

# PERSPECTIVES INTERNATIONALES sur le Planning Familial

## Sélection Spéciale d'Articles sur la Violence Basée sur le Genre et la Santé Reproductive



### Premiers rapports sexuels contraints et santé reproductive des adolescentes ougandaises à Rakai, Ouganda

Michael A. Koenig, Iryna Zablotska, Tom Lutalo, Fred Nalugoda,  
Jennifer Wagman et Ron Gray

### Violence du partenaire intime en Chine: prévalence nationale, facteurs de risque et problèmes de santé associés

William L. Parish, Tianfu Wang, Edward O. Laumann, Suiming Pan et Ye Luo

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

Christina C. Pallitto et Patricia O'Campo

### L'expérience de la contrainte sexuelle parmi les jeunes au Kenya

Annabel S. Erulkar

### Facteurs et processus socioéconomiques associés à la violence conjugale dans les milieux ruraux du Bangladesh

Lisa M. Bates, Sidney Ruth Schuler, Farzana Islam et Md. Khairul Islam

### Exploration de l'association entre le VIH et la violence: expériences de l'infidélité, de la violence et de la contrainte sexuelle chez les jeunes à Dar es Salaam, en Tanzanie

Heidi Lary, Suzanne Maman, Maligo Katebalila, Ann McCauley et  
Jessie Mbwambo

#### COMMENTAIRE

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

Charlotte Watts et Susannah Mayhew



# PERSPECTIVES INTERNATIONALES sur le Planning Familial

Traduction de la sélection spéciale:

*Geneviève Haines*

Révision: *Alice Debauche*

Rédactrice en chef: *Patricia Donovan*

Rédactrice: *Frances A. Althaus*

Chef de production: *Kathleen Randall*

Mise en page: *Judith Rothman*

©2007 The Guttmacher Institute.

President: *Sharon Camp*

Bureau de rédaction:

125 Maiden Lane

New York, NY 10038

USA

Les articles de cette sélection spéciale étaient publiés en anglais dans *International Family Planning Perspectives*, 2004, Volume 30, No. 4.

*International Family Planning Perspectives* est une revue trimestrielle de recherches évaluée par des pairs publiée par the Guttmacher Institute. La revue est soutenue largement par l'Agence américaine pour le développement international (USAID) (grant GPH-A-00-02-003-00). Le contenu de la sélection représente les opinions des auteurs et ne reflète pas nécessairement la politique officielle du Guttmacher Institute ou celles de USAID.



Dessin: *Burstein/Max Associates, Inc.*

Photo: ©Robert Essel NYC/CORBIS

## 3 DANS CETTE SÉLECTION

### ARTICLES

#### 5 Premiers rapports sexuels contraints et santé reproductive des adolescentes ougandaises à Rakai, Ouganda

*Michael A. Koenig, Iryna Zablotska, Tom Lutalo, Fred Nalugoda, Jennifer Wagman et Ron Gray*

#### 14 Violence du partenaire intime en Chine: prévalence nationale, facteurs de risque et problèmes de santé associés

*William L. Parish, Tianfu Wang, Edward O. Laumann, Suiming Pan et Ye Luo*

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

*Christina C. Pallitto et Patricia O'Campo*

#### 32 L'expérience de la contrainte sexuelle parmi les jeunes au Kenya

*Annabel S. Erulkar*

#### 40 Facteurs et processus socioéconomiques associés à la violence conjugale dans les milieux ruraux du Bangladesh

*Lisa M. Bates, Sidney Ruth Schuler, Farzana Islam et Md. Khairul Islam*

#### 51 Exploration de l'association entre le VIH et la violence: expériences de l'infidélité, de la violence et de la contrainte sexuelle chez les jeunes à Dar es Salaam, en Tanzanie

*Heidi Lary, Suzanne Maman, Maligo Katebalila, Ann McCauleet et Jessie Mbwambo*

### COMMENTAIRE

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

*Charlotte Watts et Susannah Mayhew*

## Visitez INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES en ligne : [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)

- Pour accéder au texte intégral de numéros antérieurs, cliquez sur «International Family Planning Perspectives», puis sur «About IFPP».
- Pour recevoir nos alertes et résumés par courrier électronique, cliquez sur «E-lists».
- Pour obtenir les directives de soumission d'article, cliquez sur «Periodicals», puis sur «Guidelines for Authors».
- Pour prendre un abonnement ou souscrire à d'autres publications, cliquez sur «Buy».

**DROITS D'AUTEUR.** ©2007, The Guttmacher Institute. Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays en vertu de la Convention universelle sur le droit d'auteur, de la Convention de Berne pour la protection des œuvres littéraires et artistiques, et des Conven-

tions interaméricaine et panaméricaine sur les droits d'auteur (Mexico City et Buenos Aires). Toute transmission ou reproduction de la totalité ou d'une partie de ce numéro doit être soumise à l'autorisation préalable de la rédactrice en chef.

---

### COMITÉ DE PATRONAGE

Karen Beattie  
*EngenderHealth*  
New York

Jane T. Bertrand  
*Johns Hopkins University*  
Baltimore, MD, USA

John B. Casterline  
*Ohio State University*  
Columbus, Ohio, USA

Parfait Eloundou-Enyegue  
*Cornell University*  
Ithaca, NY, USA

Elisabeth Ferraz  
*Sociedade Civil Bem-Estar*  
*Familiar no Brasil*  
Rio de Janeiro, Brazil

Baochang Gu  
*Renmin University of China*  
Beijing

Shireen J. Jejeebhoy  
*Population Council*  
New Delhi

Paulina K. Makinwa-Adebusoye  
*Nigerian Institute of*  
*Social and Economic Research*  
Ibadan, Nigeria

Alexandrina Marcelo  
*Independent consultant*  
Manila, Philippines

Thomas Merrick  
*The World Bank Institute*  
Washington, DC

Edith Alejandra Pantelides  
*Centro de Estudios de Población*  
Buenos Aires, Argentina

Zeba Ayesha Sathar  
*Population Council*  
Islamabad, Pakistan

Nasra M. Shah  
*Kuwait University*  
Safat, Kuwait

Mark VanLandingham  
*Tulane University*  
New Orleans, LA, USA

Eliya Zulu  
*African Population and Health*  
*Research Center*  
Nairobi, Kenya

Selon une estimation, une femme sur trois dans le monde est victime, durant sa vie, d'agressions physiques, de contraintes sexuelles ou d'autres formes de violence, le plus souvent par un partenaire intime. La validité de cette estimation n'est pas certaine, et les efforts pour collecter des données sur la prévalence et les conséquences de la violence—surtout dans les pays en développement—ont été entravés par des problèmes d'absence d'échantillons représentatifs, de variation des techniques d'entretien et de la formulation des questions, de définitions et d'attitudes culturelles variables à l'égard de la violence et de niveaux de sous-déclaration inconnus. Comment s'étonner, dès lors, si les conséquences de la violence sur la santé sexuelle et reproductive sont si peu connues? Ce numéro d'*International Family Planning Perspectives* est consacré à l'examen de la manière dont les mauvais traitements affectent les comportements à risques et les questions de santé. Il examine de plus les approches que peuvent adopter les prestataires de la santé reproductive pour réduire la prévalence de la violence sexuelle et en amoindrir les conséquences.

Dans l'article d'ouverture, Michael Koenig et ses collègues étudient l'impact de premiers rapports sexuels vécus sous la contrainte sur la santé reproductive des adolescentes de Raikai, en Ouganda [page 5]. Sur 575 jeunes femmes sexuellement actives, 14% ont déclaré avoir été forcée lors de leurs premiers rapports sexuels. Compte tenu des effets d'autres facteurs, les adolescentes qui avaient subi cette contrainte se sont révélées significativement moins susceptibles que les autres de pratiquer une méthode contraceptive moderne, d'avoir utilisé le préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels et de l'avoir utilisé régulièrement durant les six mois précédant l'entrevue. Elles étaient du reste significativement plus susceptibles de qualifier leur dernière grossesse de non planifiée et de déclarer au moins un symptôme d'affection de l'appareil génital. De même, la proportion des répondants qui avaient subi une contrainte récente s'est avérée significativement supérieure parmi celles dont les premiers rapports sexuels avaient été forcés.

William Parish et ses collègues produisent pour leur part les premières estimations nationales de la violence par un partenaire intime en Chine (partenaire masculin, partenaire féminin ou les deux). Ils en examinent les facteurs de risque et les problèmes de santé associés [page 14]. Dans leur échantillon représentatif des adultes âgés de 20 à 64 ans mariés ou en couple stable, 34% des femmes et 18% des hommes ont déclaré avoir été battus par leur partenaire; dans 12% et 5% des cas, respectivement, les coups reçus avaient produit des blessures. Sous contrôle des effets de caractéristiques individuelles, les facteurs de risque associés à cette violence se sont révélés être la jalousie, la faible contribution de la femme au revenu du ménage, le faible niveau socioéconomique de l'homme, la consommation d'alcool par la femme et l'ivresse de l'homme. Les sévices graves s'avèrent liés à des problèmes de santé sexuelle auto-déclarés (dysfonctionnement sexuel, insatisfaction sexuelle et rapports sexuels non désirés), ainsi qu'à des conditions de santé générale négatives.

Sur la base des données de l'Enquête démographique et de santé

colombienne de 2000, Christina Pallitto et Patricia O'Campo s'intéressent spécifiquement aux liens entre la violence conjugale et la grossesse non planifiée [page 23]. Dans leur échantillon de femmes mariées ou l'ayant déjà été qui étaient enceintes au moment de l'enquête ou qui avaient accouché durant les cinq années précédentes, 55% avaient eu au moins une grossesse non planifiée et 38% avaient été agressées physiquement ou sexuellement par leur partenaire actuel. L'analyse multidimensionnelle révèle une probabilité de grossesse non planifiée supérieure de 40% parmi les femmes qui avaient subi ces agressions.

Dans son examen de la contrainte sexuelle chez les jeunes, Annabel Erulkar se penche aussi sur les expériences des deux sexes [page 32]. Dans un vaste échantillon en population générale des 10–24 ans, 21% des jeunes femmes et 11% des jeunes hommes ont déclaré avoir subi des contraintes sexuelles. La grande majorité d'entre eux a identifié comme l'auteur de ces contraintes le partenaire intime (dans le cas de 28% des jeunes femmes, il s'agissait de leur époux), mais une minorité non négligeable a également désigné une connaissance. Les jeunes femmes contraintes se sont révélées fort susceptibles d'avoir eu au moins trois partenaires sexuels et d'avoir présenté des symptômes d'infection de l'appareil génital. Les jeunes hommes qui avaient subi une contrainte sexuelle étaient plus susceptibles que les autres d'avoir eu pour première partenaire une femme d'au moins cinq ans leur aînée.

Lisa Bates et ses collègues ont recours aux méthodes qualitatives et quantitatives pour évaluer la prévalence des mauvais traitements et leur association à la condition des femmes dans les milieux ruraux du Bangladesh [page 40]. Sur plus de 1.200 femmes mariées dans six villages, 67% avaient subi la violence d'un partenaire intime (y compris, pour 33%, des coups de pied, des brûlures ou une agression avec une arme). Dix-huit pour cent avaient été maltraitées alors qu'elles étaient enceintes. Les femmes membres d'un programme de micro-crédit et celles plus instruites que la moyenne (au moins six années d'école) se sont avérées moins susceptibles d'avoir subi des mauvais traitements durant la dernière année écoulée, tandis que les femmes contribuant plus que nominalement aux dépenses du ménage et celles dont la dot n'était pas acquittée étaient plus susceptibles d'en avoir été victimes.

Heidi Lary et ses collègues explorent, à travers un ensemble de données qualitatives, l'association entre la violence par un partenaire intime et l'infection à VIH révélée par la recherche quantitative antérieure en Tanzanie [page 50]. Selon des entrevues menées avec 40 hommes et 20 femmes de Dar es Salaam âgés de 16 à 24 ans, l'infidélité et la contrainte sexuelle sont répandues dans les relations intimes des jeunes. Les jeunes hommes avec des partenaires sexuelles multiples ont déclaré être violents avec leurs partenaires féminines sur des questions d'infidélité, et les contraindre à avoir des rapports sexuels si elles les refusent. En revanche, les jeunes qui estimaient la violence et la contrainte sexuelle injustifiables étaient généralement encore vierges ou en relation monogame.

Enfin, Charlotte Watts et Susannah Mayhew examinent dans leur

commentaire les modalités possibles de l'intégration de réponses à la violence dans les services de santé reproductive [page 57]. Les auteurs recommandent aux cliniques disposant d'un espace privé adéquat le dépistage de la violence et le conseil à l'occasion des consultations de santé reproductive; la formation et le soutien d'un personnel désireux d'aider les femmes violentées; la documentation des mauvais traitements et de leurs conséquences médicales; la prestation de soins cliniques appropriés, l'apport d'information aux femmes et leur orienta-

tion vers d'autres services. Elles invitent du reste les ministères de la santé à condamner officiellement la violence et à intégrer des modules spécialisés sur la violence dans la formation des prestataires de santé. Et de souligner, surtout, l'adoption d'une «approche réfléchie, durable et adaptée au contexte» de l'intégration des interventions contre la violence, afin d'éviter une mise en danger plus grande encore de la sécurité des femmes.

—*La Rédaction*

## Premiers rapports sexuels contraints et santé reproductive des adolescentes à Rakai, Ouganda

**CONTEXTE:** Malgré la reconnaissance grandissante de l'ampleur et de la signification de la contrainte sexuelle subie par les adolescentes des pays en développement, la constatation de ses conséquences sur la santé reproductive demeure limitée.

**MÉTHODES:** Un échantillon de 575 femmes sexuellement actives de 15 à 19 ans a été interviewé en 2001–2002 dans le cadre du projet de surveillance continue de la région ougandaise rurale de Rakai. La recherche des associations entre premiers rapports sexuels vécus sous la contrainte et certains comportements et issues de santé reproductive a été menée par tests chi carré et régressions logistiques.

**RÉSULTATS:** Quatorze pour cent des jeunes femmes ont déclaré avoir subi leurs premiers rapports sexuels sous la contrainte. Compte tenu des effets des caractéristiques démographiques des répondantes, les jeunes femmes ayant déclaré une première expérience sexuelle vécue sous la contrainte étaient significativement moins susceptibles que les autres de pratiquer une méthode contraceptive moderne au moment de l'entrevue, d'avoir utilisé le préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels et d'en avoir fait usage régulièrement durant les six mois précédents. Elles étaient du reste plus susceptibles de qualifier leur dernière grossesse de non planifiée (parmi les femmes qui avaient jamais été enceintes) et de déclarer au moins un symptôme de l'appareil reproductif.

**CONCLUSIONS:** Les premiers rapports sexuels vécus sous la contrainte posent un sérieux problème social et de santé publique, susceptible de répercussions graves sur la santé reproductive et le bien-être des jeunes femmes. Les interventions d'amélioration de la santé reproductive des adolescentes doivent confronter de manière directe le problème de la contrainte sexuelle.

*Sélection Spéciale d'Articles sur la Violence Basée sur le Genre et la Santé Reproductive, 2007, pp. 5–13*

Par Michael A. Koenig, Iryna Zablotska, Tom Lutalo, Fred Nalugoda, Jennifer Wagman et Ron Gray

Michael A. Koenig est professeur associé, Iryna Zablotska, doctorante, et Ron Gray, professeur au Department of Population and Health Sciences, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA. Tom Lutalo est gestionnaire des données, Fred Nalugoda, responsable des activités de terrain et Jennifer Wagman, conseillère en sciences sociales au Rakai Health Sciences Program, Uganda Virus Research Institute, Entebbe, Ouganda.

La question de la violence familiale fait, depuis une dizaine d'années, l'objet d'une reconnaissance et d'une attention internationales grandissantes. L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence familiale comme «l'ensemble des actes coercitifs de natures sexuelle, psychologique ou physique utilisés contre les femmes adultes et adolescentes par un actuel ou un ancien partenaire intime».<sup>1</sup> On observe également une sensibilité croissante à l'importance de la violence et de la contrainte sexuelle en tant qu'élément de la violence familiale dans son ensemble.

Les recherches sur la violence sexuelle reposent principalement sur les données relatives aux femmes en âge de procréer impliquées dans une relation intime. Ces études révèlent de hauts taux de rapports sexuels non consentis dans les pays en développement, où une proportion pouvant aller d'un cinquième à la moitié de la totalité des répondantes déclare avoir subi des rapports sexuels sous la contrainte d'un partenaire intime.<sup>2</sup> Toutefois, un nombre relativement faible d'études menées dans les pays en développement explore la prévalence de la contrainte et des sévices sexuels chez les adolescentes.

La proportion considérable de femmes déclarant avoir subi leurs premiers rapports sexuels sous la contrainte est une indication du fait que la violence sexuelle à l'égard des

adolescentes est courante. Cette observation est présente dans plusieurs études, bien que la définition de la contrainte soit variable. Bien que le taux de premiers rapports forcés déclarés soit relativement faible (moins de 10%) dans plusieurs études dans les pays industrialisés et en développement,<sup>3</sup> d'autres études, menées en Afrique subsaharienne surtout, trouvent des taux généralement entre 20% et 30% de la totalité des femmes,<sup>4</sup> et parfois même de plus de 40%.<sup>5</sup> L'observation qualitative en Afrique subsaharienne vient renforcer ces résultats quantitatifs, soulignant l'importante fréquence de la contrainte dans l'engagement sexuel des jeunes femmes.<sup>6</sup>

L'inquiétude suscitée par la question des rapports sexuels imposés aux adolescentes se trouve renforcée par l'augmentation des études—dans le monde industrialisé surtout—montrant une association significative entre les rapports sexuels forcés et toute une série de problèmes de santé et de santé reproductive chez les femmes en âge de procréer.<sup>7</sup> L'une des associations les plus importantes révélée par la littérature concerne le lien entre les sévices sexuels et le risque de grossesse non planifiée, comme en témoignent plusieurs études réalisées aux Etats-Unis.<sup>8</sup> Des études menées en Afrique du Sud, en Tanzanie et en Inde révèlent également une association entre violences physiques et rap-

ports sexuels forcés, d'une part, et grossesses non planifiées<sup>9</sup> d'autre part. D'autres travaux pertinents montrent une probabilité réduite de pratique contraceptive chez les femmes exposées, dans le présent comme dans le passé, aux violences physiques ou sexuelles d'un partenaire intime, de même d'ailleurs que chez celles qui redoutent de telles violences.<sup>10</sup>

D'autres études dans les pays industrialisés signalent un lien significatif entre la violence physique ou sexuelle chez les femmes en âge de procréer et de nombreux problèmes gynécologiques comme des saignements vaginaux, des rapports sexuels douloureux, une douleur pelvienne chronique, des infections urinaires et des infections génitales traitées médicalement.<sup>11</sup> Une autre série d'études a mis en lumière l'association possible entre l'expérience de violences physiques ou sexuelles des femmes et le risque qu'elles courent de contracter une infection sexuellement transmissible (IST),<sup>12</sup> VIH compris;<sup>13</sup> dans plusieurs études dans l'Afrique subsaharienne, les femmes séropositives au VIH déclarent significativement plus souvent avoir été victimes de violences physiques ou de rapports sexuels forcés que les femmes séronégatives. En accord avec ces résultats, les conclusions d'études américaines font état de hauts niveaux de comportements sexuels à risques chez les femmes ayant subi des rapports sexuels forcés,<sup>15</sup> parallèlement à de moindres niveaux de négociation ou d'usage du préservatif.<sup>16</sup>

Les données relatives aux séquelles de la violence physique et sexuelle sur la santé reproductive des victimes demeurent donc limitées et proviennent principalement d'études réalisées aux États-Unis ou dans d'autres pays industrialisés. La plupart de ces études se sont du reste concentrées sur toutes les femmes en âge de procréer, et non sur les adolescentes en particulier. Beaucoup des études existantes reposent sur des données concernant des populations spécifiques et à hauts risques plutôt que sur des échantillons plus largement représentatifs. Les études existantes présentent enfin une variabilité substantielle dans la rigueur méthodologique, en ce qui concerne les plans de sondage et le contrôle de potentiels facteurs de risque de confusion.

Les données recueillies en Ouganda rural en 2001–2002 offrent une occasion unique d'exploration approfondie de la question des rapports sexuels contraints et de leurs séquelles sur la santé reproductive des jeunes femmes à partir d'une enquête en population générale. Ce document présente les liens observés entre l'expérience de premiers rapports sexuels vécus sous la contrainte, certains comportements de santé reproductive et leurs conséquences chez un échantillon de 575 adolescentes sexuellement actives.

\*En 1999, 12 communautés de la zone de surveillance originale de Rakai ont été éliminées, tandis que 12 autres y étaient ajoutées.

† Cette mesure est cohérente avec celle de la disposition des répondantes à avoir leurs premiers rapports sexuels: 84% des jeunes femmes ayant déclaré une première expérience sexuelle vécue sous la contrainte ont également indiqué qu'elles n'étaient alors pas disposées à avoir des rapports sexuels.

## MÉTHODES

### Cadre et données

Cette étude a pour cadre l'Ouganda rural. Les rapports sexuels pré-nuptiaux sont courants en Ouganda. Il s'agit d'un comportement largement accepté pour les jeunes des deux sexes.<sup>17</sup> Un quart des jeunes Ougandaises ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, et deux tiers avant l'âge de 18 ans.<sup>18</sup> Une proportion significative commence à avoir des rapports avant le mariage.<sup>19</sup> Les relations sexuelles de nombreuses jeunes femmes semblent volontaires. Certaines données qualitatives sur l'Ouganda donnent toutefois à penser que la force et la contrainte peuvent aussi souvent entrer en jeu.<sup>20</sup>

Les données de l'étude considérée ici proviennent du projet de surveillance continue de Rakai, entamé en 1987 sous forme d'une recherche-action visant à comprendre et à réduire la transmission du VIH en Ouganda rural. Rakai, un district rural du sud-ouest ougandais, à la frontière de la Tanzanie et à proximité du lac Victoria, est au centre de l'épidémie VIH/SIDA du pays, avec une prévalence VIH estimée à 16% vers le milieu des années 1990.<sup>21</sup> En 1994, 56 communautés implantées le long des routes secondaires de Rakai ont été sélectionnées aléatoirement et agrégées en 10 sous-groupes. Chaque sous-groupe a ensuite été affecté aléatoirement à un groupe d'intervention et soumis à un traitement IST de masse, ou à un groupe de contrôle.\*<sup>22</sup> Des entretiens ont été menés au domicile des répondants à intervalles réguliers de 10 mois, sur la base d'un questionnaire détaillé portant sur les caractéristiques démographiques, l'état de santé, les comportements sexuels et les partenaires. Les répondants ont par ailleurs été invités à fournir des échantillons de sang et d'urine pour le dépistage du VIH et de certaines autres IST. Tous les participants des deux groupes ont été sensibilisés au VIH, aux autres IST et à la planification familiale; ils ont reçu des préservatifs gratuits et ont pu obtenir, sur demande, les résultats de leur test VIH, des conseils sur le VIH/SIDA et des traitements médicaux pour leurs problèmes de santé généraux et les IST.<sup>23</sup> Aucun encouragement financier n'a été offert aux répondants pour leur participation à l'étude. L'étude a été approuvée par un comité d'éthique institutionnel en Ouganda et par deux comités aux États-Unis.

Entre mars 2001 et février 2002, toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans inscrites au système de surveillance de Rakai avant le passage de 2001–2002 ont été invitées à répondre à une série de questions relatives à leur expérience des violences physiques et sexuelles, au cours de la vie et durant les 12 derniers mois.<sup>24</sup> Il leur a été demandé en particulier si leurs premiers rapports sexuels avaient été forcés. Celles qui avaient répondu affirmativement ont été interrogées sur les actes spécifiques (verbaux comme physiques) qui avaient accompagné la contrainte lors de leurs premiers rapports. Les répondantes ont également été invitées à indiquer si elles étaient disposées, la première fois, à avoir des rapports sexuels. Dans cette étude, toutes les femmes ayant déclaré que la force avait été utilisée lors de leurs premiers rapports sexuels ont été considérées comme les ayant vécus sous la contrainte.†



L'enquête de 2001–2002 a également recueilli des informations sur la pratique courante de la contraception, les antécédents de grossesse, les grossesses non planifiées, le nombre total de partenaires sexuels, l'usage du préservatif lors des derniers rapports sexuels, la constance du recours au préservatif durant les six derniers mois et les symptômes courants d'IST et de morbidité de l'appareil génital.

Les procédures soigneusement établies, ces 10 dernières années, pour la collecte d'informations sensibles dans le cadre du projet Rakai, incluent des mesures visant à assurer la protection du caractère confidentiel de l'information fournie par les répondants et à minimiser les risques potentiellement associés à la participation à l'étude. Le consentement de chaque répondant a été obtenu au début de l'étude et lors de chaque rendez-vous de suivi. Les entretiens ont été menés en privé par des personnes hautement qualifiées du même sexe. Aucune information sur l'enquête n'a été divulguée aux membres de la famille des participants. Les questionnaires remplis ont été conservés sous clé, et les calendriers de rendez-vous ne comportaient que les numéros d'identification des participants, sans identifiants individuels. En 2001–2002, les services d'assistance contre la violence familiale étaient limités dans cette région rurale. Le projet Rakai a ensuite permis d'étendre les efforts de prévention de la violence de même que les services de conseil et d'aide aux femmes victimes de violences.

Notre principale population d'étude se composait exclusivement de femmes sexuellement actives âgées de 15 à 19 ans au moment de l'enquête de 2001–2002, inscrites au système de surveillance avant ce passage\* et ayant fourni une information sur leurs premiers rapports sexuels. Ces critères de sélection ont produit un échantillon de 575 jeunes femmes.

### Analyse statistique

Nous avons utilisé des tests du chi-carré pour évaluer la significativité des différences de prévalence concernant les comportements en matière de santé reproductive entre les femmes ayant déclaré des premiers rapports sexuels vécus sous la contrainte et les autres. Des régressions logistiques multivariées, stratifiées par statut matrimonial, ont permis d'évaluer les associations entre les premiers rapports sexuels vécus sous la contrainte et des variables dichotomiques de mesure des comportements de santé reproductive et leurs conséquences: pratique actuelle des méthodes contraceptives modernes,† usage du préservatif lors des derniers rapports sexuels, usage régulier du préservatif avec tous les partenaires durant les six derniers mois, déclaration d'au moins un symptôme de l'appareil génital et, parmi les femmes qui ont déjà été enceintes, qualification de la dernière grossesse ou de celle en cours comme ayant été non planifiée (inopportune ou non désirée). Les caractéristiques démographiques suivantes ont été incluses au titre de variables catégorielles dans tous les modèles de régression ajustés: niveau d'instruction (moins de cinq ans de scolarisation, 5 à 7 ans et 8 ans ou plus), âge au moment des premiers rapports sexuels (moins de 14 ans, 14 ou 15 ans et 16 ans ou

plus), appartenance religieuse (catholique, musulmane ou autre) et statut matrimonial actuel (le mariage étant défini comme union légale ou consensuelle). Le logiciel d'analyses statistiques STATA 8.1 a été utilisé pour toutes les analyses.<sup>25</sup>

### RÉSULTATS

Au total, 19% des jeunes femmes avaient bénéficié de moins de cinq ans de scolarisation, 49%, de 5 à 7 ans, et 33%, de 8 ans ou plus. Dix-neuf pour cent ont déclaré qu'elles fréquentaient toujours l'école. Les niveaux d'instruction finaux sont donc susceptibles d'être légèrement supérieurs à ceux déclarés lors de l'enquête. Environ trois participantes sur cinq étaient catholiques, une sur cinq était musulmane, tandis que les autres citaient d'autres appartenances religieuses. Dans cette population de jeunes femmes sexuellement actives, 13% ont déclaré avoir vécu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 14 ans, 46% à l'âge de 14 ou 15 ans, et 41%, à l'âge de 16 ans ou plus. Au moment de l'entretien, 52% des femmes étaient mariées, 44% ne l'avaient jamais été et 4% l'avaient été mais étaient actuellement célibataires.

### Prévalence des premiers rapports sexuels contraints

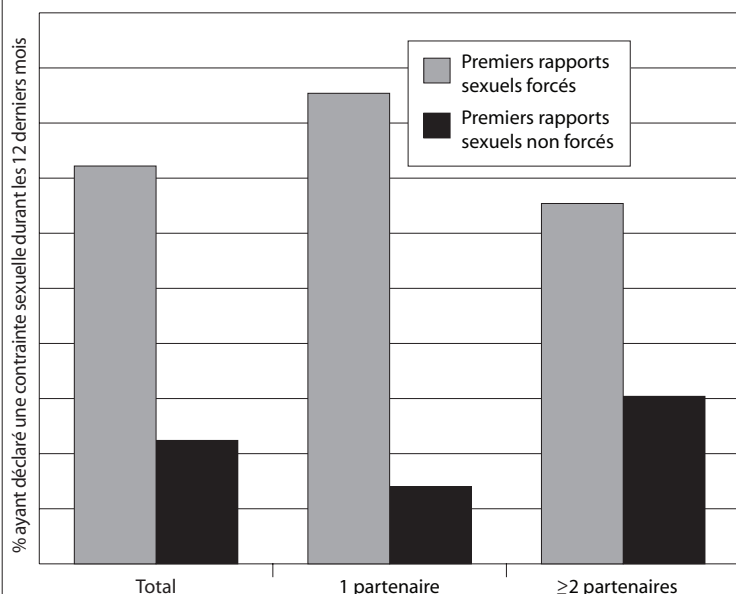
Quatorze pour cent des répondantes ont déclaré avoir subi leurs premiers rapports sexuels sous la contrainte (ces données ne sont pas présentées). La probabilité pour une répondante d'avoir été contrainte lors des premiers rapports est fortement associée avec l'âge qu'elle avait au moment de ces rapports: bien que 26% des jeunes femmes ayant connu leurs premiers rapports sexuels alors qu'elles avaient moins de 14 ans aient qualifié leur expérience de forcée, cette proportion tombe à 15% parmi les répondantes âgées de 14 ou 15 ans au moment de leurs premiers rapports sexuels, et à 10% parmi celles qui avaient alors 16 ans ou plus. Les différences entre les trois sous-groupes sont statistiquement significatives.

La graphique 1 (page 8) illustre le lien entre les déclarations de premiers rapports sexuels forcés et l'expérience de contraintes sexuelles durant les 12 derniers mois. Les répondantes ayant déclaré des premiers rapports vécus sous la contrainte apparaissent significativement plus susceptibles de déclarer avoir subi aussi des contraintes récentes (36% par rapport à 11%). Cette différence peut être attribuée, en partie, aux cas où le premier et le dernier partenaire de la répondante étaient la même personne. Aussi avons-nous stratifié davantage les jeunes femmes en fonction de leur nombre total de partenaires déclarés. Parmi les répondantes ayant déclaré n'avoir eu qu'un partenaire—et dont le dernier partenaire avait par conséquent vraisemblablement été le premier—celles dont les premiers rapports sexuels avaient été forcés étaient significativement plus susceptibles que celles

\*Les nouvelles inscrites au système de surveillance—dont beaucoup venaient d'avoir 15 ans—ont été interviewées séparément et ne sont pas incluses dans l'enquête de suivi. Il est dès lors possible que les femmes devenues sexuellement actives récemment soient sous-représentées.

†Les méthodes contraceptives modernes considérées incluent les contraceptifs oraux, les préservatifs, les spermicides, les injections, le stérilet, la stérilisation masculine et féminine et l'implant.

**GRAPHIQUE 1. Parmi les femmes sexuellement actives de 15 à 19 ans, pourcentage ayant déclaré avoir subi des contraintes sexuelles durant les 12 mois précédant l'enquête, selon que les premiers rapports sexuels étaient contraints et en fonction du nombre total de partenaires**



N.B.: Différence entre les répondantes ayant déclaré des premiers rapports sexuels forcés et les autres significative à  $p < 0,01$  pour chaque comparaison.

dont les premiers rapports ne l'avaient pas été de déclarer une contrainte récente (43% par rapport à 7%). Même parmi les femmes ayant déclaré un total de deux partenaires ou plus—dont le premier partenaire et le dernier étaient probablement différents\*—la proportion soumise à une contrainte récente s'est révélée significativement supérieure chez celles dont les premiers rapports sexuels avaient été forcés (33%

**TABLEAU 1. Distributions en pourcentage des Ougandaises sexuellement expérimentées de 15 à 19 ans, selon certaines mesures de comportement reproductif, en fonction de l'état matrimonial et de l'expérience de premiers rapports sexuels forcés ou non**

Mesure	Toutes		Mariées		Célibataires	
	1 <sup>ers</sup> rapports forcés Oui	Non	1 <sup>ers</sup> rapports forcés Oui	Non	1 <sup>ers</sup> rapports forcés Oui	Non
<b>Pratique contraceptive actuelle</b>	(N=83)	(N=492)	(N=46)	(N=249)	(N=37)	(N=243)
Oui	18,1	33,5	8,7	17,7	29,7	49,8
Non	81,9	66,5	91,3	82,3	70,3	50,2
$\chi^2$ p-value	0,005	0,130	0,023			
<b>A déjà été enceinte</b>	(N=82)	(N=492)	(N=45)	(N=249)	(N=37)	(N=243)
Oui	80,5	64,6	100,0	97,2	56,8	31,3
Non	19,5	35,4	0,0	2,8	43,2	68,7
$\chi^2$ p-value	0,005	0,255	0,002			
<b>Planification de la dernière grossesse ou de la grossesse en cours †</b>	(N=66)	(N=316)	(N=45)	(N=242)	(N=21)	(N=74)
Planifiée	40,9	58,5	46,7	64,9	28,6	37,8
Non planifiée	51,5	36,7	44,5	29,3	66,7	60,8
Sans préférence	7,6	4,8	8,9	5,8	4,8	1,4
$\chi^2$ p-value	0,031	0,069	0,500			
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

† Mesure limitée aux femmes ayant déjà été enceintes.

par rapport à 15%), laissant entendre que les femmes dont les premiers rapports sexuels ont été vécus sous la contrainte peuvent être plus vulnérables à une contrainte sexuelle continue, même avec leurs partenaires ultérieurs.

### Premiers rapports sexuels contraints et comportements reproductifs

Le tableau 1 présente la relation entre les premiers rapports sexuels contraints et la pratique de la contraception, les grossesses et les grossesses non planifiées, pour l'ensemble des répondantes et en fonction du statut matrimonial. Parmi toutes les répondantes, celles ayant déclaré des premiers rapports sexuels contraints apparaissent significativement moins susceptibles que les autres de pratiquer la contraception (18% par rapport à 34%). Malgré une tendance similaire observée tant parmi les jeunes femmes mariées que parmi les célibataires, la différence n'est statistiquement significative que parmi ces dernières (30% par rapport à 50%).

Les jeunes femmes ayant vécu des premiers rapports sexuels contraints ont déclaré avoir déjà été enceintes dans une proportion significativement supérieure à celles des répondantes dont les premiers rapports n'avaient pas été forcés (81% par rapport à 65%). Cette différence est à nouveau significative parmi les femmes célibataires (57% par rapport à 31%) mais pas parmi celles qui sont mariées, dont presque toutes avaient été enceintes au moins une fois.

Pour la mesure des grossesses non planifiées, les femmes qui avaient déjà été enceintes ont été invitées à se souvenir si leur dernière grossesse ou celle en cours avait été désirée, désirée mais pour plus tard ou non désirée. Parmi les jeunes femmes qui avaient déjà été enceintes, celles ayant déclaré des premiers rapports sexuels contraints ont indiqué dans une proportion significativement supérieure à celle des femmes dont les premiers rapports n'avaient pas été forcés, que leur dernière grossesse ou celle en cours n'avait pas été planifiée (52% par rapport à 37%). La différence s'est révélée marginalement significative parmi les jeunes femmes mariées (45% par rapport à 29%,  $p=0,07$ ); elle n'était pas statistiquement significative parmi les jeunes femmes non mariées.

L'analyse approfondie révèle que parmi toutes les répondantes qui ont déjà été enceintes, tant les grossesses non désirées que celles survenues à un moment inopportun étaient plus courantes parmi les jeunes femmes dont les premiers rapports sexuels avaient été vécus sous la contrainte (15% et 36% par rapport à 6% et 31%, respectivement; données non présentées).

### Premiers rapports sexuels contraints et comportements sexuels à risques

Le tableau 2 illustre les distributions des femmes mariées et non mariées selon trois indicateurs de comportements sexuels à risques—nombre total de partenaires sexuels déclaré, usage du préservatif lors des derniers rapports sexuels et usage ré-

\*Pour les femmes déclarant un total d'au moins deux partenaires, le partenaire principal actuel peut aussi avoir été le premier partenaire.

gulier du préservatif durant les six derniers mois—selon que les premiers rapports sexuels ont été forcés ou non. Au total, une différence modeste mais significative du nombre total de partenaires apparaît entre les répondantes dont les premiers rapports sexuels ont été forcés et les autres: les jeunes femmes dont les premiers rapports ont été contraints sont significativement plus susceptibles que les autres d'avoir eu deux partenaires sexuels ou davantage (66% par rapport à 51%). La différence est très faiblement significative chez les femmes mariées comme chez les célibataires.

Une relation significative apparaît entre les premiers rapports sexuels forcés et l'usage du préservatif lors des derniers rapports: les répondantes ayant déclaré des premiers rapports vécus sous la contrainte sont moins susceptibles de déclarer avoir utilisé le préservatif lors de leurs derniers rapports (13% par rapport à 33%). Ces jeunes femmes sont aussi moins susceptibles de déclarer avoir toujours utilisé le préservatif avec tous leurs partenaires sexuels durant les six derniers mois (7% par rapport à 25%), et plus susceptibles de déclarer n'avoir jamais utilisé le préservatif (75% par rapport à 59%) durant cette période. Les deux associations sont statistiquement significatives.

En stratifiant en fonction du statut matrimonial, la relation entre les premiers rapports sexuels vécus sous la contrainte et les deux mesures d'usage du préservatif ne demeurent significative que parmi les femmes célibataires. Vingt-quatre pour cent des femmes célibataires ayant déclaré des premiers rapports contraints avaient utilisé le préservatif lors de leurs derniers rapports, par rapport à 62% de celles dont les premiers rapports n'avaient pas été forcés. À la question de l'usage du préservatif durant les six derniers mois, 16% des femmes contraintes lors des premiers rapports ont répondu qu'elles l'avaient toujours utilisé; 30%, qu'elles l'avaient utilisé parfois et 54% qu'elles ne l'avaient jamais utilisé. Parmi les femmes non contraintes, ces proportions étaient de 50%, 20% et 31%. L'usage du préservatif parmi les jeunes femmes mariées s'est révélé extrêmement faible dans les deux groupes.

### Premiers rapports sexuels contraints et symptômes de l'appareil génital

Au total, la proportion d'adolescentes ayant déclaré au moins un symptôme de l'appareil génital était deux fois plus importante parmi celles dont les premiers rapports sexuels avaient été forcés (42% par rapport à 21%), soit une différence statistiquement significative (tableau 3). La prévalence de symptômes spécifiques s'est du reste révélée constamment supérieure parmi les jeunes femmes dont les premiers rapports sexuels avaient été contraints (2 à 19% par rapport à 1 à 10% chez les autres); les différences entre les deux groupes sont statistiquement significatives pour la douleur abdominale basse, les démangeaisons vaginales ou les odeurs désagréables, les démangeaisons vaginales ou les odeurs désagréables et les ulcères génitaux. La proportion de répondantes mariées ayant déclaré au moins un symptôme génital apparaît significativement supérieure parmi les jeunes femmes ayant vécu des premiers rapports sexuels contraints (44% par rapport à 28%). Cette relation est plus forte encore parmi les répondantes célibataires (41% à 13%).

**TABLEAU 2. Distributions en pourcentage des Ougandaises sexuellement actives de 15 à 19 ans, selon certaines mesures de comportement sexuel à risques, en fonction du statut matrimonial et de l'expérience de premiers rapports sexuels forcés ou non**

Mesure	Toutes		Mariées		Célibataires	
	1 <sup>ers</sup> rapports forcés		1 <sup>ers</sup> rapports forcés		1 <sup>ers</sup> rapports forcés	
	Oui (N=83)	Non (N=492)	Oui (N=46)	Non (N=249)	Oui (N=37)	Non (N=243)
<b>Nombre total de partenaires</b>						
1	33,7	49,2	32,6	46,2	35,1	52,3
≥2	66,3	50,8	67,4	53,8	64,9	47,7
$\chi^2$ p-value	0,001		0,088		0,052	
<b>Usage du préservatif lors des derniers rapports</b>						
Non	86,7	67,1	95,6	94,8	75,7	38,4
Oui	13,3	32,9	4,4	5,2	24,3	61,6
$\chi^2$ p-value	0,004		0,804		0,001	
<b>Usage régulier du préservatif durant les 6 derniers mois</b>						
Toujours	7,2	25,3	0,0	1,6	16,2	49,6
Parfois	18,1	15,5	8,7	11,2	29,7	19,8
Jamais	74,7	59,3	91,3	87,2	54,1	30,6
$\chi^2$ p-value	0,001		0,592		0,001	
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

†N total pour cette mesure=574.

### Analyses multivariés

Les liens entre les comportements à risques, les conséquences des comportements de santé reproductive et les premiers rapports sexuels contraints observés au niveau bivarié demeurent significatifs dans les modèles multivariés, contrôlés en fonction de l'instruction, de l'appartenance religieuse, de l'âge au moment des premiers rapports sexuels et du statut matrimonial (tableau 4). Par rapport aux jeunes femmes n'ayant pas déclaré de premiers rapports sexuels forcés, celles qui les avaient vécus sous la contrainte étaient significativement moins susceptibles de pratiquer la contraception (odds ratio, 0,5). Cette relation né-

**TABLEAU 3. Distributions en pourcentage des Ougandaises sexuellement actives de 15 à 19 ans ayant déclaré au moins un symptôme de l'appareil génital et ayant déclaré des symptômes particuliers, en fonction du statut matrimonial et de l'expérience de premiers rapports sexuels forcés ou non**

Symptômes	Toutes		Mariées		Célibataires	
	1 <sup>ers</sup> rapports forcés		1 <sup>ers</sup> rapports forcés		1 <sup>ers</sup> rapports forcés	
	Oui (N=83)	Non (N=492)	Oui (N=46)	Non (N=249)	Oui (N=37)	Non (N=243)
Au moins un symptôme	42,2***	20,5	43,5*	28,1	40,5***	12,8
Douleur abdominale basse	19,3**	9,4	17,4	14,1	21,6***	4,5
Écoulements vaginaux	10,8	7,3	8,7	10,0	13,5*	4,5
Démangeaisons vaginales						
ou odeur désagréable	18,1*	9,8	17,4	11,7	18,9*	7,8
Miction fréquente ou douloureuse	9,6	5,7	10,9	8,8	8,1	2,5
Rapports sexuels douloureux	3,6	2,9	6,5	4,0	0,0	1,7
Ulcération génitale	2,0*	0,6	4,4	0,8	2,7	0,4
Verrues génitales	2,4	1,2	2,2	1,6	2,7	0,8

\*\*Différence par rapport à celles qui n'avaient pas déclaré des premiers rapports sexuels forcés significative à  $p < 0,05$ . \*\*\*Différence par rapport à celles qui n'avaient pas déclaré des premiers rapports sexuels forcés significative à  $p < 0,01$ . \*\*\*\*Différence par rapport à celles qui n'avaient pas déclaré des premiers rapports sexuels forcés significative à  $p < 0,001$ .

**TABLEAU 4. Odds ratios (et intervalles de confiance à 95%) des régressions logistiques multiples d'évaluation de l'association des comportements et issues de santé reproductive avec les premiers rapports sexuels forcés parmi les Ougandaises sexuellement actives de 15 à 19 ans.**

Comportement et issue	Pratique contraceptive actuelle (N=575)	Usage du préservatif lors des derniers rapports (N=574)	Usage régulier du préservatif durant les 6 derniers mois (N=574)	≥1 symptôme de l'appareil génital (N=575)	Dernière grossesse ou grossesse en cours non planifiée† (N=384)
<b>1<sup>ers</sup> rapports forcés</b>					
Non	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	0,47 (0,25–0,88)*	0,26 (0,12–0,55)***	0,19 (0,08–0,50)***	2,60 (1,57–4,32)***	2,06 (1,17–3,63)*
<b>Niveau d'instruction (années)</b>					
<5	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
5–7	1,34 (0,72–2,52)	1,33 (0,58–3,04)	2,54 (0,79–8,15)	0,97 (0,58–1,62)	1,26 (0,75–2,12)
≥8	2,90 (1,49–5,63)**	3,98 (1,72–9,26)***	7,38 (2,31–23,61)***	0,57 (0,30–1,08)	1,94 (1,00–3,78)*
<b>Appartenance religieuse</b>					
Autre	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Catholique	2,11 (1,28–3,45)**	1,57 (0,90–2,74)	1,82 (1,00–3,34)	0,84 (0,52–1,36)	1,65 (0,97–2,82)
Musulmane	1,33 (0,71–2,50)	1,17 (0,57–2,40)	0,78 (0,35–1,70)	0,82 (0,43–1,54)	1,29 (0,65–2,58)
<b>Âge aux premiers rapports sexuels</b>					
<14	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14–15	1,22 (0,65–2,32)	0,98 (0,46–2,09)	1,17 (0,49–2,83)	0,73 (0,42–1,27)	1,04 (0,58–1,88)
≥16	1,32 (0,63–2,78)	1,33 (0,56–3,17)	1,74 (0,65–4,66)	0,52 (0,25–1,09)	0,70 (0,32–1,55)
<b>Statut matrimonial</b>					
Célibataire	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mariée	0,29 (0,19–0,44)***	0,05 (0,03–0,10)***	0,02 (0,01–0,06)***	1,80 (1,15–2,81)**	0,40 (0,24–0,65)***

\*p&lt;0,05. \*\*p&lt;0,01. \*\*\*p&lt;0,001. †Limité aux femmes ayant déjà été enceintes.

gative est plus prononcée encore au niveau de l'usage du préservatif lors des derniers rapports sexuels (0,3) et de l'usage régulier du préservatif durant les six derniers mois (0,2). Le risque de déclaration d'au moins un symptôme de l'appareil génital est significativement supérieur parmi les femmes ayant vécu leurs premiers rapports sexuels sous la contrainte (2,6). Parmi les femmes ayant déjà été enceintes, la contrainte est associée à une probabilité significativement élevée de déclaration de grossesse (dernière ou en cours) non planifiée (2,1). La scolarisation pendant au moins huit années est du reste fortement associée à la pratique contraceptive, à l'usage du préservatif lors des derniers rapports sexuels et à l'usage régulier du préservatif durant les six derniers mois (2,9 à 7,4). Les femmes catholiques présentent une probabilité significativement supérieure de déclarer une pratique contraceptive par rapport à la catégorie d'«autre» appartenance religieuse (2,1). Par rapport aux répondantes célibataires, les femmes mariées présentent une probabilité significativement réduite de pratique contraceptive, d'usage du préservatif lors des derniers rapports sexuels, d'usage régulier du préservatif et de grossesse non planifiée (0,02 à 0,40) et un risque significativement accru de déclaration d'au moins un symptôme de l'appareil génital (1,8).

## DISCUSSION

Au moins trois mécanismes plausibles ont été avancés pour expliquer l'association potentielle entre la violence physique ou sexuelle et les conséquences non-souhaitées des comportements de santé reproductive. Le premier concerne les effets biologiques directs des rapports sexuels forcés: grossesse non désirée, avortement, IST et leurs séquelles.<sup>26</sup> Selon

le deuxième, la violence physique ou sexuelle pourrait réduire chez la femme les capacités de négociation de rapports sexuels moins risqués, et pourrait avoir une influence négative sur ses comportements de limitation des naissances et des IST, y compris la pratique contraceptive, la recherche de traitement d'IST, l'usage du préservatif et la capacité d'influencer les comportements à risque de leurs partenaires.<sup>27</sup> Enfin, le troisième mécanisme concerne les contraintes et sévices subis durant l'enfance, susceptibles d'accroître la propension des femmes à adopter un comportement sexuel à risque à l'adolescence.<sup>28</sup>

Qu'il s'agisse d'un indicateur de risque ultérieur élevé ou d'un facteur direct, les premiers rapports sexuels contraints se sont avérés fortement et systématiquement associés à plusieurs conséquences indésirables des comportements de santé reproductive dans notre étude: pratique contraceptive moindre, omission du préservatif lors des derniers rapports sexuels, usage irrégulier du préservatif durant les six derniers mois, grossesse non planifiée et symptômes de l'appareil génital potentiellement indicateurs d'IST. D'autres études menées à Rakai ont mis en lumière l'association significative entre les premiers rapports sexuels forcés et le risque d'infection à VIH couru par les jeunes femmes.<sup>29</sup> Ces associations seraient liées à la contrainte subie lors des premiers rapports sexuels, certes, mais aussi aux actes de contrainte sexuelle répétés, à en juger par notre observation selon laquelle les jeunes femmes ayant vécu des premiers rapports sexuels forcés courent un risque accru de contrainte récente, que leur premier partenaire et leur partenaire actuel soient le même ou non.

Cette étude est l'une des premières menées dans un pays en développement à documenter l'association entre les pre-

miers rapports sexuels contraints et les problèmes liés à la santé de la reproduction chez les adolescentes. Quelques limites méritent toutefois d'être discutées. D'abord, la sous-déclaration liée aux réticences des répondantes à déclarer une expérience désagréable peut avoir donné lieu à une sous-évaluation de la prévalence de la contrainte sexuelle. Cela dit, l'exposition prolongée des répondantes au projet Rakai et à ses enquêtrices durant les 10 années précédant cette enquête, le rapport établi entre les répondantes et les enquêtrices du fait même de cette exposition et les mesures prises pour assurer le caractère privé et confidentiel de l'information auront vraisemblablement accru la disposition des répondantes à parler de la contrainte sexuelle. L'ordre des questions relatives aux contraintes lors des premiers rapports sexuels risque aussi d'avoir contribué à sa sous-déclaration: il a d'abord été demandé aux répondantes d'indiquer si leurs premiers rapports sexuels avaient été contraints, les laissant donc définir elles-mêmes la notion de contrainte. Seules celles qui avaient répondu affirmativement ont été interrogées sur les actes de contrainte ayant accompagné ces premiers rapports. Si l'ordre des questions avaient été inversé, plus de femmes auraient peut-être identifié des actes de contrainte sexuelle et jugé alors leur première expérience comme ayant été «contrainte».

Notre étude est par ailleurs limitée par la mesure de plusieurs issues de santé reproductive incluses dans les analyses. Ainsi, les évaluations rétrospectives du caractère planifié ou non des grossesses sous-évaluent souvent la prévalence de celles non planifiées, étant donné que les mères tendent souvent à rationaliser une naissance non planifiée comme l'ayant été.<sup>30</sup> La correspondance entre les symptômes de l'appareil génital auto-déclarés et la morbidité gynécologique cliniquement identifiée ou confirmée en laboratoire s'est de plus révélée assez faible.<sup>31</sup> Les symptômes auto-déclarés n'en sont pas moins utiles à l'évaluation des perceptions que se font les femmes de leurs problèmes gynécologiques et peuvent indiquer dans de nombreux cas la présence d'une IST. Il se pourrait aussi que les femmes présentant des problèmes liés à la santé de la reproduction (grossesses non planifiées, symptômes de l'appareil génital, etc.) soient plus susceptibles que les autres de considérer négativement leur première expérience sexuelle et de la qualifier de forcée. Nous ne pouvons certes pas en éliminer la possibilité, mais l'absence d'un tel biais est supportée par les observations d'une autre étude de Rakai, selon laquelle la relation entre premiers rapports sexuels forcés et infection à VIH s'est révélée statistiquement significative, que les femmes aient été conscientes ou non de leur statut VIH.<sup>32</sup>

Nous ne pouvons enfin que spéculer sur les aspects de temporalité ou de causalité dans le lien entre la contrainte sexuelle et les problèmes considérés. Beaucoup des associations observées peuvent être imputables à des facteurs antécédents non mesurés (milieu familial instable, diffi-

cultés économiques, etc.), lesquels font courir aux jeunes femmes un risque accru de contrainte sexuelle à l'adolescence tout en augmentant aussi leur vulnérabilité ultérieure aux problèmes liés aux comportements de santé de la reproduction. Cela d'autant plus que la nature transversale des données complique notre aptitude à établir les liens de temporalité ou de causalité dans beaucoup des relations observées,\* bien que le problème soit quelque peu réduit par le fait de considérer la contrainte subie lors des premiers rapports sexuels en tant que variable d'exposition. Avant de pouvoir faire des hypothèses de causalité sur ces associations, une recherche quantitative et qualitative approfondie devra élucider les liens spécifiques entre la contrainte sexuelle et la vulnérabilité accrue des jeunes femmes aux problèmes de santé reproductive.

Nos observations soulignent l'ampleur du problème de la contrainte sexuelle parmi les adolescentes de la population ougandaise rurale. Les rapports sexuels forcés sont malgré tout l'une des formes extrêmes de la violence sexuelle. Si l'enquête avait également comporté des questions relatives aux tentatives de contrainte sexuelle et aux formes de violence sexuelle autre que les rapports avec pénétration, notre étude aurait fort probablement observé une violence sexuelle nettement plus élevée. Il convient en outre de noter que les niveaux de rapports sexuels forcés déclarés ici sont significativement inférieurs à ceux rapportés dans de nombreuses études d'Afrique subsaharienne. D'autres recherches donnent à penser que la prévalence de la contrainte sexuelle—lors des premiers rapports, du moins—semble s'être significativement réduite dans les cohortes d'âge successives de Rakai.<sup>33</sup> Il est important de considérer le rôle que cette tendance a pu jouer dans l'apparente diminution de la prévalence du VIH observée récemment en Ouganda.<sup>34</sup>

La question de la contrainte et de la violence sexuelle demeure largement négligée dans les programmes actuels de planification familiale et les services de santé reproductive. Les sévices sexuels posent, certes, un grave problème social et de santé publique en soi, mais les résultats de notre étude donnent largement à penser qu'ils s'accompagnent de très sérieuses conséquences sur d'importants aspects de la santé sexuelle et reproductive des jeunes femmes. Notre étude met en lumière l'importance potentielle de la réponse au problème de la contrainte et de la violence sexuelle en tant que partie intégrante des programmes de services de santé reproductive actuels.

## RÉFÉRENCES

1. World Health Organization (WHO), *Violence Against Women: A Priority Health Issue*, Geneva: WHO, 1997.
2. van der Straten A et al., Sexual coercion, physical violence, and HIV infection among women in steady relationships in Kigali, Rwanda, *AIDS and Behavior*, 1998, 2(1):61–73; Watts C et al., Withholding of sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women, *Reproductive Health Matters*, 1998, 6(12):57–65; Coker AL et Richter DL, Violence against women in Sierra Leone: frequency and correlates of intimate partner violence and forced sexual intercourse, *African Journal of Reproductive Health*, 1998, 2(1):61–72; Haj-Yahia MM et Edleson EL, Predicting the use of conflict resolution tactics among engaged Arab-Palestinian men in Israel, *Journal of Family Violence*, 1994, 9(1):47–62; Ilkharacan P et Women for Women's Human Rights, Exploring the con-

\*Il nous a notamment été impossible de déterminer d'après les données si la contrainte sexuelle avait donné lieu à la grossesse non planifiée ou si les partenaires des jeunes femmes avaient réagi à une grossesse non planifiée par des actes de violence physique ou sexuelle.

- text of women's sexuality in Eastern Turkey, *Reproductive Health Matters*, 1998, 6(12):66-75; Ellsberg M et al., Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua, *Social Science & Medicine*, 2000, 51(11):1595-1610; et Martin SL et al., Sexual behaviors and reproductive health outcomes: associations with wife abuse in India, *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282(20):1967-1972.
3. Abma J, Driscoll A et Moore K, Young women's degree of control over first intercourse: an exploratory analysis, *Family Planning Perspectives*, 1998, 30(1):12-18; Dickson N et al., First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort, *BMJ*, 1998, 316(7124):29-33; Ajuwon A et al., Experience of sexual coercion among adolescents in Ibadan, Nigeria, *African Journal of Reproductive Health*, 2001, 5(3):120-131; et Mulugeta E et al., Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students, *Ethiopian Medical Journal*, 1998, 36(3):167-174.
  4. Glover EK et al., Sexual health experiences of adolescents in three Ghanaian towns, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(1):32-40; Somse P et al., Multiple sexual partners: results of a national HIV/AIDS survey in the Central African Republic, *AIDS*, 1993, 7(4):579-583; Buga GA et al., Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei, *South African Medical Journal*, 1996, 86(5):523-527; et Matasha E et al., Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention, *AIDS Care*, 1998, 10(5):571-582.
  5. Rwenge M, Sexual risk behaviors among young people in Bamenda, Cameroon, *International Family Planning Perspectives*, 2000, 26(3):118-123 & 130; et Caceres CF et al., Sexual coercion among youth and young adults in Lima, Peru, *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27(5):361-367.
  6. Ajuwon AJ et al., Perceptions of sexual coercion: learning from young people in Ibadan, Nigeria, *Reproductive Health Matters*, 2001, 9(17):128-136; Hulton LA, Cullen R et Khalokho SW, Perceptions of the risks of sexual activity and their consequences among Ugandan adolescents, *Studies in Family Planning*, 2000, 31(1):35-46; et Wood K et al., "He forced me to love him": putting violence on adolescent sexual health agendas, *Social Science & Medicine*, 1998, 47(2):233-242.
  7. Heise L, Moore K et Toubia N, *Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research*, New York: Population Council, 1995; Garcia-Moreno C et Watts C, Violence against women: its importance for HIV/AIDS, *AIDS*, 2000, 14(3):S253-S265; et Krug EG et al., réds., *World Report on Violence and Health*, Geneva: WHO, 2002.
  8. Brown SS et Eisenberg L, *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*, Washington, DC: National Academy Press, 1995; Cokkinides V et al., Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes, *Obstetrics & Gynecology*, 1999, 93(5):661-666; Curry MA et al., Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women, *Obstetrics & Gynecology*, 1998, 92(4):530-534; Dietz PM et al., Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood, *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282(14):1359-1364; Gazmararian JA et al., The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers and newborns, *Obstetrics & Gynecology*, 1995, 85(6):1031-1038; Boyer D et Fine D, Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment, *Family Planning Perspectives*, 1992, 24(1):4-19; Butler RJ et Burton LM, Rethinking teenage childbearing: is sexual abuse a missing link? *Family Relations*, 1990, 39(2):73-80; Roosa MW et al., The relationship of childhood sexual abuse to teenage pregnancy, *Journal of Marriage and Family*, 1997, 59(1):119-130; et Stewart D et al., Physical abuse during pregnancy, *Canadian Medical Association Journal*, 1993, 149(9):1257-1263.
  9. Jewkes R et al., Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa, *Social Science & Medicine*, 2001, 52(5):733-744; Hof C et Richters A, Exploring the intersections between teenage pregnancy and gender violence: lessons from Zimbabwe, *African Journal of Reproductive Health*, 1999, 3(1):51-65; et Martin SL et al., 1999, op. cit. (voir référence 2).
  10. Bawah AA et al., The impact of family planning on gender relations in Northern Ghana, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(1):54-66; Folch-Lyon E et al., Focus group and survey research on family planning in Mexico, *Studies in Family Planning*, 1981, 12(2):409-432; et Martin SL et al., 1999, op. cit. (voir référence 2).
  11. Eby KK et al., Health effects on experiences of sexual violence for women with abusive partners, *Health Care for Women International*, 1995, 16(6):563-575; Schei B, Physically abusive spouse—a risk factor of pelvic inflammatory disease, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1991, 9(1):41-45; Schei B, Psycho-social factors in pelvic pain: a controlled study of women living in physically abusive relationships, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1990, 69(1):67-71; et Schei B et Bakketeig LS, Gynaecological impact of sexual and physical abuse by spouse: a study of a random sample of Norwegian women, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1989, 96(12):1379-1383.
  12. Amaro H et al., Violence during pregnancy and substance abuse, *American Journal of Public Health*, 1990, 80(5):575-579; et Martin SL et al., Domestic violence and sexually transmitted diseases: the experience of prenatal care patients, *Public Health Reports*, 1999, 114(3):262-268.
  13. Maman S et al., The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions, *Social Science & Medicine*, 2000, 50(4):459-478; et Garcia-Moreno C et Watts C, 2000, op. cit. (voir référence 7).
  14. Maman S et al., HIV-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania, *American Journal of Public Health*, 2002, 92(8):1331-1337; van der Straten A et al., Couple communication, sexual coercion and HIV risk reduction in Kigali, Rwanda, *AIDS*, 1995, 9(8):935-944; et Quigley M et al., Case-control study of risk factors for incident HIV infection in rural Uganda, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2000, 23(5):418-425.
  15. Choi KH et al., Sexual harassment, sexual coercion, and HIV risk among U.S. adults 18-49 years, *AIDS and Behavior*, 1998, 2(1):33-40; He H et al., Violence and HIV sexual risk behaviors among female sex partners of male drug users, *Women & Health*, 1998, 27(1/2):161-175; et Somse P et al., 1993, op. cit. (voir référence 4).
  16. He H et al., 1998, op. cit. (voir référence 15); Kalichman SC et al., Sexual coercion, domestic violence, and negotiating condom use among low-income African American women, *Journal of Women's Health*, 1998, 7(3):371-378; Wingood GM et al., Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters, *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19(4):270-275; et Wingood GM et DiClemente RJ, The effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practices of African-American women, *American Journal of Public Health*, 1997, 87(6):1016-1018.
  17. Ntozi J et Lubega M, Patterns of sexual behaviour and the spread of AIDS in Uganda, in Dyson T, éd., *Sexual Behaviour and Networking: Anthropological and Socio-Cultural Studies on the Transmission of HIV*, Liege, Belgium: Derouaux-Ordina Publications, 1991; et Olowo-Freers BP et Barton TG, *In Pursuit of Fulfillment: Studies of Cultural Diversity and Sexual Behaviour in Uganda*, Kisubi, Uganda: Marianum Press, 1992.
  18. Uganda Bureau of Statistics (UBOS) et ORC Macro, *Uganda Demographic and Health Survey 2000-2001*, Calverton, MD, USA: UBOS et ORC Macro.
  19. Blanc AB et Way A, Sexual behavior, contraceptive knowledge, and use, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(2):106-116.
  20. Hulton L, Cullen R et Khalokho SW, 2000, op. cit. (voir référence 6).
  21. Wawer MJ et al., Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomised community trial, *Lancet*, 1999, 353(9152):525-535.
  22. Ibid.
  23. Lutalo T et al., Trends and determinants of contraceptive use in Rakai District, Uganda, 1995-98, *Studies in Family Planning*, 2000, 31(3):217-227.
  24. Koenig MA et al., Domestic violence in Rakai, Uganda: evidence from a community-based survey, *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81(1):53-60.
  25. STATA Corporation, STATA Statistical Software, 2001, release 8.1.
  26. Heise L, Moore K et Toubia N, 1995, op. cit. (voir référence 7).

27. Ibid.; et Maman S et al., 2000, op. cit. (voir référence 13).

28. Handwerker WP, Gender power differences between parents and high-risk sexual behavior by their children: AIDS/STD risk factors extend to a prior generation, *Journal of Women's Health*, 1993, 2(3):301-316; et Maman S et al., 2000, op. cit. (voir référence 13).

29. Koenig MA et al., First coercive sex and subsequent HIV risk among young women in Rakai, Uganda, papier nonpublié, 2004.

30. Santelli J et al., The measurement and meaning of unintended pregnancy, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2003, 35(2):94-101; et Joyce T, Kaestner R et Korenman S, On the validity of retrospective assessments of pregnancy intention, *Demography*, 2002, 39(1):199-213.

31. Jejeebhoy SJ, Koenig MA et Elias C, *Reproductive Tract Infections and Other Gynaecological Disorders*, Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2003.

32. Koenig MA et al., 2004, op. cit. (voir référence 29).

33. Koenig MA et al., Risk and protective factors for coercive first sex in Rakai, Uganda, papier présenté au congrès de la Population Association of America, Minneapolis, MN, USA, du 1 à 3 mai, 2003.

34. Kilian A et al., Reduction in risk behavior provides the most consistent explanation of declining HIV-1 prevalence in Uganda, *AIDS*, 1999, 13(3):391-398.

#### **Remerciements**

*Les auteurs tiennent à remercier Mark Emerson, Feng Zhao, Eva Bazant et Mary Shields pour leur aide à la préparation de cet article.*

**Pour contacter l'auteur:** [mkoenig@jhsph.edu](mailto:mkoenig@jhsph.edu)

Publié d'abord en anglais dans *International Family Planning Perspectives*, 2004, 30(4):156-163.

# Violence du partenaire intime en Chine: prévalence nationale, facteurs de risque et problèmes de santé associés

Par William L. Parish, Tianfu Wang, Edward O. Laumann, Suiming Pan et Ye Luo

William L. Parish est professeur de sociologie à l'Université de Chicago, Chicago (Illinois), États-Unis. Tianfu Wang est chargé de cours de sociologie à l'Université Qinghua, à Beijing. Edward O. Laumann est professeur de sociologie à l'Université de Chicago. Ye Luo est chercheur-analyste au Population Research Center, National Opinion Research Center, Chicago. Suiming Pan est professeur de sociologie à l'Université Renmin, à Beijing.

**CONTEXTE:** La violence par un partenaire intime a fait l'objet d'études dans de nombreux pays industrialisés et en développement. La Chine demeure l'une des rares grandes sociétés où la prévalence et les corrélations de ce type de violence restent inconnues.

**MÉTHODES:** Les données d'un échantillon nationalement représentatif des femmes et hommes de 20 à 64 ans mariés ou en relation stable permettent d'estimer la violence par un partenaire intime en Chine. Les facteurs de risque et les issues négatives associées à la violence par un partenaire sont examinés par analyses de régression binomiale et multivariée corrigées en fonction du plan d'échantillonnage.

**RÉSULTATS:** Dans l'ensemble, 34% des femmes et 18% des hommes avaient jamais été battus dans le contexte de leur relation au moment de l'enquête; la prévalence des coups donnant lieu à saignements, ecchymoses, tuméfactions ou douleurs et blessures graves était de 12% pour les femmes et de 5% pour les hommes. Les facteurs de risque significatifs de violence par un partenaire se sont révélés être la jalousie sexuelle, les croyances patriarcales, la faible contribution de la femme au revenu du ménage, le faible rang socioéconomique de l'homme, la consommation d'alcool et la résidence dans les régions autres que le Sud et le Sud-Est. Le frapement grave s'est avéré un facteur de risque significatif d'issues de santé générale et sexuelle négatives auto-déclarées (dysfonctionnement sexuel, insatisfaction sexuelle et rapports sexuels non désirés).

**CONCLUSIONS:** Comme dans d'autres sociétés, la violence par un partenaire intime en Chine est courante et associée à des issues de santé générale et sexuelle indésirables.

*Sélection Spéciale d'Articles sur la Violence Basée sur le Genre et la Santé Reproductive, 2007, pp. 14–22*

Les recherches sur la violence du partenaire intime dans les pays industrialisés et en développement laissent entendre que le problème existe dans toutes les sociétés.<sup>1</sup> D'après 28 études d'échantillons représentatifs en population générale, la prévalence médiane de la violence du partenaire intime subie par les femmes au cours de la vie est de 21%; un taux de prévalence beaucoup plus élevé est fourni pour certains pays, tels que l'Égypte (34%), la Nouvelle-Zélande (35%) et la Colombie (40%). Les résultats de 10 études nationales et régionales placent la prévalence médiane des coups donnant lieu à des blessures physiques à 11%.<sup>2</sup>

Les facteurs de risque connus de la violence par un partenaire intime sont entre autres les suivants: la jeunesse, la pauvreté, un faible rang social, le manque d'autonomie des femmes, le stress, la consommation d'alcool et la jalousie.<sup>3</sup> Cette violence est de plus associée à des séquelles au niveau de la santé physique et mentale (dépression, faible estime de soi, alcoolisme, etc.) et, potentiellement, à des problèmes de santé sexuelle et reproductive.<sup>4</sup> Les processus qui conduisent à de telles conséquences incluent un traumatisme physique et affectif persistant propre à exacerber les problèmes de santé physique, mentale et gynécologique sur le long terme.<sup>5</sup> Cela sans compter que les menaces de violence peuvent amoindrir les aptitudes individuelles à avoir des rapports sexuels protégés, augmentant le risque d'infections

sexuellement transmissibles (IST).

L'ensemble des conséquences négatives de santé sexuelle et reproductive associées à la violence du partenaire intime est loin d'être compris, surtout dans les pays en développement tels que la Chine.<sup>6</sup> Depuis le milieu des années 1990, la question bénéficie d'une plus grande attention en Chine, plusieurs études donnant à penser que 20 à 30% des Chinoises ont été battues par leur conjoint;<sup>7</sup> aucune de ces études ne produit toutefois d'estimations nationales. Cette étude présente la première analyse nationale de la violence des partenaires intimes en Chine, incluant la prévalence par auteur et par gravité de l'agression, les facteurs de risque et les implications sur la santé générale, sexuelle et reproductive de la violence parmi les hommes et les femmes.

## MÉTHODES

### Données

Les données utilisées sont celles de l'Enquête sur la santé et la vie familiale en Chine de 1999–2000, basées sur un échantillon représentatif de la population adulte âgée de 20 à 64 ans. En suivant les procédures standards applicables aux échantillons complexes, l'échantillon probabiliste est construit à partir de 14 strates et 48 unités primaires d'échantillonnage (comtés et districts municipaux), avec



des probabilités de sélection proportionnelles à la taille de la population à chacun des quatre niveaux d'échantillonnage jusqu'à l'individu.<sup>8\*</sup> Les participants ont répondu à un entretien d'une heure assisté par ordinateur; la plupart des enquêtés étaient des assistants sociaux et des chercheurs formés, du même sexe que les répondants interrogés. Pour la protection de l'intimité des répondants, les entretiens ont généralement été menés dans une chambre d'hôtel privée ou dans une salle de réunion. Les enquêtés ont répondu à la plupart des questions de l'étude pendant que l'enquêteur contrôlait l'ordinateur, mais pour les questions relatives aux comportements sexuels, les répondants ont été invités à répondre directement sur l'ordinateur. En fin d'entretien, les participants ont également produit un échantillon d'urine, pour dépister la chlamydia.

Des 5.000 individus initialement sélectionnés, 3.806 ont achevé l'entretien et fourni des données d'analyse valides—soit un taux de réponse de 76%. De ces répondants, nous avons utilisé les déclarations de 1.665 femmes et 1.658 hommes ayant un partenaire sexuel régulier au moment de l'enquête. Le partenaire régulier est défini comme étant une personne avec laquelle le répondant avait des relations sexuelles depuis au moins un mois. Dans la grande majorité des cas (98%), il s'agissait du conjoint.

### Variables dépendantes

Les répondants ont été invités à indiquer si leur partenaire les avait déjà battus, autrement que par jeu ou plaisanterie.<sup>†</sup> Réciproquement, la question de savoir s'ils avaient eux-mêmes déjà battu leur partenaire leur a été posée. Les réponses possibles aux deux questions étaient: «Oui, durant les 12 derniers mois,» «Oui, mais il y a plus de 12 mois» et «Jamais.» Nous avons combiné les deux premières catégories pour analyser la violence survenue pendant la durée totale de la relation. La question «Votre partenaire vous a-t-il déjà gravement battu?» a également été posée aux répondants qui avaient subi la violence de leur partenaire. La notion de violence grave avait été définie comme une agression ayant donné lieu à des saignements, des ecchymoses, des tuméfactions, de fortes douleurs et des blessures graves. Les personnes interrogées pouvaient répondre «Oui» ou «Non.»

### Variables indépendantes

Les répondants ont été interrogés sur leurs caractéristiques sociales et démographiques, ainsi que sur leurs croyances et leurs attitudes considérées comme des facteurs de risque de la violence du partenaire intime, avec un intérêt particulier pour la jalousie sexuelle, les valeurs patriarcales, la négociation et la dépendance, le stress et le mode de vie. La jalousie sexuelle semble représenter un facteur important de violence d'un partenaire intime.<sup>9</sup> Dans le questionnaire, les répondants ont été invités à répondre à la question: «Avez-vous déjà eu un sentiment d'insécurité, d'œiil vert (*chi cu*) ou même de jalousie à l'égard de votre partenaire?» Réciproquement, les répondants ont indiqué si leur partenaire avait déjà éprouvé ces sentiments à leur égard.

Les réponses possibles aux deux questions étaient: «Souvent,» «Parfois,» «Rarement» et «Jamais.» Nous avons regroupé les deux premières réponses comme affirmatives et les deux dernières comme négatives.

Un autre facteur associé à la violence d'un partenaire d'après des études antérieures se trouve dans les valeurs patriarcales qui légitiment le contrôle des femmes par les hommes.<sup>10</sup> Dans le questionnaire, ce type d'attitude a été examiné sous la question «Les femmes disent que les hommes doivent prendre l'initiative dans les rapports sexuels, tandis que les femmes doivent se montrer coopératives et consentantes. Quelle est votre opinion?» Les réponses proposées étaient: «Les femmes ne devraient pas prendre l'initiative» ou «Les femmes devraient prendre l'initiative.»

Le manque d'autonomie des femmes peut les empêcher de quitter une relation abusive ou d'y résister. La violence diminue avec l'augmentation du revenu des femmes, mais jusqu'à un certain point seulement. Lorsqu'une femme gagne une grande partie du revenu du ménage, son partenaire peut se montrer violent par frustration—laissant supposer la possibilité d'un rapport curvilinéaire entre le revenu des femmes et le fait que leur partenaire les batte.<sup>11</sup> Dans cette étude, le manque d'autonomie de la femme est mesurée par le fait qu'elle est de plus de deux ans la cadette de l'homme et qu'elle gagne 30% ou moins du revenu cumulé du couple. Pour approfondir la question de la violence susceptible de se produire lorsqu'une femme gagne une grande partie du revenu d'un couple, nous avons également considéré la variable traduisant le fait que la femme apporte plus de 45% du revenu du couple. La violence se produit le plus souvent dans les couples jeunes.<sup>12</sup> Aussi la mesure du revenu la plus pertinente, en particulier pour les couples plus âgés ne participant plus à la vie active, n'est pas le revenu actuel mais plutôt une estimation de ce que chaque partenaire aurait gagné plus jeune. Nous avons estimé cette valeur par des régressions (distinctes pour les hommes et les femmes) tenant compte de l'éducation, du métier, de la région géographique et du statut d'emploi. Les résultats nous ont permis d'estimer le revenu relatif des partenaires et de l'exprimer sous forme de la proportion de la contribution de la femme au revenu total.

Le faible niveau d'éducation, la médiocrité de l'emploi et la faiblesse du revenu ont été identifiés précédemment parmi les facteurs de risque de la violence exercée par un partenaire, la recherche laissant parfois entendre que ces éléments suscitent plus de stress entre les époux—surtout lorsque l'homme a un niveau socioéconomique faible.<sup>13</sup> Le risque peut aussi être supérieur pour la femme si elle ou son partenaire consomme de l'alcool.<sup>14</sup> Dans cette étude, le statut socioéconomique de l'homme représente la combinaison de son éducation (échelle à 6 degrés) et de son métier (échelle à 9 degrés) dans une analyse factorielle. Cette

\*Pour plus de détails, voir <<http://www.src.uchicago.edu/prc/chfls.php>>.

†Traduite littéralement, la question était de savoir si le partenaire avait «bougé la main ou le pied pour vous frapper (da),» incluant dès lors les idées de gifler, frapper, donner des coups de pied ou d'autres types de violence.

**TABLEAU 1. Répartition en pourcentage des répondants; et pourcentage des répondants ayant déjà subi la violence de leur partenaire intime durant leur relation actuelle et rapports de probabilités relatifs (et intervalles de confiance de 95% des régressions logistiques multinomiales examinant la probabilité pour les répondants d'avoir déjà subi la violence de leur partenaire intime, par type de violence—le tout selon des caractéristiques sélectionnées**

Caractéristique	% (N=3.323)	%			Rapports de probabilités relatifs		
		Homme contre femme	Mutuelle	Femme contre homme	Homme contre femme	Mutuelle	Femme contre homme
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>19,0</b>	<b>15,0</b>	<b>3,3</b>	<b>na</b>	<b>na</b>	<b>na</b>
<b>Sexe</b>							
Féminin (réf.)	50	15,4	15,2	3,5	1,00	1,00	1,00
Masculin	50	22,6	14,8	3,0	1,13 (0,38–3,32)	1,08 (0,63–1,85)	0,61 (0,32–1,14)
<b>Région</b>							
Côte Sud/Sud-Est (réf.)	11	11,2	8,1	2,6	1,00	1,00	1,00
Nord/Nord-Est	24	14,4*	13,9*	4,4*	1,31 (0,87–1,97)	2,18 (1,54–3,11)*	2,48 (1,43–4,30)*
Intérieur	65	22,0*	16,5*	2,9	2,61 (1,51–4,51)*	3,40 (1,76–6,60)*	2,22 (0,94–5,26)
<b>Lieu de résidence</b>							
Urbain (réf.)	29	13,6	12,6	3,9	1,00	1,00	1,00
Rural	71	21,1*	15,9	3,0	0,86 (0,55–1,33)	0,85 (0,50–1,45)	1,03 (0,55–1,91)
<b>Durée de la relation</b>							
0 à 5 ans (réf.)	18	10,7	12,4	4,9	1,00	1,00	1,00
6 à 15 ans	35	20,1*	21,4*	4,7	2,54 (1,07–6,01)*	2,13 (1,17–3,87)*	1,05 (0,32–3,52)
≥16 ans	47	21,3*	11,2	1,6	2,89 (0,84–9,98)	1,10 (0,44–2,75)	0,43 (0,09–2,09)
<b>Différence d'âge</b>							
Homme au plus 2 ans plus âgé (réf.)	69	20,7	15,1	3,9	1,00	1,00	1,00
Homme 3 à 11 ans plus âgé	31	15,1*	14,8	1,8	0,71 (0,50–0,99)*	0,99 (0,45–2,16)	0,45 (0,20–1,03)
<b>Rang socioéconomique de l'homme</b>							
Élevé (réf.)	16	12,5	13,1	3,7	1,00	1,00	1,00
Moyen	59	18,1*	12,4	4,0	2,02 (1,39–2,93)*	1,21 (0,71–2,06)	1,64 (0,81–3,10)
Faible	24	25,5*	22,4*	1,2	3,65 (2,10–6,34)*	4,22 (2,42–7,37)*	1,71 (0,26–11,10)
<b>Contribution de la femme au revenu</b>							
0 à 30 %	14	21,9	12,0	4,1	1,56 (1,01–2,42)*	1,11 (0,65–1,89)	1,45 (0,69–3,08)
31 à 45 % (réf.)	59	16,8	13,7	3,9	1,00	1,00	1,00
46 à 100 %	27	22,3	19,3	1,3	1,32 (0,58–3,01)	1,08 (0,66–1,78)	0,31 (0,10–0,94)*
<b>Consommation d'alcool</b>							
Femme							
Aucune (réf.)	78	15,1	12,7	2,4	1,00	1,00	1,00
Quelconque	22	16,4	23,8	7,3*	1,68 (1,01–2,78)*	2,29 (0,81–6,44)	2,85 (1,13–7,23)*
Homme							
Jamais ivre (réf.)	57	16,4	12,3	2,5	1,00	1,00	1,00
Ivre durant les 12 derniers mois	43	30,7*	18,0*	3,6	3,09 (1,56–6,12)*	1,97 (1,00–3,90)	1,43 (0,57–3,56)
<b>Jalousie sexuelle</b>							
Aucune (réf.)	78	17,8	10,9	2,4	1,00	1,00	1,00
Homme	5	11,7	35,9*	11,1*	1,48 (0,65–3,34)	6,47 (3,57–11,71)*	5,68 (2,40–13,44)*
Femme	9	29,5*	25,4*	6,3*	4,42 (2,54–7,69)*	6,10 (4,22–8,84)*	4,23 (1,17–15,24)*
Les deux	8	22,9*	29,7*	3,8*	3,54 (2,29–5,47)*	6,27 (2,58–15,22)*	1,95 (0,77–4,91)
<b>Croyance que l'homme dirige les rapports sexuels</b>							
Homme							
Non (réf.)	74	20,4	14,6	3,0	1,00	1,00	1,00
Oui	26	28,9	15,4	3,1	1,56 (1,00–2,46)	1,30 (0,66–2,58)	1,50 (0,20–11,52)
Femme							
Non (réf.)	50	11,6	14,7	6,3	1,00	1,00	1,00
Oui	50	19,2*	15,7	0,7	1,53 (0,58–4,01)	1,32 (0,63–2,78)	0,16 (0,04–0,66)*
Total	100	na	na	na	na	na	na

\*Significativement différent de la référence à  $p < 0,05$ . N.B.: na=non applicable. N n'est pas pondéré. Tous les résultats sont pondérés. L'absence de violence est le résultat de référence pour les deux pourcentages et la régression logistique multinomiale.

échelle a été divisée en trois groupes, la plupart des hommes se concentrant dans celui du milieu.

Nous avons inclus plusieurs autres facteurs susceptibles d'influencer la violence. Notre variable étant la survenue

de violence (sous forme de coups) durant la relation, il est probable que cette violence est associée à la durée de la relation—la plus forte croissance apparaissant pendant les premières années, lorsque les partenaires sont jeunes.<sup>15</sup>

Nous avons également tenu compte de la région et du lieu de résidence urbain. La région littorale du Sud et du Sud-Est, qui s'étend de Shanghai à Guangzhou, comprend des provinces en pleine expansion économique et sujettes à de nombreuses influences étrangères. La région du Nord et du Nord-Est comprend la ceinture industrielle lourde de la Chine, la capitale Beijing et ses environs. La région «intérieure» comprend la Chine centrale et occidentale. Nous avons défini les emplacements urbains comme les endroits ou moins de 15% de la main-d'œuvre participent aux travaux agricoles.

D'après les recherches existantes, les partenaires sont souvent en désaccord sur le niveau de la violence.<sup>16</sup> Dans un souci de simplicité, nous avons inclus le «répondant masculin» pour tenir compte de la sous- ou sur-déclaration constante de l'un ou l'autre des partenaires. Nous avons effectué des analyses distinctes (non présentées ici) pour chaque sexe et pour les interactions de chacun avec chaque facteur de risque. En plusieurs endroits, nous avons indiqué la différence entre les résultats présentés et non présentés.

### Conséquences négatives

Pour examiner les conséquences négatives associées à la violence par un partenaire intime, les répondants ont été interrogés sur leur bonheur et leur santé en général, ainsi que sur leur santé et leur satisfaction sexuelles. Nous avons inclus 15 items rapportant les déclarations des répondants sur leur insatisfaction par rapport à la vie ou leur mauvaise santé au cours de l'année précédant l'enquête; leur souffrance morale durant les trois derniers mois; l'existence d'au moins un problème durant les rapports sexuels pendant au moins deux mois durant les 12 derniers mois (manque d'intérêt pour le sexe, incapacité d'atteindre l'orgasme, absence de plaisir, anxiété liée aux performances, problèmes d'érection, éjaculation prématurée, problèmes de lubrification ou rapports sexuels douloureux); l'insatisfaction physique ou affective concernant les rapports sexuels avec le conjoint durant les 12 derniers mois; l'absence de baisers lors des rapports sexuels; l'absence d'intimité ou de préliminaires lors des rapports sexuels; la survenue de rapports sexuels non désirés avec le conjoint; la participation à des actes sexuels non désirés lors des rapports sexuels avec le conjoint durant les 12 derniers mois; l'existence de rapports sexuels extraconjugaux du partenaire (supposés ou prouvés); la manifestation d'au moins un symptôme génito-urinaire durant les 12 derniers mois (sensations de brûlures durant la miction; lésion, cloque ou plaie génitale; écoulements génitaux de couleur ou d'odeur inhabituelle; verrues; saignements vaginaux irréguliers ou douleur abdominale basse); la contraction d'une IST au cours de la vie; le fait que l'analyse d'urine soit positive de chlamydia; et le fait d'avoir donné moins de trois réponses correctes à six questions de sensibilisation sur le VIH/SIDA.

L'analyse des conséquences négatives examine les corrélations bivariées et multivariées avec la violence et la violence grave. L'analyse multivariée tient compte des facteurs de confusion possibles y compris, pour chaque consé-

quence, le groupe, le type de résidence et la région géographique du répondant. De plus, dans les régressions stepwise permettant l'introduction dans l'équation de variables dont la significativité statistique est très faible ( $p < 0,20$ ), les équations pouvaient inclure l'éducation, le revenu du ménage et, pour les femmes, le fait d'être ménopausée. Enfin, dans l'analyse des sentiments malheureux par rapport à la vie, la souffrance morale, la mauvaise santé, le statut matrimonial et la présence d'enfants d'âge préscolaire ont pu être introduits dans les équations stepwise.

### Analyse

Nous avons pondéré les résultats de nos analyses, d'abord par des coefficients visant à corriger le suréchantillonnage intentionnel des milieux littoraux et urbains. Après comparaison avec la distribution par âge obtenue lors du recensement de l'an 2000, nous avons appliqué une pondération en fonction de l'âge pour compenser le plus faible nombre d'entretiens utilisables pour les tranches d'âge 20 à 29 ans et 50 à 64 ans. Après ces ajustements, la répartition en pourcentages par âge, métier, résidence urbaine et éducation suivent étroitement ceux du recensement national. À l'aide de STATA 8.0, nous avons corrigé les écarts-type de nos analyses de régression logistique en fonction de la stratification (échantillonnage indépendant des strates) et de la segmentation (échantillonnage d'individus dans chacune des 48 unités primaires d'échantillonnage).<sup>17</sup>

### RÉSULTATS

L'échantillon était divisé à parts égales entre hommes et femmes (tableau 1). Après pondération de l'échantillon, la plupart des répondants vivaient dans la partie intérieure du pays et en milieu rural. Près de la moitié (47%) étaient avec leur partenaire actuel depuis au moins 16 ans, et plus des deux tiers ont déclaré une différence d'âge ne dépassant pas deux ans entre eux et leur partenaire. Vingt-quatre pour cent ont décrit le partenaire masculin comme étant de faible rang socioéconomique, tandis que 27% déclaraient que la femme contribuait à plus de 45% du revenu du couple. Le niveau de consommation d'alcool était faible parmi les femmes (22%) et élevé parmi les hommes (75%—non présente); 43% des hommes ont déclaré avoir été ivres durant les 12 mois précédant l'enquête. Soixante-dix-huit pourcent des répondants ont déclaré que ni eux ni leur partenaire n'avaient éprouvé de jalousie sexuelle ou qu'ils n'en avaient éprouvé que rarement; 5%, 9% et 8% ont déclaré, respectivement, que l'homme, la femme ou les deux avaient souvent ou parfois éprouvé de la jalousie. Soixante-quatorze pour cent des hommes estimaient que les hommes devaient prendre l'initiative des rapports sexuels, par rapport à 50% des femmes.

Dans l'ensemble, 19% des répondants ont déclaré une violence de l'homme à l'encontre de la femme dans leur relation, par rapport à 3% pour la violence de la femme à l'encontre de l'homme (tableau 1). Quinze pour cent avaient par ailleurs vécu une violence mutuelle. Un total de 34% avait ainsi subi une violence de l'homme envers la femme et 18%, de la femme envers l'homme. En séparant les don-

**TABEAU 2. Pourcentage des femmes et des hommes présentant les conséquences de santé sélectionnées et rapports de probabilités relatifs corrigés (et intervalles de confiance de 95 %) des régressions logistiques binomiales examinant la probabilité de ces conséquences, par niveau de violence intime**

Caractéristique	%			Rapports de probabilités relatifs	
	Aucune	Violence	Violence grave	Violence	Violence grave
<b>Femmes (N=1.665)</b>					
Malheureuses	11,3	28,5*	37,8*	2,00 (0,83–4,83)	4,11 (1,06–15,93)*,†
Souffrance mentale	41,3	55,8*	68,1*	1,80 (1,13–2,84)*	3,10 (2,25–4,27)*,†
Mauvaise santé	31,6	36,2	49,1*,†	1,10 (0,67–1,80)	2,39 (1,10–5,23)*,†
Dysfonctionnement sexuel	37,2	41,9	51,8	1,17 (0,68–2,01)	1,95 (1,03–3,67)*
Insatisfaction sexuelle					
Physique‡	13,2	16,7	28,1*	1,16 (0,52–2,57)	2,99 (1,46–6,13)*
Affective‡	8,7	16,1*	28,1*	1,60 (0,62–4,14)	4,40 (2,07–9,33)*
Absence de baisers‡	24,0	31,2	38,5	1,30 (0,82–2,06)	3,10 (1,20–8,04)*
Absence d'intimité sexuelle‡	42,2	51,6*	68,0*,†	1,51 (0,86–2,63)	3,46 (2,21–5,39)*,†
Comportement sexuel non désiré					
Rapports sexuels	22,1	30,0*	41,4	1,62 (1,15–2,30)*	2,60 (1,04–6,52)*
Acte sexuel‡	19,0	31,9*	37,7*	2,18 (1,35–3,51)*	2,60 (1,32–5,13)*
Rapports sexuels extraconjugaux du partenaire	8,8	10,8	36,2*,†	1,43 (0,95–2,15)	6,70 (1,85–24,22)*,†
Symptômes					
généto-urinaires récents	40,6	50,4*	54,5*	1,54 (1,12–2,12)*	1,67 (1,19–2,33)*
IST	1,1	0,3	3,5*,†	0,39 (0,10–1,53)	4,20 (0,89–19,89)†
Dépistage de chlamydia positif	3,3	1,0*	1,0*	0,38 (0,15–0,95)*	0,34 (0,13–0,88)*
Ignorance a propos du SIDA	54,3	53,4	37,5*,†	0,70 (0,50–0,99)*	0,42 (0,31–0,57)*,†
<b>Hommes (N=1.658)</b>					
Malheureux	10,4	12,4	34,8*	0,93 (0,65–1,35)	5,68 (2,42–13,30)*,†
Souffrance mentale	50,7	54,0	73,6*	1,16 (0,55–2,42)	2,36 (1,12–4,96)*
Mauvaise santé	30,5	41,8	55,1*	1,71 (0,67–4,32)	3,62 (1,73–7,57)*
Dysfonctionnement sexuel	31,5	36,6	45,0	1,12 (0,62–2,03)	2,53 (0,92–6,92)
Insatisfaction sexuelle					
Physique‡	9,0	19,7*	17,8	2,29 (1,01–5,19)*	2,45 (0,60–9,95)
Affective‡	6,0	21,1*	23,9*	3,87 (2,46–6,08)*	4,90 (2,31–10,39)*
Absence de baisers‡	16,6	15,6	8,0	0,73 (0,18–3,01)	0,76 (0,19–3,00)
Absence d'intimité sexuelle‡	62,1	67,8	65,3	1,25 (0,66–2,38)	1,38 (0,62–3,07)
Comportement sexuel non désiré					
Rapports sexuels	6,9	17,1	7,2	2,90 (0,76–11,00)	0,97 (0,26–3,65)
Acte sexuel‡	10,0	26,4*	11,0	3,19 (1,84–5,52)*	1,11 (0,47–2,61)
Rapports sexuels extraconjugaux de la partenaire	7,7	18,9	35,0*,†	3,05 (1,06–8,75)*	6,59 (2,52–17,22)*,†
Symptômes					
généto-urinaires récents	17,8	16,5	38,5*,†	0,90 (0,47–1,73)	2,74 (1,29–5,80)*,†
IST	3,0	6,3	13,9	2,38 (0,35–16,24)	4,85 (1,25–18,75)*
Dépistage aux chlamydia positif	1,9	3,3	1,1	1,84 (0,09–37,32)	0,38 (0,03–5,80)
Ignorance a propos du SIDA	44,0	47,8	33,9	1,15 (0,73–1,81)	0,66 (0,13–3,30)

\*Significativement différent de «aucune» à p<0,05. †Significativement différent de «violence» à p<0,05. ‡Parmi les répondants sexuellement actifs (1.554 femmes et 1.590 hommes). N.B.: Toutes les équations multivariées incluaient les groupes d'âge (par tranche de 10 ans), le lieu de résidence urbain et la région géographique ; certaines équations incluaient d'autres variables—voir les détails dans le texte.

nées par sexe, 15% des femmes et 3% des hommes ont déclaré avoir déjà été battus par leur partenaire, tandis que 15% de plus rapportaient une violence mutuelle dans chaque groupe. Douze pour cent des femmes et 5% des hommes avaient subi une violence grave (non présenté).

L'analyse approfondie a produit une description plus détaillée de la situation. En combinant la violence de l'homme contre la femme et la violence mutuelle, 37% des hommes ont déclaré que la femme du couple avait déjà été battue, par rapport à 31% des femmes. La raison de l'écart peut être due au fait que l'échantillon ne se composait pas de

couples, de sorte que les hommes et les femmes ne se félicitaient pas à une histoire commune. Néanmoins, en utilisant une équation de contrôle des facteurs de confusion éventuels (âge de la femme, région, lieu de résidence rural, durée de la relation, statut socioéconomique de l'homme et part de revenu de la femme, par exemple), les hommes ont restés statistiquement plus susceptibles que les femmes de déclarer que la femme du couple avait été victime de violence (rapport de probabilités 1,5—non présenté).

Dans les analyses bivariées, la violence par un partenaire s'est révélée associée à la plupart des variables explicatives (tableau 1). Des proportions significativement supérieures de répondants vivant dans l'intérieur du pays et dans le Nord et le Nord-Est, par rapport au Sud et Sud-Est, ont déclaré une violence de l'homme contre la femme (22% et 14% par rapport à 11%) et une violence mutuelle (17% et 14% par rapport à 8%); une plus grande proportion de répondants du Nord, par rapport au Sud, a déclaré une violence de la femme contre l'homme (4% par rapport à 3%). De même, la violence de l'homme contre la femme s'est révélée plus fréquente dans les régions rurales (21% par rapport à 14% en milieu urbain).

Comme on pouvait s'y attendre, la violence de l'homme contre la femme augmentait avec la durée de la relation: 11% des répondants impliqués dans une relation de cinq ans ou moins ont déclaré cette violence, par rapport à 20–21% pour ceux impliqués dans des relations de plus de cinq ans. La violence mutuelle s'est révélée la plus courante dans les relations de 6 à 15 ans. Étonnamment, la proportion de répondants ayant déclaré une violence de l'homme contre la femme s'est avérée plus faible dans les relations caractérisées par une différence d'âge d'au moins trois ans entre l'homme et la femme que dans celles où la différence d'âge était de deux ans ou moins (15%, par rapport à 21%).

Les facteurs de nature financière apparaissent eux aussi importants. Après addition de la proportion de femmes victimes d'une violence de l'homme contre la femme et de celle de femmes impliquées dans de la violence mutuelle, près de la moitié des femmes dont le partenaire était de faible niveau socioéconomique avaient été battues, par rapport à un quart environ de celles dont le partenaire était de niveau élevé. De plus, la proportion des femmes ayant déclaré battre leur partenaire était plus élevée parmi celles qui consommaient de l'alcool; la proportion des hommes qui avaient battu leur partenaire était supérieure parmi ceux qui avaient été ivres durant les 12 derniers mois.

La jalousie sexuelle, de la part de l'un ou l'autre des partenaires ou des deux, s'est révélée corrélée aux trois types de violence. Ainsi, les proportions de répondants déclarant des violences de l'homme contre la femme et des violences mutuelles se sont avérées supérieures dans les relations où les deux partenaires avaient éprouvé de la jalousie (23% et 30%, respectivement), par rapport à celles où aucun n'en avait éprouvé (18% et 11%, respectivement). La violence de l'homme contre la femme s'est avérée la plus fréquente lorsque la partenaire féminine s'était montrée jalouse, alors que la violence mutuelle et la violence de la femme contre

l'homme l'étaient lorsque le partenaire masculin avait fait preuve de jalousie. La proportion des femmes déclarant une violence de l'homme contre la femme était plus élevée parmi celles qui estimaient que l'homme devrait être à l'initiative des rapports sexuels que chez celles opposées à ce principe (19%, par rapport à 12%).

Dans les analyses multivariées dans lesquelles l'absence de violence était la modalité de référence de la variable dépendante, certaines variables étaient associées aux trois types de violence: par rapport à ceux de la côte Sud ou du Sud-Est, les répondants de l'intérieur du pays couraient un risque significativement supérieur de violence l'homme contre la femme et de violence mutuelle (rapport de probabilités 2,6 et 3,4) et ceux du Nord ou Nord-Est, un plus grand risque de violence mutuelle et de violence de la femme contre l'homme (2,2 et 2,5). De plus, les risques de chaque type de violence sont plus élevés parmi les répondants déclarant que la partenaire féminine s'était montrée sexuellement jalouse vis à vis de l'homme (4,2 à 6,1); la jalousie masculine à l'égard de la femme est associée à des risques accrus de violence mutuelle et de violence de la femme contre l'homme (6,5 et 5,7, respectivement), alors que la jalousie des deux partenaires est liée à la violence de l'homme contre la femme et à la violence mutuelle (3,5 et 6,3).

D'autres variables étaient associées à certains types de violence seulement. La violence de l'homme contre la femme (par opposition à l'absence de violence) était positivement liée aux relations de 6 à 15 ans, au statut socioéconomique faible ou moyen du partenaire masculin, à une contribution financière de la femme au revenu du ménage de 30% ou moins, à la consommation d'alcool par la femme et à l'ivresse de l'homme (1,6 à 3,7). Elle est apparue négativement liée aux situations dans lesquelles le partenaire masculin était d'au moins trois ans l'ainé de la partenaire féminine (0,7). La violence de la femme contre l'homme (par opposition à l'absence de violence) était associée positivement à la consommation d'alcool par la partenaire féminine (2,9) et négativement à une contribution financière de la femme de plus de 45% au revenu du ménage (0,3) et à la croyance féminine que l'homme doit initier les rapports sexuels (0,2). La violence mutuelle était associée aux relations de 6 à 15 ans (2,1) et au rang socioéconomique faible du partenaire masculin (4,2).

Les régressions logistiques de la violence sans contrôle de la jalousie sexuelle ne produisent qu'une légère variation de l'effet des autres variables sur la violence, la tendance globale étant comparable à celle observée en incluant la jalousie sexuelle (non présenté). Il en ressort que, dans l'ensemble des résultats, la jalousie ne médiatise pas, et donc ne cache pas, les effets des autres facteurs tels que la contribution de la femme au revenu.

### Conséquences indésirables en terme de santé

Dans d'autres analyses, nous avons cherché à établir si certaines conséquences négatives étaient associées ou non à la violence d'un partenaire intime. La prévalence de beaucoup des conséquences négatives examinées s'est avérée

significativement supérieure parmi les femmes qui avaient été battues, par rapport à celles qui n'avaient jamais subi la violence de leur partenaire, et plus grande encore parmi celles qui avaient été battues avec force (tableau 2). Ainsi, 11% des femmes qui n'avaient jamais été battues ont déclaré être malheureuses, par rapport à 29% de celles qui l'avaient été et 38% de celles qui l'avaient été avec force. Les exceptions suivantes ont été relevées: antécédents d'IST, dépistage positif de chlamydia et manque de sensibilisation au SIDA. Pour les hommes, la prévalence de trois conséquences s'est révélée supérieure parmi les hommes qui s'étaient déclarés victimes de violence, et celle de six conséquences parmi ceux qui avaient déclaré une violence grave.

Dans les analyses multivariées limitées aux femmes, le fait d'avoir été battue était associé, d'une part, à des risques accrus de souffrance morale, de rapports sexuels non désirés, de participation à un acte sexuel non désiré pendant les rapports sexuels et de symptômes génito-urinaires récents (rapports de probabilités de 1,5 à 2,2) et, d'autre part, à des risques moindres de test positif aux chlamydia (0,4) et d'absence de sensibilisation au SIDA (0,7). Le fait d'avoir été battue avec force était associé à des risques accrus de presque toutes les conséquences de santé indésirables (1,7 à 6,7). La violence grave à l'encontre des femmes était cependant liée à des risques réduits de dépistage positif de chlamydia (0,3) et d'absence de sensibilisation au SIDA (0,4).

Pour les hommes, le fait d'avoir été battu était associé à des risques accrus d'insatisfaction sexuelle physique ou affective, de participation à un acte non désiré lors des rapports sexuels et de croyance que la partenaire avait eu des rapports sexuels extraconjugaux (2,3 à 3,9). La violence grave était liée à sept des 15 conséquences indésirables possibles: sentiments malheureux par rapport à la vie, souffrance mentale, mauvaise santé, insatisfaction affective des rapports sexuels, rapports sexuels extraconjugaux de la partenaire, symptômes génito-urinaires récents et IST (2,4 à 6,6).

### DISCUSSION

Cette étude présente les premières estimations nationales de la violence par un partenaire intime en Chine, à partir des données d'un échantillon en population générale. Dans l'échantillon d'adultes de 20 à 64 ans considéré, un tiers des femmes et près du cinquième des hommes avaient été battus par leur partenaire actuel. Les femmes avaient subi la violence de leur partenaire en proportion supérieure à celle des hommes, comme l'indiquent à la fois le sens et la gravité de la violence déclarée. Dix-neuf pour cent des répondants ont déclaré de la violence de l'homme contre la femme seulement, par rapport à 3% pour la violence de la femme contre l'homme seulement. Une proportion supérieure de femmes avait du reste été battue suffisamment fort pour en avoir subi des coupures, des ecchymoses ou d'autres blessures.

Étant donné la large variabilité des procédures d'échantillonnage, des conditions d'entretien et de la formulation des questions, la comparaison avec d'autres sociétés présente de nombreuses difficultés. Tout d'abord, les tranches d'âge et le sexe des participants varient. Dans 23 des 28

études nationales réalisées sur la violence d'un partenaire intime, l'échantillon se composait de femmes âgées, au maximum, de 44 ou 49 ans. Si nous rendons notre échantillon plus comparable en le limitant aux répondantes âgées de 49 ans au plus, 33% ont déclaré avoir été battues et 14%, avoir été battues avec force. Par rapport aux résultats d'autres pays, la proportion des Chinoises déclarant avoir été battues est élevée et la proportion de celles battues gravement correspond à peu près à la moyenne.

Beaucoup des facteurs de risque de la violence par un partenaire en Chine sont similaires à ceux d'autres pays. Comme les femmes d'autres pays, les Chinoises courent un risque accru de violence intime lorsque leur partenaire masculin est de faible rang socioéconomique et que l'un des deux partenaires consomme de l'alcool.<sup>18</sup> L'existence d'un rapport faible seulement entre la part du revenu de la femme et la violence est également une observation commune.<sup>19</sup>

Une autre observation conforme à ce qui est au moins affirmé (bien que rarement démontré) dans la littérature existante est le lien entre les croyances patriarcales et la violence.<sup>20</sup> L'acceptation de la croyance selon laquelle «les hommes doivent prendre l'initiative des rapports sexuels et les femmes doivent suivre» représente au mieux une mesure imparfaite d'un seul ensemble de valeurs patriarcales parmi les possibles. Cette croyance n'en est pas moins associée à une violence accrue de l'homme contre la femme et une violence réduite de la femme contre l'homme.

Plusieurs autres tendances paraissent moins conformes à la littérature existante. Dans les études américaines, les hommes déclarent moins de violence de l'homme contre la femme que les femmes, en raison peut-être de la désapprobation juridique et sociale de cette violence.<sup>21</sup> Nos observations donnent en revanche à penser que les Chinoises sous-déclarent peut-être la violence des hommes à leur égard. L'observation est conforme au fait que la stigmatisation sociale est supérieure pour la victime que pour l'agresseur—une tendance possible lorsque la désapprobation sociale et légale de la violence intime reste à normaliser dans une société ou que les hommes et les femmes continuent à accepter qu'il convient de battre les femmes lorsqu'elles déplaisent à leur partenaire.<sup>22</sup> Nos données donnent du reste à penser que le fait que les femmes soient en position de négocier présente un certain rapport avec le fait qu'elles aient déjà été battues: dans les résultats des analyses multivariées de la violence de l'homme contre la femme, les femmes courent le plus grand risque lorsqu'elles ne contribuent que dans une faible mesure au revenu du couple. Il s'agit là d'une observation intéressante qui a souvent été difficile à démontrer dans la littérature.<sup>23</sup>

Une autre observation non conforme aux recherches antérieures concerne la complexité des liens entre la jalousie et la violence. Certaines études existantes donnent à penser que la jalousie et la violence sont apprises très tôt par les garçons dans les cultures qui considèrent que les hommes doivent dominer les femmes.<sup>24</sup> Une autre interprétation est que la jalousie et la volonté de contrôle du partenaire ne sont

pas acquises mais instinctives.<sup>25</sup> Contrairement à la première théorie, notre observation est que les femmes chinoises sont tout aussi susceptibles de se montrer jalouses que les hommes. La jalousie provoque du reste la violence des deux sexes—même si la violence des hommes contre les femmes est plus fréquente et physiquement plus destructive.<sup>26</sup>

Une observation inattendue par rapport aux deux théories est que ce n'est souvent pas sa propre jalousie qui enflamme la violence intime d'un des partenaires. Cette violence tend plutôt à se présenter en réaction à la jalousie (et probablement au harcèlement) de l'autre. Ainsi, la probabilité de la violence de l'homme contre la femme est significativement plus grande lorsque la partenaire féminine est jaloux mais pas lorsque le partenaire masculin l'est, et la probabilité de la violence de la femme contre l'homme est supérieure quand c'est l'homme, et non la femme, qui est jaloux. En bref, la théorie qui fait de la jalousie et de la violence les éléments d'un même syndrome de contrôle est insuffisante. La jalousie peut être centrale au problème, mais le partenaire jaloux n'est généralement pas celui qui devient violent.

Un dernier objet de discussion est de savoir si la violence est associée à des conséquences négatives pour les femmes (et peut-être aussi pour les hommes). Les données chinoises sont limitées à deux égards au moins. Le diagnostic de chlamydia parmi les participants repose sur une analyse d'urine en laboratoire et, bien que les répondants aient été invités à ne déclarer que les IST diagnostiquées par un médecin, nous ne pouvons garantir le respect strict de ces instructions. Toutes les autres variables reposent sur des auto-déclarations qui ne sont pas confirmées par des analyses de laboratoire ou par un diagnostic clinique justifié, introduisant dès lors un facteur d'erreur inconnu dans les résultats. Ensuite, comme il ne s'agissait pas ici d'une étude longitudinale, les données permettent d'observer des associations mais pas des causalités. Nos résultats démontrent toutefois, bien qu'indirectement, la corrélation entre la violence passée et les conditions de santé présentes, et justifient ainsi des recherches approfondies.

Les femmes et les hommes de Chine qui avaient été battus avec force étaient plus susceptibles que ceux qui n'avaient pas été battus d'être malheureux, en mauvaise santé et de souffrir mentalement. Les victimes féminines ont de plus déclaré une série d'autres implications négatives: dysfonctionnement sexuel, insatisfaction sexuelle, absence de baisers ou d'intimité lors des rapports sexuels, rapports sexuels non désirés au cours de la relation et actes sexuels non désirés durant les 12 derniers mois. Ces déclarations correspondent aux situations où les rapports sexuels sont régis par un syndrome de contrôle masculin, dont la violence fait partie. Même si la situation des hommes présente certains traits identiques, le fait que la tendance soit beaucoup plus systématique pour les femmes laisse entendre que le problème le plus courant est le contrôle des femmes par les hommes.

Les aspects de la santé sexuelle relatifs aux IST ne présentent pas de rapport concluant avec la violence conju-

gale. Une violence, grave surtout, est associée à des relations sexuelles extraconjugales du partenaire, à des symptômes génito-urinaires récents et, chez les hommes, au fait d'avoir déjà eu une IST. Le dépistage positif aux chlamydia et le manque de sensibilisation au SIDA se sont cependant révélés soit statistiquement sans lien avec la violence, pour les hommes, soit associés à une absence de violence, pour les femmes.

## Conclusions

La dynamique des partenaires intimes en Chine est similaire à celle du reste du monde, venant ajouter une société très peuplée à la liste de celles où la violence par un partenaire intime pose un problème de santé publique. Pour les hommes comme pour les femmes, nos observations laissent entendre que la jalousie sexuelle constitue un facteur de risque complexe et sous-estimé de la violence intime. Comme dans d'autres sociétés, les valeurs patriarcales, le manque d'autonomie financière des femmes, le faible statut socioéconomique des hommes et l'alcool sont aussi associés à cette violence. Nos données apportent de plus une certaine preuve de la corrélation entre la violence et certaines conséquences de santé négatives, dont des dysfonctionnements sexuels et des rapports sexuels non désirés ou insatisfaisants, ces problèmes affectant tout particulièrement les femmes.

## RÉFÉRENCES

1. Heise LL, Ellsberg M et Gottemoeller M, Ending violence against women, *Population Reports*, 1999, série L, No. 11; Jewkes R, Intimate partner violence: causes and prevention, *Lancet*, 2002, 359(9315):1423-1429; Krug EG, *World Report on Violence and Health*, Geneva: World Health Organization (WHO), 2002; Summers RW et Hoffman AM, *Domestic Violence: A Global View*, Westport, CT, USA: Greenwood Press, 2002; et Kishor S et Johnson M, *Profiling Domestic Violence: A Multi-Country Study*, Calverton, MD, USA: Macro International, 2004.
2. Heise LL, Ellsberg M et Gottemoeller M, 1999, op. cit. (voir référence 1); Krug EG, 2002, op. cit. (voir référence 1); Centro de Estudios de Población Desarrollo Social (CEPAR), *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil*, Quito, Ecuador: CEPAR, 2001; Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), *Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil: 1998*, Asunción, Paraguay: CEPEP, 1999; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 1998*, Managua, Nicaragua: INEC, 1999; Kiev International Institute of Sociology (KIIS), *1999 Ukraine Reproductive Health Survey: Final Report*, Kiev, Ukraine: KIIS, 2001; Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services*, Pétiion-ville, Haiti: MSPP, 2000; National Institute of Statistics (NIS), *Cambodia Demographic and Health Survey 2000*, Phnom Penh, Cambodia: NIS, 2001; Asociación Probieneestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA), *Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000*, Santafé de Bogotá, Colombia: PROFAMILIA, 2000; et Kishor S et Johnson M, 2004, op. cit. (voir référence 1).
3. Heise LL, Ellsberg M et Gottemoeller M, 1999, op. cit. (voir référence 1); Jewkes R, 2002, op. cit. (voir référence 1); Krug EG, 2002, op. cit. (voir référence 1); Summers RW et Hoffman AM, 2002, op. cit. (voir référence 1); et Kishor S et Johnson M, 2004, op. cit. (voir référence 1).
4. Heise LL, Ellsberg M et Gottemoeller M, 1999, op. cit. (voir référence 1); Krug EG, 2002, op. cit. (voir référence 1); Campbell JC, Health consequences of intimate partner violence, *Lancet*, 2002, 359(9314): 1331-1336; Miller JL et Knudsen DD, Family abuse and violence, dans: Sussman M, Steinmetz SK et Peterson GW, réds., *Handbook of Marriage and the Family*, 2e ed., New York: Plenum Press, 1999, pp. 705-741; Tjaden PG et Thoennes N, Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the

National Violence Against Women Survey, *Violence Against Women*, 2000, 6(2):142-161; Zierler S, Witbeck B et Mayer K, Sexual violence against women living with or at risk of HIV infection, *American Journal of Preventive Medicine*, 1996, 12(5):304-310; WHO, *Violence Against Women and HIV/AIDS: Setting the Research Agenda*, Geneva: WHO, 2000; et Kristner U, *Gender-Based Violence and HIV/AIDS in South Africa: A Literature Review*, Johannesburg, South Africa: Centre for AIDS Development, Research and Evaluation, 2003.

5. Heise LL, Ellsberg M et Gottemoeller M, 1999, op. cit. (voir référence 1); Jewkes R, 2002, op. cit. (voir référence 1); Krug EG, 2002, op. cit. (voir référence 1); Summers RW et Hoffman AM, 2002, op. cit. (voir référence 1); et Kishor S et Johnson M, 2004, op. cit. (voir référence 1).
6. Heise LL, Ellsberg M et Gottemoeller M, 1999, op. cit. (voir référence 1); Krug EG, 2002, op. cit. (voir référence 1); Campbell JC, 2002, op. cit. (voir référence 4); Miller JL et Knudsen DD, 1999, op. cit. (voir référence 4); Tjaden PG et Thoennes N, 2000, op. cit. (voir référence 4); Zierler S, Witbeck B et Mayer K, 1996, op. cit. (voir référence 4); WHO, 2000, op. cit. (voir référence 4); et Kristner U, 2003, op. cit. (voir référence 4).
7. Liu M et Chan C, Enduring violence and staying in marriage: stories of battered women in rural China, *Violence Against Women*, 1999, 5(12):1469-1492; Xü X, The prevalence and determination of wife abuse in urban China, *Journal of Comparative Family Studies*, 1997, 28(3):280-303; Tang CSK, Wife abuse in Hong Kong Chinese families: a community survey, *Journal of Family Violence*, 1999, 14(2):173-191; Tang CSK, Marital power and aggression in a community sample of Hong Kong Chinese families, *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 14(6):586-602; Tang CSK, Wong D et Cheung FMC, Social construction of women as legitimate victims of violence in Chinese societies, *Violence Against Women*, 2002, 8(8):968-996; Wang X, Why are Beijing women beaten by their husbands? a case analysis of family violence in Beijing, *Violence Against Women*, 1999, 5(12):1493-1504; Shen C, Yang S et Li D, *The Urban and Rural Families at the Millennium*, Beijing: China Social Science Press, 1999 (en chinois); et Institute of Population Studies, *Sampling Survey Data of Women's Status in Contemporary China*, Beijing: International Academic Publishers, 1994.
8. Levy PS et Lemeshow S, *Sampling of Populations: Methods and Applications*, 3e ed., New York: Wiley, 1999; et Parish WL et al., Population-based study of chlamydial infection in China: a hidden epidemic, *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289(10):1265-1273.
9. Dobash RE et Dobash RP, *Violence Against Wives: A Case Against Patriarchy*, New York: Free Press, 1979; et Buss D, *The Dangerous Passion: Why Jealousy Is as Necessary as Love and Sex*, New York: Free Press, 2000.
10. Dobash RE et Dobash RP, 1979, op. cit. (voir référence 9).
11. Anderson K, Gender, status, and domestic violence: an integration of feminist and family violence approaches, *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59(3):655-669; Macmillan R et Gartner R, When she brings home the bacon: labor-force participation and the risk of spousal violence against women, *Journal of Marriage and the Family*, 1999, 61(4):947-958; et Fox GL et al., Economic distress and intimate violence: testing family stress and resources theories, *Journal of Marriage and the Family*, 2002, 64(3):793-807.
12. Strauss M, Gelles R et Steinmetz S, *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*, Garden City, NY, USA: Anchor, 1980.
13. Ibid.; et Fox GL et al., 2002, op. cit. (voir référence 11).
14. Jewkes R, 2002, op. cit. (voir référence 1); et Tjaden PG et al., *Extent, Nature, and Consequences of Intimate Partner Violence*, Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice, 2000.
15. Strauss M, Gelles R et Steinmetz S, 1980, op. cit. (voir référence 12).
16. Caetano R et al., Agreement on reports of intimate partner violence among white, black, and Hispanic couples in the United States, *Journal of Interpersonal Violence*, 2002, 17(12):1308-1322; et Schafer J, Caetano R et Clark CL, Agreement about violence in U.S. couples, *Journal of Interpersonal Violence*, 2002, 17(4):457-470.
17. Skinner C, Holt D et Smith T, *Analysis of Complex Surveys*, New York: Wiley, 1989.
18. Heise LL, Ellsberg M et Gottemoeller M, 1999, op. cit. (voir référence

1); Jewkes R, 2002, op. cit. (voir référence 1); Krug EG, 2002, op. cit. (voir référence 1); Tjaden PG et al., 2000, op. cit. (voir référence 14); et Ellsberg MC et al., Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua, *American Journal of Public Health*, 1999, 89(2):241-243.

19. Mason KO, The status of women: conceptual and methodological issues in demographic studies, *Sociological Forum*, 1986, 1(2):284-300.

20. Tjaden PG et al., 2000, op. cit. (voir référence 14); et Dobash RE et Dobash RP, 1979, op. cit. (voir référence 9).

21. Caetano R et al., 2002, op. cit. (voir référence 16); Schafer J, Caetano R et Clark CL, 2002, op. cit. (voir référence 16); et Anderson K, 1997, op. cit. (voir référence 11).

22. Krug EG, 2002, op. cit. (voir référence 1); et Koenig MA et al., Domestic violence in rural Uganda: evidence from a community-based study, *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81(1):53-81.

23. Mason KO, 1986, op. cit. (voir référence 19).

24. Dobash RE et Dobash RP, 1979, op. cit. (voir référence 9).

25. Buss D, 2000, op. cit. (voir référence 9).

26. Ibid.

### Remerciements

Le financement principal de cette étude a été assuré par la bourse RO1 HD34157 du National Institute of Child Health and Human Development. D'autres subventions ont été accordées par l'University of Chicago/NICHD Population Research Center (P30 HD18288) et l'University of North Carolina/NIH Fogarty Center (P30 AI50410).

**Pour contacter l'auteur:** [w-parish@uchicago.edu](mailto:w-parish@uchicago.edu)

Publié d'abord en anglais dans *International Family Planning Perspectives*, 2004, 30(4):174-181.



# 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 monde<sup>1</sup> et identifié certaines conséquences directes et indirectes des mauvais traitements sur la santé, y compris en termes de santé mentale et reproductive.<sup>2</sup> Les études font également état de taux de violence élevés durant la grossesse,<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup>

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.<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> 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,<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> 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.<sup>10</sup> 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)
<b>Caractéristique démographique</b>		
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
<b>Fécondité</b>		
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
<b>Violence</b>		
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.<sup>11</sup> 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.<sup>12</sup>

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.<sup>13</sup> Une étude révèle par exemple un lien significatif entre la violence et l'IVG,<sup>14</sup> tandis que trois autres font état de taux d'IVG antérieures significativement supérieurs parmi les femmes victimes de violence que parmi les autres.<sup>15</sup>

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.<sup>16</sup> 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.

### Variabes 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.

### Variabes 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.

### Variabes 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 détenus 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
<b>Démographique</b>	
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
<b>Fécondité</b>	
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
<b>Violence</b>	
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.<sup>17</sup> 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 présenté).

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<sup>†</sup> et par de 7.787 à 20.250

\*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.

avortements de moins par an,<sup>‡</sup> 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.<sup>18</sup> 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 intime<sup>19</sup> ainsi qu'un lien entre un manque d'autonomie ou un faible statut social et l'incapacité à maîtriser sa fécondité,<sup>20</sup> 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

dans lesquelles les rôles sexués restent statiques.<sup>21</sup> 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.<sup>22</sup> 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.<sup>23</sup> 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.<sup>24</sup> 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.<sup>25</sup> Une étude de Saltzman et de ses collègues a également révélé de plus faibles taux de violence pendant la grossesse<sup>26</sup> 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.<sup>27</sup> 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.<sup>28</sup>

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.<sup>29</sup> Des estimations plus prudentes font état de 173.037 à 404.000 IVG.<sup>30</sup> Comme l'IVG concerne généralement les grossesses non planifiées,<sup>31</sup> 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.<sup>32</sup> 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 nourris au sein.<sup>33</sup> 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.<sup>34</sup> 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.<sup>35</sup> 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 au 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.

# L'expérience de la contrainte sexuelle parmi les jeunes au Kenya

Par Annabel S. Erulkar

Annabel S. Erulkar est au Population Council, Accra, Ghana.

**CONTEXTE:** Les études de comportement sexuel des jeunes du monde en développement négligent généralement les circonstances dans lesquelles interviennent les relations sexuelles, présumant le plus souvent que les rapports sexuels des jeunes sont voulus et consensuels. Les rares études publiées sur les rapports sexuels non consensuels reposent souvent sur des échantillons hautement sélectifs, omettant l'expérience des hommes et des jeunes mariées.

**MÉTHODES:** Une enquête en population générale menée en 2001 parmi les jeunes de Nyeri (Kenya) comportait un module spécial sur la contrainte sexuelle. Les données descriptives et l'analyse multivariée servent à explorer la prévalence et les profils de la contrainte sexuelle parmi les jeunes hommes et femmes mariés et célibataires de 10 à 24 ans.

**RÉSULTATS:** Parmi les répondants sexuellement expérimentés, 21% des femmes et 11% des hommes avaient connu des relations sexuelles sous contrainte. Les responsables en étaient pour la plupart des partenaires intimes: petits amis, petites amies et maris. Selon un modèle de régression logistique multivariée, les femmes mariées ou qui l'avaient jamais été et celles qui ne vivaient pas avec un parent ou un conjoint couraient un risque significativement élevé de contrainte sexuelle (rapports de probabilités, 2,6 et 3,1, respectivement). La contrainte sexuelle était du reste associée à la multiplicité des partenaires sexuels et au vécu d'une infection de l'appareil génital (2,2 et 2,5). Les hommes qui avaient subi une contrainte sexuelle étaient significativement plus susceptibles que les autres d'avoir eu pour première partenaire une femme d'au moins cinq ans leur aînée (82,9).

**CONCLUSION:** Les programmes de santé reproductive destinés aux jeunes doivent faire face au problème des rapports sexuels non consensuels et considérer, notamment, les besoins spéciaux des hommes et des femmes mariées.

Sélection Spéciale d'Articles sur la Violence Basée sur le Genre et la Santé Reproductive, 2007, pp 32–39

Le comportement sexuel et la santé reproductive des jeunes des pays en développement font l'objet, depuis une quinzaine d'années, d'une attention considérable. Les jeunes représentent en effet une large proportion de la population de ces pays, et sont affectés par de manière disproportionnée le VIH et par d'autres problèmes de santé reproductive.<sup>1</sup> La littérature existante enseigne que les adolescents s'engagent dans des relations sexuelles pré-nuptiales sans une connaissance suffisante de la reproduction et du planning familial et que de faibles proportions ont recours aux moyens de contraception, et en particulier aux préservatifs.<sup>2</sup> Ces études ne s'intéressent malheureusement guère au contexte social de l'activité sexuelle des adolescents—et, plus particulièrement, à l'influence des rapports sociaux de sexe et à leurs déséquilibres sur le fait que les jeunes ont ou non des rapports sexuels et sur le moment de ces rapports. La plupart de ces études partent du reste du principe que les rapports sexuels des jeunes sont voulus et consensuels. Il apparaît pourtant qu'une proportion non négligeable des rapports sexuels chez les jeunes résulte de la contrainte.

## CONTEXTE

La contrainte sexuelle fait référence à un ensemble d'expériences amenant une personne à avoir des rapports sexuels contre son gré.<sup>3</sup> Ces expériences incluent «la vio-

lence, les menaces, l'insistance verbale, les tromperies, les attentes culturelles ou les circonstances économiques»; la conséquence en est une «absence de choix quant à la poursuite d'autres options sans conséquences sociales ou physiques graves.»<sup>4</sup>

La pauvreté des recherches sur l'expérience de la contrainte sexuelle parmi les jeunes est due, en partie, à la limitation des consciences, à la stigmatisation, aux contraintes méthodologiques et aux problèmes d'éthique. Les recherches existantes concernent pour la plupart les jeunes femmes en âge d'aller à l'université dans les pays industrialisés. Ainsi, 8% des jeunes femmes dans une étude canadienne et 15% de celles d'une étude menée aux États-Unis ont déclaré avoir été physiquement forcées à avoir des rapports sexuels.<sup>5</sup> Dans une étude représentative auprès de 1.121 jeunes Américaines âgées de 18 à 22 ans en 1987, 7% ont déclaré avoir eu des rapports sexuels forcés. Les taux les plus élevés ont été relevés parmi les jeunes femmes blanches, 13% ayant déclaré avoir eu ce type d'expérience avant l'âge de 20 ans.<sup>6</sup> De plus, 9% des femmes de 15 à 24 ans comprises dans l'Enquête nationale sur la croissance familiale de 1995, représentative à l'échelon national, ont déclaré que leurs premiers rapports sexuels n'avaient pas été volontaires.<sup>7</sup>

Certaines études ont également examiné les consé-

quences négatives à long terme de la contrainte sexuelle. Par rapport aux jeunes femmes qui n'ont pas subi d'abus sexuels, celles qui en ont subi tendent à avoir un plus grand nombre de partenaires sexuels,<sup>8</sup> à moins bien maîtriser les conditions de leurs rapports sexuels, à présenter une moindre probabilité de pratiquer le planning familial et d'utiliser le préservatif et à être plus vulnérables aux infections sexuellement transmissibles (IST) et aux grossesses non désirées.<sup>9</sup> Les conséquences psychologiques à long terme de la contrainte sexuelle précoce sont la dépression, les tendances suicidaires, la faible estime de soi et une moindre efficacité, la toxicomanie et l'alcoolisme.<sup>10</sup> Une étude menée dans l'État de Washington, aux États-Unis, a révélé des taux d'abus sexuels élevés parmi les adolescentes qui avaient déjà été enceintes.<sup>11</sup> Les jeunes femmes de l'étude qui avaient été victimes d'abus avaient du reste entamé leur vie sexuelle près de deux ans et demi avant celles de la population générale.

Ces 10 dernières années, plusieurs études ont démontré la difficulté d'obtenir des chiffres fiables concernant la contrainte sexuelle.<sup>12</sup> En outre, la sous-déclaration de la contrainte sexuelle est probablement accrue par celle des rapports sexuels.<sup>13</sup> Les rapports sexuels pré-nuptiaux des jeunes femmes représentent une question d'une telle sensibilité dans de nombreux pays que la déclaration exacte en est peu probable.<sup>14</sup> En revanche, les jeunes hommes de nombreuses cultures peuvent exagérer leur expérience sexuelle, perçue comme une marque de masculinité.<sup>15</sup>

La déclaration de la contrainte sexuelle dans le cadre des enquêtes peut s'avérer plus problématique encore: la peur des représailles, la stigmatisation et le manque de soutien social en sont les obstacles le plus souvent cités.<sup>16</sup> De plus, les femmes victimes de sévices peuvent être moins susceptibles de participer aux études et se sentir moins à l'aise avec les enquêtrices.<sup>17</sup>

La comparaison de trois enquêtes nicaraguayennes a abouti à la conclusion que la déclaration de la violence était meilleure lorsque plusieurs occasions étaient offertes aux répondantes de révéler les violences subies, lorsque l'enquête se concentrait spécifiquement sur la violence et que l'enquêtrice posait des questions à propos de comportement précis, par opposition à celles plus générale du type «Avez-vous déjà subi des abus sexuels?»<sup>18</sup> Les questions sur des comportements spécifiques peuvent améliorer la déclaration, mais les modalités de la contrainte sexuelle varient probablement d'un contexte culturel à l'autre. Aussi la définition exacte des comportements à sonder dans le contexte de vastes enquêtes pose-t-elle d'autres difficultés au chercheur, surtout dans les régions où peu d'études ont été menées sur la question de la contrainte.

### **La contrainte sexuelle chez les jeunes en Afrique**

L'une des premières enquêtes à avoir révélé l'importance de la contrainte exercée sur les jeunes en Afrique subsaharienne a été menée en 1993 auprès de 10000 lycéennes du Kenya.<sup>19</sup> Dans cette étude, 24% des jeunes filles sexuellement actives ont déclaré avoir subi leurs premiers rapports sous la

contrainte. Lors d'une étude relative à la pratique contraceptive des lycéens kenyans, 9% des jeunes femmes sexuellement actives ont de plus expliqué qu'elles n'avaient pas utilisé de contraceptifs lors de leurs derniers rapports sexuels car ceux-ci avaient été forcés.<sup>20</sup> Plus récemment, des études menées au Ghana et au Zimbabwe ont révélé que la contrainte sexuelle est un facteur important de l'initiation sexuelle et des rapports ultérieurs. Au Ghana, 25% des jeunes femmes de 12 à 24 ans ont déclaré que leurs premiers rapports sexuels avaient été forcés;<sup>21</sup> les chiffres respectifs du Zimbabwe étaient de 12% en milieu urbain et de 33% en milieu rural.<sup>22</sup> Toutes ces études reposaient sur des données d'enquêtes à grande échelle incluant la contrainte sexuelle comme un élément mineur ou une simple question, plutôt que comme centre d'intérêt principal de la recherche. Peu d'attention était accordée aux questions de méthodologie telles que la manière dont les questions relatives aux rapports sexuels non consentis ont été posées, et aucune de ces études n'est allée au-delà des estimations élémentaires de prévalence et n'a examiné en profondeur l'expérience de la contrainte sexuelle parmi les jeunes.

Beaucoup des recherches publiées sur la contrainte sexuelle parmi la population adolescente d'Afrique sont de nature qualitative. Beaucoup de ces études ont par ailleurs été menées en Afrique du Sud. Les études sud-africaines, en particulier, révèlent une fréquence élevée de violences dans le contexte des relations avec un partenaire intime, fréquence souvent attribuée à la récente transition politique et sociale du pays.<sup>23</sup> Les jeunes femmes enceintes d'une étude menée à Cape Town ont déclaré que leur partenaire avait recouru à la violence pour entamer leur relation sexuelle et à l'agression physique pour la poursuivre.<sup>24</sup> Dans une étude clinique conçue pour évaluer le processus décisionnel menant aux rapports sexuels à Durban, les jeunes femmes ont déclaré que la peur de la violence était une raison majeure pour ne pas parler du SIDA et pour ne pas utiliser de préservatif.<sup>25</sup> Dans cette enquête, les jeunes femmes ont déclaré également que refuser des rapports sexuels avec leur petit ami donnait presque toujours lieu à des rapports forcés.

Peu d'études ont cherché à comprendre les perceptions de la contrainte sexuelle parmi les adolescents d'Afrique et les sens qui lui sont donnés. Une étude nigériane a eu recours à la méthode des entretiens biographiques auprès de lycéens et de jeunes apprentis, afin d'explorer le sens et la nature de la contrainte sexuelle.<sup>26</sup> Les participants y ont décrit des comportements contraignants comme le fait de menacer ou de forcer quelqu'un à avoir des rapports sexuels, les atouchements non désirés, la violence verbale, le fait d'amener de façon trompeuse aux rapports sexuels par l'exposition forcée à la pornographie ou l'usage d'amulettes traditionnelles, ou le fait de ne pas accepter le refus de l'autre. Les jeunes femmes ont le plus souvent décrit les auteurs de la contrainte comme des hommes qu'elles connaissaient, tandis que les hommes considéraient généralement les femmes comme naïves et donc vulnérables à la contrainte.

Une étude menée à Cape Town s'est penchée sur le rapport entre les grossesses à l'adolescence et l'expérience

**TABLEAU 1. Distribution en pourcentage des répondants âgés de 10 à 24 ans, pour des caractéristiques sélectionnées, en fonction du sexe, District de Nyeri, Kenya, 2001**

Caractéristique	Hommes (N=754)	Femmes (N=999)
<b>Âge***</b>		
10 à 14 ans	36,2	28,0
15 à 19 ans	30,6	26,2
20 à 24 ans	33,2	45,7
<b>Ethnie**</b>		
Kikuyu	93,7	88,9
Non-Kikuyu	6,3	11,1
<b>Religion*</b>		
Catholique	43,0	36,9
Autre chrétienne	53,4	59,2
Autre non-chrétienne	3,6	3,9
<b>Education</b>		
Aucune	1,2	1,0
<9 ans	67,2	66,1
≥9 ans	31,6	32,9
<b>Fréquente actuellement l'école***</b>		
Oui	51,1	35,6
Non	48,9	64,4
<b>Statut matrimonial***</b>		
Célibataire	94,3	69,8
Marié/e ou l'ayant déjà été	5,7	30,2
<b>Statut socioéconomique</b>		
Faible (cote 0-4)	29,4	31,4
Élevé (cote 5-10)	70,6	68,6
<b>Sexuellement actif/ve</b>		
Oui	44,7	46,2
Non	55,3	53,8
Total	100,0	100,0

\*Distribution masculine significativement différente de la distribution féminine à  $p < 0,05$ . \*\*Distribution masculine significativement différente de la distribution féminine à  $p < 0,01$ . \*\*\*Distribution masculine significativement différente de la distribution féminine à  $p < 0,001$ . N.B.: Les pourcentages n'atteignent pas tous un total de 100 à cause des arrondis.

de la contrainte.<sup>27</sup> Les adolescentes enceintes s'y sont révélées significativement plus susceptibles que celles qui ne l'avaient jamais été d'avoir des partenaires plus âgés qu'elles et d'avoir subi des rapports sexuels forcés. De même, 32% des adolescentes enceintes ont déclaré que leur initiation sexuelle avait été le produit d'un viol ou de rapports forcés, par rapport à 18% parmi celles qui n'avaient jamais été enceintes. Les répondantes avaient distingué le viol (contrainte physique par des étrangers ou des parents) et les rapports sexuels forcés (contrainte physique par un petit ami). Cette observation renforce davantage encore l'ambiguïté de la définition de la contrainte sexuelle.

Les recherches relatives à l'expérience de la contrainte sexuelle des adolescents en Afrique subsaharienne sont beaucoup moins développées qu'en Occident. La contrainte présente en effet un nouveau domaine d'étude pour les chercheurs des pays en développement; les occasions de mener des études fondées sur des échantillons représentatifs ont été rares et la mesure de la contrainte sexuelle n'a pas évolué. De nombreuses études se sont fondées sur des échantillons sélectifs, comme des adolescentes enceintes, des étu-

diantes ou des patientes de cliniques, produisant des résultats non généralisables à l'ensemble de la population adolescente. Ainsi, les taux de contrainte obtenus à partir des études relatives aux adolescentes enceintes sont généralement supérieurs à ceux issus d'échantillons représentatifs des adolescents. L'expérience masculine de la contrainte sexuelle est du reste largement ignorée dans les recherches dans les pays en développement,<sup>28</sup> et pratiquement toutes les études sur les comportements sexuels des adolescents en Afrique subsaharienne ne concernent que les femmes célibataires, négligeant l'importante proportion des jeunes femmes du continent mariées pendant l'adolescence. D'autres études formulent de manière ambiguë les questions relatives aux relations sexuelles non consenties. Ainsi, la question de savoir si une personne a été «forcée» à avoir des rapports sexuels crée la possibilité d'une interprétation figurée de la force et de l'impulsion, par exemple, plutôt qu'au sens littéral de la contrainte physique.

Cette étude est l'une des premières à grande échelle à se concentrer sur la prévalence, le contexte et les conséquences de la contrainte sexuelle parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes d'Afrique subsaharienne. Contrairement à la plupart de celles menées précédemment sur le continent, elle repose sur un échantillon en population générale représentatif qui inclut les adolescents mariés. Enfin, cette étude reconnaît que les jeunes hommes peuvent aussi subir une contrainte sexuelle et elle inclut leurs expériences. L'étude se concentre tout particulièrement sur la mesure de la contrainte sexuelle, compte tenu des recommandations méthodologiques issues des recherches antérieures sur la violence sexiste.

## MÉTHODOLOGIE

### Données

Les données de cette étude reposent sur une vaste enquête en population générale menée en 2001 dans la Province Centrale du Kenya. Cette enquête faisait partie d'un projet de recherche visant à évaluer l'effet d'une intervention innovante sur la santé reproductive à l'intention des jeunes de la région.

Durant les étapes initiales de l'étude, tous les ménages ont été listés dans le cadre d'une enquête de porte à porte. Les ménages composés de jeunes âgés de 10 à 26 ans ont été sélectionnés grâce à un générateur de nombres aléatoires disponible dans SPSS. Pour contrôler la corrélation intraménage potentielle, nous avons utilisé la méthode du Kish pour sélectionner aléatoirement un seul jeune dans les ménages qui en comptaient au moins deux admissibles pour l'enquête. Les enquêteurs se sont présentés un maximum de trois fois aux ménages pour y trouver le répondant sélectionné. Au total, 2.712 jeunes mariés et célibataires ont été interrogés. Pour cette analyse particulière, nous avons limité l'échantillon à la tranche des 10 à 24 ans, pour le rendre comparable aux échantillons d'autres études, et nous n'avons utilisé que les données des répondants du District de Nyeri. Le taux de réponse global de l'enquête a été de 90% (92% pour les femmes et 86% pour les hommes).

L'enquête comportait un module spécial sur la contrainte sexuelle. Ce module reposait sur la définition proposée par Heise et ses collègues,<sup>29</sup> ainsi que sur une recherche antérieure au Kenya qui avait décrit les rapports sexuels intervenant sous l'effet de la tromperie, de la force physique ou de la prise au piège.<sup>30</sup> Chez les Kikuyu, en milieu rural surtout, les jeunes hommes qui viennent d'être circoncis construisent souvent leur propre demeure ou leur propre chambre, séparée de la demeure de leurs parents. Des recherches qualitatives antérieures avaient révélé que ces chambres servent fréquemment de lieux pour les rapports sexuels, en particulier dans la mesure où les jeunes circoncis subissent souvent des pressions les encourageant à avoir des rapports.<sup>31</sup> Les jeunes femmes ont déclaré avoir été prises au piège dans ces chambres, tandis que les jeunes hommes déclarent les y avoir enfermées.<sup>32</sup> L'introduction à la question a été formulée spécifiquement de manière à ce que les répondants ne se sentent pas isolés et comprennent que la situation n'est pas rare: «Je vais vous lire une liste d'expériences auxquelles les adolescents et adolescentes peuvent se trouver confrontés en grandissant...» Suivant les recommandations de Ellsberg et de ses collègues,<sup>33</sup> nous avons posé des questions sur des comportements spécifiques de contrainte: «Avez-vous déjà été amené/e par tromperie à avoir des rapports sexuels? Quelqu'un vous a-t-il déjà menacé/e pour vous forcer à avoir des rapports sexuels? Avez-vous déjà rencontré quelqu'un qui a insisté pour avoir des rapports sexuels avec vous, ou qui n'a pas accepté votre refus? Quelqu'un vous a-t-il déjà enfermé/e dans une pièce pour vous forcer à avoir des rapports sexuels? Quelqu'un vous a-t-il déjà forcé/e physiquement à avoir des rapports sexuels? Avez-vous déjà été violé/e?»

Les répondant/e/s qui avaient déclaré l'une de ces expériences ont été interrogé/e/s sur le nombre de fois où l'expérience s'était reproduite, sur l'identité et sur l'âge de leur agresseur, et sur le fait qu'ils/elles aient déclaré/es cet/s événement/s. Comme les études précédentes avaient indiqué que les répondants rapportant des contraintes sexuelles faisaient parfois la distinction entre «rapports sexuels physiquement forcés» et «viol», nous avons posé des questions sur les deux.<sup>34</sup> Cette étude n'inclut que les actes de contrainte ayant donné lieu à un coït; elle ne mesure pas les tentatives échouées et les actes sexuels autres que le coït. Le questionnaire a été traduit en kiswahili et en kikuyu par des équipes formées à cet effet. Ces équipes ont cherché à assurer la traduction précise des termes complexes, recourant à la description en l'absence de traduction exacte.\*

L'accent a été mis, tout au long de l'étude, sur la sécurité des répondants et la confidentialité des informations fournies. Les répondants et leurs parents ou gardiens pour ceux âgés de moins de 18 ans ont donné leur consentement après avoir été informés. L'enquête, dont les questions touchaient à de nombreux sujets (emploi du temps, éducation, travail, mariage, comportements sexuels et sensibilisation à la santé reproductive) a été décrite aux parents comme une étude sur les expériences des adolescents. La formation des enquêteurs avait souligné l'importance cruciale de la confi-

**TABEAU 2. Pourcentage des jeunes sexuellement actifs ayant déjà été contraints à avoir des rapports sexuels, par type de contrainte, selon le sexe**

Type	Hommes (N=337)	Femmes (N=462)
<b>Toutes</b>	<b>11,0</b>	<b>20,8</b>
Tromperie	6,0	11,9
Menaces	0,6	3,7
Insistance/non-acceptation du refus	4,2	7,6
Enfermement dans une pièce	1,5	3,0
Force physique	1,2	5,0
Viol	0,9	3,2

N.B.: Les répondants pouvaient indiquer plus d'un type de contrainte.

dentialité et le fait que sa violation serait suivie d'un renvoi. Pour assurer cette confidentialité, le protocole de l'étude exigeait que tous les entretiens soient menés dans un lieu privé, en la seule présence de l'enquêteur et du répondant.

Dans l'introduction à l'entretien, les répondants ont été informés qu'ils pouvaient passer toutes les questions auxquelles ils ne désiraient pas répondre. En fin d'entretien, l'occasion leur a été donnée de faire des commentaires ou de poser d'éventuelles questions à l'enquêteur. S'ils avaient besoin d'aide, les enquêteurs leur ont donné le nom et les coordonnées du responsable pour la jeunesse d'un organisme de santé reproductive et d'un conseiller local spécialisé dans le travail avec les adolescents.

L'analyse complète a été stratifiée par sexe pour indiquer la manière dont les circonstances de la contrainte sexuelle diffèrent pour les hommes et pour les femmes. L'analyse descriptive a d'abord servi à caractériser les expériences de la contrainte sexuelle vécues par les jeunes. Les régressions logistiques ont ensuite permis d'explorer les facteurs associés à l'expérience de la contrainte sexuelle parmi les jeunes sexuellement actifs.

### Variables

L'expérience de la contrainte sexuelle au cours de la vie a été mesurée en demandant aux répondants s'ils avaient déjà eu des rapports sexuels obtenus par la tromperie, l'insistance, la force physique ou le viol, ou l'enfermement dans une pièce.<sup>†</sup> Cette expérience est examinée en fonction du contexte individuel et du ménage et des problèmes de santé reproductive.

Des variables démographiques—âge, scolarité, niveau d'instruction et statut matrimonial—ont été incluses dans l'analyse pour identifier les caractéristiques des jeunes hommes et femmes présentant un risque élevé de contrainte sexuelle. Une variable d'emploi rémunéré a également été incluse dans le modèle.

\*Le questionnaire a été présenté en kikuyu à 57% des répondants à l'enquête. Le terme «menacé/e», dans la question «Quelqu'un vous a-t-il déjà menacé/e pour vous forcer à avoir des rapports sexuels?» n'était pas directement traduisible en kikuyu. La traduction la plus proche est par conséquent formulée ainsi: «Quelqu'un vous a-t-il déjà fait du chantage, ou dit qu'il/elle vous ferait du mal pour vous forcer à avoir des rapports sexuels?»

†Le critère d'évaluation est dichotomique car une division selon les formes spécifiques de la contrainte aurait produit des effectifs trop petits pour l'analyse.

**TABLEAU 3. Pourcentage des jeunes ayant été contraints à avoir des rapports sexuels, par auteur déclaré de la contrainte, selon le sexe**

Auteur	Hommes (N=37)	Femmes (N=96)
Petit ami/petite amie	62,2	51,0
Mari/femme	5,4	28,1
Connaissance*	35,1	21,9
Étranger/étrangère	5,4	8,3
Enseignant/employeur/parent	0,0	5,1

\*Amis, voisins et camarades de classe. N.B.: Les répondants ayant subi plus d'un incident de contrainte sexuelle ont pu déclarer plusieurs auteurs.

Les variables concernant le ménage comprenaient les conditions de logement et une mesure du statut socioéconomique. Il a été démontré ailleurs que la présence parentale dans le ménage joue un rôle protecteur face à divers comportements et expériences à risque de l'adolescence, y compris les comportements sexuels risqués.<sup>35</sup> Comme l'échantillon comprenait des adolescents mariés et célibataires, la variable des conditions de logement reflète le fait que les répondants cohabitaient avec un parent ou vivent avec leur conjoint. Le statut économique du ménage a été mesuré par un score global fondé sur la possession de 10 biens par le ménage. Les répondants ont été interrogés sur la présence ou non des éléments suivants dans leur ménage: eau courante, toilettes à chasse d'eau, électricité, radio, télévision, réfrigérateur, bicyclette, bétail, terres et échoppe de marché ou boutique. Le score va de 0 à 10, avec une moyenne de 4,1. Comme l'enquête avait été menée dans le contexte d'un projet de recherche d'intervention en santé reproductive, une variable mesurant l'exposition à l'intervention était également prévue, même si l'intervention ne portait pas explicitement sur la violence sexiste et la contrainte sexuelle.

Les études menées dans d'autres contextes semblent indiquer que les jeunes femmes soumises à la contrainte entre dans la vie sexuelle plus tôt que les autres.<sup>36</sup> De plus, la contrainte sexuelle a été associée à une foule de conséquences et de comportements de santé reproductive négatifs, dont l'incidence plus grande des infections de l'appareil génital, la multiplicité des partenaires sexuels, la grossesse précoce, le moindre recours au préservatif, la toxicomanie et l'alcoolisme. Ces variables ont été incluses dans le modèle afin de déterminer si l'expérience de la contrainte sexuel-

**TABLEAU 4. Pourcentage des jeunes sexuellement actifs, pour caractéristiques sélectionnées au moment des premiers rapports sexuels, en fonction du sexe et de l'expérience de la contrainte sexuelle**

Caractéristique	Hommes		Femmes	
	Jamais contraints (N=276)	Contraints (N=35)	Jamais contraintes (N=357)	Contraintes (N=92)
1 <sup>ers</sup> rapports avant 15 ans†	23,2	34,3	9,8	17,4*
1 <sup>er/</sup> partenaire ≥ 5 ans plus âgé/e	1,7	21,6***	46,0	56,2*
1 <sup>er/</sup> partenaire ≥ 10 ans plus âgé/e	0,3	5,4*	9,8	15,7

\*p<0,05. \*\*\*p<0,001. †Parmi les répondants d'au moins 15 ans.

le des jeunes était associée à un comportement ultérieur risqué et à des problèmes de santé reproductive. Comme il est difficile de mesurer les IST à travers l'auto-déclaration, les répondants ont été interrogés sur les symptômes (douleurs, écoulements inhabituels ou brûlures) associés aux IST et autres infections de l'appareil génital. La variable de multiplicité des partenaires est une variable dichotomique répartissant les répondants entre ceux qui avaient eu un total d'au moins trois partenaires et ceux qui en avaient eu moins. Dans cette enquête, l'usage du préservatif lors des derniers rapports sexuels a servi de mesure de l'usage actuel du préservatif.

## RÉSULTATS

Après l'exclusion des répondants vivant en dehors de Nyeri et de ceux âgés de 25 ou 26 ans, l'échantillon comptait 1.753 jeunes hommes et femmes âgés de 10 à 24 ans (tableau 1, page 134). L'échantillon féminin était légèrement plus âgé que l'échantillon masculin, avec une plus grande proportion dans la tranche des 20 ans et plus. Les niveaux d'instruction de la région étaient relativement élevés: presque tous les répondants avaient fréquenté l'école, et un tiers environ avait atteint le niveau secondaire. Aucune différence significative n'est apparue entre le niveau d'éducation des hommes et celui des femmes. La proportion scolarisée au moment de l'enquête était supérieure parmi les hommes, reflet probable des différences d'âge entre les échantillons masculin et féminin. Moins de 6% des hommes étaient mariés, par rapport à 30% des femmes. Les répondants sexuellement actifs (337 hommes et 462 femmes), représentant près de la moitié de l'échantillon, sont au centre de nos analyses.

Dans ce groupe, 11% des hommes et 21% des femmes avaient subi au moins une forme de contrainte (tableau 2, page 35). La majorité des jeunes qui avaient subi des contraintes ont déclaré avoir été amenés à avoir des rapports sexuels par tromperie, et beaucoup ont fait état de l'insistance du partenaire ou de sa non-acceptation de leur refus. Conformément aux recherches antérieures, selon laquelle les répondants faisaient une distinction entre rapports sexuels forcés et viol, 5% des femmes sexuellement actives ont déclaré avoir été forcées physiquement à avoir des rapports sexuels, tandis que 3% déclaraient avoir été violées. Soixante-quinze pour cent de ces dernières ont également déclaré avoir été forcées à avoir des rapports sexuels, faisant peut-être référence au même événement (non présenté). Toutefois, 48% seulement de celles ayant déclaré avoir subi des rapports physiquement forcés ont également parlé de viol, montrant que le terme «viol» a certaines connotations particulières pour les répondants. Ainsi, les jeunes femmes qui s'étaient dites violées étaient plus susceptibles que celles qui avaient déclaré des rapports physiquement forcés de désigner un étranger comme auteur de la contrainte.

Pour les jeunes femmes, le partenaire intime—petit ami ou mari—était l'auteur le plus fréquent de la contrainte sexuelle, suivi par les connaissances (tableau 3). Parmi les jeunes femmes mariées qui avaient été contraintes, 45% avaient été contraintes par leur mari, 33% par quelqu'un

**TABLEAU 5. Rapports de probabilités des régressions logistiques évaluant la probabilité de contrainte sexuelle parmi les jeunes sexuellement actifs, pour des caractéristiques sélectionnées, selon le sexe**

Caractéristique	Hommes (N=257)	Femmes (N=368)
<b>Démographique</b>		
Âge	0,95	0,93
Fréquente actuellement l'école	0,50	0,97
Niveau d'éducation		
<9 ans	1,00	1,00
≥9 ans	1,34	1,52
Emploi rémunéré	0,83	0,78
Marié/e ou l'ayant déjà été	0,99	2,59*
Au courant de l'intervention SR	1,77	1,65
<b>Ménage</b>		
Indice économique du ménage		
Faible	1,00	1,00
Élevé	1,09	1,04
Conditions de logement		
Vit sans parents ou conjoint	1,61	3,09*
Vit avec parent(s) ou conjoint	1,00	1,00
<b>Comportement sexuel/santé reproductive</b>		
1 <sup>ers</sup> rapports sexuels avant 15 ans	1,78	1,10
1 <sup>er/</sup> e partenaire >5 ans plus âgé/e	82,92***	1,26
≥3 partenaires sexuels	1,53	2,16*
A bu de l'alcool	2,15	1,45
A déjà eu des symptômes d'IST	2,60	2,50*
A utilisé le préservatif lors des derniers rapports	0,54	0,67
A déjà été enceinte	na	0,51
-2 log likelihood	157,40	338,38
R <sup>2</sup>	0,246	0,148

\*p<0,05. \*\*p<0,01. \*\*\*p<0,001. N.B.: na=non applicable.

d'autre et 22% par leur mari et par quelqu'un d'autre (non présenté). Pour les hommes qui avaient subi une contrainte sexuelle, l'auteur le plus fréquent était une petite amie, puis une connaissance. Peu de répondants ont déclaré avoir subi la contrainte d'un parent, d'un enseignant ou d'un employeur. Ce chiffre est cependant probablement sous-estimé étant donné la stigmatisation associée à l'inceste et la désapprobation des relations intimes entre les jeunes et leurs enseignants ou employeurs. Seuls 23% des jeunes femmes et 22% des jeunes hommes qui avaient subi des contraintes sexuelles avaient parlé à quelqu'un de leur expérience (non présenté). Ceux qui en avaient parlé s'étaient généralement confiés à un membre de leur famille ou à un/e ami/e.

### Caractéristiques des répondants et contrainte

Dix-sept pour cent des jeunes femmes qui avaient déjà subi des contraintes avaient eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, par rapport à 10% de celles qui n'avaient pas été contraintes (tableau 4). Hommes et femmes confondus, les jeunes qui avaient subi une contrainte sexuelle étaient significativement plus susceptibles que les autres d'avoir eu pour premier ou première partenaire un homme ou une femme d'au moins cinq ans leur aîné/e. Près de 22% des jeunes hommes contraints avaient eu une première partenaire beaucoup plus âgée qu'eux, par rapport à moins de 2% de ceux qui n'avaient pas subi de contrainte. Cinquante-six pour cent des jeunes femmes qui avaient subi une

contrainte avaient eu un premier partenaire d'au moins cinq ans leur aîné, par rapport à 46% des autres jeunes femmes.

La régression logistique multivariée a permis d'identifier les caractéristiques différenciant les jeunes hommes et femmes sexuellement expérimentés qui avaient subi une contrainte sexuelle des autres (tableau 5). À l'exception du statut matrimonial, aucune variable démographique au niveau individuel n'est apparue associée au vécu de rapports sexuels non consentis. Parmi les jeunes femmes, celles qui étaient mariées ou qui l'avaient déjà été présentaient une probabilité significativement plus élevée d'avoir subi une contrainte sexuelle (rapport de probabilités 2,6). Cette observation laisse supposer une haute prévalence de la contrainte au sein du mariage. Toutefois, les femmes séparées et divorcées étaient plus susceptibles d'avoir subi cette contrainte que les jeunes femmes mariées vivant avec leur époux (4,7, non présenté). De même, les jeunes femmes qui vivaient seules étaient plus susceptibles que celles vivant avec au moins un parent ou avec leur époux d'avoir subi des contraintes sexuelles (3,1).

Pour les jeunes femmes, les rapports sexuels non consentis étaient associés à des comportements et à des conséquences négatives en termes de santé reproductive. Celles qui avaient subi des contraintes étaient plus susceptibles d'avoir eu au moins trois partenaires sexuels et d'avoir présenté des symptômes d'infection de l'appareil génital (2,2 et 2,5). L'usage du préservatif parmi les jeunes femmes ayant subi une contrainte n'étant pas significativement différent par rapport aux autres, leur déclaration plus fréquente de ces symptômes est probablement due à leur plus grand nombre de partenaires sexuels.

Pour les jeunes hommes, l'expérience de la contrainte sexuelle n'est apparue associée qu'à une seule variable, celle indiquant qu'ils avaient eu une première partenaire d'au moins cinq ans leur aînée (82,9). Pour les jeunes femmes, il est relativement courant en Afrique d'avoir pour premier partenaire sexuel un homme beaucoup plus âgé. Pour les jeunes hommes, il est en revanche inhabituel d'avoir une première partenaire beaucoup plus âgée et le risque de contrainte sexuelle associé à cette caractéristique est beaucoup plus élevé.

### DISCUSSION

Cette étude, basée sur un échantillon représentatif des jeunes hommes et femmes kenyans mariés et célibataires de 10 à 24 ans, explore la prévalence et les caractéristiques de la contrainte sexuelle. Nos observations révèlent que les rapports sexuels non consentis sont un élément courant—et souvent négligé—des premières expériences sexuelles des jeunes du pays. Contrairement au postulat largement admis selon lequel les rapports sexuels des jeunes sont consentis, un nombre considérable de répondants de notre échantillon a déclaré avoir eu des rapports sexuels qu'ils n'avaient pas désirés. Plus d'une jeune femme sexuellement active sur cinq et un jeune homme sexuellement actif sur 10 avaient eu des rapports sexuels non consentis. Les responsables en étaient souvent les partenaires intimes des jeunes: petits amis, petites amies et maris.

Les jeunes hommes dont la première partenaire avait été d'au moins cinq ans leur aînée présentaient un plus haut risque de contrainte sexuelle que les autres. Les jeunes femmes mariées ou l'ayant déjà été étaient plus susceptibles que les célibataires de déclarer avoir subi une contrainte sexuelle et leur mari en était souvent l'auteur. Celles qui avaient déclaré cette contrainte étaient souvent séparées ou divorcées, laissant supposer que la contrainte avait peut-être contribué à la dissolution du mariage. Ainsi, bien qu'il soit communément présumé que le mariage offre un refuge sûr aux jeunes femmes,<sup>37</sup> nos résultats donnent plutôt à penser qu'il accroît le risque de la violence sexuelle et, comme l'indiquent d'autres études, qu'il peut accroître aussi pour la jeune femme le risque d'infection au VIH.<sup>38</sup> Les jeunes femmes soumises à la contrainte sexuelle de leur mari peuvent disposer de moins d'options pour se protéger de l'infection que les femmes célibataires, peuvent éprouver plus de difficultés à quitter une relation violente et n'ont pas nécessairement accès à une protection légale. Au Kenya en général et, traditionnellement, chez les Kikuyu, les maris ne peuvent pas être accusés de viol à l'encontre de leur femme car le mariage est considéré comme un consentement général aux rapports sexuels.<sup>39</sup>

En vertu du code pénal kenyan, le viol, la tentative de viol et les autres formes de rapports sexuels non consentis sont des crimes passibles d'emprisonnement.<sup>40</sup> Dans la pratique toutefois, la loi est rarement appliquée et la société tend à blâmer plutôt qu'à soutenir la victime, dont la déclaration est dès lors découragée.<sup>41</sup> Cela d'autant plus que le viol est souvent considéré comme un acte normal et pardonnable d'hommes incapables de se maîtriser. Ainsi, après que 19 lycéennes eurent été tuées et 71 autres violées en 1991 par des étudiants masculins dans leur dortoir au lycée St. Kizito à Meru (Kenya), les paroles du directeur adjoint de l'établissement ont été rapportées comme suit: «Les garçons n'avaient jamais eu l'intention de faire de mal aux filles. Ils voulaient simplement les violer.»<sup>42</sup>

Par rapport aux jeunes femmes qui n'ont jamais subi de contrainte, celles qui l'ont vécue présentent un risque supérieur d'infections de l'appareil génital et sont plus susceptibles d'avoir eu plusieurs partenaires sexuels. Les programmes africains destinés aux jeunes tendent à mettre l'accent sur l'abstinence et négligent généralement les expériences précoces de la violence et de la contrainte sexuelle. Le message de ces programmes, souvent adressé aux jeunes femmes, leur conseille de «juste dire non» aux avances des jeunes hommes. Comme le démontre pourtant notre étude, beaucoup de jeunes femmes n'ont pas le choix lorsqu'il s'agit de consentir aux rapports sexuels. De plus, beaucoup des comportements à risques que les programmes essaient de combattre sont associés aux expériences précoces d'abus. En prenant en compte la violence sexuelle dans ces programmes, on répondrait non seulement aux réalités contextuelles de nombreux jeunes femmes et jeunes hommes, mais on contribuerait aussi à la prévention des problèmes de santé reproductive à long terme qui résultent de cette violence.

En ne se confrontant pas au problème des rapports sexuels non consentis et à la violence sexiste, les programmes de santé reproductive manquent aussi une occasion importante de changer la perception collective qui rejette la faute de ces expériences sur la victime. Le personnel des programmes est en contact avec les jeunes et aborde souvent les sujets sensibles de la sexualité. Beaucoup jouissent du reste d'un statut élevé au sein de leur communauté, en raison de leur affiliation avec le programme ou parce qu'ils sont enseignants, leaders respectés de la communauté ou agents de santé. Ils se trouvent donc idéalement placés pour rompre le silence et s'attaquer aux idées reçues sur la violence, ainsi que pour promouvoir les systèmes aptes à soutenir et à protéger les victimes tout en punissant les coupables. Enfin, la vaste mais vulnérable population des jeunes femmes mariées doit recevoir une place importante dans les politiques publiques et les programmes à destination des adolescents, avec la reconnaissance des risques qu'elles courent dans le mariage et de leur droit à la protection.

## RÉFÉRENCES

1. MacCauley AP et Salter C, Meeting the needs of young adults, *Population Reports*, 1995, série J, No. 41.
2. Ajayi A et al., Adolescent sexuality and fertility in Kenya: a survey of knowledge, perceptions and practices, *Studies in Family Planning*, 1991, 22(4):205-216; Amazigo U et al., Sexual activity and contraceptive knowledge and use among in-school adolescents in Nigeria, *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23(1):28-33; Boohene E et al., Fertility and contraceptive use among young adults in Harare, Zimbabwe, *Studies in Family Planning*, 1991, 22(4):264-271; Gorgen R, Sexual behavior and attitudes among unmarried youth in Guinea, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(2):65-71; Kiragu K et Zabin L, Contraceptive use among high school students in Kenya, *International Family Planning Perspectives*, 1993, 21(3):108-113; et Rwenge M, Sexual risk behaviors among young people in Bamenda, Cameroon, *International Family Planning Perspectives*, 2000, 26(3):118-123.
3. Heise L, Ellsberg M et Gottemoeller M, Ending violence against women, *Population Reports*, 1999, série L, No. 11.
4. Heise L, Moore K et Toubia N, Sexual coercion and reproductive health: a focus on research, New York: Population Council, 1995.
5. Heise L, Pitangy J et Germain A, Violence against women: the hidden health burden, Discussion Paper, Washington, DC: World Bank, 1994, No. 255.
6. Moore KA, Nord CW et Peterson JL, Nonvoluntary sexual activity among adolescents, *Family Planning Perspectives*, 1989, 21(3):110-114.
7. Abma J, Driscoll A et Moore K, Young women's degree of control over first intercourse: an exploratory analysis, *Family Planning Perspectives*, 1998, 30(1):12-18.
8. Ibid.
9. Ibid.; Boyer D et Fine D, Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment, *Family Planning Perspectives*, 1992, 24(1):4-11 & 19; et United Nations Children's Fund (UNICEF), Domestic violence against women and girls, Florence, Italy: Innocenti Research Center, 2000.
10. Boyer D et Fine D, 1992, op. cit. (voir référence 9); UNICEF, 2000, op. cit. (voir référence 9); Heise L, Ellsberg M et Gottemoeller M, 1999, op. cit. (voir référence 3); et Heise L, Pitangy J et Germain A, 1994, op. cit. (voir référence 5).
11. Boyer D et Fine D, 1992, op. cit. (voir référence 9).
12. Ellsberg M et al., Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(1):1-16; UNICEF, 2000, op. cit. (voir référence 9); Heise L, Ellsberg M et Gottemoeller M, 1999, op. cit. (voir référence 3); et Heise



- L, Moore K et Toubia N, 1995, op. cit. (voir référence 4).
13. Mensch B, Hewett P et Erulkar AS, The reporting of sensitive behavior among adolescents: a methodological experiment in Kenya, *Demography*, 2003, 40(2):247-268; et Singh S et al., Gender differences in the timing of first intercourse: data from 14 countries, *International Family Planning Perspectives* 2000, 26(1):21-28 & 43.
14. Gage-Brandon A et Meekers D, Sex, contraception and childbearing before marriage in Sub-Saharan Africa, *International Family Planning Perspectives*, 1993, 19(1):14-18 & 33.
15. Ibid.; et Boohene E et al., 1991, op. cit. (voir référence 2).
16. Heise L, Moore K et Toubia N, 1995, op. cit. (voir référence 4); et Heise L, Ellsberg M et Gottemoeller M, 1999, op. cit. (voir référence 3).
17. Ellsberg M et al., 2001, op. cit. (voir référence 12).
18. Ibid.
19. Youri P, réd., Female adolescent health and sexuality in Kenyan secondary schools: a survey report, Nairobi, Kenya: African Medical Research Foundation, 1994.
20. Kiragu K et Zabin L, 1993, op. cit. (voir référence 2).
21. Glover EK et al., Sexual health experiences of adolescents in three Ghanaian towns, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(1):32-40.
22. Phiri A et Erulkar A, Experiences of youth in urban Zimbabwe, Harare, Zimbabwe: Zimbabwe National Family Planning Council, 2000; et Phiri A et Erulkar A, Experiences of youth in rural Zimbabwe, Harare, Zimbabwe: Zimbabwe National Family Planning Council, 2000.
23. Maitse T, Political change, rape, and pornography in post-apartheid South Africa, *Gender and Development*, 1998, 6(3):55-59.
24. Wood K et Jewkes R, Violence, rape and sexual coercion: everyday love in a South African township, *Gender and Development*, 1997, 5(2):41-46.
25. Varga C, Sexual decision-making and negotiations in the midst of AIDS: youth in KwaZulu-Natal, South Africa, *Health Transition Review*, 1997, 7(Suppl. 3):45-67.
26. Ademola A et al., Perceptions of sexual coercion: learning from young people in Ibadan, Nigeria, *Reproductive Health Matters*, 2001, 9(17):128-136.
27. Jewkes R et al., Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa, *Social Science & Medicine*, 2001, 52(5):733-744.
28. Jejeebhoy S et Bott S, Non-consensual sexual experiences of young people: a review of evidence from developing countries, Working Paper, New Delhi: Population Council, 2003.
29. Heise L, Moore K et Toubia N, 1995, op. cit. (voir référence 4).
30. Balmer DH, *The Phenomenon of Adolescence: An Ethnographic Inquiry*, Nairobi, Kenya: Network for AIDS Research in East and Southern Africa, 1994; Population Council, Unpublished transcripts of in-depth interviews among adolescents in Nyeri and Nakuru, Kenya, Nairobi, Kenya: Population Council, 1997; et Youri P, 1994, op. cit. (voir référence 19).
31. Ellsberg M et al, 2001, op. cit. (voir référence 12).
32. Ahlberg B et al., The Mwomboko Research Project: the practice of male circumcision in Central Kenya and its implications for the transmission and prevention of STD/HIV, *African Sociological Review*, 1997, 1(1):66-81; et Population Council, 1997, op. cit. (voir référence 30).
33. Balmer DH, 1994, op. cit. (voir référence 30); et Population Council, 1997, op. cit. (voir référence 30).
34. Jewkes R et al., 2001, op. cit. (voir référence 27).
35. Ngom P, Magadi MA et Owour T, Parental presence and adolescent reproductive health among the Nairobi urban poor, *Journal of Adolescent Health*, 2003, 33(5):369-377.
36. Boyer D et Fine D, 1992, op. cit. (voir référence 9).
37. Bruce J et Clark S, The implications of early marriage for HIV/AIDS policy, New York: Population Council, 2004.
38. Glynn JR et al., 2001, Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? a study in Kisumu, Kenya, and Ndola, Zambia, *AIDS*, 2001, 15(Suppl. 4):S51-S60; et Bruce J et Clark S, 2004, op. cit. (voir référence 37).
39. Kenyatta, J, *Facing Mount Kenya: The Traditional Life of the Kikuyu*, London: Martin, Secker et Warburg, 1938; et Center for Reproductive Law and Policy (CRLP) and International Federation of Women Lawyers, *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives: Anglophone Africa*, New York: CRLP et International Federation of Women Lawyers, 1997.
40. CRLP et International Federation of Women Lawyers, 1997, op. cit. (voir référence 39).
41. Balmer DH, 1994, op. cit. (voir référence 30); et Jejeebhoy S et Bott S, 2003, op. cit. (voir référence 28).
42. Perlez J, Kenyans do some soul-searching after the rape of 71 school-girls, *New York Times*, le 29 juillet 1991.
43. Erulkar AS et Mensch BS, Youth centers in Kenya: evaluation of the Family Planning Association of Kenya Program, Nairobi, Kenya: Population Council, 1997.

#### Remerciements

Cette recherche a été financée par la Rockefeller Foundation et menée en collaboration avec la Family Planning Association of Kenya. L'auteur remercie Ian Diamond, Zoë Mathews, John Cleland, Jane Falckingham, Pierre Ngom, Shireen Jejeebhoy et Ayo Ajayi pour leurs commentaires des versions antérieures de cet article.

Pour contacter l'auteur: [aerulkar@pcaccra.org](mailto:aerulkar@pcaccra.org)

Publié d'abord en anglais dans *International Family Planning Perspectives*, 2004, 30(4):182-189.

# Facteurs et processus socioéconomiques associés à la violence conjugale dans les milieux ruraux du Bangladesh

Par Lisa M. Bates,  
Sidney Ruth  
Schuler, Farzana  
Islam et Md.  
Khairul Islam

Lisa M. Bates est consultante à l'Empowerment of Women Research Program, Center for Applied Behavioral and Evaluation Research, Academy for Educational Development, à Boston, USA. Sidney Ruth Schuler est directrice de l'Empowerment of Women Research Program à Washington, DC. Farzana Islam est maître de conférence en anthropologie à l'université de Jahangirnagar à Dhaka, Bangladesh. Md. Khairul Islam est directeur national d'ORBIS International à Dhaka.

**CONTEXTE:** Si l'omniprésence de la violence familiale à l'encontre des femmes au Bangladesh est bien documentée, les facteurs de risque spécifiques—ceux que peuvent affecter les politiques et programmes surtout—ne sont pas bien compris.

**MÉTHODES:** En 2001–2002, des enquêtes, entrevues en profondeur et discussions en petit groupe ont été menées auprès des femmes mariées de six villages ruraux du Bangladesh dans le but d'examiner les types et la gravité de la violence familiale, ainsi que d'explorer les voies par lesquelles les circonstances socioéconomiques des femmes peuvent influencer leur vulnérabilité à la violence au sein du mariage. Les probabilités de violence familiale à l'encontre des femmes durant l'année précédente ont été évaluées par analyse de régression logistique.

**RÉSULTATS:** Des quelque 1.200 femmes soumises à l'étude, 67% avaient été victimes de violence familiale, et 35% l'avaient été durant la dernière année écoulée. Selon les observations qualitatives, les participantes pensaient que les femmes instruites et disposant d'un revenu supérieur étaient moins vulnérables à la violence familiale; elles croyaient (ou espéraient) du reste que l'apport d'une dot ou l'enregistrement du mariage pouvaient renforcer la position de la femme au sein du mariage. De ces facteurs potentiels pourtant, seule l'éducation s'est avérée associée à une probabilité significativement moindre de violence. En revanche, les femmes étaient significativement plus susceptibles d'être victimes de violences en présence d'un accord de dot ou de revenus personnels contribuant plus que nominale au ménage. Les femmes soutenaient fortement l'éducation de leurs filles, tout en demeurant toutefois sensibles aux pressions de les marier jeunes, en partie pour éviter les coûts de dot élevés.

**CONCLUSIONS:** Aux zones rurales de Bangladesh, les circonstances socioéconomiques des femmes peuvent influencer le risque de violence familiale qu'elles courent de manières complexes et contradictoires. Les observations semblent également indiquer une discordance entre les attentes naissantes des femmes et leurs réalités.

*Sélection Spéciale d'Articles sur la Violence Basée sur le Genre et la Santé Reproductive, 2007, pp. 40–50*

La violence d'un partenaire intime est la forme de violence sexiste la plus répandue au monde.<sup>1</sup> La violence conjugale a été liée directement, chez les femmes, à de nombreux types de traumatismes physiques et psychologiques immédiats et à long terme.<sup>2</sup> Cette violence peut aussi contribuer aux grossesses non désirées et accroître le risque d'infections sexuellement transmissibles parmi les victimes, en compromettant leur aptitude à imposer les conditions de leurs relations sexuelles.<sup>3</sup> La violence conjugale pose de plus un problème fréquent durant la grossesse<sup>4</sup> et a été associée à des risques accrus de fausse couche, d'accouchement prématuré, de détresse foetale et de faible poids à la naissance.<sup>5</sup> À la lumière de ses nombreux effets néfastes, immédiats ou secondaires, la violence conjugale est de plus en plus reconnue comme une question de droits humains, certes, mais aussi comme un problème grave de santé publique.<sup>6</sup>

De nombreuses études ont identifié les déterminants, ou «déclencheurs,» possibles de la violence du partenaire intime: beaucoup se retrouvent clairement dans divers contextes culturels et sociaux. Les théories expliquant la violence intime demeurent cependant relativement limitées. Cette lacune peut être préjudiciable aux efforts de com-

préhension de la violence par un partenaire intime et de réponse efficace à cette violence,<sup>7</sup> surtout au niveau de la prévention primaire.

Heise a proposé un cadre écologique qui suggère que la violence du partenaire intime émane de l'interaction de facteurs personnels, situationnels et socioculturels.<sup>8</sup> Ce cadre s'inspire de la littérature interculturelle pour identifier de potentiels facteurs spécifiques associés aux mauvais traitements à chaque niveau de l'écologie sociale.<sup>9</sup> Cependant, des informations et une théorie plus empiriques sont nécessaires quant à la détermination de l'importance relative de ces divers facteurs,<sup>10</sup> à leur interrelation et à la manière dont leur interaction affecte le risque de violence couru par les femmes.

Notre rapport porte sur la prévalence, la nature et les déterminants potentiels de la violence conjugale—que nous définissons comme la violence perpétrée à l'encontre d'une femme par son mari—parmi les femmes mariées de six villages bangladais. Nous explorons certains des processus complexes qui sous-tendent la violence conjugale dans ce contexte à travers l'examen des relations et des interactions entre les variables et l'analyse quantitative et qualitative.

## CONTEXTE

La violence conjugale est fréquente dans les milieux ruraux du Bangladesh. Parmi les femmes rurales mariées enquêtées en 1992<sup>11</sup> et 1993,<sup>12</sup> 47% et 42%, respectivement, ont déclaré avoir subi la violence physique de leur mari; 43% des femmes de l'étude de 1999 ont déclaré avoir été giflées et battues.<sup>13</sup> La violence conjugale semble être de plus en plus une cause importante de mortalité maternelle au Bangladesh.<sup>14</sup>

Au Bangladesh, la violence à l'encontre des femmes est étroitement liée, tout comme en Inde, à l'institution du mariage.<sup>15</sup> Les normes et les pratiques matrimoniales renforcent en effet l'impuissance des femmes, les exposant souvent à la violence conjugale. Les Bangladaises sont souvent mariées, encore enfants, à des hommes plus âgés qu'elles ne connaissent pas. Malgré l'interdiction légale du mariage des filles de moins de 18 ans, les femmes rurales de 20 à 49 ans ont déclaré un âge médian au mariage de 15 ans dans une enquête nationale menée en 1999–2000.<sup>16</sup> Au moment du mariage, les jeunes femmes n'ont qu'une connaissance minimale de la sexualité, voire aucune,<sup>17</sup> et leur initiation sexuelle peut être traumatisante. La violence conjugale est souvent pratiquée pour établir et faire respecter les rôles de chaque sexe en début de mariage et les très jeunes femmes peuvent être particulièrement vulnérables et incapables de résister.

La violence conjugale sert, au Bangladesh comme en Inde, à extorquer la dot et d'autres biens des familles des jeunes mariées.<sup>18</sup> Les actes de violence—dont la gravité augmente souvent avec le temps—peuvent être perpétrés contre les femmes au moment de la réclamation de parties de la dot impayées (souvent inabondables) ou de la demande de sommes supplémentaires.<sup>19</sup> Dans une étude menée en Inde, la perception d'une dot inadéquate s'est avérée l'une des principales raisons données pour expliquer la violence conjugale.<sup>20</sup>

D'après les études de Schuler et de ses collègues sur les connexions entre la violence et l'inégalité entre les sexes et les facteurs d'influence de ces issues au Bangladesh, les hommes recourent souvent à la violence pour imposer leur domination et les normes sexistes inégalitaires, durant les premières années du mariage surtout. Selon cette recherche, les effets d'interventions telles que les programmes de microcrédit—qui autonomisent les femmes sur le plan économique et social—sur la violence conjugale seraient ambigus. La participation à ces programmes peut, d'une part, réduire le risque de violence conjugale par la visibilité accrue qu'elle donne à la vie de la femme et par l'accroissement de sa valeur perçue dans la famille; toutefois, si l'autonomisation économique de la femme l'amène à s'affirmer davantage, elle peut d'autre part provoquer la violence du mari.<sup>21</sup>

Nous rapportons ici les résultats d'entretiens en profondeur, de discussions en petits groupes et de données d'enquête recueillies en 2001–2002 dans six villages du Bangladesh, dans le but de décrire les types et la gravité de la violence faite aux femmes mariées, ainsi que d'explorer les déterminants sociaux potentiels de la violence conju-

gale et les voies par lesquelles les facteurs socioéconomiques peuvent influencer la vulnérabilité des femmes au sein du mariage. Les hypothèses clés de cette étude sont que le mariage représente un lieu important de négociation et d'expression des rôles et des relations de genre, et que les systèmes et les pratiques matrimoniaux dominants du Bangladesh doivent être compris dans le contexte des stratégies adoptées par les individus et les familles pour leur survie économique.

Nous nous concentrons dans cet article sur cinq facteurs sociaux et économiques potentiels déjà identifiés dans les études précédentes, y compris notre propre recherche qualitative antérieure dans les mêmes sites, en tant que déterminants possibles des droits et de la vulnérabilité des femmes au sein du mariage: éducation des femmes, participation des femmes aux programmes de microcrédit, contribution des femmes à l'acquittement des dépenses du ménage, arrangements de dot et enregistrement du mariage. Ces facteurs représentent tous des phénomènes en évolution dans le contexte du Bangladesh; les changements qui les accompagnent peuvent contribuer au bouleversement et à la redéfinition des rôles, des responsabilités et des droits de genre traditionnels. Pour y faire face, les hommes peuvent recourir à la violence et chercher à réaffirmer et renforcer ainsi leur domination et l'ordre des sexes.<sup>22</sup>

L'éducation des filles est largement promue par le gouvernement du Bangladesh et par les organisations non gouvernementales (ONG). La proportion de filles inscrites dans l'enseignement formel et informel a augmenté de manière spectaculaire, au point d'atteindre presque, aujourd'hui, celle des garçons scolarisés.<sup>23</sup> En même temps, les femmes entrent de plus en plus dans la vie économique active: beaucoup participent par exemple à des projets générateurs de revenus, tels que les programmes de microcrédit, ou cherchent un emploi rémunéré en dehors du foyer, ce qui peut correspondre à un écart par rapport aux normes de genre traditionnelles qui demandent la réclusion des femmes.

Au Bangladesh, l'âge légal minimum du mariage des femmes est fixé à 18 ans depuis 1929 et la pratique de la dot est interdite depuis 1980.<sup>24</sup> Malgré la diffusion, ces dernières années, de ces lois à travers différents médias, les familles n'en tiennent généralement pas compte et leur mise en application est pour ainsi dire inexistante. Une loi exige de même l'enregistrement des mariages depuis 1974. La pratique l'enregistrement est depuis peu encouragée par les représentants de l'État et les ONG soucieux de protéger les droits des femmes, ces dernières étant profondément dépendantes du mariage pour des raisons de survie

\*Dans cette étude, l'âge médian des femmes au mariage augmente avec le temps, de 14 ans parmi les femmes de 45 à 49 ans à 16 ans dans la tranche de 20 à 24 ans. Soixante-quinze pour cent des femmes mariées n'en ont pas moins déclaré avoir été mariées avant l'âge de 18 ans. Il convient toutefois de traiter ces données avec prudence puisque nous avons observé que beaucoup des Bangladaises des milieux ruraux ne savent ni leur âge, ni leur date de naissance exacte. L'amélioration de l'éducation et les campagnes médiatiques menées par le gouvernement et les ONG ayant du reste accru, au fil du temps, la conscience de l'âge minimum légal du mariage, il se peut que les répondantes aient de plus en plus eu tendance à déclarer intentionnellement un faux âge au mariage.

économique. L'une des exigences du mariage musulman au Bangladesh (comme dans beaucoup d'autres pays musulmans dont la législation relative au mariage repose sur la tradition religieuse) veut que le mari s'engage à apporter un *mehr* (ou, en langage courant, *den mohor*) au moment du mariage.<sup>25</sup> Souvent traduit par le terme «dower» en anglais, ce *mehr* représente des biens ou un paiement promis par le marié et sa famille à la mariée—selon une pratique originellement destinée à assurer la sécurité économique de l'épouse et à limiter le recours arbitraire du mari au divorce unilatéral. Le montant du *mehr* est habituellement enregistré dans le contrat de mariage et peut être réclamé en cas de divorce ou de décès du mari. (En théorie, l'épouse peut réclamer ce paiement à tout moment mais elle le fait rarement dans la pratique.<sup>26</sup>) En théorie, donc, l'enregistrement légal du mariage apporte à la femme une base à la revendication de ce «dower» si son mari la quitte ou qu'il divorce d'elle, ou s'il lui fournit de quoi demander le divorce en l'agressant régulièrement.

## MÉTHODES

### Cadre

Les données proviennent de six villages compris dans trois districts (Rangpur, Faridpur et Magura). Nos critères de sélection des villages ont été conçus, en partie, pour assurer une certaine variation géographique et pour inclure les zones dans lesquelles les deux plus grands programmes de microcrédit du Bangladesh étaient bien implantés. Nous avons aussi cherché à éviter les régions proches de la capitale, susceptibles de se révéler atypiques par rapport au Bangladesh rural, ainsi que les régions dans lesquelles d'autres études étaient en cours. Bien que nous n'ayons pas sélectionné nos villages aléatoirement, la comparaison de nos données d'enquête aux moyennes rurales de la dernière Enquête démographique et de santé<sup>27</sup> n'a révélé aucune différence du groupe des six villages par rapport aux autres villages du Bangladesh, si ce n'est qu'ils présentaient un niveau moyen d'éducation légèrement inférieur parmi les femmes et un recours inférieur aux soins prénatals. Les villages sont pauvres et de tendance conservatrice, mais pas de manière inhabituelle pour le Bangladesh rural. Leur composition religieuse est typique des villages bangladais, avec 96% de femmes musulmanes. Des écoles gérées par le gouvernement, les ONG ou les organisations religieuses sont implantées dans les villages ou à proximité.

En 1991, au début de notre recherche dans ces villages, les ONG offrant des prêts de microcrédit étaient actives dans quatre des villages; au moins une de ces ONG est aujourd'hui présente dans chacun. Les organisations non gouvernementales actives dans ces villages y assurent également la promotion de l'éducation des filles et la sensibilisation à la législation nationale relative au mariage et à la famille. Selon nos propres données, de 1994 à 2001-2002, la proportion de femmes mariées sans éducation a diminué, passant de 63% à 45%. Des usines de traitement du riz et des opérations d'entretien des routes emploient les femmes de certains des villages étudiés.

### Éléments qualitatifs

Les données qualitatives proviennent d'entretiens en profondeur semi-directifs avec 76 femmes et de quatre discussions en petit groupe menées avec les villageoises mariées en 2001-2002. Les participantes ont été sélectionnées de manière à représenter différents groupes d'intérêt: par exemple les femmes pauvres; les femmes ou les mères de femmes mariées à un âge relativement jeune ou avancé; et les femmes que les chercheuses locales considéraient comme relativement autonomisées ou désautonomisées. Toutes les participantes avaient été informées à l'avance de la nature de l'entretien et avaient consenti verbalement à participer à l'étude. Aucune forme d'incitation ne leur a été offerte.

Les éléments qualitatifs de l'étude examinent les processus sociaux et économiques sous-jacents aux mariages précoces, à l'inégalité entre les sexes et à la violence au sein du mariage. Une grande partie des matériaux pertinents relatifs à la question de la violence conjugale ont émergé spontanément lors d'entretiens sur les questions plus larges du mariage et des droits et rôles des femmes au sein du mariage. Pour explorer la portée des facteurs sociaux et économiques potentiels qui façonnent l'expérience matrimoniale des femmes, violence comprise, les enquêtrices leur ont posé des questions ouvertes sur le processus de formation du mariage, ainsi que sur leurs perceptions de ce qui avait influencé ce processus et sur la condition des femmes au sein du mariage. Les participantes ont également été invitées à décrire leurs propres expériences et celles des femmes en général, surtout en ce qui concerne leur éventuelle perception de l'évolution des circonstances du mariage des femmes dans le temps.

Des chercheuses bangladaises expérimentées ont mené les entretiens en profondeur et les discussions de groupe, chacune ayant généralement duré entre une et quatre heures. Les entretiens en profondeur ont été menés en face à face, généralement au foyer de la participante. Deux ou trois chercheuses se sont chargées de mener chaque discussion de groupe, généralement dans un lieu où 5 à 8 participantes étaient déjà réunies.

Les chercheuses locales ont ensuite produit une transcription écrite en bangladais sur la base des bandes enregistrées et de leurs notes de terrain. Les transcriptions ont été traduites en anglais par des traducteurs locaux non associés au projet. Les traductions ont été vérifiées et corrigées par l'enquêtrice et, au besoin, par un autre membre de l'équipe de recherche. Le processus a été conçu de manière à minimiser les interprétations lors de la transcription ou de la traduction. Nous avons ensuite examiné et codé les transcriptions (par codes ouverts et thématiques); les chercheuses locales ont, au besoin, clarifié et vérifié nos interprétations. Lors de rencontres régulières à Dhaka, les chercheuses locales ont passé en revue nos analyses préliminaires et ont confirmé ou réfuté nos interprétations de façon argumentée, proposant également d'autres interprétations et suggérant des thèmes et tendances qui n'avaient pas encore été identifiés.

## Élément quantitatif

• *Collecte de données.* Les données quantitatives proviennent d'une enquête soumise verbalement en 2002 aux femmes mariées en âge de procréer (moins de 50 ans) des six villages, ainsi qu'à 130 femmes mariées de plus de 50 ans. Ce dernier groupe avait participé à une étude menée en 1994 par Schuler et ses collègues auprès de toutes les femmes en âge de procréer des villages. Notre échantillon comptait 1.212 répondantes, représentant 86% des femmes éligibles. Après avoir obtenu le consentement informé des participantes, les chercheuses ont passé les questionnaires selon les directives d'éthique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) concernant la recherche sur la violence à l'encontre des femmes.<sup>28</sup> Aucun effort n'a été épargné pour assurer la confidentialité des entretiens; les entretiens ont été suspendus, si les sujets discutés étaient de nature sensible, lorsqu'il n'a pas été possible d'éviter les interruptions d'autres membres du ménage ou de voisins.\* Les chercheuses avaient du reste été formées pour faire face aux réactions aux questions relatives à la violence conjugale.

L'enquête couvrait diverses questions relatives au bien-être social, économique et physique des femmes, y compris leurs capacités et leurs accès aux ressources, leur responsabilisation, les caractéristiques de leur mariage, leur expérience de la violence conjugale et leurs problèmes de santé. Le contenu du questionnaire avait été développé avec l'aide de l'enquête de 1994 et des observations qualitatives déjà disponibles. Le questionnaire final a été testé en des endroits comparables des sites d'étude mais pas voisins. Toutes les données d'enquête ont été entrées en double dans une base de données et analysées à l'aide du logiciel SAS.

• *Mesures et analyse des données.* Nos indicateurs de la violence conjugale sont conformes aux directives de l'OMS et nous avons adapté les questions de l'instrument de l'OMS sur la violence envers les femmes.<sup>29</sup> Les femmes mariées dont le mari vivait au foyer ont été invitées à répondre à six questions leur demandant si leur mari avait commis à leur encontre des actes violents dont l'intensité était croissante, au cours de leur relation et au cours des 12 derniers mois. Pour minimiser l'erreur due aux perceptions subjectives de la violence, toutes ces questions se sont référées à des comportements spécifiques. La variable à expliquer utilisée dans la régression logistique principale était la survenue de n'importe quel acte de violence conjugale durant les 12 derniers mois.

L'éducation, une des variables indépendantes, a été mesurée par le nombre d'années d'école achevées. Deux autres variables ont également été utilisées pour l'activité économique des femmes. La première, la contribution aux dépenses du ménage, repose sur l'estimation approximative de la femme de sa contribution économique relative à l'acquittement des dépenses du ménage. La seconde est un indicateur signalant la participation de la femme à un programme de microcrédit d'ONG au moment de l'enquête.

La variable de dot repose sur la déclaration de la femme quant à la un éventuel accord de dot (en espèces ou en biens) au moment du mariage. L'enregistrement du mariage

indique si le mariage a été officiellement enregistré ou non.

Les autres variables de contrôle concernent le statut socioéconomique du ménage et l'âge. Le statut socioéconomique est mesuré en fonction d'un score formé à partir de sept items dichotomiques rendant compte de la taille du ménage; des matériaux de construction des parois, du toit et des toilettes de la maison; de la présence d'électricité dans la maison; et de la possession d'un poste de télévision et de radio. Pour l'âge, les répondantes ont été invitées à indiquer leur âge. Pour celles qui ne savaient pas (24%), nous avons déduit l'âge en se fondant sur d'autres informations obtenues sur l'âge à propos d'événements individuels (ménarche, mariage, procréation, etc.) et nationaux (guerre de libération de 1971).<sup>†</sup>

À l'exception du statut socioéconomique et de l'âge, toutes les variables utilisées dans les analyses sont dichotomiques. Les modèles de régression logistique ont servi à l'examen des associations entre la violence conjugale et les cinq principales variables d'intérêt. Pour explorer plus avant les processus et les influences potentielles suggérées par les observations qualitatives, nous avons effectué d'autres analyses de régression logistique pour examiner les relations entre les covariables.

## RÉSULTATS

### Observations qualitatives

Beaucoup de femmes ont reconnu avec consternation la pratique croissante de la dot au Bangladesh.<sup>‡</sup> (Jusque dans les années 1960, un système d'échange matériel, le «prix de la mariée» était la coutume, et la famille du marié offrait argent et cadeaux à celle de la mariée au moment du mariage<sup>30</sup>.) Selon de nombreuses répondantes, les femmes —surtout particulièrement vulnérables aux mauvais traitements si les ressources économiques qu'elles apportent au mariage—sont perçues comme maigres. Les répondantes ont condamné universellement la pratique de la dot; elles ont reconnu son usage commun comme un outil d'extraction des ressources et d'exploitation.

Une femme de 40 ans en a donné cette explication: «Si la dot n'est pas payée, le mari...bat sa femme ou dit généralement qu'il va épouser une autre fille dont les parents peuvent payer la dot. Certains hommes envoient aussi la (leur) femme chez ses parents pour les forcer à payer la dot.»

Malgré la condamnation de la dot, la plupart des femmes y semblaient résignées: elles estimaient en effet qu'elle ap-

\*Pour minimiser le risque d'erreur systématique imputable aux différences d'administration du questionnaire, les chercheurs ont posé les questions de «remplissage» normalisées pendant ces interruptions.

†En général, les femmes dont l'âge a été déduit étaient moins instruites que celles qui ont indiqué elles-mêmes leur âge (60% par rapport à 40% sans éducation). Nous avons par conséquent créé une variable de contrôle indiquant si l'âge avait été déduit.

‡La pratique de la dot dans les six villages de l'étude présente une augmentation spectaculaire au fil du temps: les données quantitatives indiquent que parmi les femmes de 15 à 19 ans, 72% avaient conclu un accord de dot au moment du mariage, par rapport à moins de 20% de celles âgées de 45 ans et plus.

**TABLEAU 1. Distribution en pourcentage des femmes rurales mariées soumises à l'enquête dans six villages bangladais, par caractéristiques sélectionnées, 2002**

Caractéristique	%
<b>Années d'éducation</b>	
0	45,1
1-5	34,8
>5	20,1
<b>Membre d'un programme de microcrédit</b>	
Non	59,9
Oui	40,1
<b>Contribution économique au ménage</b>	
Insignifiante ou nulle	80,4
Significative	19,6
<b>Accord de dot</b>	
Non	54,1
Oui	45,9
<b>Dettes de dot impayées</b>	
Non	78,4
Oui	21,6
<b>Mariage enregistré</b>	
Non	37,7
Oui	62,3
Total	100,0

N.B.: Les pourcentages de dette impayée ont été calculés pour les 551 femmes pour lesquelles un accord de dot avait été conclu. Pour les autres points, les effectifs varient entre 1.189 et 1.203, suivant le nombre de femmes éligibles pour répondre aux questions et le nombre de femmes éligibles y ayant répondu.

porte aux jeunes femmes un haut degré de légitimité sociale et de sécurité. Comme l'explique une femme de 32 ans sans éducation ni revenu: «Si une fille apporte une dot, elle se trouve en position plus forte dans la maison de ses beaux-parents... Sa belle-mère ne peut pas la torturer, pas plus que son mari ne peut la battre. S'ils le font, elle peut leur dire: 'Suis-je venue les mains vides?'» Selon cette interprétation, la dot peut élever le statut de la mariée et améliorer sa sécurité au sein du foyer de son mari. La pratique est dès lors perpétuée à regret, et souvent avec beaucoup de honte, par les familles soucieuses d'assurer que leurs filles sont bien traitées dans le foyer conjugal.

Les demandes de dot et le stress et les épreuves qu'elles imposent à de nombreuses familles et aux jeunes mariées ont émergé comme étant une considération majeure de la décision de former un mariage—au point, semble-t-il, de minimiser toutes les autres, y compris le rang social ou la qualité du marié et de sa famille (bien que ces aspects demeurent importants). Pour la plupart des répondantes, la gestion des négociations du mariage d'une fille est un processus déchirant, chargé de tension et de peur. Le poids économique de la dot peut être lourd, exorbitant même, mais les mères déclarent souvent penser que la dot est nécessaire au bien-être de leurs filles. L'interaction de ces préoccupations peut clairement se traduire par une pression à la baisse sur l'âge au mariage, la *mariabilité* des jeunes femmes étant considérée diminuer avec l'âge en raison, no-

\*De nombreuses femmes ont exprimé le souci de ne pouvoir garder leurs filles adolescentes célibataires à l'abri de la violence sexuelle ou les empêcher de former des liaisons romantiques consensuelles.

tamment, de questions de «pureté sexuelle». \* Les mères craignaient ainsi d'avoir à payer de plus lourdes dots si elles voulaient trouver un mari acceptable à leurs filles plus âgées. Bien que de nombreuses femmes aient exprimé un profond désir leurs filles que leurs filles soient instruites, l'impératif social et, de plus en plus, économique de les marier jeunes compromet vraisemblablement l'instruction des filles et réduit la possibilité que l'augmentation de l'éducation des filles se traduise par un recul de l'âge au mariage.

Les femmes ont souvent mentionné spontanément le niveau d'éducation croissant des filles comme une évolution majeure de ces dernières années et un déterminant important du vécu des femmes. Les participantes ont laissé entendre que l'éducation peut améliorer les circonstances dans lesquelles les filles accèdent au mariage: en leur donnant par exemple une raison légitime de différer leur mariage; en améliorant leur mariabilité, et par conséquent leurs chances d'épouser un homme «bon» (en les rendant plus désirables au futur mari et à sa famille); et en rendant le mariage économiquement plus abordable en ce que l'éducation de la femme peut, en partie du moins, se substituer à la dot.

Beaucoup de femmes percevaient l'éducation comme améliorant aussi le statut et les possibilités ouvertes aux femmes au sein du foyer conjugal, leur assurant dès lors une plus grande liberté et une moindre dépendance. Selon elles, l'éducation a des effets directs sur le statut de la femme et des effets indirects passant par des possibilités de revenus plus grandes.

De nombreuses participantes ont argué que l'éducation peut aussi aider la femme à parler pour elle-même et à se défendre, indépendamment de son revenu personnel ou de la richesse de sa famille. Comme l'a déclaré une femme non instruite de 32 ans: «Pas seulement les filles de pères

**TABLEAU 2. Pourcentage des femmes rurales mariées ayant déclaré de la violence conjugale, par forme et temporalité de la violence**

Expérience	%
<b>Violence subie à un moment ou à un autre (N=1.186)†</b>	
Oui	67,0
Mineure	66,2
Majeure	33,4
<b>Violence subie durant les 12 derniers mois (N=1.084)†</b>	
Oui	34,6
Mineure	32,1
Majeure	17,3
<b>Violence subie pendant la grossesse (N=1.158)</b>	
Oui	17,7
Violence pire pendant la grossesse	2,6
<b>Violence avec blessure (N=1.185)</b>	
Blessure quelconque	23,5
Blessure ayant perturbé le travail	17,3
Blessure justifiant une attention médicale	18,6
Blessure ayant reçu une attention médicale	14,9

†La violence a été considérée mineure si la femme avait déclaré avoir été giflée, poussée ou frappée, et majeure si elle avait déclaré avoir reçu des coups de pied, avoir été brûlée ou avoir été agressée avec une arme. N.B.: Les effectifs varient suivant le nombre de femmes éligibles pour répondre aux questions et le nombre de femmes éligibles y ayant répondu.

**TABLEAU 3. Pourcentage des femmes rurales mariées ayant subi une forme de violence conjugale durant les 12 derniers mois, par caractéristiques matrimoniales et socio-économiques sélectionnées**

Caractéristique	%
<b>Années d'éducation</b>	
0	36,0
1-5	35,7
>5	30,0
<b>Accord de dot***</b>	
Non	24,5
Oui	45,3
<b>Mariage enregistré***</b>	
Non	27,6
Oui	38,8
<b>Membre d'un programme de microcrédit</b>	
Non	35,1
Oui	33,7
<b>Contribution économique au ménage**</b>	
Insignifiante ou nulle	32,8
Significative	42,4
<b>Statut socioéconomique du ménage***</b>	
Médian ou inférieur	41,7
Supérieur à la médiane	22,4

\*p<0,05. \*\*p<0,01. \*\*\*p<0,001. N.B.: Les effectifs varient entre 1.072 et 1.084, suivant le nombre de femmes éligibles pour répondre aux questions et le nombre de femmes éligibles y ayant répondu.

riches peuvent parler pour elles-mêmes. Les filles instruites et au courant peuvent protester quand leur situation est mauvaise.»

Selon une femme employée dotée d'une éducation secondaire, la capacité d'affirmation des femmes éduquées peut être contagieuse:

«Le fait de protester a...augmenté grâce à...l'éducation. [Mais] cela ne veut pas dire que toutes celles qui protestent sont [hautement instruites]. Lorsque je proteste, moi, femme éduquée, contre la mauvaise conduite de mon mari, ma voisine..., qui a atteint la 5<sup>e</sup> année d'école [seulement], pense...elle va...protester contre la conduite de son mari tout comme j'ai protesté moi-même. [Elle va penser:] 'Pourquoi devrais-je tolérer cette oppression?'"

Certaines femmes pensaient que l'éducation pouvait se traduire, au moins, en potentiel d'emploi ou de revenu; ce revenu rehausserait alors le rang et les droits de la femme au foyer et la protégerait contre les mauvais traitements. Une femme de 40 ans jouissant d'une source de revenu personnel a fait remarquer: «Si une femme gagne de l'argent, elle doit être traitée sur un pied d'égalité avec son mari, car les deux contribuent au revenu de la famille. Dans ce cas, le mari ne peut pas la battre.»

Quelques femmes ont même laissé entendre que les femmes éduquées peuvent envisager leur indépendance par rapport au mariage: si elles ne peuvent pas changer la nature du mariage, elles peuvent le quitter. Comme l'explique une répondante instruite:

«Si les femmes sont éduquées, elles peuvent avoir un emploi et elles seront heureuses...car elles sont elles-mêmes indépendantes. Elles ne doivent pas tolérer la torture et l'op-

pression de leur mari. Si [une femme] ne pense pas pouvoir continuer ainsi, elle peut quitter son mari.»

Ce scénario optimiste contredit pourtant la plupart de nos observations. Les femmes interrogées qui se trouvaient elles-mêmes dans une situation désespérée (extrêmement mal traitées ou négligées, par exemple) étaient, certes, plus en mesure de survivre et de subvenir aux besoins de leurs enfants si elles gagnaient de l'argent, mais elles n'en gagnaient pas pour autant leur indépendance. Souvent, ces femmes gagnaient de l'argent alors que leur mari n'en rapportait pas et, dans ces situations, la femme mettait vraisemblablement son revenu au service de son mari et de sa famille plutôt que de les quitter.

Enfin, certaines répondantes voyaient dans la pratique de plus en plus répandue de l'enregistrement du mariage un excellent potentiel de sécurité matrimoniale et de protection de l'investissement financier des familles dans le mariage. Beaucoup ont indiqué que les femmes dont le mariage était enregistré se sentaient plus sûres, car leur mari n'était guère susceptible de les abandonner ou de les maltraiter gravement, de peur d'en subir les répercussions financières. Selon une participante: «...les femmes peuvent chercher la protection de la loi si leur mari les bat—c'est écrit dans le registre.» Et une autre participante d'expliquer:

«Si le mariage est enregistré, l'homme ne peut pas quitter aisément sa femme. Il doit rembourser à sa femme le montant de la dot reçue au moment du mariage...Si je dois payer cette dot au mariage de ma fille, je voudrai bien sûr la garantie d'un mariage enregistré, pour...qu'ils ne puissent pas nous renvoyer notre fille sans l'argent.»

### Résultats quantitatifs

L'âge médian des répondantes était de 31 ans et l'âge médian au mariage, de 14 ans. Quarante-cinq pour cent des femmes n'avaient reçu aucune éducation scolaire et 20% avaient achevé plus de cinq années d'école (tableau 1). Près de la moitié des femmes (49%) avaient déjà été membres d'un programme de microcrédit (non présent) et 40% en étaient membres au moment de l'enquête. Vingt pour cent des femmes contribuaient à l'acquittement de certains frais

**TABLEAU 4. Rapports de probabilités ajustés (et intervalles de confiance à 95%) de la régression logistique évaluant l'association entre les caractéristiques sélectionnées et la déclaration par les femmes de violence conjugale durant les 12 derniers mois**

Variable	Odds ratio (N=1.056)
Mariage enregistré	1,35 (0,99-1,85)†
Accord de dot	1,46 (1,08-1,98)*
<b>Années d'éducation</b>	
0 (ref)	1,00
1-5	0,78 (0,56-1,08)
>5	0,62 (0,40-0,97)*
Membre d'un programme de microcrédit	0,75 (0,56-1,00)*
Contribution économique au ménage	1,79 (1,26-2,54)***
Statut socioéconomique du ménage	0,81 (0,73-0,89)***
Âge actuel	0,74 (0,68-0,81)***

\*p<0,05. \*\*p<0,01. \*\*\*p<0,001. †p<0,10. N.B.: Modèle ajusté selon que l'âge est déduit d'autres données. réf=groupe de référence.

**TABLEAU 5. Rapports de probabilités ajustés (et intervalles de confiance à 95%) des régressions logistiques évaluant l'association entre les caractéristiques sélectionnées et la présence d'un accord de dot ou d'un mariage enregistré**

Variable	Accord de dot (N=1.053)	Mariage enregistré (N=1.177)
Années d'éducation		
0 (réf)	1,00	1,00
1-5	0,98 (0,71-1,35)	1,56 (1,17-2,07)**
>5	0,60 (0,38-0,92)*	2,29 (1,51-3,48)***
Niveau socioéconomique du ménage	0,85 (0,77-0,93)***	1,01 (0,93-1,09)
Âge au mariage	1,08 (1,02-1,14)*	na
Accord de dot	na	0,58 (0,43-0,77)***

\*p<0,05. \*\*p<0,01. \*\*\*p<0,001. N.B.: Modèles ajustés selon que l'âge est éduit d'autres données. na=non applicable. réf=groupe de référence.

du ménage au moins. Quarante-six pour cent avaient un accord de dot et 62%, un mariage enregistré. L'enregistrement du mariage, de même que la dot, s'est accru considérablement sur une période relativement brève: le mariage de plus de 70% des femmes de moins de 30 ans était enregistré, par rapport à moins de 40% dans la tranche de 45 à 49 ans (non présent).

Soixante-sept pour cent des répondantes ont déclaré avoir déjà subi un acte de violence conjugale et un tiers des femmes, un acte de violence grave (coups de pied, brûlures, usage d'armes, etc.—tableau 2). Un peu plus du tiers des femmes avaient été victimes de violence au cours des 12 derniers mois; 17% des répondantes ont déclaré avoir subi au moins un épisode de violence grave durant ces 12 derniers mois. Dix-huit pour cent avaient été violentées en cours de grossesse et 3% ont déclaré que la violence subie pendant la grossesse leur avait paru pire que d'habitude. Environ un quart des répondantes ont déclaré avoir déjà été blessées par leur mari; 17% ont dit que ces blessures avaient perturbé leur travail habituel; pour 19%, ces blessures auraient justifié une attention médicale et pour 15%, des soins médicaux avaient été obtenus.

La proportion de femmes ayant déclaré avoir été victimes de violences conjugales au cours des 12 derniers mois était significativement supérieure parmi les femmes qui avaient un accord de dot (45% par rapport à 25% parmi celles sans accord de dot—tableau 3). La violence conjugale était également significativement supérieure parmi les femmes dont le mariage était enregistré (39%, par rapport à 28% chez les autres), parmi celles dont le revenu contribuait à l'acquisition d'une partie au moins des dépenses du ménage (42% par rapport à 33% chez celles qui ne contribuaient que faiblement ou pas du tout) et parmi les femmes dont le statut socioéconomique du ménage était inférieur ou égal à la médiane de l'échantillon (42% par rapport à 22%). La proportion des femmes victimes d'actes de violence conjugale n'était pas significativement inférieure parmi les femmes dotées d'une éducation de plus de cinq ans (30%, par rapport à 36% parmi celles moins instruites). Les membres des programmes de microcrédit présentaient des proportions plus ou moins égales de déclaration de violence conjugale que les autres (34% et 35%, respectivement).

Dans la principale analyse de régression logistique multidimensionnelle (tableau 4), les femmes qui avaient un accord de dot se sont révélées plus susceptibles que les autres de déclarer avoir subi des actes de violence durant les 12 derniers mois (rapport de probabilités, 1,5). Cette observation peut être due principalement à un effet de dot impayée: les femmes dont la dot n'était pas acquittée couraient un risque de violence significativement plus élevé (1,7; non présent). Dans l'analyse approfondie, limitée aux femmes sans obligations de dot non acquittées, l'association entre la dot et l'expérience de la violence diminue en importance et en signification statistique (1,3).

Par rapport aux répondantes non instruites, les femmes qui avaient achevé plus de cinq années d'école couraient un risque de violence significativement inférieur (0,6). La participation courante à un programme de microcrédit est également associée à une moindre probabilité de violence (0,8). En revanche, les femmes dont le revenu contribuait plus que de façon théorique à l'acquisition des dépenses du ménage se sont révélées significativement plus susceptibles de déclarer la violence que les femmes qui n'y contribuaient que peu ou pas du tout (1,8). La probabilité de violence diminuait cependant à mesure que le statut socioéconomique du ménage et que l'âge des femmes augmentaient (0,8 et 0,7, respectivement). La différence entre cette probabilité pour les femmes dont le mariage était enregistré et celle pour les femmes dont il ne l'était pas s'est avérée marginalement significative seulement (p=0,06).

Dans la première de deux régressions logistiques supplémentaires examinant les processus et les influences suggérées par les observations qualitatives, la probabilité d'avoir un accord de dot était significativement inférieure parmi les femmes dotées de plus de cinq années d'école, par rapport à celles sans instruction (0,6—tableau 5). Cette probabilité diminue lorsque le statut socioéconomique est plus élevé (0,9), mais elle augmente avec l'âge au moment du mariage (1,1). L'âge au mariage est également associé positivement au montant de la dot (non présent). Dans l'analyse de régression logistique finale, la probabilité d'enregistrement du mariage se révèle significativement supérieure pour les femmes instruites pendant 1 à 5 ans ou davantage, par rapport à celles non instruites (1,6 et 2,3, respectivement—tableau 5). Cette probabilité diminue toutefois significativement parmi celles dont le mariage s'est accompagné d'un accord de dot (0,6).

## DISCUSSION

Cette étude présente plusieurs limites importantes. D'abord, bien que les villages considérés soient généralement typiques du Bangladesh rural, ils n'ont pas été sélectionnés aléatoirement; la capacité de généralisation des résultats en est dès lors limitée. Ensuite, la conception transversale de l'étude ne permet pas l'établissement de relations de cause à effet. Les associations observées dans les analyses de régression pourraient du reste être fonction d'une cause antérieure commune. Ainsi, les familles présentant une probabilité accrue de violence conjugale peuvent être prédisposées à rechercher,



pour le mariage, une jeune femme moins instruite (par conservatisme culturel peut-être).

Le biais de déclaration présente une autre limite potentielle: les femmes peuvent être différemment susceptibles de déclarer certains résultats de manière systématiquement liée à d'autres caractéristiques d'intérêt dans les analyses. Cette tendance peut expliquer, par exemple, l'association inverse entre l'accord de dot et l'éducation ou le statut socioéconomique du ménage. Nos données qualitatives indiquent une condamnation répandue de la pratique de la dot et la honte de beaucoup de celles qui se sentent néanmoins contraintes à la perpétuer. Les répondantes relativement bien instruites et riches, plus sensibles, peut-être, à ces perspectives, se sont peut-être montrées moins susceptibles de déclarer leur pratique de la dot. Comme l'ont cependant fait remarquer d'autres chercheurs, les Bangladaises sont peu susceptibles de nier faussement la violence conjugale, car cette violence est répandue et, pour la plupart, socialement sanctionnée, dans certaines circonstances au moins.<sup>31</sup> Notre équipe de recherche se composait du reste d'enquêtrices hautement qualifiées déjà connues et respectées des communautés, et capables, donc, d'obtenir des réponses honnêtes de la part des participantes. Enfin, selon les observations des chercheuses locales et la critique demandée aux participantes après l'étude, les questions relatives à la violence conjugale n'avaient pas paru troubler la plupart des participantes.

Malgré ces limites, nous voyons dans cette étude une contribution à notre compréhension de la prévalence et des déterminants possibles de la violence conjugale dans le Bangladesh rural. Produites sur la base de périodes de référence spécifiques et de mesures comportementales concrètes de la violence conjugale, ces données de prévalence et de gravité des mauvais traitements physiques peuvent être comparées aux conclusions d'autres études menées dans le pays. Par l'intégration des données qualitatives et quantitatives et l'examen des rapports possibles entre ces facteurs, nous pouvons commencer à comprendre l'interaction des facteurs économiques et sociaux complexes qui influencent le risque de violence couru par les femmes dans le contexte changeant du Bangladesh.

Les résultats de notre étude mettent en lumière le caractère central du mariage en tant que point d'intersection de différentes influences—l'inégalité entre les sexes et la pauvreté, surtout—et en tant que fondement de la vulnérabilité des femmes. Nos observations soulignent également la nature complexe et souvent contradictoire du rapport entre les différents facteurs à différents niveaux, ainsi que leurs influences possibles sur le risque de violence couru par les femmes. Un autre thème qui émerge est celui de la transition en cours des normes et des pratiques au Bangladesh ainsi que la mesure dans laquelle cette transition peut représenter un facteur de risque en soi.

Nos observations quantitatives d'une association négative entre l'éducation des femmes et l'accord de dot, de même qu'entre le statut socioéconomique du ménage et l'accord de dot,\* donnent à penser que la pratique de la

dot affecte disproportionnellement les familles défavorisées. Les hommes pauvres et leur famille peuvent exiger la dot et chercher ainsi à obtenir des ressources par l'exploitation de la vulnérabilité des familles des mariées. À leur tour, peut-être, les pauvres sont moins aptes à valoriser leurs ressources (y compris l'éducation de leurs filles) contre les exigences de dot. Dans ce contexte de l'inégalité des sexes et de la pauvreté, la pratique de la dot semble exacerber pour les femmes le risque de la violence conjugale. L'association entre la dot et la violence reflète probablement un processus de sélection, dans une certaine mesure au moins, par lequel les familles qui exigent la dot peuvent aussi être plus susceptibles que les autres de perpétrer ou de tolérer la violence. Les dispositions formelles de dot sont associées à une certaine désapprobation sociale; les parents dont les moyens leur permettent d'offrir plutôt des cadeaux informels choisissent souvent cette option. Les familles les plus démunies peuvent être les moins susceptibles de trouver de futures épouses dont les parents offrent spontanément des cadeaux, et plus susceptibles d'exiger un accord de dot puis de recourir à la violence ou à la menace de violence pour en obtenir les paiements dus ou accroître le montant convenu. Conformément à l'interprétation d'extorsion, nos résultats qualitatifs et quantitatifs laissent entendre qu'une dot impayée peut placer les femmes en position particulièrement précaire, comme indiqué ailleurs.<sup>32</sup>

Une autre voie est également possible. Les observations qualitatives donnent à penser que les femmes dotées peuvent se considérer comme plus habilitées et s'affirmer davantage, dès lors, au sein du foyer conjugal, ce comportement pouvant donner lieu à une réponse violente. D'autres chercheurs ont avancé la thèse que la violence peut se produire dans les situations où le pouvoir de négociation accru des femmes menace le sentiment de maîtrise et de supériorité des hommes.<sup>33</sup> Cette interprétation expliquerait aussi l'apparente contradiction entre l'enregistrement du mariage et la violence conjugale. Peut-être, comme le prétendent les femmes interrogées, cet enregistrement apporte en effet aux femmes une certaine mesure de sécurité économique à long terme (en réduisant leur risque d'abandon et en accroissant leurs chances d'accès à des ressources monétaires ou à des biens en cas d'abandon effectif). Comme semblent toutefois l'indiquer nos résultats d'enquête, l'enregistrement du mariage ne paraît pas protéger les femmes contre la violence conjugale. Il semblerait plutôt associé à un risque accru, sous l'effet peut-être du sentiment de maîtrise amoindri du mari.

Notre résultat associant de façon inverse l'accord de dot et l'enregistrement du mariage contredit le raisonnement des femmes interrogées, selon lequel l'enregistrement du mariage offre un moyen de protéger l'investissement de la dot dans le mariage des filles. Une interprétation possible de nos observations quantitatives serait que le consente-

\*L'observation quantitative selon laquelle les familles plus pauvres sont plus susceptibles d'exiger une dot repose sur l'hypothèse que le statut socioéconomique du ménage au moment de l'enquête correspond à celui du moment du mariage.

ment des familles à l'apport d'une dot reflète un degré de vulnérabilité et de désespoir sur le marché du mariage, amenant également ces familles à renoncer à d'autres mesures, telles que l'enregistrement du mariage, susceptible de protéger leur fille en cas de mauvais traitement ou de divorce.

Nos analyses d'examen des associations avec la violence conjugale ont produit des résultats différents pour les deux mesures d'activité économique des femmes: la participation à un programme de microcrédit et la contribution au budget du ménage. L'effet de la participation à un programme de microcrédit sur la condition et l'autonomie des femmes, et sur leur risque de violence conjugale, fait l'objet d'un débat en cours.<sup>34</sup> Schuler et ses collègues ont fait remarquer qu'un risque réduit de violence parmi les femmes membres d'un programme de microcrédit n'est pas nécessairement le reflet d'un effet protecteur de la participation au programme, mais que les femmes dont le mari est moins enclin à la violence pourraient plutôt être plus susceptibles que les autres d'adhérer à ces programmes.<sup>35</sup> Les observations de Mahmud laissent entrevoir un autre processus de sélection, par lequel les femmes engagées dans des relations conjugales moins équitables peuvent être poussées par leur mari à se joindre aux programmes de crédit; ces femmes peuvent aussi être plus vulnérables à la violence, indépendamment de leur participation au programme de crédit, que les femmes dont la relation est plus équitable.<sup>36</sup>

Il est aussi possible que la participation aux programmes de microcrédit devienne socialement acceptable en tant que moyen pour les femmes d'apporter des ressources à leur ménage, d'autant plus qu'elles mettent souvent l'argent du prêt à la disposition de leur mari.<sup>37</sup> Khan et ses collègues ont signalé que les mauvais traitements physiques étaient légèrement plus courants parmi les membres du programme de crédit et d'épargne BRAC (Bangladesh Rural Advancement Committee) que parmi les autres. Ces mauvais traitements semblaient toutefois diminuer avec la durée de participation au programme.<sup>38</sup> Les observations de Koenig et de ses collègues au Bangladesh soulignent par ailleurs l'importance du contexte normatif qui influence les effets des facteurs individuels.<sup>39</sup> Ainsi, notre observation selon laquelle il n'y a pas d'association positive entre la participation à un programme de microcrédit et la violence conjugale peut être le signe d'une normalisation de cette participation dans les sites de l'étude, indiquant par conséquent que la participation au programme n'est pas liée, aujourd'hui, à un risque de violence accru pour les femmes car elle n'est pas perçue comme provocante.

Pour les femmes dont le revenu est suffisamment important pour représenter une contribution plus que marginale au budget du ménage, le risque de violence peut néanmoins être accru. L'association positive observée entre la contribution financière des femmes au ménage et la probabilité de violence conjugale peut, ici encore, refléter un

glissement de pouvoir entre le mari et la femme propice à la violence. Elle peut cependant refléter plutôt un degré de pauvreté qui ne serait pas reflété par notre mesure du statut socioéconomique du ménage et qui pourrait expliquer en soi la probabilité accrue de violence. Notre étude, à l'image d'autres recherches,<sup>40</sup> indique une association entre la pauvreté et la violence conjugale. Dans notre échantillon, les femmes qui gagnaient de l'argent et qui contribuaient significativement au budget du ménage faisaient généralement partie des familles économiquement les plus démunies. Dans un contexte de pauvreté en particulier, la contribution économique des femmes peut accroître le risque de violence en réduisant l'autorité masculine et les rôles de genre établis. Les données qualitatives selon lesquelles l'incapacité des hommes à subvenir aux besoins économiques de leur famille peut accroître le risque de mauvais traitement des femmes viennent étayer cette interprétation. Plusieurs répondantes ont décrit les conflits à propos des ressources comme provoquant la violence, cette observation étant confirmée ailleurs.<sup>41</sup>

Notre observation d'une association négative entre l'éducation des femmes et la violence conjugale semble moins ambiguë, mais ses implications sont limitées. La probabilité de violence conjugale n'était moindre que pour les femmes instruites pendant au moins six ans,\* laissant entendre que la modeste amélioration du niveau d'éducation accessible à la majorité des filles du Bangladesh rural ne réduira guère leur risque. Les attentes, exprimées dans les données qualitatives, selon lesquelles l'instruction des femmes mènerait à un meilleur statut et à une plus grande sécurité à travers une participation économique plus importante semble moins réaliste à la lumière des résultats quantitatifs. Cela d'autant plus que nos résultats indiquent que l'instruction ne peut être supposée améliorer les conditions d'accès au mariage des femmes. Les résultats d'une étude qualitative bangladaise antérieure donnent à penser que le rôle de l'éducation des filles dans les décisions de mariage des familles est réduit par d'autres considérations.<sup>42</sup>

L'environnement social et économique du Bangladesh est en évolution rapide. Face à la nécessité économique, aux nouvelles possibilités qui s'ouvrent à elles et aux normes en évolution, les femmes s'éloignent de plus en plus de leurs rôles traditionnels, développent de nouvelles aspirations et, de manière souvent non intentionnelle, défient l'ordre sexuel prédominant. Dans ce contexte changeant, la population a été exposée à une information et à des messages de changement comportemental relatifs à diverses questions sanitaires et sociales, y compris l'âge au mariage, la dot, l'enregistrement du mariage, l'éducation des filles et, dans une moindre mesure, les droits des femmes. L'écart entre certaines de nos observations qualitatives et quantitatives reflète peut-être le retard entre, d'une part, l'éveil et les attentes naissantes des femmes et, d'autre part, la situation dans laquelle elles se trouvent actuellement. L'évolution dans laquelle elles se trouvent actuellement. L'évolution en cours et les transitions ultérieures éventuellement annoncées par cet écart pourraient être le signe d'une perpétuation des risques encourus par les femmes.<sup>43</sup> Comme

\*Les résultats d'une autre étude au Bangladesh font cependant état de profonds effets protecteurs aux niveaux d'instruction faibles comme élevés (source: référence 12).

nous le suggérons plus haut, et comme Jewkes et ses collègues l'ont également avancé, les changements qui autonomisent un peu les femmes peuvent provoquer la violence à court terme.<sup>44</sup> Le caractère protecteur de ces changements ne se révèle peut-être qu'après l'accès à un seuil critique d'autonomisation et un glissement substantiel des rôles de genre.

## RÉFÉRENCES

1. Heise L, Ellsberg M et Gottemoeller M, A global overview of gender-based violence, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2002, 78(Suppl. 1):S5-S14.
2. Diaz-Olavarrieta C et al., Prevalence of battering among 1,780 outpatients at an internal medicine institution in Mexico, *Social Science & Medicine*, 2002, 55(9):1589-1602; Gomez A et Meacham D, réds., Women and mental health: reflections of inequality, *Women's Health Collection #6*, Santiago, Chile: Latin American et Caribbean Women's Health Network, 2001; et Heise L et Ellsberg M, Violence against women: impact on sexual and reproductive health, dans: Murphy E et Ringheim K, réds., *Reproductive Health, Gender and Human Rights: A Dialogue*, Washington, DC: Program for Appropriate Technology in Health, 2001.
3. Heise L, Ellsberg M et Gottemoeller M, 2002, op. cit. (voir référence 1).
4. Gazmararian JA et al., Prevalence of violence against pregnant women, *Journal of the American Medical Association*, 1996, 275(24):1915-1920.
5. Valladares EM et al., Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua, *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 100(4):700-705; et Leung WC et al., Pregnancy outcome following domestic violence in a Chinese community, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2001, 72(1):79-80.
6. Heise L, Ellsberg M et Gottemoeller M, Ending violence against women, *Population Reports*, 1999, série L, No. 11; et Heise L et Garcia-Moreno C, Violence by intimate partners, dans: Krug EG et al., réds., *World Report on Violence and Health*, Geneva: World Health Organization (WHO), 2002.
7. Heise L et Garcia-Moreno C, 2002, op. cit. (voir référence 6).
8. Heise L, Violence against women: an integrated, ecological framework, *Violence Against Women*, 1998, 4(3):262-290.
9. Ibid.
10. Heise L et Garcia-Moreno C, 2002, op. cit. (voir référence 6).
11. Schuler SR et al., Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh, *Social Science & Medicine*, 1996, 43(12):1729-1742.
12. Koenig MA et al., Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: individual- and community-level effects, *Demography*, 2003, 40(2):269-288.
13. Khan ME, Ubaidur R et Hossain SMI, Violence against women and its impact on women's lives—some observations from Bangladesh, *Journal of Family Welfare*, 2001, 46(2):12-24.
14. Faveau V et al., Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976-1985, *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, 66(5):643-651; et Ronsmans C et Khlal M, Adolescence and risk of violent death during pregnancy in Matlab, Bangladesh, *Lancet*, 1999, 354(9188):1448.
15. Gautam DN et Trivedi BV, *Unnatural Deaths of Married Women with Special Reference to Dowry Deaths: A Sample Study of Delhi*, New Delhi: Bureau of Police Research and Development, Ministry of Home Affairs, Government of India, 1986; Jain RS, *Family Violence in India*, New Delhi: Radiant, 1992; Khan ME, Ubaidur R et Hossain SMI, 2001, op. cit. (voir référence 13); et Rao V, Wife-beating in rural south India: a qualitative and econometric analysis, *Social Science & Medicine*, 1997, 44(8):1169-1180.
16. Mitra SN et al., *Bangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000*, Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2001.
17. Rashid SF, Communicating with rural adolescents about sex education: experiences from BRAC, Bangladesh, dans: Bott S et al., réds., *Towards Adulthood: Exploring the Sexual and Reproductive Health of Adolescents in South Asia*, Geneva: WHO, 2003.
18. Huq L et Amin S, Dowry negotiations and the process of union formation in Bangladesh: implications of rising education, papier présenté à la réunion annuelle de la Population Association of America, Washington, DC, Mar. 28-31, 2001; Schuler SR et al., 1996, op. cit. (voir référence 11); et Schuler SR, Hashemi SM et Badal SH, Men's violence against women in rural Bangladesh: undermined or exacerbated by microcredit programmes? *Development in Practice*, 1998, 8(2):148-157; Geetha V, On bodily love and hurt, dans: John ME et Nair J, réds., *A Question of Silence? The Sexual Economies of Modern India*, London: Zed Books, 1998; Jejeebhoy SJ, Impressions from a survey in rural India, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(3):282-290; et Rao V, 1997, op. cit. (voir référence 15).
19. Bloch F et Rao V, *Terror as a Bargaining Instrument: A Case Study of Dowry Violence in Rural India*, Development Research Group Working Paper, Washington, DC: World Bank, 2000, No. 2347; Geetha V, 1998, op. cit. (voir référence 18); et Rudd J, Dowry-murder—an example of violence against women, *Women's Studies International Forum*, 2001, 24(5):513-522.
20. Rao V, 1997, op. cit. (voir référence 15).
21. Schuler SR, Hashemi SM et Badal SH, 1998, op. cit. (voir référence 18); et Schuler SR et al., 1996, op. cit. (voir référence 11).
22. Counts D, Brown J et Campbell JC, réds., *Sanctions and Sanctuary: Cultural Perspectives on the Beating of Wives*, Boulder, CO, USA: Westview Press, 1992.
23. United Nations Children's Fund (UNICEF), *State of the World's Children*, New York: UNICEF, 2003.
24. Center for Reproductive Rights, *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives—South Asia*, New York: Center for Reproductive Rights, 2004.
25. Mahbub ul Haq Human Development Centre, *Human Development in South Asia 2000: The Gender Question*, Karachi, Pakistan: Oxford University Press, 2000.
26. Bangladesh National Women Lawyers' Association (BNWLA), *Violence Against Women in Bangladesh, 2002*, Dhaka, Bangladesh: BNWLA, 2003; et Hossain K, In search of equality: marriage related laws for Muslim women in Bangladesh, *Journal of International Women's Studies*, 2003, 5(1):96-113.
27. Mitra SN et al., 2001, op. cit. (voir référence 16).
28. WHO, *Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women*, Doc. WHO/EIP/GPE/99.2, Geneva: WHO, 2001.
29. Ibid; et WHO, *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Study Protocol*, Doc. WHO/EIP/GPE/99.3, Geneva: WHO, 2001.
30. Huq L et Amin S, 2001, op. cit. (voir référence 18); et Lindenbaum S, Implications for women of changing marriage transactions in Bangladesh, *Studies in Family Planning*, 1981, 12(11):394-401.
31. Koenig MA et al., 2003, op. cit. (voir référence 12).
32. Rao V, 1997, op. cit. (voir référence 15).
33. Hoffman KL, Demo DH et Edwards JN, Physical wife abuse in a non-Western society: an integrated theoretical approach, *Journal of Marriage and the Family*, 1994, 56(1):131-146; Jewkes R, Levin J et Penn-Kekana L, Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study, *Social Science & Medicine*, 2002, 55(9):1603-1617; et Whaley RB, The paradoxical relationship between gender inequality and rape: toward a refined theory, 2001, *Gender and Society*, 15(4):531-555.
34. Kabeer N, Conflicts over credit: re-evaluating the empowerment potential of loans to women in rural Bangladesh, *World Development Report*, 2001, 29(1):63-84.
35. Schuler SR, Hashemi SM et Badal SH, 1998, op. cit. (voir référence 18).
36. Mahmud S, The gender dimensions of programme participation: who joins a microcredit programme and why? *Bangladesh Development Studies*, 2000, 26(2-3):79-101.
37. Hashemi SM, Schuler SR et Riley AP, Rural credit programs and

women's empowerment in Bangladesh, *World Development*, 1996, 24(4):635-653.

38. Khan MR et al., Domestic violence against women: does development intervention matter? dans: Three studies on the effect of BRAC interventions on the lives of the poor women, Socioeconomic Development and Human Well-Being Working Paper, Dhaka, Bangladesh: Bangladesh Rural Advancement Committee-International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, 1998, No. 28.

39. Koenig MA et al., 2003, op. cit. (voir référence 12).

40. Hoffman KL, Demo DH et Edwards JN, 1994, op. cit. (voir référence 33); Ellsberg MC et al., Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua, *American Journal of Public Health*, 1999, 89(2):241-244; et Martin SL et al., Domestic violence in northern India, *American Journal of Epidemiology*, 1999, 150(4):417-426.

41. Hoffman KL, Demo DH et Edwards JN, 1994, op. cit. (voir référence 33).

42. Huq L et Amin S, 2001, op. cit., (voir référence 18).

43. Counts D, Brown J et Campbell JC, réds., 1992, op. cit. (voir référence 22).

44. Schuler SR, Hashemi SM et Badal SH, 1998, op. cit. (voir référence 18); et Jewkes R, Levin J et Penn-Kekana L, 2002, op. cit. (voir référence

33).

### Remerciements

Les auteurs remercient l'équipe de recherche locale—Shefali Akter, Shamsul Huda Badal, Khurshida Begum, Zakia Naznin, Rabeya Begum, Mahbuba Hoque, Rasheda Khan et Md. Tofazzel Hossain Monju—pour la collecte des données et leurs précieuses perspectives. Merci aussi à Joanna Maselko, Nicole Mailman et Diana Santana pour leurs importantes contributions à l'analyse des données. Cette recherche a été financée avec le soutien institutionnel de John Snow, Inc., Research and Training Institute et de bourses des fondations William and Flora Hewlett Foundation, Summit Foundation, du fonds Moriah Fund et d'USAID. Les interprétations et les conclusions de cet article ne reflètent pas nécessairement celles des organismes donateurs.

**Pour contacter l'auteur:** lbates@hsph.harvard.edu

Publié d'abord en anglais dans *International Family Planning Perspectives*, 2004, 30(4):190-199.

# Exploration de l'association entre le VIH et la violence: expériences de l'infidélité, de la violence et de la contrainte sexuelle chez les jeunes à Dar es Salaam, en Tanzanie

**CONTEXTE:** La recherche antérieure a démontré une forte corrélation entre l'infection à VIH et les antécédents de violence par un partenaire intime, parmi les jeunes femmes surtout. Le rôle de la violence dans les relations sexuelles des jeunes d'Afrique subsaharienne n'est cependant pas bien compris.

**MÉTHODES:** Des intervieweurs formés localement ont mené des entrevues semi-structurées avec 40 jeunes hommes et 20 jeunes femmes de 16 à 24 ans recrutés en divers endroits publics de Dar es Salaam, en Tanzanie.

**RÉSULTATS:** Les participants ont décrit de complexes interactions entre la violence, la contrainte sexuelle et l'infidélité dans leurs relations sexuelles. Les hommes violents à l'égard de leurs partenaires féminines ont aussi souvent fait état de contrainte et d'infidélité sexuelle dans leurs relations. Les hommes à partenaires sexuelles multiples concomitantes ont déclaré devenir violents lorsque leurs partenaires féminines mettent en doute leur fidélité, et contraindre leurs partenaires ordinaires à avoir des rapports sexuels lorsqu'elles résistent à leurs avances. Les jeunes qui estimaient injustifiables, sous aucun prétexte, la violence et la contrainte sexuelle étaient souvent ceux encore vierges ou en relation monogame.

**CONCLUSIONS:** L'association entre VIH et violence identifiée parmi les jeunes dans le cadre de la recherche antérieure s'explique en partie par leur expérience de l'infidélité et de la contrainte sexuelle dans leurs relations intimes. Les interventions de prévention du VIH qui ne tiennent pas compte de l'infidélité, de la violence et de la contrainte sexuelle sont présentes dans les relations sexuelles des jeunes ne pourront avoir qu'un impact limité.

*Sélection Spéciale d'Articles sur la Violence Basée sur le Genre et la Santé Reproductive, 2007, pp. 51–57*

Par Heidi Lary, Suzanne Maman, Maligo Katebalila, Ann McCauley et Jessie Mbwambo

Heidi Lary est directrice de projet à la School of Nursing, et Suzanne Maman est professeur adjoint au Department of International Health, Bloomberg School of Public Health, toutes deux à la Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA. Maligo Katebalila est chercheur adjoint et Jessie Mbwambo, chargée de cours au Department of Psychiatry, Muhimbili University College of Health Sciences, Dar es Salaam, Tanzanie. Ann McCauley, de l'International Center for Research on Women, est en détachement à l'Horizons Project, Washington, DC, USA.

Les études menées de par le monde ont révélé une association entre la violence sexiste, les comportements à risque liés au VIH et la séropositivité au VIH.<sup>1</sup> À Soweto, en Afrique du Sud, des recherches sont venues étayer cette association en observant que les partenaires masculins violents sont plus susceptibles que les autres d'être séropositifs au VIH.<sup>2</sup> De plus, une étude quantitative menée par notre équipe de recherche en 1999 en vue de l'exploration de l'association entre le VIH et la violence parmi les femmes clientes d'une clinique de dépistage volontaire du VIH et de conseil à Dar es Salaam, en Tanzanie, a observé une association forte et constante.<sup>3</sup> Les femmes infectées par le VIH ont déclaré significativement plus de violences sexuelles dans leurs relations, un nombre moyen de partenaires violents au cours de la vie plus grand et un plus grand nombre d'épisodes de violence physique de leur partenaire actuel.

Un lien entre les antécédents de violence des femmes et leur séropositivité au VIH a été observée dans d'autres contextes. Une étude menée à Kigali, au Rwanda, a révélé que les femmes présentant des antécédents de contrainte sexuelle étaient plus susceptibles que les autres d'être séropositives au VIH. L'étude a également découvert que les partenaires masculins violents présentaient une probabilité élevée de séropositivité au VIH.<sup>4</sup> Dans l'étude de Soweto mentionnée plus haut, le risque de séropositivité des femmes était associé aussi bien à la violence du partenaire intime qu'à de hauts niveaux de domination masculine dans

la relation en cours après contrôle des effets des comportements à risques des femmes. Les auteurs ont postulé que les hommes violents sont plus susceptibles que les non violents d'être séropositifs au VIH et d'adopter des comportements sexuels à risque avec leurs partenaires.<sup>5</sup>

Nos recherches précédentes en Tanzanie ont révélé une association particulièrement forte entre les antécédents de violence et le statut de séropositivité au VIH des jeunes femmes de moins de 30 ans. Dans cette tranche d'âge, la probabilité de déclarer de la violence physique par le partenaire actuel s'est révélée 10 fois plus élevée parmi les femmes séropositives au VIH que parmi celles séronégatives.<sup>6</sup> Cette association entre le VIH et la violence parmi les jeunes en particulier a depuis lors été décrite par les chercheurs d'autres pays.<sup>7</sup>

## Les jeunes et le VIH/SIDA en Tanzanie

La République Unie de Tanzanie, située dans le sud-est africain, le long de la côte de l'Océan Indien, abrite une population de plus de 36 millions d'habitants qui croît à un taux annuel proche de 2%.<sup>8</sup> Dotée d'un revenu par habitant estimé à 250 USD par an, la Tanzanie est considérée comme l'un des pays les plus pauvres au monde. En moyenne, seuls 47% des garçons et 51% des filles en âge de fréquenter l'école primaire étaient scolarisés entre 1992 et 2001.<sup>9</sup>

La Tanzanie est l'un des pays d'Afrique subsaharienne les plus affectés par le VIH, dont la prévalence globale s'élève

à environ 10%.<sup>10</sup> À l'échelle nationale, on estime à 17% et 8%, respectivement, les populations féminine et masculine de 15 à 19 ans séropositives au VIH.<sup>11</sup> En 2001, 25% des femmes de moins de 24 ans reçues dans une clinique de santé de Dar es Salaam étaient infectées.<sup>12</sup> De même, une étude menée en 2001 parmi les jeunes donneurs de sang des régions d'Arusha, d'Iringa, de Kagera et de Morogoro a observé une prévalence du VIH de 15 à 18%.<sup>13</sup>

Les rapports sexuels non protégés et la rareté des relations monogames alimentent la rapide propagation de l'épidémie du VIH parmi les jeunes. Selon une étude menée en 2001, 50% des hommes et 25% des femmes avaient déclaré avoir eu au moins un partenaire sexuel occasionnel durant les 12 derniers mois, tandis que 35% des hommes et 24% des femmes seulement déclaraient avoir utilisé le préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels avec un partenaire occasionnel.<sup>14</sup> Dans une étude menée à Dar es Salaam, plus de 50% des jeunes hommes et femmes ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire durant les six derniers mois, tandis que 23% des hommes et 17% des femmes déclaraient une relation en cours avec plus d'un partenaire.<sup>15</sup> Malgré de hauts niveaux de connaissance de l'efficacité du préservatif contre l'infection à VIH, 10% seulement des jeunes ont déclaré l'utiliser régulièrement.

Comme dans beaucoup d'autres régions du monde, les hommes de Tanzanie déterminent généralement le moment, la partenaire et les circonstances de leurs rapports sexuels.<sup>16</sup> La plupart des jeunes femmes ne sont pas libres de choisir des pratiques sexuelles moins risquées ou de refuser l'activité sexuelle à risques, mais doivent plutôt négocier dans le cadre de relations sociales inégales.<sup>17</sup> Les attentes de genre limitent la capacité des jeunes femmes à négocier des comportements sexuels sûrs au sein de leurs relations. L'impact des dynamiques de pouvoir en vigueur entre les adolescentes et adolescents au sein des relations de nature sexuelle sur la capacité de négociation des femmes quant à la pratique de rapports sexuels sans risques a été bien décrit dans les contextes à taux d'infection à VIH relativement faibles.<sup>18</sup> Cette dynamique reste cependant à appréhender dans des contextes tels que la Tanzanie, où 25% de la population adolescente est peut-être infectée.

Étant donné la haute vulnérabilité des jeunes d'Afrique subsaharienne au VIH et la forte association observée entre le VIH et la violence, parmi les jeunes surtout, une meilleure compréhension du rôle de la violence dans les relations sexuelles des jeunes s'impose. Les recherches antérieures n'ont guère prêté attention aux perspectives des jeunes hommes sur ces questions. La recherche qualitative menée auprès de jeunes adolescents de sexe masculin en Amérique latine, en Asie, en Amérique du Nord et en Afrique subsaharienne laisse entendre que les attitudes amenant à voir les femmes comme des objets sexuels, à appréhender les rapports sexuels comme une question de performance et à justifier la contrainte sexuelle trouvent leurs racines à l'adolescence.<sup>19</sup> Cette observation fournit une bonne raison de soutenir les efforts ciblés sur les jeunes hommes en matière de santé sexuelle et reproductive.

La littérature relative aux programmes concernant la santé reproductive, le VIH/SIDA et la violence axés sur les jeunes hommes est limitée mais grandissante. Les évaluations rigoureuses de ces programmes sont rares. Cet article, fondé sur l'étude d'une intervention auprès des jeunes hommes de Dar es Salaam, offre une réponse à ce manque. Il décrit les données recueillies durant la première phase du projet, sur la base d'entretiens en profondeur de jeunes hommes et femmes de la communauté, organisées dans le but d'explorer les liens entre le VIH et la violence aux yeux des jeunes.

## MÉTHODES

De juillet à décembre 2003, nous avons mené des entretiens en profondeur avec 40 hommes et 20 femmes de 16 à 24 ans. Le but de notre étude, menée en collaboration avec nos collègues de la faculté de sciences sanitaires de l'université Muhimbili à Dar es Salaam, était de décrire les attitudes et les comportements des jeunes, et en particulier des jeunes hommes, concernant les rapports sexuels, la violence et les attentes sexospécifiques vis à vis de leurs propres relations intimes. Nous avons adopté une approche de collecte itérative, permettant à l'équipe de raffiner et redéfinir les questions essentielles à la compréhension de l'interaction entre la violence et le VIH dans la vie des jeunes gens interrogés. Afin de déterminer la nécessité d'explorer de nouveaux thèmes avec les répondants suivants, les chercheurs et le conseiller technique ont examiné l'information obtenue au fur et à mesure de la collecte, de la transcription et de la saisie informatique pour apporter une critique immédiate à l'équipe de recherche et aux enquêteurs. En raison de ce processus, le contenu des guides d'entretien utilisés par les enquêteurs a été révisé en fonction des données obtenues à chaque vague d'entretiens. Le protocole de recherche, les guides d'entretien et les formulaires de consentement ont été revus et approuvés par le Committee on Human Research de la faculté Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health et le comité d'éthique du Muhimbili College of Health Sciences.

Les deux enquêteurs, diplômés en sociologie et dotés d'une expérience de recherche, ont suivi une formation intensive de deux semaines sur les méthodes de recherche qualitative, la technique d'entretien pertinente et les techniques pour obtenir des informations sur des sujets sensibles. Tout le personnel affecté au projet a été formé et testé sur sa compréhension et son respect de l'éthique de la recherche.

Les jeunes ont été recrutés en divers lieux publics de l'un des 12 quartiers de Dar es Salaam: terrains de sport, marchés, dépôts d'autobus et bars. Ces lieux avaient été choisis pendant l'exercice de cartographie participative, consistant à élaborer une vaste carte de la communauté et des principaux lieux de rassemblement des jeunes sur la base des informations obtenues auprès d'adultes et de jeunes de la communauté. Le quartier choisi est démographiquement représentatif de Dar es Salaam. Bien qu'aucune information sur le niveau socioéconomique n'ait été obtenue individuellement, la communauté tend globalement à appartenir à la classe moyenne inférieure.

Les enquêteurs ont opéré leur recrutement parmi les jeunes hommes et femmes des lieux identifiés à travers l'exercice de cartographie. Les jeunes de 16 à 24 ans qui résidaient dans la communauté ont été invités à participer à l'étude. La plupart étaient alors en relation intime avec au moins un partenaire. La plupart des hommes interrogés avaient suivi au moins sept années d'école, tandis que la majorité des femmes n'étaient allées qu'à l'école primaire.

Les entretiens semi-directifs se sont fondés sur un guide d'entretien mettant en avant les principaux sujets à discuter et suggérant des relances à propos de la violence, du VIH et des relations sexuelles. Les enquêteurs avaient été formés à utiliser les instruments qualitatifs comme des guides, plutôt que comme des instruments d'enquête normalisés. Ils ont encouragé les répondants par des relances appropriées à développer les sujets sur lesquels ils semblaient présenter une connaissance et une expérience plus grandes. Toutes les questions des guides d'entretien n'ont donc pas été posées à tous les répondants. Les entretiens, d'une durée d'environ 60 à 90 minutes, ont été enregistrés sur bande après obtention du consentement des participants.

Les bandes audio ont été transcrites en kiswahili, traduites en anglais et saisies dans un traitement de texte. Les données ont d'abord fait l'objet d'un examen exhaustif de la part de l'équipe de recherche au complet, afin d'y identifier les thèmes principaux, puis à l'analyse individuelle des chercheurs et du conseiller technique. Elles ont été codées pour être analysées à l'aide du programme NUD\*IST. Les matrices d'interconnexion des trois centres d'intérêt ont ensuite été élaborées de manière à condenser et organiser les données, et à faciliter ainsi l'analyse croisée. Différents thèmes ont été générés pour représenter les idées et les expériences d'une large proportion de répondants. Nous avons résumé les thèmes principaux issus des entretiens et sélectionné les citations aptes à les représenter.

## RÉSULTATS

### Contexte des relations sexuelles

Il importe de comprendre le contexte des relations sexuelles chez les jeunes dans le cadre considéré avant d'essayer d'en dégager les liens entre VIH, violence et infidélité. Ces liens peuvent trouver leurs racines dans les normes de genre, ainsi que dans les attentes et les structures relationnelles qui caractérisent les relations sexuelles des jeunes.

• **Les rapports sexuels sont à la base des relations intimes.** Les jeunes déclarent que pour être considérés comme partenaires intimes, un jeune homme et une jeune femme doivent avoir des rapports sexuels. Presque unanimement, les hommes disent qu'une femme doit être prête à avoir des rapports sexuels si elle veut être considérée comme plus qu'une amie:

«Comment peut-elle être ma partenaire si on ne fait pas l'amour? Pour savoir qu'elle t'aime et qu'elle est ta partenaire, il faut faire l'amour; je l'ai donc convaincue.»—*homme célibataire de 24 ans*

À la question de savoir pourquoi ils avaient eu leurs premiers rapports sexuels avec leur partenaire actuelle, les jeunes hommes ont expliqué que les rapports sexuels étaient la

raison principale de la relation. Les jeunes femmes avancent toutefois d'autres raisons pour débiter des relations intimes, y compris l'amour, la motivation financière et la recherche d'un mari. Le fait que les jeunes femmes de cette communauté se concentrent sur la recherche d'un mari ne peut être sous-estimé quant à ses implications concernant les types de relations sexuelles qu'elles considèrent. Une célibataire de 20 ans explique clairement avoir accepté une relation sexuelle en échange d'une demande en mariage:

Participant (P): «Je ne le désirais même pas au début.»

Enquêteur (E): «Alors pourquoi as-tu eu des rapports sexuels avec quelqu'un que tu ne désirais pas?»

P: «Ma belle-sœur me disait que son frère voulait m'épouser. J'ai donc su que j'avais trouvé un mari.»

Les jeunes hommes sont conscients de la motivation des jeunes femmes et en profitent souvent pour entamer leurs relations sexuelles:

«À ce stade, beaucoup de jeunes, y compris moi-même, aiment tenter la fille, en lui disant: «Je t'aime beaucoup.» C'est un mensonge, parce que quand on dit qu'on l'aime, le but est en fait de faire l'amour avec elle. Ce n'est pas qu'on l'aime et qu'on veut l'épouser. On la persuade, on lui ment en somme.»—*homme célibataire de 20 ans*

• **Les occasions de relations sont étroitement contrôlées.** Les occasions de rencontre entre les jeunes hommes et femmes de cette communauté sont étroitement contrôlées par les parents et d'autres membres plus âgés des familles. Les jeunes rencontrent donc généralement leurs partenaires à l'école ou par l'intermédiaire d'amis ou de parents mutuels. Ils doivent se montrer créatifs dans la recherche d'occasions et de lieux de rencontre de leurs partenaires sexuels, car presque toutes les femmes célibataires vivent avec leurs parents et la plupart des jeunes hommes vivent soit avec leurs parents, soit dans un lieu partagé avec d'autres hommes. Les jeunes partenaires se rencontrent souvent dans la maison d'un ami de l'homme, chez l'homme s'il possède sa propre demeure ou dans une chambre d'hôtel. Lorsque les jeunes couples trouvent une occasion et un lieu de rencontre, ils passent généralement peu de temps ensemble et déclarent que leur objectif principal est d'avoir des rapports sexuels.

• **Les jeunes femmes sont censées être stables, pardonner et supporter.** Les normes de genre de la communauté encouragent et favorisent l'initiation sexuelle des hommes tout en limitant l'aptitude des femmes à exprimer leurs besoins et leurs désirs sexuels propres. Les jeunes femmes déclarent se sentir peu enclines à initier les rapports sexuels avec leur partenaire, de crainte d'être considérées comme immorales et sexuellement agressives.

«C'est souvent l'homme qui persuade; c'est difficile pour les femmes et ce n'est pas admis car elles ont peur d'être vues comme des prostituées.»—*homme célibataire de 21 ans*

Aussi beaucoup de jeunes femmes perçoivent-elles leur rôle comme consistant à répondre aux besoins sexuels de leur partenaire. Cette norme culturelle limite l'aptitude des jeunes femmes à négocier les conditions de leurs relations sexuelles.

Comme la violence du partenaire intime trouve ses racines dans les normes de genre socialement admises,<sup>20</sup> nous avons cherché à comprendre ces normes de manière à pouvoir contextualiser la violence. Nous avons interrogé les participants sur les perceptions de l'homme et de la femme «idéal/e» au sein de la communauté. La plupart des répondantes ont décrit la femme idéale comme étant «stable.» Les jeunes femmes non scolarisées sont censées rester chez elles à moins de devoir quitter la maison. Beaucoup de femmes ont exprimé la crainte d'être considérées comme «instables» si elles allaient se promener ou qu'elles quittaient leur demeure sans raison spécifique.

«La femme idéale reste chez elle, est une femme stable, occupée à son foyer. Même si elle est employée, lorsqu'elle rentre chez elle, elle continue son travail et reste chez elle. Les gens voient en cette femme la femme idéale.»—*femme célibataire de 17 ans*

Les parents peuvent recourir à la violence pour punir les jeunes femmes qui dévient de la norme prescrite. Selon une jeune femme célibataire de 16 ans: «Si on la trouve en compagnie de personnes inconnues de la famille, elle est battue. Quand elle rentre de l'école, elle reste à l'intérieur.»

Les jeunes femmes accordent une grande valeur aux perceptions que se fait la communauté de leur caractère. Elles redoutent de faire l'objet des commérages de la communauté, en raison de l'impact qu'ils pourraient avoir sur leurs perspectives de mariage.

«Si tu n'es pas mariée, tu dois être stable. Tu es censée être stable pour te trouver un fiancé qui aime ton caractère.»—*femme célibataire de 20 ans*

Les femmes et les hommes disent tous deux que les femmes doivent pouvoir «supporter» et «pardonner» pour faire face aux difficultés de la vie et des relations:

«La femme idéale supporte, respecte son mariage, aime sa famille et la communauté en général et est capable d'avoir des enfants. Telles sont les caractéristiques de la femme idéale.»—*homme célibataire de 24 ans*

### Violence et infidélité

• *L'infidélité sexuelle est courante parmi les jeunes.* Les jeunes hommes et femmes font état de beaucoup d'infidélité dans leurs relations. La manière dont les jeunes emploient le mot en kiswahili fait référence à l'engagement dans des relations sexuelles avec des partenaires autres que leur partenaire principal. Le partenaire principal a été défini comme quelqu'un avec qui le répondant sortait depuis au moins trois mois et envers qui il était le plus attaché.

La plupart des jeunes hommes interrogés ont déclaré avoir plusieurs relations, simultanées ou en série. Assez souvent, les hommes ont dit avoir eu des rapports sexuels non protégés bien qu'ils soient conscients de s'exposer, eux-mêmes et leurs partenaires, au risque de contracter le VIH. Les jeunes femmes ont également déclaré de multiples relations sexuelles, bien que moins fréquemment que les hommes de notre échantillon. Bien que moins de femmes aient admis leurs propres infidélités, les hommes ont parlé de leurs expériences avec des femmes qui avaient d'autres partenaires.

Étant donné la fréquence de l'infidélité, les hommes comme les femmes ont exprimé une profonde méfiance à l'égard de leurs partenaires:

«Je ne fais pas confiance à mon copain et il ne me fait pas confiance. Nous pensons donc que nous devrions aller nous faire tester (pour le VIH). Ce n'est pas facile de se faire confiance parce que les jeunes d'aujourd'hui ne se casent pas. Un homme peut vous mentir alors qu'il a une autre femme ailleurs.»—*femme célibataire de 23 ans*

Malgré la fréquence de l'infidélité, plusieurs répondants ont déclaré faire vœu de fidélité dans leurs relations. La peur du VIH/SIDA est l'un des principaux facteurs de motivation des relations monogames:

«Je n'ai pas d'autre partenaire à part celle que j'ai décrite. Je n'en ai pas d'autres parce que tant de choses s'y opposent. Le SIDA est un gros problème. Si j'ai d'autres partenaires et que ma partenaire en a d'autres aussi et que ces partenaires en ont d'autres, on peut finir par attraper des maladies venues d'ailleurs.»—*homme célibataire de 19 ans*

• *La violence est tolérée par de nombreux jeunes.* À la question de leur implication dans des violences, les jeunes ont le plus souvent parlé de frappes, gifles, coups de poing et coups de pied. Beaucoup des hommes et certaines femmes admettent ces comportements dans certaines circonstances. Plusieurs jeunes hommes ont déclaré que la violence des hommes est justifiée pour contrôler une épouse ou une partenaire à long terme; à l'égard d'une partenaire de passage, ils estimaient qu'il valait mieux rompre, tout simplement.

«S'il veut vivre avec elle, il peut avoir recours à la force pour la ramener aux caractéristiques qu'il juge acceptables. Cette force peut même l'amener à la battre. C'est acceptable. Mais s'il n'a pas de projets avec elle, il peut simplement la quitter et chercher ailleurs.»—*homme célibataire de 24 ans*

Selon les répondants masculins, la violence se justifie aussi lorsque la femme ment à son partenaire, qu'elle dévoile en public des choses que l'homme considère privées ou que l'homme et la femme se disputent sur des questions d'ordre financier. Les hommes décrivent également la violence comme un outil pour apprendre à une partenaire le bien et le mal.

«Il y a eu un moment où elle a refusé de me le dire, mais quand je l'ai battue, elle a reconnu qu'il était son partenaire. Voilà pourquoi on ne peut pas faire confiance aux femmes. Les femmes, il arrive un moment où elles doivent apprendre une leçon, parce que beaucoup de femmes ont beaucoup d'hommes.»—*homme marié de 20 ans*

D'autres jeunes hommes estimaient cependant que la violence ne se justifiait en aucune circonstance.

«À quoi bon former une relation pour commencer à se battre? Quand la force entre dans l'amour, il n'y a plus d'amour, car l'amour, c'est le consentement de deux êtres qui se rapprochent.»—*homme célibataire de 19 ans*

• *L'infidélité est un catalyseur de violence.* Les hommes comme les femmes ont identifié l'infidélité—réelle ou soupçonnée—comme le déclencheur le plus fréquent de la violence au sein de leurs relations. Les hommes se montrent violents lorsqu'ils soupçonnent l'infidélité de leur partenaire ou que celle-ci les affronte au sujet de leurs propres



infidélités sexuelles.

Tous les participants masculins qui admettaient la violence ou qui l'avaient déclarée dans leurs relations ont également indiqué que l'infidélité justifiait le recours à la violence.

«Quand une femme n'est pas fidèle, il faut recourir à la force. Il faut la frapper deux ou trois fois pour qu'elle comprenne qu'elle a eu tort et qu'elle se corrige.»—*homme marié de 23 ans*

Plusieurs jeunes femmes voyaient aussi dans l'infidélité une justification à la violence des hommes à l'égard de leurs partenaires féminines.

«Par exemple, s'il devine que tu as un certain petit ami. S'il t'appelle et que tu nies alors que c'est vrai. Quand il te trouve, il doit se montrer un peu violent.»—*femme célibataire de 19 ans*

Quelques hommes ont décrit des expériences dans lesquelles leur partenaire les avait affrontés au sujet de leur propre infidélité.

«Un jour, elle m'a vu avec une fille le long de la route. Quand elle est arrivée et qu'elle a voulu se battre, je le lui ai interdit. Alors, elle s'est retournée vers moi et elle a commencé à me frapper. Je me suis mis en colère et je l'ai mise en pièces. Je l'ai bien battue et nous sommes partis.»—*homme marié de 20 ans*

Les femmes ont également décrit des situations dans lesquelles elles avaient subi de mauvais traitements physiques pour avoir affronté leur partenaire au sujet de leurs infidélités.

«Il avait une autre femme alors que j'étais enceinte de cinq mois... Je passais le long d'une route où il ne voulait pas que je passe parce qu'il ne voulait pas que je le voie. Il était là avec son amie, et il me disait de ne pas passer par là. J'ai insisté et je suis passée. En passant, j'ai dit qu'il était le père de celui-ci (elle montre son enfant). Il m'a attaquée et s'est mis à me battre.»—*femme célibataire de 20 ans*

### Rapports sexuels forcés

• *Les rapports sexuels forcés sont définis étroitement par les hommes.* Nos entretiens avec les jeunes hommes ont indiqué clairement que beaucoup se font une définition très étroite des «rapports sexuels forcés.» Plusieurs hommes ont déclaré qu'ils n'avaient jamais forcé une femme à avoir des rapports sexuels, pour raconter ensuite une histoire dans laquelle ils s'étaient montrés physiquement violents avec leur partenaire pour la «persuader» d'avoir des rapports sexuels. Beaucoup d'hommes estimaient que seuls les rapports sexuels violents pouvaient être considérés comme forcés. L'un d'entre eux a déclaré battre ses partenaires lorsqu'elles refusaient ses avances sexuelles:

«Si elle n'est pas d'accord, tu la bats. Si elle est d'accord, tu lui fais l'amour. Sinon, tu la quittes.»—*homme célibataire de 24 ans*

Ce même répondant a déclaré, plus tard dans le même entretien, n'avoir jamais forcé de femme à avoir des rapports sexuels:

I: «As-tu jamais eu recours à la force pour faire l'amour à une femme?»

P: «Cela, jamais. Quand on veut faire l'amour, on le fait et elle ne refuse pas. Je n'ai jamais fait ça.»

Et un autre jeune homme de décrire le recours à la violence physique pour «persuader» une partenaire peu disposée à avoir des rapports sexuels:

I: «As-tu jamais eu recours à la force pour faire l'amour à une femme?»

P: «Une fois...J'ai essayé de la persuader par tous les moyens mais elle a refusé. J'ai fait appel à la ruse mais elle a refusé. Comme nous étions dans la chambre, je lui ai dit qu'elle ne pouvait pas partir tant que nous n'avions pas fait l'amour, mais elle a continué à refuser. Alors, je l'ai attrapée et, vous savez, les filles sont faibles. Quand je l'ai attrapée et dévêtue, elle a dit oui et nous avons fait l'amour.»—*homme célibataire de 23 ans*

Les jeunes hommes usent également d'autres stratégies pour encourager les partenaires réticentes à avoir des rapports sexuels. Ils leur offrent notamment des cadeaux et la promesse d'une sécurité financière. À la question de savoir s'il avait jamais forcé une femme à avoir des rapports sexuels, un homme célibataire de 23 ans a cherché à clarifier le type de force auquel l'enquêteur faisait allusion: «La force (puissance) prend beaucoup de formes. Certains utilisent la force physique pour violer, d'autres utilisent l'argent, voyez-vous?»

• *Circonstances considérées comme justifiant les rapports sexuels forcés.* La situation la plus souvent invoquée par les jeunes hommes pour justifier la contrainte était une longue période de refus, par une partenaire féminine, des avances sexuelles de l'homme. Les hommes considéraient aussi qu'il était approprié de punir un partenaire infidèle en lui imposant des rapports sexuels.

«Vous savez, quand une femme a un autre homme, il faut la forcer pour arriver à ses fins.»—*homme marié de 20 ans*

Les rapports sexuels forcés étaient davantage considérés comme justifiés dans le contexte des relations conjugales qu'en dehors du mariage. Certains jeunes hommes ont déclaré que dans le mariage, les hommes—et parfois aussi les femmes—ont le droit d'avoir des rapports sexuels avec leur partenaire. Ils considéraient dès lors la contrainte justifiée en réponse au refus d'un partenaire conjugal.

«L'homme ne peut forcer que sa femme parce qu'il n'a nulle part ailleurs où aller, et la femme non plus n'a nulle part où aller à l'exception de son mari. Ils peuvent donc tous deux être forcés à faire l'amour. Même une femme peut user de la force parce qu'elle a le droit fondamental de faire l'amour.»—*homme célibataire de 21 ans*

Les hommes n'en ont pas moins décrit le recours à la force avec certaines partenaires non conjugales. Selon quelques jeunes hommes, certaines femmes sont «habituées» à être forcées à avoir des rapports sexuels.

«Oui mais le recours à la force est causé par les filles ou les femmes elles-mêmes. Si quelqu'un a besoin de faire l'amour et qu'elle traîne, qu'elle lui joue des tours, ça devient difficile à supporter et il faut recourir à la force. Et puis, quand on la force, elle accepte de faire l'amour... Elle peut même venir dans ta chambre mais elle ne peut pas se déshabiller elle-même. Il faut la forcer pour faire l'amour. C'est dans leur

tempérament et il faut l'attraper, elles en ont l'habitude, quand tu l'attrapes, tu lui fais l'amour.»—*homme marié de 24 ans*

Certains jeunes hommes pourtant insistaient sur le fait que les femmes ont des droits sexuels et qu'ils doivent être respectés:

«Il n'est pas permis de faire l'amour à une femme par la force. C'est contraire au droit des femmes. Pour faire l'amour, il faut le consentement de deux êtres.»—*homme célibataire de 24 ans*

Les jeunes qui estimaient injustifiables, en toute circonstance, la violence et la contrainte sexuelle étaient souvent ceux encore vierges ou en relation monogame.

La plupart des répondants masculins qui avaient invoqué des situations dans lesquelles la violence à l'encontre d'une partenaire féminine pouvait être justifiée ont également identifié celles où les rapports sexuels forcés pouvaient l'être aussi. De plus, la majorité des hommes qui avaient admis user de la violence dans leurs relations ont également déclaré avoir forcé une partenaire à avoir des rapports sexuels.

### LIMITES

Cette étude présente plusieurs limites. À travers nos entretiens, nous avons appris qu'en raison d'un contrôle parental strict, certaines jeunes femmes ne fréquentent pas les lieux publics. Les expériences de ces jeunes femmes ne sont par conséquent pas reflétées dans nos données et peuvent différer grandement de celles des jeunes femmes avec lesquelles nous avons pu nous entretenir. La conception transversale de l'étude ne capte par ailleurs les jeunes que de manière ponctuelle. Il serait utile de discuter les sujets sensibles en profondeur avec les jeunes au fil du temps et de capturer et décrire les expériences au moment où elles se déroulent et où peut-être elles changent pour les jeunes.

### DISCUSSION

Notre recherche précédente dans ce même cadre avait découvert une forte association entre la séropositivité des femmes au VIH et leurs antécédents de violence au sein de leurs relations. Les jeunes femmes séropositives au VIH ont déclaré significativement plus de violence dans leurs relations que les femmes séronégatives.<sup>21</sup> Bien que la littérature fasse de plus en plus état de cette association, les mécanismes en demeurent peu clairs. Quelques hypothèses possibles laissent entendre que la violence limite la capacité des femmes à négocier les comportements aptes à prévenir le VIH,<sup>22</sup> que les hommes violents sont moins susceptibles d'utiliser le préservatif,<sup>23</sup> que les hommes violents sont plus susceptibles que les non violents d'être séropositifs au VIH,<sup>24</sup> que le traumatisme physique des rapports sexuels forcés accroît le risque de transmission du VIH<sup>25</sup> et que les femmes soumises à la violence durant leur enfance sont plus susceptibles d'adopter des comportements à risques à l'adolescence et à l'âge adulte.<sup>26</sup>

Cette étude qualitative a été menée dans le but d'explorer plus avant les mécanismes de liaison entre le VIH et la violence dans les relations des jeunes. Les résultats donnent à penser que l'association observée entre le VIH et la

violence dans notre étude quantitative peut être médiatisée par l'infidélité sexuelle soupçonnée ou réelle. L'infidélité et la peur de l'infidélité sont les plus grands déclencheurs de violence dans les relations des jeunes. L'infidélité sexuelle est aussi un facteur de risque important en termes d'infection à VIH parmi les jeunes. Les femmes qui résistent aux avances sexuelles de leurs partenaires par peur de contracter le VIH peuvent se trouver forcées à avoir des rapports sexuels avec ces partenaires.

Une autre explication de l'association entre les antécédents de violence des femmes et leur état d'infection au VIH peut résider dans leur expérience des rapports sexuels forcés. Notre recherche antérieure n'a pas révélé d'association entre les expériences de rapports sexuels forcés des femmes et leur séropositivité au VIH. Nos observations qualitatives indiquent toutefois que les jeunes définissent étroitement la notion de contrainte sexuelle comme le contrôle physique d'une femme et l'imposition de rapports sexuels forcés. Les études précédentes n'ont par conséquent peut-être pas capturé avec exactitude le phénomène des rapports sexuels forcés.

Le recours à l'agression physique et à d'autres méthodes de «persuasion» des partenaires réticentes à avoir des rapports sexuels a souvent été déclaré dans cette étude. De plus, les hommes qui avaient déclaré recourir à la violence dans leurs relations étaient plus susceptibles, à la fois, d'admettre la contrainte sexuelle et de déclarer avoir forcé une partenaire à avoir des rapports sexuels. Ainsi les rapports sexuels forcés peuvent-ils jouer un rôle dans l'association entre la violence et le risque de contraction du VIH.

Enfin, cette étude indique que les attentes selon lesquelles les jeunes femmes doivent «être stables, supporter et pardonner» sous-tendent leurs expériences de l'infidélité sexuelle comme de la violence. Ces normes limitent l'aptitude des femmes à affronter leurs partenaires au sujet de leurs infidélités sexuelles et à résister aux avances sexuelles non désirées qui les exposent au risque du VIH. Ces mêmes normes font qu'il est difficile pour les femmes de quitter un partenaire violent.

### CONCLUSIONS

La compréhension plus nuancée que ces données apportent des liens entre le VIH et la violence parmi les jeunes femmes n'est pas sans implications pour les programmes et la recherche. Étant donné la vulnérabilité des jeunes au VIH dans les contextes tels que la Tanzanie, il existe un besoin urgent de programmes de prévention du VIH ciblés spécifiquement sur les jeunes. L'adolescence est une période durant laquelle les jeunes hommes et femmes commencent à former leurs systèmes de croyances, modélisent leurs comportements et entament leurs premières relations intimes. Le moment serait donc idéal aussi pour réfuter les idées répandues à propos de la violence et de la santé reproductive et sexuelle.<sup>27</sup>

Il existe dès lors un besoin de programmes novateurs qui aident les jeunes à défier les normes sexuelles et de violence. Les interventions de prévention du VIH qui ne tien-

ment pas compte des réalités de l'infidélité, de la violence et de la contrainte sexuelle dans les relations sexuelles des jeunes ne pourront avoir qu'un impact limité.

Tout aussi important, certains jeunes hommes pratiquaient la monogamie et n'admettaient ni la violence, ni la contrainte sexuelle. Les planificateurs de programmes se doivent d'étudier et de comprendre ces jeunes hommes et leur rejet des normes de genre traditionnelles. Les jeunes hommes qui estimaient que la violence et la contrainte sexuelle n'étaient jamais justifiables n'avaient généralement pas encore entamé de relation sexuelle, soulignant l'importance d'une intervention auprès des hommes jeunes, avant l'âge où ils deviennent sexuellement actifs.

Peu d'interventions de prévention du VIH et de la violence visent actuellement les jeunes hommes.<sup>28</sup> Les résultats de ces programmes suggèrent l'importance de certains éléments communs, tels que la séparation des hommes par âge en raison des fortes différences de niveau de maturité et d'expérience parmi les jeunes,<sup>29</sup> la prolongation des interventions sur une période de plusieurs mois ou années pour assurer un impact durable<sup>30</sup> et l'inclusion des jeunes non scolarisés.<sup>31</sup>

Peu de ces programmes ont malheureusement fait l'objet d'évaluations rigoureuses. Il importe d'associer les programmes à de rigoureux plans d'évaluation aptes à mesurer l'impact de leurs différents éléments et à décrire les voies spécifiques du changement. La collecte de données longitudinales permettrait de plus aux chercheurs d'examiner l'évolution des attitudes et comportements des jeunes dans le temps et en réponse à différentes expériences.

## RÉFÉRENCES

1. Maman S et al, The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions, *Social Science & Medicine*, 2000, 50(4):459-478; Garcia-Moreno C et Watts C, Violence against women: its importance for HIV/AIDS, *AIDS*, 2000, 14(Suppl. 3):S253-S265; Zierler S et Krieger N, Reframing women's risk: social inequalities and HIV infection, *Annual Review of Public Health*, 1997, Vol. 18, pp. 401-436; van der Straten A et al., Sexual coercion, physical violence, and HIV infection among women in steady relationships in Kigali, Rwanda, *AIDS and Behavior*, 1998, 2(1):61-73; et Jewkes K et al, Gender inequalities, intimate partner violence and HIV preventive practices: findings of a South African cross-sectional study, *Social Science & Medicine*, 2003, 56(1):125-134.
2. Dunkle K 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.
3. Maman S et al., HIV-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania, *American Journal of Public Health*, 2002, 92(8):1331-1337.
4. van der Straten A et al., 1988, op. cit. (voir référence 1).
5. Dunkle et al, 2004. op. cit. (voir référence 2).
6. Maman S et al, 2000, op. cit. (voir référence 1).
7. Garcia-Moreno C et Watts C, 2000, op. cit. (voir référence 1); Wingood G et DiClemente R, The effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practices of African-American women, *American Journal of Public Health*, 1997, 87(6):1016-1018; et Zierler S et Krieger N, 1997, op. cit. (voir référence 1).
8. Central Intelligence Agency, Tanzania, *World Factbook*, 2004, <<http://www.odci.gov/cia/publications/factbook>>, accédé le 8 novembre 2004; et United Nations Population Fund (UNFPA), *Partnering: A New Approach to Sexual and Reproductive Health*, Technical Paper, 2000, New York: UNFPA, No. 3.

9. United Nations Children Fund (UNICEF), *State of the World's Children*, 2003, <<http://www.unicef.org/sowc00>>, accédé le 14 juillet 2003.

10. Tanzania National AIDS Control Program, *National AIDS Control Programme HIV/AIDS/STD Surveillance*, Report No. 13, 1999.

11. Population Reference Bureau, *The World's Youth 2000*, 2000, <<https://www.prb.org>>, accédé le 17 juillet 2003.

12. Mwakigile D, Sexual behavior among youths at high risk for HIV-1 infection in Dar es Salaam, Tanzania, *Sexually Transmitted Infections*, 2001, 77(4):255-259.

13. National AIDS Control Programme, Tanzania; MEASURE et Bureau of Statistics, Tanzania, *AIDS in Africa During the Nineties: Tanzania*, Chapel Hill, NC, USA: Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, 2001.

14. Ibid.

15. Mwakigile D et al., 2001, op. cit. (voir référence 12).

16. Creighton C et Omari C, réds., *Gender, Family and Household in Tanzania*, Brookfield, VT, USA: Avebury, 1995.

17. Holland J et al., *The Male in the Head: Young People, Heterosexuality and Power*, London: Tufnell Press, 1998.

18. Pulerwitz J et al., Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA, *AIDS Care*, 2002, 14(6):789-800.

19. Shephard B, Masculinity and the male role in sexual health, *Planned Parenthood Challenges*, 1996, 2(2):11-14

20. Instituto Promundo, Guy to Guy Project: Engaging young men in violence prevention and in sexual and reproductive health, Rio de Janeiro, Brazil: Instituto Promundo, 2002.

21. Maman S et al., 2002, op. cit. (voir référence 3).

22. Ibid.

23. Taquette S et al., Violent relationship in young people and STD/AIDS risk, *Cadernos de saude publica*, 2003, 19(5):1437-1444.

24. Dunkle K et al., 2004, op. cit. (voir référence 2).

25. Maman S et al., 2002, op. cit. (voir référence 3).

26. Ibid.

27. Archer J, Gender roles as developmental pathways, *British Journal of Social Psychology*, 1984, 23(3):245-256; Kindler H, Developmental-psychology aspects of work with boys and men, papier présenté au congrès sur la Sex Education for Adolescents, Federal Centre for Health Education (Germany), 1995; Erikson E, *Identity: Youth and Crisis*, New York, W.W. Norton, 1968; Ross J, *What Men Want: Mothers, Fathers and Manhood*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994; et World Health Organization (WHO), *What About Boys: A Literature Review on the Health and Development of Adolescent Boys*, Geneva: WHO, 2000.

28. Hayward R, Some organizations working with men and boys to end violence against women and girls, New York: UNICEF, 2001.

29. Irvin A, *Taking Steps of Courage: Teaching Adolescents about Sexuality and Gender in Nigeria and Cameroon*, New York: International Women's Health Coalition, 2000.

30. Ibid.

31. Hemstead R, Working with adolescent boys, programme experiences: consolidated findings from regional surveys in Africa, the AmeriE Eastern Mediterranean, South-East Asia, and Western Pacific, Geneva: WHO, 2000.

## Remerciements

La recherche à l'origine de cet article a été financée par les dons d'Horizons Project et de l'Interagency Gender Working Group d'USAID.

Pour contacter les auteurs: [smaman@jhsph.edu](mailto:smaman@jhsph.edu)

Publié d'abord en anglais dans *International Family Planning Perspectives*, 2004, 30(4):200-206.

## 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.<sup>1</sup>*

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 démontrée.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup>

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.<sup>4</sup>

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 frappé de son poing ou de toute autre manière susceptible de vous faire mal?», par exemple).<sup>5</sup> À l'échelle mondiale, 16 à 50% des femmes ayant déjà eu un partenaire déclarent avoir été agressées physiquement par un partenaire intime.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup>

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.<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup> 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.<sup>12</sup>

### **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,<sup>13</sup> et combien elle affecte aussi la santé reproductive des femmes.<sup>14</sup> 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.<sup>15</sup> Les études ont lié la violence aux grossesses non désirées, surtout parmi les adolescentes,<sup>16</sup> et la violence limite grandement l'aptitude des femmes mariées à pratiquer la contraception.<sup>17</sup> Les antécédents de violence conjugale apparaissent également plus fréquemment dans les familles nombreuses.<sup>18</sup> 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.<sup>19</sup>

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.<sup>20</sup> 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.<sup>21</sup> 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.<sup>22</sup>

La violence en cours de grossesse peut menacer la vie et la santé de la mère comme du fœtus.<sup>23</sup> 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.<sup>24</sup> Dans une étude auprès de 400 villages à Pune, en Inde, 16% de tous les décès survenus en cours de grossesse se sont avérés le résultat de la violence du partenaire.<sup>25</sup> L'homicide par le partenaire a également été identifié comme cause importante de décès maternel au Bangladesh et aux États-Unis.<sup>26</sup> 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.<sup>27</sup>

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.<sup>28</sup> 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.<sup>29</sup> De même, une pratique contraceptive cachée peut rendre certaines femmes vulnérables à la violence de leur partenaire.<sup>30</sup> Des études de cas de Zimbabweennes victimes de la violence laissent supposer un lien possible entre la violence du partenaire intime et les problèmes de santé sexuelle et de stérilité.<sup>31</sup> 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.<sup>32</sup> 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.<sup>33</sup>

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

### **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.<sup>35</sup> 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.<sup>36</sup> 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 inexplicables 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 inexplicables, 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.<sup>37</sup> 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.<sup>38</sup> 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.<sup>39</sup> 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;<sup>40</sup> 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.<sup>41</sup>

### 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.<sup>42</sup> 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.<sup>43</sup> 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.<sup>44</sup> 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	Ministère 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		
Confidentialité	Liaison avec les autres organisations locales de lutte contre la violence sexiste	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
Orientation des femmes vers les ressources et services existants de la communauté		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
		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 apprécier la formation reçue.<sup>45</sup>

### Espace, temps et confidentialité

Une approche privée et confidentielle est indispensable au traitement des femmes victimes de la violence. Les femmes ne divulguent 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 indiscrettes. 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.<sup>46</sup> 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 com-

munités 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 particulière.<sup>47</sup> 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.<sup>48</sup>

L'ajout hâtif de services liés à 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.<sup>49</sup> Le tableau 1 présente une gamme d'approches possibles à 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.<sup>50</sup> Beaucoup d'études voient dans l'insensibilité et les faibles compétences interpersonnelles des prestataires un obstacle à la recherche de soins.<sup>51</sup> 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.<sup>52</sup> 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,<sup>53</sup> 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/patient 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.<sup>54</sup>

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.<sup>55</sup> 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.<sup>56</sup> 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.<sup>57</sup>

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.<sup>58</sup>

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.<sup>59</sup> 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,<sup>60</sup> 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.<sup>61</sup>

## 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 appro-

priés. 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*, Thousand 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 multi-country 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, Tintinalli 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 & Gynecology*, 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 Garcia-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. Garcia-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](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 metatary reporting, *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19(4):279-286.
41. Garcia-Moreno C, 2002, op. cit. (voir référence 35).
42. Kim J et Motshe 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. Garcia-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.