

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».¹ 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.² 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,³ d'autres études, menées en Afrique subsaharienne surtout, trouvent des taux généralement entre 20% et 30% de la totalité des femmes,⁴ et parfois même de plus de 40%.⁵ 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.⁶

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.⁷ 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.⁸ 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 planifiées⁹ 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.¹⁰

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.¹¹ 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),¹² VIH compris,¹³ 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,¹⁵ parallèlement à de moindres niveaux de négociation ou d'usage du préservatif.¹⁶

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.¹⁷ 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.¹⁸ Une proportion significative commence à avoir des rapports avant le mariage.¹⁹ 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.²⁰

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 1990.²¹ 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.*²² 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.²³ 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.²⁴ 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.²⁵

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

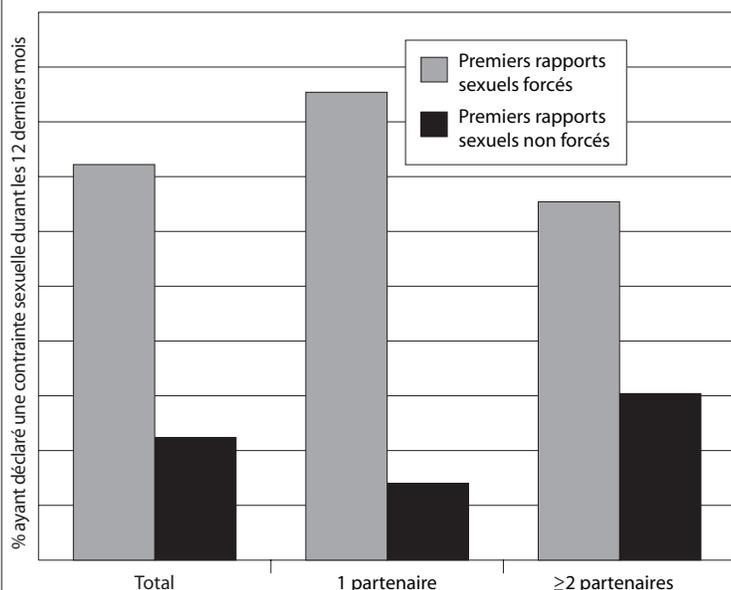
Quatorze pour cent des répondantes ont déclaré avoir subi leurs premiers rapports sexuels sous la contrainte (ces données ne sont pas présentées). La probabilité pour une répondante d'avoir été contrainte lors des premiers rapports est fortement associée avec l'âge qu'elle avait au moment de ces rapports: 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 ^{ers} rapports forcés Oui	Non	1 ^{ers} rapports forcés Oui	Non	1 ^{ers} rapports forcés Oui	Non
Pratique contraceptive actuelle	(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
χ^2 p-value	0,005	0,130	0,023			
A déjà été enceinte	(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
χ^2 p-value	0,005	0,255	0,002			
Planification de la dernière grossesse ou de la grossesse en cours †	(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
χ^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 significatives 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 l'odeur désagréable, la miction fréquente ou douloureuse, les rapports sexuels douloureux, 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 ^{ers} rapports forcés		1 ^{ers} rapports forcés		1 ^{ers} rapports forcés	
	Oui (N=83)	Non (N=492)	Oui (N=46)	Non (N=249)	Oui (N=37)	Non (N=243)
Nombre total de partenaires						
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
χ^2 p-value	0,001		0,088		0,052	
Usage du préservatif lors des derniers rapports						
Non	86,7	67,1	95,6	94,8	75,7	38,4
Ouï	13,3	32,9	4,4	5,2	24,3	61,6
χ^2 p-value	0,004		0,804		0,001	
Usage régulier du préservatif durant les 6 derniers mois†						
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
χ^2 p-value	0,001		0,592		0,001	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

†N total pour cette mesure=574.

Analyses multivariées

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 ^{ers} rapports forcés		1 ^{ers} rapports forcés		1 ^{ers} 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)
1^{ers} rapports forcés					
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)*
Niveau d'instruction (années)					
<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)*
Appartenance religieuse					
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)
Âge aux premiers rapports sexuels					
<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)
Statut matrimonial					
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<0,05. **p<0,01. ***p<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.²⁶ 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.²⁷ 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.²⁸

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.²⁹ 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.³⁰ 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.³¹ 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 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.³²

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-

*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.

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.³³ 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.³⁴

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-

- 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

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