

Epidemiologie des violences sexuelles et impact en santé publique ?

Béatrice Cuzin (Lyon, France)

Quelques chiffres

Epidémiologie:

- Rapports de l'OMS 2002, ENVEFF
- Chiffres CDC

Quel coût pour la santé ?

- Evaluation des répercussions économiques des violences du couple en France
- Violences sexuelles et conflit armé au Congo
- Les violences conjugales chez la femme enceinte

FIGURE 6.1

Magnitude of the problem of sexual violence

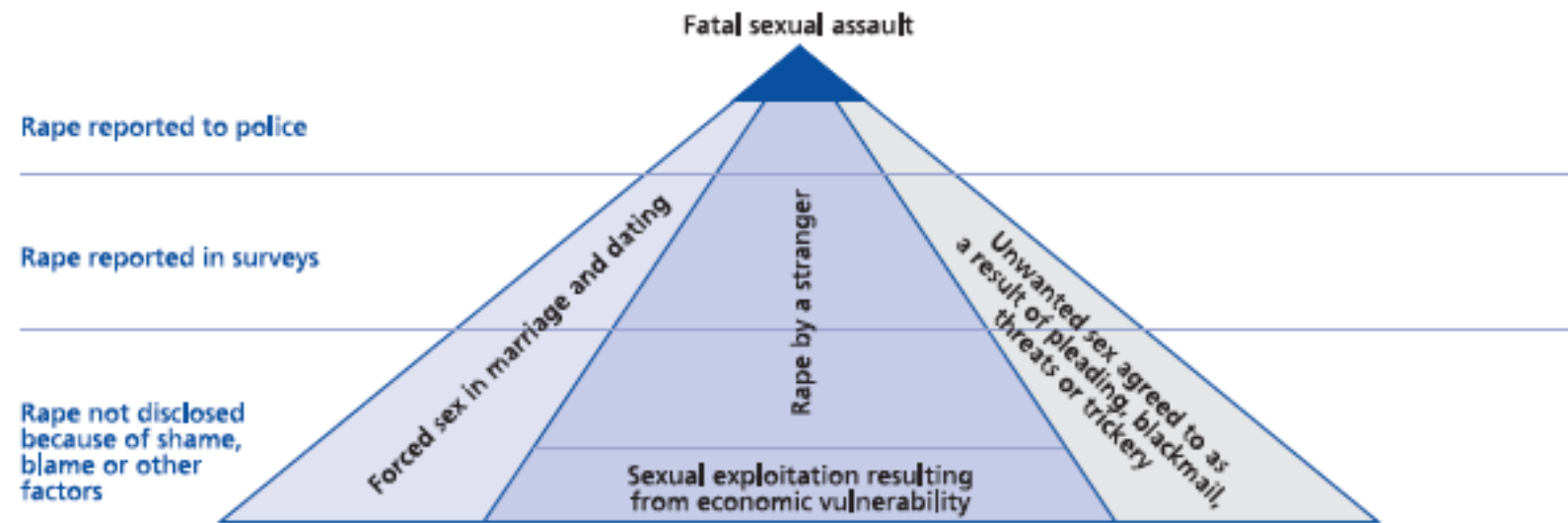


TABLE 6.1

Percentage of women aged 16 years and older who report having been sexually assaulted in the previous 5 years, selected cities, 1992–1997

Country	Study population	Year	Sample size	Percentage of women (aged 16 years and older) sexually assaulted in the previous 5 years (%)
Africa				
Botswana	Gaborone	1997	644	0.8
Egypt	Cairo	1992	1000	3.1
South Africa	Johannesburg	1996	1006	2.3
Tunisia	Grand-Tunis	1993	1087	1.9
Uganda	Kampala	1996	1197	4.5
Zimbabwe	Harare	1996	1006	2.2
Latin America				
Argentina	Buenos Aires	1996	1000	5.8
Bolivia	La Paz	1996	999	1.4
Brazil	Rio de Janeiro	1996	1000	8.0
Colombia	Bogotá	1997	1000	5.0
Costa Rica	San José	1996	1000	4.3
Paraguay	Asunción	1996	587	2.7
Asia				
China	Beijing	1994	2000	1.6
India	Bombay	1996	1200	1.9
Indonesia	Jakarta and Surabaya	1996	1400	2.7
Philippines	Manila	1996	1500	0.3
Eastern Europe				
Albania	Tirana	1996	1200	6.0
Hungary	Budapest	1996	756	2.0
Lithuania	Šiauliai, Kaunas, Klaipėda, Panevėžys, Vilnius	1997	1000	4.8
Mongolia	Ulaanbaatar, Zuunmod	1996	1201	3.1

Source: references 35 and 36.

TABLE 6.2

Percentage of adult women reporting sexual victimization by an intimate partner, selected population-based surveys, 1989–2000

Country	Study population	Year	Sample size	Percentage assaulted in past 12 months	Percentage ever assaulted	
				Attempted or completed forced sex (%)	Attempted or completed forced sex (%)	Completed forced sex (%)
Brazil ^a	Sao Paulo	2000	941 ^a	2.8	10.1	
	Pernambuco	2000	1 188 ^a	5.6	14.3	
Canada	National	1993	12 300		8.0	
	Toronto	1991–1992	420		15.3 ^b	
Chile	Santiago	1997	310	9.1		
Finland	National	1997–1998	7 051	2.5	5.9	
Japan ^a	Yokohama	2000	1 287 ^a	1.3	6.2	
Indonesia	Central Java	1999–2000	765	13.0		22.0
Mexico	Durango	1996	384		42.0	
	Guadalajara	1996	650	15.0	23.0	
Nicaragua	León	1993	360		21.7	
	Managua	1997	378	17.7		
Peru ^a	Lima	2000	1 086 ^a	7.1	22.5	
	Cusco	2000	1 534 ^a	22.9	46.7	
Puerto Rico	National	1993–1996	7 079			5.7 ^b
Sweden	Teg, Umeå	1991	251		7.5 ^c	
Switzerland	National	1994–1995	1 500		11.6	
Thailand ^a	Bangkok	2000	1 051 ^a	17.1	29.9	
	Nakornsawan	2000	1 027 ^a	15.6	28.9	
Turkey	East and south-east Anatolia	1998	599			51.9 ^b
United Kingdom	England, Scotland and Wales	1989	1 007			14.2 ^d
	North London, England	1993	430	6.0 ^b	23.0 ^b	
United States	National	1995–1996	8 000	0.2 ^b	7.7 ^b	
West Bank and Gaza Strip	Palestinians	1995	2 410	27.0		
Zimbabwe	Midlands Province	1996	966		25.0	

Sources: references 1–3, 37, 42–53.

^a Preliminary results from the *WHO multi-country study on women's health and domestic violence*. Geneva, World Health Organization, 2000 (unpublished). Sample size reported is the denominator for the prevalence rate and not the total sample size of the study.^b Sample group included women who had never been in a relationship and therefore were not at risk of being assaulted by an intimate partner.^c Offenders reported to be husbands, boyfriends and acquaintances.^d Weighted estimate; unweighted prevalence rate was 13.9%.

TABLE 6.3

Percentage of adolescents reporting forced sexual initiation, selected population-based surveys, 1993–1999

Country or area	Study population	Year	Sample		Percentage reporting first sexual intercourse as forced (%)	
			Size ^a	Age group (years)	Females	Males
Cameroon	Bamenda	1995	646	12–25	37.3	29.9
Caribbean	Nine countries ^b	1997–1998	15 695	10–18	47.6 ^c	31.9 ^c
Ghana	Three urban towns	1996	750	12–24	21.0	5.0
Mozambique	Maputo	1999	1 659	13–18	18.8	6.7
New Zealand	Dunedin	1993–1994	935	Birth cohort ^d	7.0	0.2
Peru	Lima	1995	611	16–17	40.0	11.0
South Africa	Transkei	1994–1995	1 975	15–18	28.4	6.4
United Republic of Tanzania	Mwanza	1996	892	12–19	29.1	6.9
United States	National	1995	2 042	15–24	9.1	—

Source: references 5, 6 and 54–60.

^a Total number of adolescents in the study. Rates are based on those who have had sexual intercourse.

^b Antigua, Bahamas, Barbados, British Virgin Islands, Dominica, Grenada, Guyana, Jamaica and Saint Lucia.

^c Percentage of adolescents responding that their first intercourse was forced or “somewhat” forced.

^d Longitudinal study of a cohort born in 1972–1973. Subjects were questioned at 18 years of age and again at 21 years of age about their current and previous sexual behaviour.

Sexual Violence

Facts At A Glance

Spring 2008

Adults

- In a nationally representative survey of 9,684 adults:¹
 - 10.6% of women reported experiencing forced sex at some time in their lives,
 - 2.1% of men reported experiencing forced sex at some time in their lives, and
 - 2.5% of women surveyed and 0.9% of men surveyed said they experienced unwanted sexual activity in the previous 12 months.

College Age

- 20% to 25% of women in college reported experiencing an attempted or a completed rape in college.²

Children and Youth (17 years or younger)

- In a nationally representative survey:¹
 - 60.4% of female and 69.2% of male victims were first raped before age 18.
 - 25.5% of females were first raped before age 12, and 34.9% were first raped between the ages of 12-17.
 - 41.0% of males were first raped before age 12, and 27.9% were first raped between the ages of 12-17.
- A 2005 survey of high school students found that 10.8% of girls and 4.2% of boys from grades 9-12 were forced to have sexual intercourse at some time in their lives.³

Perpetrators

- In a nationally representative survey:¹
 - In the first rape experience of female victims, perpetrators were reported to be intimate partners (30.4%), family members (23.7%), and acquaintances (20%).
 - In the first rape experience of male victims, perpetrators were reported to be acquaintances (32.3%), family members (17.7%), friends (17.6%), and intimate partners (15.9%).

Health Disparities

- Among high school students, 9.3% of black students, 7.8% of Hispanic students, and 6.9% of white students reported that they were forced to have sexual intercourse at some time in their lives.³
- Among 8000 women surveyed in 1995-1996, 17.9% of non-Hispanic whites, 11.9% of Hispanic whites, 18.8% of African Americans, 34.1% of American Indian/Alaska Natives, 6.8% of Asian/Pacific Islanders, and 24.4% of women of mixed race experienced an attempted or a completed rape at some time in their lives.⁴

Non-fatal Injuries and Medical Treatment

- Among sexual violence victims raped since their 18th birthday, 31.5% of women and 16.1% of men reported a physical injury as a result of a rape. 36.2% of injured female victims received medical treatment.⁴
- Based on national emergency department data, sexual assaults represented 10% of all assault-related injury visits to the emergency department by females in 2006.⁵

References

1. Basile KC, Chen J, Lynskey MC, Saltzman LE. Prevalence and characteristics of sexual violence victimization. *Violence and Victims* 2007;22(4): 437-448.
2. Fisher BS, Cullen FT, Turner MG. 2000. The sexual victimization of college women. Washington: Department of Justice (US), National Institute of Justice; Publication No. NCJ 182369.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance – United States. 2005. Surveillance Summaries, 2006. *MMWR* 2006;55:SS-5.
4. Tjaden P, Thoennes N. 2006. Extent, nature, and consequences of rape victimization: Findings from the National Violence Against Women Survey. Washington: US Department of Justice; Publication No. NCJ210346.
5. Centers for Disease Control and Prevention. 2007. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System [online]. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. [cited 2007 July 09]. Available from: www.cdc.gov/nceip/wisqars/default.htm.



For more information, please contact:
Centers for Disease Control and Prevention
National Center for Injury Prevention and Control
1-800-CDC-INFO • www.cdc.gov/injury • cdcinfo@cdc.gov



État de santé et consommation médicale
selon l'existence de violences physiques ou sexuelles
au cours des 12 derniers mois

État de santé	Au cours des 12 derniers mois				
	Aucune violence	Violences physiques		Violences sexuelles	Violences physiques et sexuelles
		Une fois	2 fois		
<i>Effectif</i>	6 634	150	133	84	31
	%	%	%	%	%
Détresse psychologique*					
Faible	72,6	42,0	34,0	39,2	22,7
Modérée	16,9	30,6	22,6	32,5	36,9
Élevée	10,5	27,5	43,4	28,3	40,5
Indice de stress** post-traumatique					
Faible	58,9	33,8	21,6	29,5	16,7
Modéré	36,0	48,8	53,5	58,6	63,9
Élevé	5,2	17,4	24,9	11,9	19,4
Tentative de suicide dans les 12 derniers mois					
	0,2	3,0	5,0	4,3	10,2
Consommation de psychotropes					
Jamais	78,6	64,2	49,9	60,8	41,6
Occasionnelle	11,7	15,7	19,6	15,8	18,8
Régulière	9,6	20,1	30,5	23,4	39,6
Consultations auprès d'un généraliste					
Aucune	18,9	7,9	14,0	15,6	0,0
1 à 4	56,8	62,8	49,1	56,0	66,7
5 ou plus	24,2	29,4	36,8	28,4	33,3
Arrêt de travail*** (N)					
au moins un arrêt	(5 042) 28,4	(118) 39,9	(95) 39,5	(65) 39,3	(26) 68,8

Champ : Ensemble des femmes interrogées.

* La détresse psychologique était mesurée à l'aide d'une échelle standardisée – le *General Health Questionnaire* – en 12 items ; un niveau faible correspondait à 2 items positifs ou moins, un niveau modéré entre 3 et 5 items positifs et un niveau élevé à 6 items positifs ou plus.

** L'indice de stress post-traumatique est calculé à partir de la fréquence des trois symptômes suivants au cours des 12 derniers mois : cauchemars, état d'anxiété et crises de panique.

*** Ne concerne que les femmes qui avaient un emploi au cours des 12 derniers mois.

**VIOLENCES ENVERS LES FEMMES
ET EFFETS SUR LA SANTE.
PRESENTATION DE L'ENQUETE
NATIONALE
SUR LES VIOLENCES ENVERS LES
FEMMES
EN FRANCE (ENVEFF)
Maryse JASPARD, Marie-Josèphe
SAUREL-CUBIZOLLES
et l'équipe Enveff***

Tableau 2 - Proportion (%) de personnes ayant subi des rapports forcés ou des tentatives selon la catégorie socioprofessionnelle

Profession du père (si l'agression a eu lieu avant 18 ans) ou profession de la personne (si l'agression a eu lieu après 18 ans)	Premiers rapports forcés ou tentatives	
	avant 18 ans	après 18 ans
Femmes		
Agriculteurs/Agricultrices	7,5	8,4
Artisan-e-s, commerçant-e-s	8,1	11,3
Cadres, professions intellectuelles	10,0	10,5
Professions intermédiaires	7,2	8,0
Employé-e-s	8,8	6,8
Ouvrier-e-s qualifié-e-s	8,0	6,1
Ouvrier-e-s non qualifié-e-s	9,0	7,2
Ne sait pas	17,0	-
Ensemble	8,8	7,4
Hommes		
Agriculteurs	0,6	0,0
Artisans, commerçants	3,5	1,9
Cadres, professions intellectuelles	3,5	1,9
Professions intermédiaires	3,3	2,1
Employés	2,8	1,9
Ouvriers qualifiés	2,3	1,3
Ouvriers non qualifiés	2,6	1,3
Ne sait pas	6,4	-
Ensemble	2,8	1,6

Champ: Personnes de 18 à 69 ans.

Guide de lecture: Parmi les femmes cadres et professions intellectuelles, 10,5% ont subi des rapports forcés ou des tentatives de rapports forcés après 18 ans.

(N. Bajon, M. Bouzon et l'équipe CSE, *Population & Sociétés* n° 445, Ined, mai 2008)

Source: Enquête CSF, 2006, *Inserm/Ined*.

Contexte de la sexualité en France (CSF) de 2006

Tableau 1 - Taux d'agressions sexuelles au cours de la vie par âge et sexe (%)

Âge à l'enquête	Tentatives de rapports forcés		Rapports forcés	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
18-19	8,4	4,5	4,4	1,4
20-24	9,8	2,7	6,0	1,9
25-34	10,9	2,4	8,4	1,8
35-39	11,5	3,8	7,8	1,8
40-49	8,6	4,1	9,1	2,1
50-59	8,9	2,0	5,4	0,8
60-69	5,9	2,6	3,2	1,3
Ensemble	9,1	3,0	6,8	1,5

Note: effectifs de femmes et d'hommes de 18 à 69 ans interrogés: 5 762 et 4 641.

Lecture: parmi les femmes âgées de 25 à 34 ans, 10,9% ont subi des tentatives de rapports forcés.

(N. Bajon, M. Bouzon et l'équipe CSE, *Population & Sociétés* n° 445, Ined, mai 2008)

Source: Enquête CSF 2006, *Inserm/Ined*.

Exemple d'évaluation des répercussions économiques des violences du couple

- JP Marissal, C Chevalley Cresge 2006
- **Première estimation du coût annuel des violences du couple: 1093,5 millions d'euros: estimation minimale.**
- Méthode:
 - estimation des coûts directs médicaux
 - Estimation des coûts directs non médicaux
 - Des coûts indirects: Les coûts indirects reflètent la valeur des conséquences de la maladie ou de l'action de santé qui ne sont pas pris en compte dans les coûts directs. On distingue d'une part les coûts pouvant être mesurés (pertes de production liées à un arrêt de travail), d'autre part les coûts intangibles tels que les conséquences psychologiques ou le pretium doloris.

- **Coûts directs médicaux:**

- **Prise en charge des hospitalière des évènements traumatiques.**

- Hospitalisation fracture: F: 5 063300/ H: 339700
 - Naissances bas poids: 576 400

- **Complications de la grossesse et des naissances de bas poids**

- 404 400

- **Recours aux soins ambulatoires:**

- MG: 496 200
 - Psychiatrie: 18513 300
 - Biologie: 259 000
 - Psychotropes: 357 136 200 (dont hommes (84 855 600)

- **Total: 382 789 300**

- **Coûts directs non médicaux:**

- **Violences conjugales et activité de la Justice**
 - Juridiction civile: (10 797 800 (hommes: 17 585 800)
 - Justice pénale et administration pénitentiaire: 15 023 000, 74 406 100
 - Protection judiciaire de la jeunesse: 1813 000
- **Violences conjugales et activité de la Police et la gendarmerie: 129 863 400**
- **Violences conjugales et hébergement: 43 214 200**
 - Hébergement d'urgence et d'insertion
 - Placement des enfants
 - Relogement et prestations sociales
- **Violences conjugales et prestations sociales: 26 230 300**
- **Violences conjugales et prise en charge du handicap: 2 543 100**
- **Total: 323 674 100 (gain amendes: 178 380 000)**

- **Coûts indirects**

- Les coût humain des violences conjugales:
 - Handicap acquis à la naissance: 479 00
 - Décès évitable: 169 241 200
 - Fractures infligées: 52 135 500
- Valorisation des pertes de production non marchande:
- Pertes de revenu liées aux incarcérations: 36 092 800
- **Total 388 086 600**

- **Carences :** connaissances entre violences conjugales et activité professionnelle, répercussions économiques des incarcérations

The Costs and Consequences of Sexual Violence and Cost-Effective Solutions

April 2011

The best available research tells us that crime victimization costs the United States \$450 billion annually (National Institute of Justice, 1996). Rape is the most costly of all crimes to its victims, with total estimated costs at \$127 billion a year (excluding the cost of child sexual abuse). In 2008, researchers estimated that each rape cost approximately \$151,423 (DeLisi, 2010). Sexual abuse has a negative impact on children's educational attainment (MacMillan, 2000), later job performance (Anda et al., 2004), and earnings (MacMillan, 2000). Sexual violence survivors experience reduced income in adulthood as a result of victimization in adolescence, with a lifetime income loss estimated at \$241,600 (MacMillan, 2000). Sexual abuse interferes with women's ability to work (Lyon, 2002). Fifty percent of sexual violence victims had to quit or were forced to leave their jobs in the year following their assaults due to the severity of their reactions (Ellis, Atkeson, & Calhoun, 1981). In 2008, violence and abuse constituted up to 37.5% of total health care costs, or up to \$750 billion (Dolezal, McCollum, & Callahan, 2009).

Appropriate and Early Intervention Can Mitigate Costs and Consequences

A 2006 study found that when victims receive advocate-assisted services following assaults, they receive more helpful information, referrals, and services and experience less secondary trauma or re-victimization by medical and legal systems (Campbell, 2006). Furthermore, the same study found that when advocates are present in the legal and medical proceedings following rape, victims fare better in both the short- and long-term, experiencing less psychological distress, physical health struggles, sexual risk-taking behaviors, self-blame, guilt, and depression. Rape survivors with advocates were 59% more likely to have police reports taken than survivors without advocates, whose reports were only taken 41% of the time.

Campbell, R. (2006). Rape survivors' experiences with the legal and medical systems: Do rape victim advocates make a difference? *Violence Against Women*, 12, 30-45. doi:10.1177/1077801205277539

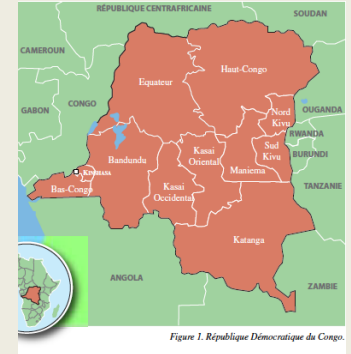
Côuts des conflits armés

Les violences sexuelles en République Démocratique du Congo : quelles conséquences sur le plan de la santé publique ?

Omba Kalonda JC

ULB (Université Libre de Bruxelles) Santé publique, Bruxelles, Belgique

Med Trop 2008; **68** : 576-578



- République Démocratique du Congo (RDC): deux guerres (1996-1998).
- morts estimés à plus de quatre millions, plus de 50 000 personnes ont subi des violences sexuelles particulièrement à l'Est.
- viols ont été utilisés comme arme de guerre par les hommes en uniformes et les combattants provenant de pays à prévalence élevée du VIH/SIDA.
- les experts estiment à 60% la prévalence du VIH/SIDA des soldats et combattants dans la région.
- Ces violences sexuelles subies par des femmes ont entraîné des conséquences sur le plan de la santé publique : la propagation des maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA, les grossesses non désirées, les complications gynécologiques des viols traumatiques et le traumatisme psychologique des victimes.

**Observations de l'initiative conjointe des agences onusiennes et des organismes non gouvernementaux luttant contre les violences sexuelles en RDC (1):
56.211 personnes ont subi des Violences sexuelles.**

Le journaliste britannique Chris Mc Greal (2) estime à 100 000 le nombre de femmes et jeunes filles violées En RDC.

- UNFPA : Initiative conjointe de lutte contre les violences sexuelles faites aux femmes, aux jeunes, aux enfants et aux hommes en RDC, Kinshasa, 2006 (www.unfparc.org/projets/ircd.htm).
- McGreal C: Special report Congo: Hundreds of thousands raped in Congo wars, The Guardian, november 2006 (www.guardian.co.uk/congo/story/0,,1947147,00.html)

RDC: viols en masse ont été utilisés comme arme de guerre par groupes armés et les hommes en uniformes présents dans la région (1,2).

Combattants opérant encore dans la partie orientale de la République Démocratique du Congo proviennent des pays voisins reconnus à prévalence élevée de l'infection auVIH et que le taux est estimé à près de 60%chez les soldats et combattants (3), alors que le taux national en RDC est de 4,2% (4).

1 ONUSIDA: Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida, Genève, 2004, 230 pages.

2. AMNESTY INTERNATIONAL. République Démocratique du Congo, Violences sexuelles un urgent besoin de réponses adéquates, Londres, Octobre 2004 ([http://web.amnesty.org/library index/fraafr620182004](http://web.amnesty.org/library/index/fraafr620182004)).

3. HUMAN RIGHTSWATCH: The war within the war. Sexual violence against Women and Girls in EasternCongo NewYork, 2002 : www.hrw.org/reports/2002/drc/congo0602-06htm#P805_165292). (Réf:181: United States Institute for Peace "Special Report: AIDS and Violent conflit in Africa", october 2001, p5 :www.usip.org)

4. UNAIDS : The Democratic Republic of Congo. Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections, Geneve 2004, 16 pages (http://data.unaids.org/Publications/Fact-Sheets01/demrepcongo_EN.pdf).

La propagation des maladies sexuellement transmissibles

Etudes ont montré que es femmes ont deux à quatre fois plus de risque que les hommes de contracter le virus lors d'une pénétration vaginale non protégée (1).

étude réalisée dans la province du Sud Kivu (à l'Est de la RDC) dans le cadre d'un programme de dépistage volontaire a montré une séro-prévalence générale de 20% dans la population testée. Cette séro-prévalence est montée à 40% dans le sous-groupe des femmes qui ont subi un viol (2).

1. ONUSIDA : Gender and AIDS, Almanac, Genève, 2001.

2. KatalikoActions forAfrica (KAF) et Sida Information Suisse (SIS): Rapport semestriel conjoint sur le programme de dépistage volontaire duVIH/SIDA dans la province du Sud-Kivu, République Démocratique du Congo, Mars 2005 (www.hiv-net.org/fr_f_afrpr05.html).

Les grossesses non désirées

Taux de grossesse varie d'un endroit à l'autre et dépend notamment de l'emploi de contraceptifs non obstructifs qui reste très peu fréquent au Congo.

Etude éthiopienne portant sur des adolescentes qui avaient déclaré avoir été violées que 17% étaient enceintes après le viol (1).

Aux USA une étude longitudinale (2) auprès de 4 000 femmes donne un taux de grossesse imputable à des viols de 5%.

En RDC, les femmes violées contraintes de garder leurs grossesses d'une part, l'alternative étant de risquer leur vie par un avortement clandestin parce que l'interruption volontaire de grossesse est interdite par la loi. D'autre part, une grossesse représente un risque de décès non négligeable, la mortalité maternelle étant l'une des plus élevées de l'Afrique et du monde, sans doute aggravée par le niveau socio-économique bas de la population Congolaise : pour 100 000 naissances vivantes, plus de 1 800 femmes meurent des suites de la grossesse ou de l'accouchement à l'Est du pays (3).

1. Mulugeta E, Kassaye M, Berhane Y. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. Ethiop Med J 1998 ; 36 : 167-174.

2. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. Am J Obstet Gynecol, 1996, 175: 320-324.

3. OMS: Bulletin mensuel de l'OMS en République Démocratique du Congo N° 07 – Avril 2007 (www.who.int/hac/crises/cod_sitreps/drc_avril_n07_2007.pdf).

Complications gynécologiques du viol avec violence

Au cours de ces violences sexuelles, plusieurs lésions physiques décrites dans cette région :

- les blessures dues à l'introduction d'objets de tout genre dans le vagin, la destruction du vagin à l'arme blanche ou à l'arme à feu.
- saignements, infections vaginales, l'irritation génitale, la dyspareunie, les douleurs pelviennes chroniques et les infections urinaires.

autres lésions plus complexes sont observées comme le prolapsus utérin et surtout la fistule gynécologique traumatique liée à la déchirure des tissus vaginaux imputable à une violente agression sexuelle (viol individuel, viol collectif et insertion forcée d'objet dans le vagin) (1).

Les femmes porteuses de fistule non seulement marquées par les horribles conséquences physiques d'un tel état mais doivent également vivre une double stigmatisation à cause de leur état incontinent et de leur statut indésirable par la société car étant victimes d'un viol. Certaines de ces complications gynécologiques exigent une chirurgie de reconstruction lourde.

1. ANONYME. Hôpital de traitement des fistules d'AddisAbeba, ProjetACQUIRE/EngenderHealth, Société éthiopienne des obstétriciens et gynécologues et Synergies des Femmes pour les Victimes des violences Sexuelles. Fistule Acquire/Engender Health. Septembre 2006, 63 pages (www.engenderhealth.org/ia/swah/pdf/TF-Report-French.pdf).

Traumatisme psychologique

Études : violence subie par les femmes leur cause un déséquilibre émotif: poussées vers la drogue et la prostitution (1).

Expérience du viol ou d'une agression sexuelle peut comportement suicidaire dès l'adolescence:

- Éthiopie, 6%des écolières et collégiennes violées déclarent avoir tenté de se suicider (2).
- Etude brésilienne portant sur des adolescentes conclut que violences sexuelles antérieures constituent un facteur prédictif pour plusieurs comportements à risque pour la santé, y compris les pensées suicidaires et les tentatives de suicides (3).

La communauté tout entière éprouve une grande détresse de voir se commettre ce genre d'actes sans qu'elle soit en mesure de se protéger. Le sentiment de culpabilité, la colère et l'angoisse qui en découlent peuvent conduire à la dépression ainsi qu'au syndrome post- traumatique et par conséquent conduire à une destructuration de la société qui constitue l'un des objectifs recherchés par les auteurs de ces violences.

La gravité de ces actes les rend comparables aux crimes contre l'humanité condamnés par les conventions internationales.

1 Mulugeta E, Kassaye M, BerhaneY. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. Ethiop Med J 1998 ; 36 : 167-174.

2 ANONYME. Gender Violence in Nigeria; Planfed News; 2001; Jan; 6(2): 5 (www.emro.who.int/Medical/INAS/Bulletin14literaturePOPLINE.htm).

3 Anteghini M, Fonseca H, Ireland M, Blum RW. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian Adolescents in Santos, Brazil. J Adolesc Health 2001 ; 28 : 295-302.

The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women

A Tiwari,^a KL Chan,^b D Fong,^a WC Leung,^c DA Brownridge,^d H Lam,^c B Wong,^e CM Lam,^f F Chau,^g
A Chan,^h KB Cheung,ⁱ PC Ho^j

Objective The objective of this first population-based study in Hong Kong was to assess the impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women.

Design Survey.

Setting Antenatal clinics in seven public hospitals in Hong Kong.

Population Three thousand two hundred and forty-five pregnant women.

Methods The Abuse Assessment Screen (AAS) and demographic questionnaires were administered face-to-face at 32–36 weeks of gestation. At 1 week postpartum, the AAS, Edinburgh Postnatal Depression Scale and SF-12 Health Survey were administered by telephone.

Main outcome measures Intimate partner violence, postnatal depression and health-related quality of life.

Results Two hundred and ninety six (9.1%) of the participants reported abuse by an intimate partner in the past year. Of those abused, 216 (73%) reported psychological abuse only and 80 (27%) reported physical and/or sexual abuse. Forty six (57.5%) in the physical and/or sexual abuse group also reported psychological

abuse. Women in the psychological abuse only group had a higher risk of postnatal depression compared with nonabused women (adjusted OR: 1.84, 95% CI: 1.12–3.02). They were also at a higher risk of thinking about harming themselves (adjusted OR: 3.50, 95% CI: 1.49–8.20) and had significantly poorer mental health-related quality of life ($P < 0.001$). The higher risks of postnatal depression and thinking of harming themselves were not observed in the physical and/or sexual abuse group although significantly poorer mental health-related quality of life ($P < 0.001$) was observed.

Conclusions Psychological abuse by an intimate partner against pregnant women has a negative impact on their mental health postdelivery. Furthermore, psychological abuse in the absence of physical and/or sexual abuse can have a detrimental effect on the mental health of abused women. The findings underscore the importance of screening pregnant women for abuse by an intimate partner and the need for developing, implementing and evaluating interventions to address psychological abuse.

Keywords Intimate partner violence, pregnancy, psychological abuse.

A Systematic Review of African Studies on Intimate Partner Violence against Pregnant Women: Prevalence and Risk Factors

Simukai Shamu^{1*}, Naeemah Abrahams², Marleen Temmerman³, Alfred Musekiwa⁴, Christina Zarowsky¹

Abstract

Background: Intimate partner violence (IPV) is very high in Africa. However, information obtained from the increasing number of African studies on IPV among pregnant women has not been scientifically analyzed. This paper presents a systematic review summing up the evidence from African studies on IPV prevalence and risk factors among pregnant women.

Methods: A key-word defined search of various electronic databases, specific journals and reference lists on IPV prevalence and risk factors during pregnancy resulted in 19 peer-reviewed journal articles which matched our inclusion criteria. Quantitative articles about pregnant women from Africa published in English between 2000 and 2010 were reviewed. At least two reviewers assessed each paper for quality and content. We conducted meta-analysis of prevalence data and reported odds ratios of risk factors.

Results: The prevalence of IPV during pregnancy ranges from 2% to 57% (n = 13 studies) with meta-analysis yielding an overall prevalence of 15.23% (95% CI: 14.38 to 16.08%). After adjustment for known confounders, five studies retained significant associations between HIV and IPV during pregnancy (OR 1.48–3.10). Five studies demonstrated strong evidence that a history of violence is significantly associated with IPV in pregnancy and alcohol abuse by a partner also increases a woman's chances of being abused during pregnancy (OR 2.89–11.60). Other risk factors include risky sexual behaviours, low socioeconomic status and young age.

Conclusion: The prevalence of IPV among pregnant women in Africa is one of the highest reported globally. The major risk factors included HIV infection, history of violence and alcohol and drug use. This evidence points to the importance of further research to both better understand IPV during pregnancy and feed into interventions in reproductive health services to prevent and minimize the impact of such violence.

En conclusion

- Impact gigantesque des violences sexuelles (évitables) sur la santé et les dépenses de santé.
- Actions de prévention nombreuses, dont l'impact n'est pas chiffré.
- Savoir se défendre ?