YouthNet

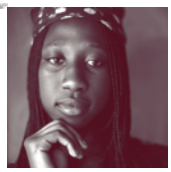
numéro 10
publication en série

Optic'Jeune

Santé de la reproduction et VIH/SIDA

Rapports sexuels non consensuels chez les jeunes

Pour bien répondre aux besoins des jeunes, les programmes doivent tenir compte des diverses formes d'abus sexuels subis par cette population.



Les programmes de santé de la reproduction et de prévention du VIH ciblant les jeunes n'accordent que rarement leur attention aux abus sexuels. De récentes études indiquent pourtant qu'une proportion importante de filles et, dans une moindre mesure, de garçons ont des rapports non consensuels. De tels abus constituent une violation des droits de la personne. Ils peuvent avoir de graves conséquences, aussi bien au plan physique et mental qu'au plan de la santé de la reproduction, avec un risque de grossesse non désirée et de contamination par une infection sexuellement transmissible, en particulier par le VIH.

Les résultats de récents travaux dans ce domaine ont été présentés et discutés lors d'une réunion consultative internationale qui s'est tenue en septembre 2003 à New Delhi, en Inde (lire l'encadré). A cette occasion, les experts ont souligné plusieurs points critiques comme la variété des formes d'abus sexuel, le lien entre rôles socio-sexuels et rapports forcés, les conséquences de tels rapports pour les victimes et, enfin, les approches à envisager par les programmes pour faire face au problème.

De multiples formes d'abus

On note toute une variété d'abus sexuels. Au nombre des abus sans contact physique, on peut citer ceux de nature verbale. Forcer un jeune à regarder un ouvrage ou un film pornographique est aussi considéré comme abusif. En outre, on parle d'abus lorsqu'il y a attouchements non désirés, tentative de viol ou rapport imposé avec pénétration, – qu'elle soit vaginale, orale ou anale. Le trafic du sexe et la prostitution forcée en font aussi partie. Toute relation sexuelle résultant d'une intimidation, d'une pression, d'un chantage, d'une tromperie, d'une consommation forcée d'alcool ou de drogue ou encore d'une menace d'abandon de la victime ou de suppression d'un soutien économique est également à inclure dans ces abus. Enfin, les rapports sexuels obtenus en échange d'argent, de cadeaux ou d'autres avantages ont aussi, surtout dans les contextes d'extrême pauvreté, un aspect coercitif.

Les abus sexuels s'observent aussi bien au sein des couples mariés que dans les liaisons extra-conjugales ou dans les relations prémaritales. Leur auteur est habituellement une personne connue de la victime, par exemple un partenaire sexuel, un jeune du même âge, un membre de la famille ou un enseignant. Selon les témoignages recueillis auprès de jeunes en Afrique, en Asie, en Amérique latine et aux Caraïbes, l'abus se produit fréquemment lors d'une activité routinière à la maison, à l'école, dans la communauté ou dans le quartier.[1]

Plusieurs méthodes ont été utilisées par les chercheurs pour estimer la prévalence des abus sexuels. Dans la plupart des enquêtes, on pose une question du genre : « Avez-vous déjà eu des rapports sexuels sous la contrainte ? » Certains questionnaires sont plus nuancés et permettent de demander aux jeunes si leur première relation sexuelle était une expérience qu'ils avaient souhaitée, ou s'ils l'avaient acceptée sans vraiment la vouloir ou encore s'ils l'avaient subie contre leur volonté. Dans le cadre d'une étude multinationale réalisée par l'Organisation mondiale de la Santé, les enquêteurs ont ainsi posé des questions plus précises. Ils ont découvert qu'en Thaïlande seulement

Les abus sexuels subis durant l'enfance ou l'adolescence ont de multiples répercussions. Ils peuvent nuire à la santé de la reproduction des victimes et augmentent leur risque de contamination par le VIH tout en entraînant d'éventuels problèmes psychologiques et de possibles violences ultérieures de la part des partenaires intimes.

4 % des femmes interrogées considéraient leur premier rapport comme forcé ; par contre, 19 % déclaraient ne pas l'avoir désiré.[2] En complément des enquêtes, les études qualitatives fournissent des informations plus détaillées grâce aux entretiens en profondeur, aux discussions de groupe dirigées et aux ateliers permettant aux participants de narrer leur expérience personnelle.

Les données sur les abus sexuels chez les jeunes des pays en développement demeurent limitées. La plupart des échantillons étudiés sont de taille modeste et il est difficile d'en extrapoler des conclusions fiables. Un premier examen de 13 études a montré qu'entre 2 et 20 % des filles et moins de 15 % des garçons avaient déclaré avoir subi de tels abus. Les sujets interrogés étaient dans l'ensemble âgés de 15 à 19 ans. Six de ces 13 études incluaient des sujets de sexe masculin. Un second examen de 14 études a révélé qu'entre 15 et 30 % des filles sexuellement actives avaient été, selon leurs propres déclarations, forcées lors du premier rapport ; chez les garçons, ce pourcentage était inférieur à 10 %. Cinq de ces 14 études incluaient des sujets de sexe masculin.[3]

Influence critique des rôles socio-sexuels

Des normes sociales profondément enracinées peuvent favoriser les abus. Dans bien des cultures, on accepte par exemple que les garçons aient des relations sexuelles, alors que les filles sont sanctionnées si elles deviennent enceintes ou même si on les soupçonne d'avoir de telles relations. Dans certaines régions, on arrange souvent le mariage des filles à un âge précoce en les exposant à des relations sexuelles auxquelles elles sont mal préparées.

De telles normes font du contrôle des femmes un des attributs de la masculinité. Selon une enquête menée en Afrique du Sud, il semble que cette volonté de domination explique en grande partie des taux très élevés de viol ou de tentative de viol (2 % des femmes dans les trois provinces étudiées).[4] Les garçons estimaient avoir droit aux rapports sexuels et les filles étaient parfois d'accord avec eux. Dans le cadre d'une étude conduite au Nigeria, 57 % des étudiants et 74 % des apprentis non scolarisés de sexe masculin approuvaient l'énoncé suivant : « Un homme a le droit d'avoir un rapport avec une femme pour laquelle il a dépensé beaucoup d'argent ». Chez les étudiantes et chez les apprenties, ces proportions étaient respectivement de 37 % et 43 %.[5]

Dans les régions où les filles se marient toujours à un âge précoce, comme en Asie méridionale ou en Afrique occidentale, leur exclusion des prises de décision, leur méconnaissance de l'homme qu'elles vont épouser et leur ignorance en matière sexuelle peuvent contribuer aux abus conjugaux. Un peintre en bâtiment de 19 ans s'est ainsi exprimé au sujet de sa nouvelle épouse : « Dans la nuit, je lui ai demandé d'ôter ses vêtements. Elle a refusé. J'ai insisté deux ou trois fois et elle s'est mise à pleurer. Je l'ai forcée à se calmer, puis je l'ai déshabillée et j'ai terminé mon affaire ».[6]

Un groupe de jeunes de la région de New Delhi a participé à la réunion consultative organisée en 2003. Ils ont souligné l'impact des rôles socio-sexuels sur les abus envers les filles. L'un d'entre eux a témoigné du cas d'un professeur se permettant des attouchements avec les élèves et de l'absence de sanction malgré les plaintes déposées. Un autre a décrit le harcèlement sexuel que doivent supporter les filles sur le chemin de l'école. Ces attitudes sont si prédominantes que « nombre de filles ont été très étonnées d'apprendre qu'elles ont le droit de dire non et que sortir avec un garçon ne signifie pas pour autant qu'il faille coucher avec lui ».

Conséquences des abus sexuels

Impact sur la santé de la reproduction et risque de contamination par le VIH : l'examen de données recueillies en Amérique latine a montré que les filles victimes d'abus sexuels sont plus susceptibles que les autres d'avoir leur premier rapport à un âge précoce et de fréquenter ensuite plus de partenaires durant leur vie.[7] Une étude menée en Ouganda auprès de 575 femmes sexuellement actives âgées de 15 à 19 ans a révélé chez les victimes d'abus une utilisation moindre de la contraception, un taux plus important de grossesses non désirées et un emploi moins fréquent du préservatif lors du dernier rapport. Par ailleurs, après avoir fait des corrections pour tenir compte des autres facteurs de risque, les chercheurs ont estimé que les chances de contracter ultérieurement

le VIH était 71 % supérieures chez les sujets ayant vécu un premier rapport sexuel forcé.[8]

Violences : plusieurs travaux ont montré que les femmes victimes de violences sexuelles sont plus exposées au risque de violences physiques sévères y compris durant une grossesse.[9] C'est ce qu'a conclu une étude réalisée en Thaïlande : chez les sujets ayant subi un premier rapport sous la contrainte, la fréquence des violences conjugales ultérieures était de 65 % contre 37 % chez celles dont le premier rapport avait été plus ou moins forcé et 25 % chez celles n'ayant subi aucune pression lors du même rapport.[10]

Problèmes de santé mentale : chez les femmes et les hommes victimes d'abus sexuels, les risques de fixation et de comportement suicidaires sont nettement supérieurs.[11] Une étude qualitative menée en Inde auprès de 33 femmes soumises à des rapports incestueux entre les âges de 10 et 24 ans a montré qu'elles souffrent de toute une série de problèmes psychologiques. Ces femmes ont besoin d'une assistance pour pouvoir surmonter leur peur de la sexualité et des relations intimes et sortir ainsi de leur isolement. [12]

Premières approches conseillées aux programmes

Lors de la réunion consultative de 2003, plusieurs leçons ont été tirées dans ce domaine. En premier lieu, les programmes de santé de la reproduction et de prévention du VIH devraient s'efforcer de comprendre l'environnement dans lequel vivent leurs jeunes clients et de tenir compte des facteurs économiques ou sociaux pouvant conduire aux abus sexuels. En se contentant de prôner l'abstinence, la réduction du nombre des partenaires et l'emploi du préservatif, les prestataires ignorent en fait si leurs clients ont le pouvoir de refuser des relations sexuelles une fois rentrés chez eux. Une approche plus réaliste et plus globale devrait inclure des efforts de prévention des abus, de soutien aux victimes, de renforcement du cadre juridique et de la défense de leurs droits, ainsi qu'une formation des prestataires.[13]

En deuxième lieu, il faudrait que les programmes améliorent l'attitude des prestataires vis-à-vis des jeunes victimes de tels abus ainsi que leur prise en charge clinique. La région Hémisphère occidental de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF/WHR) a ainsi lancé une intervention de deux ans à laquelle ont coopéré ses organisations affiliées au Pérou, en République dominicaine et au Venezuela. Son but était de sensibiliser l'ensemble des personnels au problème et de leur apprendre à y répondre de manière appropriée. Les prestataires ont ainsi pris conscience des effets négatifs des abus sexuels sur leurs jeunes clients et de l'importance d'un traitement confidentiel tout comme du respect de leur vie privée. Cette intervention a entraîné l'utilisation de nouveaux formulaires d'enregistrement des antécédents cliniques et la mise en place de nouvelles politiques et procédures aussi bien pour les prestations internes que pour l'aiguillage vers les services extérieurs. Au terme du projet, on a noté une nette augmentation du nombre de prestataires se considérant capables de détecter les cas de violence physique et sexuelle et une meilleure sensibilisation des personnels à l'influence des normes sociales, notamment sur les abus sexuels dont souffrent les jeunes.[14]

En troisième lieu, il est souhaitable que les programmes participent à la protection des droits des

UN COLLOQUE INTERNATIONAL SOULIGNE LES ACTIONS NÉCESSAIRES

En septembre 2003 s'est tenue dans la ville indienne de New Delhi une réunion consultative internationale sur le thème des rapports sexuels non consensuels chez les adolescents des pays en développement. Ce colloque était organisé par le bureau indien du Population Council en collaboration avec le département Santé et recherche génésiques de l'Organisation mondiale de la Santé et avec le programme YouthNet de Family Health International.

A cette occasion, une cinquantaine d'experts venus du monde entier ont présenté 35 communications sollicitées sur le sujet. Le colloque a réuni non seulement quelque 100 experts (chercheurs, juristes, défenseurs des droits de jeunes, décideurs politiques), mais aussi des jeunes. Les rapports sexuels non consensuels ont été examinés sous les angles suivants :

- Expériences des jeunes des deux sexes : fréquences, types et contextes
- Point de vue des jeunes eux-mêmes (avec un panel de sept sujets)
- Rapports sexuels négociés contre de l'argent ou d'autres compensations
- Rôles du système judiciaire
- Effets des abus sexuels aux plans individuel et communautaire
- Interventions permettant prévention, soutien et traitement
- Conception et méthodologie des travaux de recherche

adolescents, au changement des rôles socio-sexuels et à l'amélioration des capacités de communication et de négociation de leurs jeunes clients. Certains programmes proposent des ateliers consacrés aux normes sociales, en particulier aux rapports entre masculinité et violence sexuelle, et présentent de meilleurs modèles comportementaux aux adolescents. Les occasions d'influencer ces comportements sont multiples. Au Nigeria par exemple, des chercheurs ont organisé un atelier au cours duquel les jeunes pouvaient faire le récit de leur expérience personnelle. Il a permis aux participants de gagner en confiance et de développer les qualités utiles au renoncement des comportements coercitifs et à la remise en question des conventions sociales.[15]

En quatrième et dernier lieu, les programmes devraient s'investir au plan communautaire et institutionnel et contacter les responsables religieux, les décideurs et les autres dirigeants responsables de la protection du public. L'objectif est de les sensibiliser à la réalité et à l'impact des abus sexuels de même qu'à la nécessité de fournir aux jeunes un environnement capable de les soutenir, sans esprit moralisateur.

Il faudrait également que les programmes collaborent plus étroitement avec les médias, la police et les autres autorités, afin, d'une part, de faire appliquer les lois existantes et, d'autre part, de créer des conseils communautaires ou de développer d'autres approches susceptibles de faciliter un cadre favorable aux jeunes.

Un nombre élevé de jeunes souffrent d'abus sexuels dont les effets peuvent être profonds au plan physique ou psychologique et à court terme comme à long terme. Comme nous l'avons vu plus haut, on peut répondre au problème de plusieurs manières. D'autres travaux et d'autres interventions originales seront nécessaires pour mieux guider les programmes dans leurs tâches de counseling et de traitement des victimes, de prévention des abus ainsi que d'assistance pour aider les jeunes à prendre de bonnes décisions dans le domaine sexuel.

REFERENCES

Nous avons signalé par la mention « Colloque de New Delhi » les présentations faites à la reunion consultative qui s'est tenue du 22 au 25 septembre 2003 dans la capitale indienne (*Nonconsensual Sexual Experiences of Young People in Developing Countries: A Consultative Meeting)*.

1. Ajuwon AJ, Akin-Jimoh I, Olley BO, et al. Sexual coercion: learning from the perspectives of adolescents in Ibadan, Nigeria. *Reprod Health Matters* 2001;9(17):128-36; Brown AD, Jejeebhoy SJ, Brown A, et al. *Sexual Relations among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO Case Studies. Occasional Paper No. 4*. Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2001.

2. Im-em W. Sexual coercion among women in Thailand: results from the WHO multi-country study on women's health and life experiences. Colloque de New Delhi.

3. Jejeebhoy SJ, Bott S. *Non-consensual Sexual Experiences of Young People: A Review of the Evidence from Developing Countries*. New Delhi, India: Population Council, 2003.

4. Jewkes R. Non-consensual sex of South African youth: prevalence of coerced sex and discourses of control and desire. Colloque de New Delhi.

5. Ajuwon A. Research in sexual coercion in young persons: the experiences and lessons learnt from Ibadan, Nigeria. Colloque de New Delhi.

6. Sodhi G, Verma M. Sexual coercion among unmarried adolescents of an urban slum in India. In Jejeebhoy S, Bott S, Shah I, et al., eds. *Towards Adulthood: Exploring the Sexual and Reproductive Health of Adolescents in South Asia.* (Geneva: World Health Organization, 2003) 91-94.

7. Ellsberg M. Coerced sex among adolescents in Latin America and the Caribbean. Colloque de New Delhi.

8. Koenig M, Lutalo T, Zablotska I, et al. The sequelae of adolescent coercive sex: evidence from Rakai, Uganda. Colloque de New Delhi.

9. Ellsberg.

10. Im-em.

11. Ellsberg.

12. Gupta A, Ailawadi A. Incest in Indian families: learnings from a support centre for women survivors. Colloque de New Delhi.

13. Erulkar AS. Sexual and reproductive health research and programming for youth. Colloque de New Delhi.

14. Bott S, Guedes A, Guezmes A. The health service response to sexual coercion/violence: lessons from IPPF/WHR associations in Latin America. Colloque de New Delhi.

15. Ajuwon, Colloque de New Delhi.

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter :

YouthNet

2101 Wilson Boulevard
Suite 700
Arlington, VA 22201
Etats-Unis

téléphone
(703) 516-9779

fax
(703) 516-9781

courriel
youthnet@fhi.org

site Web
www.fhi.org/youthnet

Family Health International

care

Deloitte Touche Tohmatsu

Margaret Sanger Center International

RTI INTERNATIONAL

Population Council

World Health Organization

William Finger (YouthNet) en collaboration avec Shyam Thapa (FHI/YouthNet) ; Deepika Ganju (consultant) ; Shireen J. Jejeebhoy et Vijaya Nidadavolu (Population Council) ; Iqbal Shah et Ina Warriner (Organisation mondiale de la Santé / Département Santé et recherche génésiques).

Optic'Jeune est une initiative de YouthNet, un programme de cinq ans financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dont l'objectif est d'améliorer la santé de la reproduction et la prévention du VIH chez les jeunes. Le programme est dirigé par Family Health International (FHI) dans le cadre d'un partenariat avec CARE USA, la société Deloitte Touche Tohmatsu Emerging Markets, le Margaret Sanger Center International et RTI International.

Mai 2004