Communiqué de politique de gestion

POPULATION REFERENCE BUREAU

JUILLET 2015

PAR **KATE GILLES**

VIOLENCE ENTRE PARTENAIRES INTIMES ET PLANIFICATION FAMILIALE : POSSIBILITÉS D'INTERVENTION

1 sur 3

La proportion de femmes à travers le monde ayant été victimes de violences conjugales.

Les grossesses non souhaitées sont plus répandues parmi les femmes victimes de violence exercée par un partenaire intime par rapport à d'autres femmes n'étant pas confrontées à cette situation.

2 fois plus élevés

La différence entre les taux d'avortements provoqués entre les femmes victimes de violence exercée par un partenaire intime et celles n'y étant pas confrontées.

La violence entre partenaires intimes (VPI), définie comme la violence à caractère physique et/ou sexuel exercé par un partenaire actuel ou ancien, est un problème auquel sont confrontées les femmes de toutes les régions et de tous les pays (voir définition, Encadré 1).[1] À l'échelle mondiale, environ une femme sur trois ayant eu une relation a été victime de VPI.[2] Les femmes sont davantage susceptibles d'être victimes de violences exercées par un partenaire intime que par tout autre individu.[3]

Ce document présente des données devant permettre aux décideurs politiques et à d'autres intervenants de comprendre la nature et l'étendue des préjudices causés par la VPI, en particulier s'agissant de la santé de la reproduction des femmes et de leur autonomie, tout en mettant en avant des possibilités d'intervention. Les décideurs politiques peuvent combattre la VPI et ses conséquences en cherchant à promouvoir des politiques intégrées et en consacrant des ressources financières au soutien des systèmes, des programmes et des services s'attaquant aux point de convergence entre la VPI, la santé et l'autonomisation des femmes.

La violence entre partenaires intimes est une épidémie mondiale

C'est en Afrique, en Méditerranée orientale et en Asie du Sud-Est que les taux de VPI sont les plus élevés, soit 37% de femmes dans chacune de ces régions, par rapport à 23% dans les régions à revenus élevés.[4] Certaines femmes sont particulièrement vulnérables à la VPI et aux conséquences négatives y étant associées, notamment les jeunes filles et les femmes visant dans des pays en crise ou des régions touchées par des conflits (voir Figure 1 ; voir Encadré 2, page 2).[5] Parmi les autres facteurs augmentant le risque d'exposition d'une femme à la VPI figurent le mariage précoce, l'abus d'alcool par le partenaire et l'observation de violences domestiques durant l'enfance.[6]

ENCADRÉ 1

Définir la violence entre partenaires intimes (VPI)

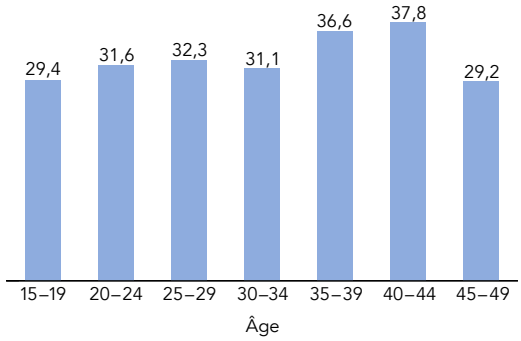
La violence entre partenaires intimes (VPI) fait référence à la violence de nature physique et/ou sexuelle exercée par un partenaire actuel ou ancien. La violence physique et la violence sexuelle peuvent fréquemment, mais pas toujours, se produire de manière concomitante et intervenir dans le contexte du mariage ou de relations moins formelles (notamment des relations sexuelles avec un partenaire occasionnel ou en dehors des liens du mariage). La VPI affecte aussi bien les hommes que les femmes mais les femmes en sont plus fréquemment victimes de la part des hommes.

Source : Organisation mondiale de la santé (OMS), *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire* (Genève : OMS, 2013) ; et OMS, *Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : Intervenir et produire des données* (Genève : OMS, 2010).

FIGURE 1

La VPI touche des femmes de tout âge

Pourcentage de femmes ayant eu un partenaire et ayant été victimes de VPI



Source : Organisation mondiale de la santé (OMS), *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : Prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire* (Genève : OMS, 2013).

ENCADRÉ 2

VPI parmi les adolescentes et les jeunes femmes

La VPI touche fréquemment les adolescentes et les jeunes femmes. Parmi celles ayant déjà été dans une relation, 29% des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et 32% des jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ont été victimes de violence physique ou sexuelle exercée par un partenaire. Ces chiffres sont particulièrement alarmants dans la mesure où des rapports sexuels et des relations précoces exercent une influence significative sur l'avenir d'une femme : Les effets de la violence durant cette période formatrice sur la santé et le bien-être à long terme d'une femme peuvent ainsi être amplifiés. Dans la mesure où les femmes confrontées une fois à la violence d'un partenaire sont susceptibles d›en être victimes à d'autres reprises, la violence à un jeune âge peut augmenter l'exposition globale d'une femme à ce type de violence au cours de sa vie.[1]

Les adolescentes et les jeunes femmes peuvent encourir un risque accru de VPI en raison de leur jeunesse, de leur inexpérience relative et des dynamiques de pouvoir sexospécifiques, en particulier lorsque le partenaire masculin est plus âgé.[2] Bien que la VPI se produise fréquemment en dehors du mariage, le mariage précoce constitue un facteur de risque particulier.

1 Heidi Stöckl et al., "Intimate Partner Violence Among Adolescents and Young Women: Prevalence and Associated Factors in Nine Countries, A Cross-Sectional Study," *BMC Public Health* 14, no. 751 (2014); Michelle Decker et al., "Gender-Based Violence Against Adolescent and Young Adult Women in Low- and Middle-Income Countries," *Journal of Adolescent Health* 56 (2015): 188-96; Organisation mondiale de la santé (OMS), *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : Prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire* (Genève : OMS, 2013).

2 OMS, *Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : Intervenir et produire des données* (Genève : OMS, 2010).

La VPI a de lourdes conséquences sur la santé et les droits des femmes, notamment une dégradation de leur santé physique, mentale et génésique, ainsi que sur leurs nouveau-nés et leurs enfants, qui sont davantage susceptibles d'être confrontés à des problèmes de santé et de développement. Les effets négatifs de la VPI s'étendent au développement national qui peut être entravé par la perte de productivité et l'augmentation des dépenses de santé et liées aux services sociaux.

Certaines des conséquences les plus graves de la VPI ont trait à la santé de la reproduction des femmes et à leur autonomisation. Parmi ces répercussions figurent des taux élevés de grossesses non planifiées, d'avortements et de fausses couches, ce qui suggère que la VPI interfère fréquemment avec la capacité des femmes à recourir de manière systématique et efficace aux modes de contraception.

ENCADRÉ 3

Remédier à la VPI en recourant à une approche fondée sur les droits en matière de santé de la reproduction

L'accent mis sur une approche fondée sur les droits en matière de promotion et de prestation de services de santé génésique offre une occasion essentielle de remédier à l'impact négatif de la VPI. Il s'agit d'une violation de multiples droits humains, notamment le droit à la vie et à la sécurité de la personne, le droit à l'égalité et le droit de jouir du meilleur état de santé possible.[1] Une approche fondée sur les droits dans les domaines de la planification familiale et de la santé de la reproduction permet de s'attaquer à l'ensemble des obstacles pouvant interférer avec la capacité des femmes à prendre des décisions libres, éclairées et volontaires s'agissant de leur santé et de leur comportement en termes de procréation, notamment l'utilisation de contraceptifs.[2] Sous cet angle, s'attaquer à la VPI constitue une stratégie permettant à des femmes autrement affaiblies de prendre le contrôle sur un aspect de leur vie.

1 World Health Organization (WHO), *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines* (Geneva: WHO, 2013).

2 Family Planning 2020 « Principes relatifs aux droits et à l'autonomisation de la planification familiale, » (2014), consulté sur www.familyplanning2020.org/resources/4697, le 20 mai 2015

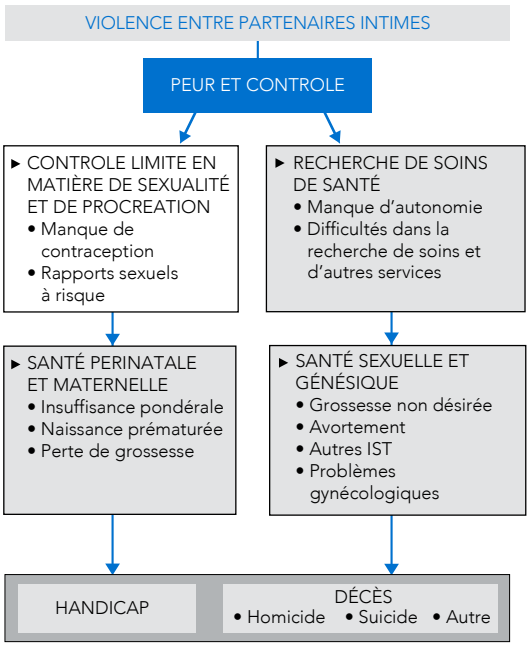
Aborder ouvertement la question de la VPI

La VPI est souvent traitée comme un problème relevant du domaine privé, ignorée, voire même perçue comme une pratique normale ou acceptable. Très souvent, les femmes ne signalent pas la maltraitance infligée par un partenaire intime par peur de représailles ou de stigmatisation, parce qu'elles croient que la violence exercée par des partenaires est une chose à laquelle elles doivent s'attendre, ou parce qu'elles ont le sentiment que personne ne peut ou ne veut les aider.[7] Un comportement violent ou la violence à l'égard d'un partenaire sont souvent considérés comme des comportements masculins acceptables. Ces attitudes sont assimilées à un jeune âge, et les garçons et les filles qui sont témoins d'actes de maltraitance au sein de leur foyer reproduisent ces comportements dans la prochaine génération.[8]

Ce n'est qu'au cours des dernières décennies que la VPI (ainsi que d'autres types de violence à l'encontre des femmes) a commencé à être perçue comme un crime et une violation des droits humains (voir Encadré 3).[9] De plus en plus souvent, la VPI est également reconnue comme un

FIGURE 2

Liens et effets sur la santé de la violence exercée par le partenaire intime



Source : Adapté de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : Prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire* (Genève : OMS, 2013).

problème de santé, en particulier en matière de santé de la reproduction.[10] Il existe encore une compréhension limitée de la relation entre la VPI et la santé de la reproduction et du rô le adéquat des décideurs politiques et des prestataires de soins s›agissant de l'identification des cas, de la riposte à initier et du soutien à fournir aux femmes victimes de VPI.

VPI : Un large éventail de conséquences

Les femmes confrontées à la VPI encourent un plus grand risque de souffrir d'un large éventail de problèmes de santé ou de situations ayant un impact défavorable sur leur santé (voir Figure 2). Elles sont ainsi deux fois plus susceptibles d'être atteintes de dépression que les femmes n'étant pas victimes de VPI, et 1,5 fois plus susceptibles de devenir séropositives.[11] Parmi les autres effets négatifs sur leur santé figurent les blessures, les troubles gastro-intestinaux, les douleurs chroniques, la dépression, les troubles de stress post-traumatique, le suicide et la consommation d'alcool.[12]

La VPI a également des conséquences sérieuses pour les nouveau-nés et les enfants : Les femmes vivant dans des relations violentes sont moins susceptibles de bénéficier de consultations prénatales adéquates et encourent un risque plus élevé d'accoucher prématurément ou de donner naissance à un enfant en insuffisance pondérale. Les enfants de femmes confrontées à la VPI sont moins susceptibles de se faire vacciner et encourent un risque plus important de problèmes de santé, de développement et de comportement plus tard dans la vie.[13] Par ailleurs, les enfants étant témoins de violence chez eux sont beaucoup plus susceptibles de perpétrer des actes de violence ou d'en être victimes plus tard dans la vie.[14]

L'impact cumulé de la VPI sur le bien-être individuel des femmes se traduit par des conséquences négatives pour les communautés et les nations. Les coûts directs liés à l'augmentation des dépenses de santé et des services sociaux représentent un fardeau conséquent pour les budgets nationaux. Par exemple, le coût annuel des dépenses liées à la VPI est estimé entre 1,7 et 10 milliards de dollars aux États-Unis.[15] D'autres coûts économiques viennent s'ajouter à ces dépenses lorsque les femmes manquent des jours de travail ou lorsqu'on les empêche de travailler en dehors de chez elles : Des estimations recueillies au Brésil, en Tanzanie, au Chili et en Afrique du Sud placent la perte de productivité causée par la VPI entre 1% et 2% du produit national brut.[16] L'ensemble des coûts annuels de la VPI sont estimés à 23 milliards de livres au Royaume-Uni et à l'équivalent de 4,5 milliards de livres en Australie.[17] Bien qu'il s'agisse des calculs les plus récents, ils datent de plusieurs années et sous-estiment probablement les coûts réellement encourus.

ENCADRÉ 4

Atteinte aux droits reproductifs

Silverman et Raj définissent l'atteinte aux droits reproductifs comme « (...) l'ensemble des comportements qui interfèrent directement avec la contraception et la grossesse, réduisant ainsi l'autonomie des femmes en matière de procréation. Les deux formes d'atteinte à ces droits sont l'obligation faite à une femme de tomber enceinte ou le sabotage de ses moyens de contraception. » La coercition liée à la grossesse fait référence aux efforts déployés par un partenaire masculin pour obliger une femme à tomber enceinte ou à mener une grossesse à terme qu'elle ne souhaite pas, ou inversement, à mettre un terme à une grossesse qu'elle désire. Le sabotage des moyens de contraception décrit l'interférence intentionnelle d'un partenaire masculin avec la tentative d'une femme d'éviter une grossesse, par exemple en cachant ou en détruisant son stock de pilules ou en endommageant un préservatif.

Source : Jay G. Silverman and Anita Raj, "Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control," *PLOS Medicine* 11, no. 9 (2014): e1001723.

VPI : Un problème lié à la santé de la reproduction

Certaines des conséquences les plus graves de la VPI ont trait à la santé de la reproduction des femmes et à leur autonomisation. Dans le cadre d'un examen global, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a souligné que « Les femmes vivant dans des relations marquées par la violence, ou vivant dans la crainte d'être victimes de violence (...) peuvent avoir un contrôle limité sur le moment ou les circonstances de leurs rapports sexuels (...) » Les femmes exposées à la VPI n'ont peut-être pas le choix du moment où elles ont des rapports, de se protéger contre le VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), ou d'insister sur le recours à la contraception.[18] La VPI est parfois accompagnée d'une atteinte à la liberté reproductive, un phénomène qui se produit lorsqu'un partenaire masculin interfère directement avec les désirs d'une femme en termes de grossesse (voir Encadré 4, page 3).[19] Le comportement dominant qui caractérise souvent les relations marquées par la violence peut limiter l'accès d'une femme à des soins de santé, notamment en matière de planification familiale, et exacerber les problèmes de santé liés à la VPI.[20]

Les femmes victimes de VPI connaissent des taux de grossesses non souhaitées plus élevés.[21] Une étude réalisée en Colombie est parvenue à la conclusion que l'éradication de la VPI dans ce pays permettrait d›éviter 32 000 grossesses non désirées par an.[22]

Les taux d'avortements provoqués (ou causés par d'autres pratiques dangereuses) sont également plus élevés (plus du double selon certaines estimations) parmi les femmes victimes de VPI, reflétant ainsi les forts taux de grossesses non souhaitées.[23] Les femmes vivant dans des relations violentes connaissent également des taux de fausses couches et de morts à la naissance plus élevés.[24]

VPI et planification familiale : Une relation complexe

Étant donné les taux élevés de grossesses non désirées et les faibles résultats obtenus en termes de santé de la reproduction parmi les femmes exposées à la VPI, il est important d›envisager la relation entre la VPI et la planification familiale. L›impact de la VPI sur le recours aux contraceptifs est compliqué à analyser et varie en fonction des pays et des contextes. Des études longitudinales (en d'autres termes des études menées à l'aide de données issues de plus d'un seul point dans le temps) peuvent contribuer à expliquer la relation entre la VPI et la planification familiale et déterminer si ce type de violence est plus ou moins susceptible d'amener les femmes à recourir à des méthodes de contraception. Une analyse des études longitudinales dans les pays développés a permis de déterminer que les femmes ayant été victimes de VPI au cours des 6 à 12 derniers mois étaient moins susceptibles de recourir à des méthodes de contraception, en particulier à des préservatifs.[25] Malheureusement, peu d'études de ce type ont été réalisées dans des pays en voie de développement.

Les données recueillies dans les pays en voie de développement dépeignent une réalité complexe dépendante du contexte à l'étude : Certaines enquêtes ont démontré que les femmes confrontées à la VPI étaient moins susceptibles de recourir à des méthodes de contraception modernes, tandis que d'autres travaux de recherche ont montré des taux d'utilisation contraceptive similaires ou plus élevés parmi les femmes rapportant être victimes de VPI, par rapport aux femmes n'en faisant pas état.[26] D'autres études ont démontré que les femmes souffrant de maltraitance étaient plus susceptibles d'avoir utilisé des contraceptifs à un moment donné, mais étaient également plus susceptibles d'en cesser l'usage et moins susceptibles d'utiliser la méthode qu'elles préfèraient, suggérant ainsi que la VPI interfère avec la capacité des femmes à recourir systématiquement à leur méthode préférée au fil du temps.[27]

Des recherches plus étendues sont nécessaires pour expliquer les raisons de ces variations. Néanmoins, quelques facteurs semblent influencer la motivation et la capacité d'une femme victime de VPI à recourir à la planification familiale. Parmi ces facteurs figurent notamment :

Les normes en matière de genre. Là où les normes en matière de genre sont plus rigides et où l'autorité et la domination des hommes sont appliquées avec fermeté, les femmes jouissent dans l'ensemble d›une plus faible autonomie. Dans ce contexte, les femmes vivant dans des relations violentes peuvent être encore moins capables de recourir à la contraception.[28]

Acceptation par la communauté du recours à la contraception. Là où les méthodes de contraception modernes sont largement utilisées, il peut être plus acceptable et plus simple pour les femmes confrontées à la VPI de recourir à la planification familiale.[29] Toutefois, si la contraception n'est pas largement utilisée au sein d'une communauté donnée, une femme peut craindre que le fait de recourir à une méthode de contraception soit perçue comme une transgression d'un comportement établi, lui faisant courir le risque de représailles violentes de la part de son partenaire. Le type de méthodes le plus fréquemment employé dans une communauté peut également influencer l'usage de contraceptifs. Par exemple, les préservatifs et la stérilisation féminine sont les méthodes les plus répandues en Inde. Néanmoins, les préservatifs requièrent une coopération de la part du partenaire, ce qui n'est pas toujours possible pour les femmes vivant dans une relation violente. De plus, la stérilisation constitue une méthode permanente et ne répond pas forcément aux besoins de toutes les femmes.[30]

Disponibilité des contraceptifs. Lorsque les méthodes de contraception sont plus largement disponibles, abordables et accessibles (par exemple, par le biais de programmes gouvernementaux efficaces en matière de planification familiale ou d'un dispositif de distribution communautaire), il

peut être plus facile pour les femmes d'utiliser des méthodes de contraception, quand bien même leur autonomie est limitée par la violence d'un partenaire.[31]

Type de VPI. Quelques études récentes ont démontré que les femmes victimes de violence sexuelle par un partenaire étaient plus susceptibles d'utiliser des contraceptifs, et d'utiliser une méthode dont elles ont le contrôle, que les femmes confrontées à des violences physiques causées par leur partenaire ou les femmes n'étant pas du tout victimes de VPI.[32]

Dans la mesure où les grossesses non souhaitées et les avortements provoqués sont plus fréquents chez les femmes confrontées à la VPI dans à peu près chaque environnement, même lorsque l'utilisation rapportée de contraceptifs est élevée, il est raisonnable de supposer que la VPI interfère avec la capacité des femmes à recourir de manière systématique et efficace à des méthodes de contraception.[33] Cela indique également que les ressources et les services actuels en termes de planification familiale ne répondent pas aux besoins des femmes vivant dans des relations violentes.

Une occasion à saisir

La vaste majorité des femmes, notamment celles confrontées à la VPI, recourront à des services de santé de la reproduction à un moment donné de leur vie. Des études ont montré que les femmes souhaitent faire part de leur situation au personnel de santé et obtenir son soutien. Un dépistage universel, consistant à détecter toutes les femmes victimes de VPI durant une consultation, sans tenir compte du fait qu'elles présentent des signes indiquant qu'elles sont confrontées à la VPI ou qu'elles risquent de l'être, peut ne pas être faisable ou adéquat dans des contextes où les femmes ne peuvent pas bénéficier de services de soutien complets ou y être référées.[34] Toutefois, même lorsque des dépistages actifs ne sont pas mis en place, les prestataires de soins sont souvent les premiers à reconnaître les cas de maltraitance ou à en prendre connaissance au contact des victimes. Consciente de cette réalité, l'OMS recommande que, indépendamment des protocoles de dépistage, tous les prestataires soient formées de manière à dispenser des soins avec compassion et à l'écoute des femmes (voir Encadré 5).[35]

Reconnaître la situation des femmes vivant dans des relations marquées par la violence est essentiel pour pouvoir leur dispenser des soins adaptés répondant à leurs besoins particuliers. Ces soins doivent permettre à une femme de choisir une méthode contraceptive à laquelle elle peut recourir facilement, en toute sécurité et de manière efficace ; offrir d'autres services essentiels en matière de santé de la reproduction, notamment des services de dépistage et de traitement contre les IST et le VIH, des consultations prénatales et des services de santé maternelle ; et mettre les femmes en relation avec d'autres ressources éventuellement disponibles (counseling psychologique, services sociaux et assistance juridique).[36]

ENCADRÉ 5

Formation des prestataires de soins à la riposte contre la VPI et aux services axés sur les besoins des femmes

Dans l'idéal, les prestataires bénéficieront d'une formation au fil de leur carrière, allant de la formation initiale à la formation continue. La formation essentielle aux dispositifs de riposte et de soutien contre la VPI doit chercher à sensibiliser les prestataires et améliorer leur compréhension des causes de la VPI, tout en leur permettant de mieux saisir la relation entre la VPI et la santé de manière à ce qu'ils puissent adapter les soins qu'ils dispensent aux besoins spécifiques des femmes, et en reliant les agents de santé à d'autres ressources disponibles pour les femmes victimes de VPI.[1]

La formation de base jette les fondations des services de soins axés sur les femmes qui sont définis par l'OMS de la manière suivante :

- Ne portent aucun jugement critique et offrent un soutien.
- Dispensent des soins et un soutien pratiques qui répondent aux préoccupations des femmes.
- Cherchent à comprendre le vécu des femmes en matière de violence, en restant à leur écoute et en ne les obligeant pas à parler.
- Aident les femmes à obtenir des informations concernant les ressources disponibles.
- Offrent aux femmes une assistance pour accroître leur sécurité et celles de leurs enfants, le cas échéant.
- Fournissent ou mobilisent un soutien social.
- Garantissent l'intimité et la confidentialité des patientes.

1 Julia Kim and Mmatshilo Motsei, "'Women Enjoy Punishment': Attitudes and Experiences of Gender-Based Violence Among PHC Nurses in Rural South Africa," *Social Science and Medicine,* 54 (2002): 1243–54.

Le système de santé doit être équipé pour œuvrer avec compassion et dispenser des soins adaptés aux besoins des femmes confrontées à la VPI, à l'aide de prestataires formées et à l'écoute des femmes, d'une dotation adéquate en effectifs, d'un dispositif de supervision formative, de protocoles standardisées et de passerelles vers des systèmes de soutien généraux destinés aux femmes victimes de violence. La mise en place de ces différents aspects passe par des mesures politiques et un engagement financier.

Les décideurs politiques sont des partenaires essentiels dès lors qu'il s'agit de répondre aux besoins des femmes victimes de VPI

Les décideurs politiques peuvent établir le cadre politique et prendre des engagements financiers permettant aux programmes de planification familiale et de santé de la reproduction de venir en aide aux femmes confrontées à la VPI à travers des services adéquats et des soins parfaitement adaptés. Des politiques et des financements spécifiques visant à soutenir des approches intégrées et efficaces pour remédier à la VPI et améliorer la prestation de services de planification familiale doivent inclure le développement de directives complètes sur le système de santé, la formation des prestataires, la dotation adéquate en effectifs, la consolidation des chaînes d'approvisionnement pour garantir la disponibilité de l'ensemble des méthodes contraceptives, et des réseaux fiables facilitant la référence des patientes et l'assistance aux femmes vivant dans des relations violentes.

En même temps, les décideurs politiques peuvent compléter et renforcer le travail réalisé par le secteur de la santé en introduisant et en soutenant des stratégies essentielles visant à prévenir et à réduire la VPI à grande échelle. Dans la mesure où la VPI est intimement liée aux attitudes inéquitables en termes de genre et à des croyances néfastes ayant trait aux rôles traditionnellement dévolus aux hommes et aux femmes, ce soutien consiste en la mise en œuvre d'initiatives intersectorielles visant à promouvoir l'égalité entre les genres et la transformation des normes négatives dans ce domaine, notamment dans les programmes sportifs scolaires et destinés à la jeunesse, par le biais de campagnes médiatiques, ou dans le cadre de programmes de développement.[37] Les décideurs politiques peuvent favoriser la création de passerelles entre le système de soins, les services sociaux, la police et le système judiciaire, le système d›éducation et d'autres secteurs, pour promouvoir une riposte coordonnée contre la VPI.

Des approches prometteuses

Étant donné le lourd tribut payé par les femmes, les familles et les pays, existe-t-il des approches prometteuses permettant de prévenir la VPI ? Il est encourageant de voir que Michau et ses collègues répondent par l›affirmative en écrivant dans le *Lancet* que « les données montrent que des changements dans les attitudes et les comportements peuvent intervenir en moins d'une génération et peuvent se produire dans des délais plus courts (...).[38]

CHARM : TRAVAILLER AVEC LES HOMMES POUR RÉDUIRE LA VPI ET SOUTENIR LE RECOURS À LA CONTRACEPTION PARMI LES FEMMES

En Inde, dans les milieux ruraux, l'initiative CHARM (Conseiller les maris pour parvenir à l'égalité des droits reproductifs et des droits des conjoints) soutient le recours à la contraception et l'égalité des genres parmi les jeunes mariés en travaillant avec les maris. Des prestataires de soins masculins locaux spécialement formés au niveau des villages (VHP) vont à la rencontre de jeunes maris impliqués dans le programme pour deux sessions de counseling et d'éducation sur la planification familiale et l'égalité des genres, notamment sur le partage des responsabilités en matière de planification familiale, la prise de décision conjointe et respectueuse avec les épouses et la mise sur un pied d'égalité des enfants garçons et filles. Les VHP montrent à quel point il est important de valoriser et de respecter les femmes et les jeunes filles de manière générale, plutôt que de parler directement de la violence à caractère sexiste (VS). Dans le cadre d'une session additionnelle, les VHP conseillent les couples sur la planification familiale et la prise de décision conjointe et dispensent des services de planification familiale.

Un essai de contrôle aléatoire rigoureux récemment mené dans le cadre de l'intervention a montré des résultats prometteurs. Les participants à l'initiative CHARM, par rapport aux individus n'ayant pas été ciblés par l'intervention, ont montré :

- Des améliorations à la fois dans l'usage de méthodes contraceptives modernes et dans la communication entre époux au sujet du recours à la contraception. L'augmentation la plus notable a été observée dans l'utilisation du préservatif, probablement en raison de l'attention particulière portée sur les hommes durant l'intervention.
- Une incidence beaucoup plus faible de la VPI à caractère sexuel, faisant ainsi de cette étude la première à enregistrer un impact positif significatif dans ce domaine.
- Une probabilité moindre d'accepter la VPI physique comme étant parfois justifiée ou de cautionner la VPI sexuelle.

Sur la base de ces résultats encourageants, les chercheurs espèrent étendre ce programme à plus grande échelle dans différents milieux.[39]

SASA! : MOBILISER LES ACTEURS DU CHANGEMENT À L'ÉCHELLE COMMUNAUTAIRE

SASA! a été principalement développé comme une intervention servant à la prévention du VIH en Ouganda mais l'approche polyvalente du programme en matière de promotion de l'égalité des genres et de réduction de la violence a permis d'exercer un impact significatif sur une large palette d'indicateurs, notamment dans le domaine de la VPI. SASA! a cherché à changer les attitudes et les normes au sein des communautés s'agissant de l'égalité des genres et des comportements sanitaires en impliquant un large éventail de parties prenantes à ce niveau dans le cadre d'activités de mobilisation et de plaidoyer. Une évaluation rigoureuse, une des premières pour une

intervention de ce type, a permis d'observer les résultats suivants dans les communautés visées par le programme SASA! :

- Les femmes étaient moins susceptibles de signaler des cas de VPI physique au cours de l'année écoulée.
- Les hommes étaient moins susceptibles de signaler avoir eu des relations concomitantes avec d'autres partenaires au cours de l'année écoulée.
- Aussi bien les hommes que les femmes étaient davantage susceptibles d'adopter des attitudes progressistes (acceptation réduite du recours à la violence des hommes à l'encontre d'une partenaire et acceptation accrue du droit des femmes de refuser des rapports sexuels).

D'autres résultats indiquent que le programme a eu un impact positif sur l'incidence de la VPI à caractère sexuel et sur l'attitude des hommes par rapport à leur droit d'exiger des rapports sexuels à leur partenaire. Plus encourageants encore, ces résultats ont été observés dans l'ensemble de la communauté, et pas seulement parmi les individus activement impliqués dans le programme, ce qui laisse entrevoir la promesse d'un changement sociétal de grande ampleur dans des délais relativement courts.[40]

PROJET EMPOWER : JETER LES FONDATIONS DE LA RIPOSTE CONTRE LA VPI AU BÉNIN

De 2007 à 2012, dans le cadre du Projet EMPOWER, Care Bénin a œuvré à l'amélioration du cadre politique et légal dans la lutte contre la VS au Bénin. Ce projet, qui rassemblait un réseau de parties prenantes issues de la société civile, de ministères, des communautés et des médias, a sensibilisé la population à la VS et a favorisé l'adoption de la première loi du pays en matière de lutte contre la violence à caractère sexiste. La mobilisation et la sensibilisation simultanées des communautés ont joué un rôle essentiel dans l'adoption de cette loi en générant une vague de soutien à la base de la population pour que des mesures soient prises contre la VS.

En rassemblant des partenaires au niveau communautaire et national, CARE a été en mesure de jeter les fondations d'une plateforme solide pour intensifier les efforts de plaidoyer et de mobilisation sociale ayant débouché sur la loi contre la VS promulguée en 2012. Dans son discours accueillant la loi nouvellement adoptée, l'ancien vice-président de l'Assemblée nationale a cité le Projet EMPOWER et implicitement reconnu que davantage d'efforts seraient nécessaires pour réaliser la promesse d'une nouvelle loi en affirmant que « le Projet EMPOWER a planté un arbre qui doit être arrosé pour assurer le bien-être du peuple. »[41]

Une stratégie politique intégrée pour améliorer la riposte des systèmes de santé publics

L'Espagne offre un exemple de politiques soigneusement élaborées cherchant à promouvoir une riposte intégrée à la violence à l'encontre des femmes. Ce pays dispose d'un cadre politique et juridique robuste, notamment d'une loi contre la VS qui requiert la prestation de services de lutte dans ce domaine au niveau des autorités sanitaires locales, et d'un plan de sensibilisation et de prévention de la VS à l'échelle nationale qui spécifie les rôles et les responsabilités de multiples secteurs, y compris du système judiciaire, des services sociaux, de l'éducation nationale et des médias. Ce plan a donné lieu à un cadre d'action solide permettant de faciliter le processus de mise en œuvre à travers le système de soins :

- Le programme du système national de santé inclut les soins pour les femmes victimes de violence, avec un soutien technique, une coordination et un respect des engagements assurés par une commission spéciale.
- Un protocole standardisé pour guider la riposte du système de santé contre la VS a été rédigé et peut être adapté à des contextes régionaux spécifiques. Il comporte en outre des informations sur les ressources disponibles à l'échelle locale.
- Une formation est offerte aux prestataires à travers le système de santé, notamment à l'aide d›ateliers de formation continue sur le lieu de travail. Cette formation est financée par les autorités sanitaires locales et le ministère de la Santé.

La coordination des activités à travers les différents secteurs et institutions est un des points forts de la stratégie employée en Espagne. Néanmoins, les conditions structurelles du système de santé ont encore besoin d'être améliorées, notamment en réduisant le nombre de cas attribués à chaque agent pour permettre aux prestataires de consacrer suffisamment de temps à chaque patiente et pour garantir un financement continu adéquat pour les ateliers de formation, les missions de supervision et d'autres ressources d'appoint.

Des mesures convaincantes

Les conséquences de la VPI ne se limitent pas au domicile conjugal. Il en va de même pour la riposte visant à y remédier. Les décideurs politiques dans tous les secteurs (éducation, finances, santé, justice et autres) peuvent entamer des démarches pour remédier à la VPI, en particulier dans le cadre des programmes et des services de planification familiale et de santé de la reproduction.

DES ACTIONS POLITIQUES MULTISECTORIELLES

- **Amélioration et application des protections légales et du soutien accordés aux femmes.** Dans le pays où

ils sont faibles ou inexistants, des dispositifs de protection et des recours juridiques doivent être introduits en faveur des femmes victimes de VPI. Dans les pays où des lois ont déjà été adoptées, celles-ci doivent être appliquées de manière systématique et rigoureuse.

- **Développement de politiques recourant à une approche intégrée en matière de VPI et de santé, notamment dans le domaine de la planification familiale.** Il est nécessaire de veiller à ce que les politiques et les programmes de santé à l'échelle nationale s'attaquent de manière spécifique à la VPI, notamment s'agissant des initiatives ayant trait à la planification familiale, et que la planification familiale et les soins de santé soient incorporés de manière explicite dans les politiques et les plans de prévention et de riposte contre la violence. Il convient également d'appuyer les engagements politiques avec des ressources et des enveloppes budgétaires adéquates à travers les différents secteurs concernés.

- **Apport d'un soutien politique et financier en faveur des initiatives cherchant à promouvoir l'égalité des genres à grande échelle.** Il est nécessaire de soutenir l'intégration des initiatives militant pour l'égalité des genres dans les programmes et les politiques intersectoriels par le biais d'engagements politiques et d'allocations budgétaires concrètes. Ce soutien inclut le financement permettant d'incorporer l'égalité des genres dans les programmes scolaires visant à inculquer des compétences essentielles et des connaissances en matière de santé, dans les programmes favorisant l'autonomisation économique des femmes et dans les activités de mobilisation communautaire.

DES ACTIONS SPÉCIFIQUES AU SECTEUR DE LA SANTÉ

- **Garantie que les services de soins sont accessibles et répondent aux besoins des femmes victimes de VPI.** Il convient d'éliminer les obstacles juridiques et logistiques qui peuvent s›avérer particulièrement encombrants pour les femmes victimes de VPI, notamment l'obtention obligatoire du consentement du partenaire et les coûts liés à la prestation des services. Il est également nécessaire d'assurer la disponibilité d'un large éventail de méthodes, en particulier des méthodes contrôlées par les femmes et à longue durée d'action pouvant être utilisées sans exiger la coopération d'un partenaire.

- **Allocation de fonds pour la conduite d'ateliers de formation adaptés et continus et la mise à disposition de ressources essentielles permettant aux prestataires de soins de venir en aide aux femmes victimes de VPI.** La formation des prestataires est essentielle pour réduire les attitudes néfastes liées à la VPI, mieux sensibiliser la population aux questions de maltraitance, assurer une meilleure compréhension de la relation existant entre la VPI et la santé, et renforcer les compétences du personnel pour qu'il dispense des soins adaptés et répondant aux besoins des femmes. Des ressources supplémentaires doivent être débloquées pour veiller à ce que les niveaux de dotation en effectifs et le soutien en matière de supervision soient suffisants et permettent au personnel de santé d'organiser des formations dans le cadre de ses activités quotidiennes, et à ce que les prestataires puissent référer des femmes vers d'autres services pertinents en matière de lutte contre la VPI, en fonction des besoins.

Remerciements

Cette publication a été rédigée par Kate Gilles, principale analyste politique au Population Reference Bureau (PRB), avec l'apport considérable de Charlotte Feldman-Jacobs, vice-présidente adjointe et directrice de programme en matière de genre au PRB, et révisée par Heidi Worley, rédactrice principale au PRB. Nous tenons à remercier Michal Avni et Joan Kraft de l'USAID et Sunita Kishor d'ICF International pour leur examen et leurs contributions, ainsi qu'Adriana Zinn, stagiaire au PRB, pour son appui dans la recherche documentaire.

Cette publication a été rendue possible à travers le soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des États-Unis pour le développement international selon les termes du Projet IDEA (N° AID-OAA-A-10-00009). Le Population Reference Bureau est responsable du contenu de cette publication et les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du gouvernement américain.

© 2015 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.

Références

1 La violence entre partenaires intimes peut inclure et inclut souvent la maltraitance affective mais il n'existe pas à l'heure actuelle de définition généralement acceptée de ce qui constitue ce type de maltraitance. De plus, bon nombre d'études ne mesurent que la violence physique et la violence sexuelle.

2 Organisation mondiale de la santé (OMS), *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire* (Genève : OMS, 2013).

3 Claudia Garcia-Moreno et al., "Prevalence of Intimate Partner Violence: Findings From the WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence," *Lancet* 368 no. 9543 (2006): 1260-9.

4 OMS, *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes.*

5 OMS, *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes.* ; International Rescue Committee, *Let Me Not Die Before My Time: Domestic Violence in West Africa* (New York: International Rescue Committee, 2012).

6 OMS, *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes.*

7 Claudia Garcia-Moreno et al., "Addressing Violence Against Women: A Call to Action," *Lancet* 385, no. 9978 (2014): 1685-95; Olalekan A. Uthman, Stephen Lawoko, and Tahereh Moradi, "Factors Associated with Attitudes Towards Intimate Partner Violence Against Women: A Comparative Analysis of 17 Sub-Saharan Countries," *BioMed Central* 9, no. 14 (2009); Joanna Crichton, Celestine Musembi, and Anne Ngugi, "Painful Tradeoffs: Intimate-Partner Violence and Sexual and Reproductive Health Rights in Kenya," (2008), working paper no. 312, Institute of Development Studies, consulté sur http://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/4171/Wp312.pdf?sequence=1, le 30 juin 2015.

8 Tanya Abramsky et al., "What Factors Are Associated With Recent Intimate Partner Violence? Findings From the WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence," *BMC Public Health* 11, no. 109 (2011); Michelle J. Hindin, Sunita Kishor, and Donna L. Ansara, *Intimate Partner Violence Among Couples in 10 DHS Countries: Predictors and Outcomes,* DHS Analytical Studies, no. 18 (Calverton, MD: ICF Macro, 2008); Sunita Kishor and Kiersten Johnson, *Profiling Domestic Violence: A Multi-Country Study* (Calverton, MD: ORC Macro, 2004); National Population Commission, Nigeria, and ICF International, *Gender in Nigeria: Data From the 2013 Nigeria Demographic and Health Survey* (Rockville, MD: National Population Commission and ICF International, 2014); H. Stöckl et al., "Intimate Partner Violence Among Adolescents and Young Women: Prevalence and Associated Factors in Nine Countries: A Cross-Sectional Study," *BMC Public Health* 14, no. 751 (2014); Emma Fulu, et al., "Prevalence of and Factors Associated With Male Perpetration of Intimate Partner Violence: Findings From the UN Multi-Country Cross Sectional Study on Men and Violence in Asia and the Pacific," *Lancet Global Health* 1, no. 4 (2013): 187-207.

9 Mala Htun and S. Laurel Weldon, "The Civic Origins of Progressive Policy Change: Combatting Violence Against Women in Global Perspective," *American Political Science Review* 106, no. 2 (2012): 1975-2005.

10 Charlotte Watts and Susanna Mayhew, "Reproductive Health Services and Intimate Partner Violence: Shaping a Pragmatic Response in Sub-Saharan Africa," *Guttmacher Institute* 30, no. 4 (2004): 207-13.

11 OMS, *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes.*

12 OMS, *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes.* ; Karuna S. Chibber and Suneeta Krishnan, "Confronting Intimate Partner Violence: A Global Health Priority," *Mount Sinai Journal of Medicine* 78, no. 3 (2011): 449-57.

13 OMS, *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes.* ; WHO/London School of Hygiene and Tropical Medicine, "Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : Intervenir et produire des données," (Genève : OMS, 2010).

14 Stephanie Perlson and Margaret Greene, "Addressing the Intergenerational Transmission of Gender-Based Violence: Focus on Educational Settings," (Atlanta: CARE, 2014) ; WHO/London School of Hygiene and Tropical Medicine, "Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : Intervenir et produire des données," Paul J. Fleming, et al., "Risk Factors for Men's Lifetime Perpetration of Physical Violence Against Intimate Partners: Results From the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES) in Eight Countries," *PLoS One* 10, no. 3(2015): e0118639; Ruth Levtov et al., *State of the World's Fathers: A MenCare Advocacy Publication* (Washington, DC: Promundo, Rutgers, Save the Children, Sonke Gender Justice, and the MenEngage Alliance, 2015).

15 Monica Modi, Sheallah Palmer, and Alicia Armstrong, "The Role of Violence Against Women Act in Addressing Intimate Partner Violence: A Public Health Issue," *Journal of Women's Health* 23, no. 3 (2014): 253-9.

16 Garcia-Moreno et al., "Addressing Violence Against Women."

17 Garcia-Moreno et al., "Addressing Violence Against Women."

18 OMS, *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes.* ; Garcia-Moreno et al., "Prevalence of Intimate Partner Violence"; WHO/London School of Hygiene and Tropical Medicine, "Preventing Intimate Partner and Sexual Violence Against Women"; Kishor and Johnson, *Profiling Domestic Violence*.

19 Jay G. Silverman and Anita Raj, "Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control," *PLOS Med* 11, no. 9 (2014): e1001723.

20 Family Planning 2020, «Principes relatifs aux droits et à l'autonomisation de la planification familiale," (2014), consulté sur www.familyplanning2020.org/resources/4697, le 20 mai 2015 ; Watts and Mayhew, "Reproductive Health Services and Intimate Partner Violence."

21 Hindin, Kishor, and Ansara, *Intimate Partner Violence among Couples in 10 DHS Countries*; Kishor and Johnson, "Profiling Domestic Violence"; Anita Raj and Lotus McDougal, "Associations of Intimate Partner Violence With Unintended Pregnancy and Pre-Pregnancy Contraceptive Use in South Asia," *Contraception* 91, no. 6 (2015):456-63.

22 Christine C. Pallitto and Patricia O'Campo, "The Relationship Between Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy: Analysis of a National Sample From Colombia," *International Family Planning Perspectives* 30, no. 4 (2004).

23 OMS, *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes.* ; Chibber and Krishnan, "Confronting Intimate Partner Violence."

24 Heidi Stöckl et al., "Induced Abortion, Pregnancy Loss and Intimate Partner Violence in Tanzania: A Population Based Study," *BMC Pregnancy and Childbirth* 12, no. 12 (2012); Amina P. Alio, Philip N. Nana, and Hamisu M. Salihu, "Spousal Violence and Potentially Preventable Single and Recurrent Spontaneous Fetal Loss in an African Setting: Cross-Sectional Study," *Lancet* 373, no. 9660 (2009): 318-24; Jay G. Silverman et al., "Intimate Partner Violence and Unwanted Pregnancy, Miscarriage, Induced Abortion, and Stillbirth Among a National Sample of Bangladeshi Women," *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 114, no. 10 (2007): 1246-52.

25 Lauren Maxwell et al., "Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception: A Systemic Review and Meta-Analysis," *PLoS ONE* 10, no. 2 (2015): e0118234.

26 Lauren Maxwell et al., "Estimating the Effects of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception"; Hindin, Kishor, and Ansara, *Intimate Partner Violence among Couples in 10 DHS Countries*; Amina P. Alio et al., "Intimate Partner Violence and Contraception Use Among Women in Sub-Saharan Africa," *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 107, no. 1 (2009): 35-8.

27 Kishor and Johnson, "Profiling Domestic Violence"; Silverman and Raj, "Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion."

28 Rob Stephenson et al., "Physical Domestic Violence and Subsequent Contraceptive Adoption Among Women in Rural India," *Journal of Interpersonal Violence* 28, no. 5 (2013): 1020-39.

29 E. Emenike, S. Lawoko, K. Dalal, "Intimate Partner Violence and Reproductive Health of Women in Kenya," *International Nursing Review* 55 (2008): 97-102.

30 Rob Stephenson et al., “Physical Domestic Violence and Subsequent Contraceptive Adoption Among Women in Rural India”; Anita Raj et al., “Associations of Marital Violence With Different Forms of Contraception: Cross-Sectional Findings from South Asia,” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2015): doi: 10.1016/j.ijgo.2015.03.013.

31 Rob Stephenson et al., “Physical Domestic Violence and Subsequent Contraceptive Adoption Among Women in Rural India”; Lauren Maxwell et al., “Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women’s Use of Contraception.”

32 Alio, “Spousal Violence and Potentially Preventable Single and Recurrent Spontaneous Fetal Loss in an African Setting”; Raj et al., “Associations of Marital Violence with Different Forms of Contraception.”

33 Megan Hall et al., “Associations Between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis,” *PLOS Med* 11, no. 1 (2014): e1001581 ; Raj and McDougal, “Associations of Intimate Partner Violence with Unintended Pregnancy and Pre-Pregnancy Contraceptive Use in South Asia.”

34 Pour en savoir plus sur le dépistage universel, visitez www.igwg.org/Events/16DaysDec2014.aspx.

35 Chi-Chi Undie et al., “Is Routine Screening for Intimate Partner Violence Feasible in Public Health Care Settings in Kenya?” *Journal of Interpersonal Violence*, consulté sur www.popcouncil.org/research/is-routine-screening-for-intimate-partner-violence-feasible-in-public-healt, le 2 juillet 2015; Nicola Christofides and Rachel Jewkes, “Acceptability of Universal Screening for Intimate Partner Violence in Voluntary HIV Testing and Counseling Services in South Africa and Service Implications,” *AIDS Care* 22, no. 3 (2010): 279-85.

36 InterAgency Gender Working Group (IGWG) of USAID, *Addressing Gender-Based Violence Through USAID’s Health Programs: A Guide for Health Sector Program Officers,* 2d ed. (Washington, DC: IGWG, 2008).

37 Lori Heise and Andreas Kotsadam, “Cross-National and Multilevel Correlates of Partner Violence: An Analysis of Data From Population-Based Surveys,” *Lancet Global Health* 3, no. 6 (2015): e332-40.

38 Lori Michau, “Prevention of Violence Against Women and Girls: Lessons From Practice,” *Lancet* 385, no. 9978 (2015): 1672-84.

39 “Gender Equity Focused Family Planning Young Married Couples in Rural India (CHARM),” UC San Diego School of Medicine, consulté sur http://gph.ucsd.edu/research/active-projects/Pages/gender-equity.aspx, le 2 juillet 2015; Anita Raj, “Engaging Men in Gender Equity Focused Interventions to Improve Sexual and Reproductive Health: Findings From India and the US,” document présenté lors de la Conférence nationale sur la santé et la violence domestique, Washington, DC, du 19 au 21 mars 2015.

40 Tanya Abramsky et al., “Findings from the SASA! Study: A Cluster Randomized Controlled Trial to Assess the Impact of a Community Mobilization Intervention to Prevent Violence Against Women and Reduce HIV Risk in Kampala, Uganda,” *BMC Medicine* 12, no. 122 (2014).

41 CARE, “The Empower Project: Fostering Alliances for Action Against Gender Based Violence in Benin,” (2013), consulté sur www.care.org/sites/default/files/documents/GBV-2013-BEN-CARE-EMPOWER-Case-Study.pdf, le 30 juin 2015.

USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

iDEA
INFORMER
LES DÉCIDEURS
POUR AGIR

PRB
INFORMER
AUTONOMISER
PROGRESSER

POPULATION REFERENCE BUREAU

Le Population Reference Bureau **INFORME** les personnes à travers le monde sur les questions de population, de santé et d’environnement, et les **AIDE** à se servir de ces informations pour **PROMOUVOIR** le bien-être des générations d’aujourd’hui et de demain.

www.prb.org

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW
Suite 520
Washington, DC 20009
États-Unis

202 483 1100 **TÉLÉPHONE**
202 328 3937 **TÉLÉCOPIE**
popref@prb.org **COURRIEL**