. Jewkes R, Abrahams N et Mvo Z, Why do nurses abuse patients? reflections from South African obstetrics services, *Social Science & Medicine*, 1998, 47(11):1781–1795.

44. García-Moreno C, 2002, op. cit. (voir référence 35).

45. Mayhew SH, Integration of STI services into FP/MCH services: health service and social contexts in rural Ghana, *Reproductive Health Matters*, 2000, 8(16):112–124; et Mayhew SH et al., Integrating component services for reproductive health: the problem of implementation, *Studies in Family Planning*, 2000, 31(2):151–162.

46. Population Council, *Setting the African Agenda: Report of an African Region Conference on Integration of STI/HIV Services into MCH/FP Services*, New York: Population Council, 1995; Kisubi W et al., *An African Response to the Challenge of Integrating STD/HIV/AIDS Services into Family Planning Programs*, Watertown, MA, USA: Pathfinder International, 1997; et Mayhew SH, *Health Care in Context, Policy into Practice: A Policy Analysis of Integrating STD/HIV and MCH/FP Services in Ghana,* London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1999.

47. Population Council, 1995, op. cit. (voir référence 46); Kisubi W et al., 1997, op. cit. (voir référence 46); et Maggwa BN et Askew I, *Integrating STI/HIV Management Strategies into Existing MCH/FP Programs: Lessons from Case Studies in East and Southern Africa*, New York: Population Council, 1997.

48. Cole TB, Is domestic violence screening helpful? *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284(5):551–553; et Ramsey J et al., Should health professionals screen women for domestic violence? systematic review, *British Medical Journal,* 2002, 325(7359):314–326.

49. Mayhew SH et Watts C, 2002, op. cit. (voir référence 2).

50. Population Council, 1995, op. cit. (voir référence 46); Kisubi W et al., 1997, op. cit. (voir référence 46); et Maggwa BN et Askew I, 1997, op. cit. (voir référence 47).

51. McCauley AP et al., Opportunities for women through reproductive choice, *Population Reports*, 1994, série M, No. 12; et Kim YM et al., Quality of counselling of young clients in Zimbabwe, *East African Medical Journal*, 1997, 74(8):514–518.

52. Mayhew SH, 1999, op. cit. (voir référence 46); et Njovana E et Watts C, 1996, op. cit. (voir référence 21).

53. Women in Law and Development in Africa (WiLDAF), *Annual Report, 1995*, Harare, Zimbabwe: WiLDAF, 1996; et Njovana E et Watts C, 1996, op. cit. (voir référence 21).

54. Watts C et Ndlovu M, Violence against women in Zimbabwe: strategies for action, Harare, Zimbabwe: Musasa Project, 1997.

55. Ibid.

56. Kim J, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, personal communication, le 20 de octobre 2002.

57. Watts C et al., 1997, op. cit. (voir référence 54).

58. Heise L, 1996, op. cit. (voir référence 3).

59. Stewart S, Working the system: sensitizing the police to the plight of women, dans: Schuler M, réd., *Freedom from Violence: Women's Strategies from Around the World*, New York: United Nations Development Fund for Women, 1992.

60. Reproductive Mother and Child Health Unit, Ghana Ministry of Health, *Annual Report, 2003,* Accra, Ghana: Ministry of Health and Social Services, 2004.

61. January E, Ministry of Health and Social Services, Windhoek, Namibia, personal communication, le 3 août 2004.

Remerciements

Les auteurs remercient Lori Heise pour ses commentaires sur une version antérieure de l'article

Pour contacter les auteurs: *charlotte.watts@lshtm.ac.uk*

Publié d'abord en anglais dans *International Family Planning Perspectives,* 2004, 30(4):207–213.