**Attitudes des couples à l’égard de la violence conjugale et recours aux services de santé reproductive en Afrique Subsaharienne**

**Couples’ attitudes toward domestic violence and use of reproductive health care in Sub-Saharan Africa**

**Emeline Jacqueline Tossou1 & Nassibou Bassongui2**

1 Centre de Recherche en Economie, Université d’Abomey-Calavi, Cotonou ; Email : emejacquie@yahoo.fr

2 Laboratoire d’Economie des Systèmes Socio-Ecologiques et de la Population, Université d’Abomey-Calavi, Cotonou ; Email : bionassib@yahoo.fr

**Résumé**

Cette étude analyse l’effet des attitudes des couples à l’égard de la violence domestique sur le recours aux soins de santé reproductive. Les données utilisées proviennent des enquêtes démographiques et de santé (EDS) menées entre 2018 et 2024 dans vingt et un (21) pays d’Afrique subsaharienne. Le recours aux soins de santé reproductive est mesuré à travers l’utilisation des méthodes contraceptives, la fréquentation des services de soins prénatals, et le lieu de l’accouchement. Les attitudes des couples à l’égard de la violence domestique sont évaluées en fonction de la concordance ou de la discordance entre les réponses des femmes et de leurs maris quant au rejet de cette violence. Les résultats de l’analyse de régression logistique multiniveau montrent que les femmes vivant dans des ménages où les deux partenaires rejettent conjointement la violence domestique sont plus susceptibles d’effectuer au moins quatre visites prénatales et d’accoucher dans un établissement de santé, comparativement à celles vivant dans des ménages où les deux partenaires justifient conjointement cette violence. En outre, le rejet de la violence uniquement par le mari s’avère être un meilleur prédicteur de l’utilisation des méthodes contraceptives. Afin de renforcer le recours aux services de santé reproductive, les autorités publiques devraient adopter et faire appliquer des lois plus strictes contre la violence domestique, accompagnées de campagnes de sensibilisation ciblant les couples. Parallèlement, il est essentiel de promouvoir des initiatives visant à transformer les normes de genre, à encourager l'égalité entre les sexes et à favoriser des relations conjugales fondées sur le respect mutuel. Malgré l'existence d'études établissant un lien entre la justification de la violence domestique et la capacité des femmes à recourir aux services de santé reproductive, la plupart ont mis l'accent sur les individus comme unité d'analyse des attitudes d'acceptation ou de rejet de la violence domestique et se sont souvent concentrées sur les perceptions des femmes. Cette étude contribue à la littérature existante en appliquant une perspective dyadique des attitudes à l'égard de la violence domestique pour analyser les résultats en matière de santé reproductive.

**Mots clés :** Attitudes des couples, violence domestique, soins de santé reproductive, régression logistique multiniveau, Afrique subsaharienne

**Codes JEL:** D10 ; J16 ; I15 ; 055

**Abstract**

This study examines the effect of couples’ attitudes toward domestic violence on the utilization of reproductive health services. The data are drawn from Demographic and Health Surveys (DHS) conducted between 2018 and 2024 in twenty-one (21) sub-Saharan African countries. Utilization of reproductive health services is measured through contraceptive use, attendance at antenatal care services, and place of delivery. Couples’ attitudes toward domestic violence are assessed based on the concordance or discordance between women’s and their husbands’ responses regarding the rejection of such violence. Results from multilevel logistic regression analysis indicate that women living in households where both partners jointly reject domestic violence are more likely to attend at least four antenatal care visits and to give birth in a health facility, compared to those in households where both partners jointly justify domestic violence. Furthermore, rejection of violence by the husband alone emerges as a stronger predictor of contraceptive use. To enhance the utilization of reproductive health services, public authorities should adopt and enforce stricter laws against domestic violence, along with awareness campaigns targeting couples. At the same time, it is essential to promote initiatives aimed at transforming gender norms, fostering gender equality, and encouraging marital relationships based on mutual respect. Although several studies have documented a link between the justification of domestic violence and women's ability to access reproductive health services, most have focused on individuals as the unit of analysis for attitudes toward domestic violence and have often emphasized women's perceptions. This study contributes to the existing literature by applying a dyadic perspective on attitudes toward domestic violence to analyze reproductive health outcomes.

**Keywords:** Couples’ attitudes, domestic violence, reproductive health services, multilevel logistic regression, sub-Saharan Africa

**JEL Codes:** D10; J16; I15; O55

# **Introduction**

La violence entre partenaire intime (VPI) constitue un problème de santé publique qui touche particulièrement les femmes à travers le monde. Elle englobe les abus physiques, psychologiques et sexuels infligés entre partenaires intimes. A l’échelle mondiale, il est estimé que 736 millions femmes, soit environ une sur trois, âgées de 15 ans ou plus, ont subi de violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au moins une fois dans leur vie (World Health Organization, 2021). Les estimations régionales montrent que l’Asie du Sud (35%) et l’Afrique Subsaharienne (33%) compte parmi les taux de prévalence les plus élevés de violences conjugales subies par les femmes mariées ou en union libre âgées de 15 à 49 ans (World Health Organization, 2021). Cette forte prévalence de la violence conjugale a des effets délétères sur la santé, ainsi que des effets intergénérationnels, économiques et sociaux tant pour les victimes que pour la société (Fulu et al., 2013). Sur le plan sanitaire, les femmes victimes de la VPI présentent un risque accru de grossesse non désirée, d’avortements multiples, d’infections sexuellement transmissibles, de difficultés d’accès à la contraception, ainsi que de complications durant l’accouchement (Dhar et al., 2018; Janssen et al., 2003; Rosen et al., 2007). La VPI est également associée à des problèmes de santé mentale telle que la dépression et le suicide (McCloskey et al., 2005).

Plusieurs études ont mis en évidence l’attitude des femmes à l’égard de la justification de la violence comme un facteur prédictif de l’exposition à cette violence (Hanson et al., 1997; Islam et al., 2015). En effet, dans de nombreuses sociétés, les normes et rôles sexospécifiques sont souvent à l’origine de l’acceptation des violences subies par les femmes au sein du ménage (McGee, 2017). Les normes patriarcales et culturelles attribuent souvent aux hommes un pouvoir de domination sur leurs épouses considérées comme des êtres intrinsèquement inférieures ou subordonnées. En se basant sur ces normes, la violence apparait comme un moyen d’affirmer leur autorité ou de réprimander leurs femmes pour un comportement qu’ils jugent inapproprié (Adegoke & Oladeji, 2005; Kim & Motsei, 2002). Par ailleurs, les rôles sexospécifiques encouragent les femmes à être dociles et accepter les mauvais traitements pendant que les hommes sont socialisés à exercer une domination et à faire preuve d’agressivité. Le rejet de la violence conjugale par les femmes renforce leur estime de soi, leur autonomie et leur sentiment de contrôle sur leur vie (Hindin, 2003). A l’inverse, une attitude tolérante de la part des femmes, qui justifient la violence de leur partenaire intime, engendre un faible sentiment de droit ou d’estime de soi ce qui peut constituer un obstacle à l’utilisation des services de santé reproductive.

Malgré un nombre croissant d’études établissant un lien entre la justification de la violence conjugale et la capacité des femmes à recourir aux services de santé reproductive, la majorité d’entre elles ont adopté une approche centrée sur l'individu, en mettant l’accent principalement sur les perceptions des femmes concernant l'acceptation ou le rejet de la violence conjugale (Khan & Islam, 2018; Olorunsaiye et al., 2017; Shrestha et al., 2022). Ce cadre d’analyse, bien que pertinent, a négligé les dynamiques de couple et n’a pas exploré la manière dont les attitudes partagées au sein du couple influencent l’utilisation des services de santé reproductive. Notre étude enrichit cette littérature en adoptant une approche dyadique, qui examine conjointement les attitudes des deux partenaires à l’égard de la violence conjugale et leur impact sur l’utilisation des services de santé reproductive. En effet, certaines études récentes ont adopté cette approche dyadique pour analyser les attitudes des couples concernant l’autonomie des femmes et la prise de décision au sein du ménage (Annan et al., 2021; Seymour & Peterman, 2017; Uddin et al., 2017). Ces recherches ont montré que la concordance au niveau du couple dans les attitudes basées sur le genre est positivement associée à des résultats de santé favorables pour les femmes, comme l’utilisation de contraceptifs (Uddin et al., 2017) et l’accès aux soins prénataux (Annan et al., 2021).

Notre étude contribue à cette littérature en adoptant une perspective dyadique des attitudes vis-à-vis de la violence conjugale, en particulier en ce qui concerne son influence sur des résultats de santé reproductive tels que l’utilisation de la contraception, l’accès aux soins prénataux et l’utilisation des soins à l’accouchement. Cette approche permet de mieux comprendre comment les attitudes communes au sein du couple influencent non seulement la gestion de la violence conjugale, mais aussi la manière dont les couples accèdent aux services de santé reproductive, un aspect crucial pour améliorer les politiques de santé publique en Afrique subsaharienne.

Le reste du papier se présente comme suit: la section 2 présente la revue de la littérature. Ensuite, la méthodologie et les données utilisées sont présentées dans la section 3. La section 4 présente et discute les résultats. Enfin, la section 5 conclut cet article.

# **Revue de littérature**

Les premiers travaux économiques sur le mariage, notamment ceux de Becker (1973, 1981), décrivent l’union comme une institution altruiste dans laquelle les époux allouent leurs ressources pour maximiser une fonction de bien-être familial commune. Cependant, des approches plus récentes, notamment les modèles de négociation développés par Manser et Brown (1980) et McElroy et Horney (1981), s’opposent à cette vision en considérant les conjoints comme des individus aux intérêts et préférences distincts, amenés à trouver un compromis ou un accord mutuel pour maintenir leur union. Ces modèles ont introduit la notion de « point de menace », qui correspond au niveau d’utilité qu’un conjoint pourrait atteindre en dehors du mariage. Dans ce cadre, la violence conjugale peut apparaître comme un outil stratégique, souvent utilisé par le mari, pour renforcer sa position dans la négociation. Farmer et Tiefenthaler (1997) soutiennent ainsi que les modèles non coopératifs sont plus appropriés pour analyser la dynamique de la violence au sein des ménages. Selon ces modèles, le niveau de tolérance à la violence de la femme dépend de son pouvoir de négociation, lui-même influencé par ses ressources propres, l’existence de soutiens extérieurs (tels que des refuges ou des services sociaux), ou encore la possibilité de divorcer. En conséquence, plus le pouvoir de négociation de la femme est élevé, moins elle sera disposée à tolérer la violence (Farmer et Tiefenthaler, 1996).

D’autres théories ont été mobilisées pour expliquer la tolérance de certaines femmes à l’égard de la violence conjugale notamment la théorie de l’apprentissage social et la théorie féministe. La théorie de l’apprentissage social, développée par (Bandura, 1977) et reprise par d’autres auteurs tels que Widom (1989), et (Mihalic & Elliott, 1997), ou encore Jewkes (2002), soutient que la violence se développe chez les individus exposés à un environnement familial ou communautaire où de tels comportements peuvent être observés puis reproduits. Ainsi, les enfants qui grandissent dans un foyer marqué par la violence, en voyant par exemple leur père frapper leur mère ou en étant eux-mêmes victimes de cette violence, sont plus enclins à adopter les mêmes comportements à l’âge adulte. La violence leur apparaît alors comme un moyen légitime de résoudre les conflits ou d’imposer un contrôle dans une relation. La théorie féministe, quant à elle, développée notamment par Dobash et Dobash (1979), explique les dynamiques de la violence conjugale à partir des déséquilibres de pouvoir liés au genre. Elle soutient que, dans un contexte de croyances patriarcales, les hommes exercent une domination sur leurs partenaires, ce qui constitue la source principale des violences.

Plusieurs études ont examiné le lien entre l’incidence de la violence entre partenaire intimes et les mauvais résultats en matière de santé maternelle (Dhar et al., 2018; FitzPatrick et al., 2024; Idriss-Wheeler & Yaya, 2021; Leight & Wilson, 2021; Mai & Phyu, 2020; Mohammed et al., 2017). En revanche, peu de recherches se sont penchées sur l’effet des attitudes tolérantes des femmes à l’égard de la violence conjugale. Des études menées en Asie du Sud, notamment au Bangladesh et en Indonésie, ont examiné, l’effet du rejet de la violence conjugale sur l’utilisation des services de santé reproductive. Au Bangladesh, Khan et Islam (2018) ont examiné, l’effet des attitudes des femmes envers la justification des violences conjugales sur l’utilisation des services de santé reproductive, notamment la contraception, les visites prénatales, l’accouchement dans les établissements avec un professionnel de santé qualifié et les soins postnataux. En construisant un score composite regroupé en trois niveaux de rejet des violences (faible, modéré et fort), ils montrent, à partir d’une régression multivariée appliquée portant sur un échantillon de 9 632 femmes, que les femmes qui rejettent modérément ou fortement la violence conjugale sont plus susceptibles de recourir aux soins prénatals. En outre, la probabilité d’avoir recours aux soins postnataux et à un accouchement assisté par un professionnel qualifié est plus élevée chez celles qui manifestent un rejet modéré que chez celles qui le rejettent fortement. Dans la même perspective, Afroz et al. (2022) et Kurniati et al. (2018) confirment que les femmes Bangladaises et Indonésiennes ayant une attitude favorable à la violence domestique étaient moins susceptibles de se rendre à quatre consultations prénatales ou plus et d’accoucher dans les centres de santé comparées à celles qui rejettent la violence.

A une échelle régionale, Shrestha et al. (2022), étendent l’analyse à quatre pays d’Asie du Sud, notamment l’Afghanistan, le Bhutan, le Nepal et le Pakistan, en mobilisant les enquêtes MICS de 2010 et 2015, pour un échantillon de 26 029 femmes en union. En combinant un modèle linéaire généralisé à effets aléatoires et une régression logistique multivariée, ils montrent que la justification de la violence par les femmes est fortement associée à une moindre utilisation des contraceptifs modernes, à un faible recours aux soins prénataux, ainsi qu’à une probabilité plus faible de recevoir des soins postnataux. De plus, les femmes justifiant la violence ont tendance à retarder leur première consultation prénatale. Dans plusieurs pays de l’Afrique Subsaharienne, Aboagye et al. (2024) ont montré que les femmes ayant un niveau moyen ou élevé de justification de la violence conjugale sont moins susceptibles de bénéficier de soins prénatals adéquats que celles ayant un faible niveau de justification de la violence. Dans une autre étude portant sur un échantillon plus large de 80 055 femmes âgées de 15 à 49 ans, issues des enquêtes MICS de 2009 et 2011 dans sept pays d’Afrique de l’Ouest et du Centre, Olorunsaiye et al. (2017) ont à partir d’un modèle de régression logistique multinomiale, montré que les femmes tolérant faiblement la violence conjugale sont moins susceptibles d’utiliser des méthodes contraceptives traditionnelles ou modernes que celles ne tolérant pas du tout la violence. Par ailleurs, les femmes très tolérantes à la violence ont 28 % moins de chances d’utiliser des contraceptifs traditionnels et 38 % moins de chances d’avoir recours à une méthode moderne. Enfin, dans une étude menée en Afrique de l’Est, notamment en Ethiopie, Tiruneh et al. (2017) montrent que les femmes vivant dans des communautés où le pourcentage de femmes opposées à la violence conjugale est plus élevé sont significativement plus susceptibles d’utiliser les services de santé maternelle.

Ainsi, bien que des recherches aient déjà mis en évidence ces relations, une grande partie de la littérature se base sur l’attitude des femmes elle-même, sans prendre en compte la dynamique commune au sein du couple. C'est précisément cette lacune que notre étude cherche à combler en adoptant une approche dyadique des attitudes vis-à-vis de la violence conjugale.

# **Méthodologie**

La méthodologie proposée dans cette recherche expose les données, la mesure des variables clés et la méthode d’analyse.

## **Données de l’étude et mesure des variables**

***Données***

Les données utilisées proviennent des enquêtes démographiques et de santé (EDS) menées dans 21 pays d'Afrique subsaharienne. Il s'agit d'enquêtes sur les ménages représentatives de la population nationale comprenant des indicateurs fiables et actualisés sur la fécondité, la planification familiale, l’état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans, les pratiques d’allaitement, la mortalité maternelle et infantile, l’anémie, les maladies non transmissibles, le pouvoir décisionnel des femmes et les violences conjugales. L’analyse porte sur les couples (mariés ou en union libre) ayant répondu aux questions relatives à la perception de la violence conjugale. S’agissant de l’utilisation des méthodes contraceptives, l’échantillon est restreint aux couples dont les femmes n’étaient pas en enceintes au moment de l’enquête soit un total de 60906 couples. En ce qui concerne l’utilisation des services de santé maternelle, l’étude se concentre sur les femmes ayant eu au moins une naissance au cours des cinq années précédant l’enquête, ce qui correspond à un échantillon de 44614 couples. Nous utilisons, pour chaque pays, les données issues de la dernière enquête disponible, réalisée entre 2018 et 2024[[1]](#footnote-1).

***Variable dépendante***

L’utilisation des soins de santé reproductive est mesurée par trois variables à savoir l’utilisation des méthodes contraceptives, l’utilisation des soins prénatals et le lieu de l’accouchement. L’utilisation des méthodes contraceptives est une variable binaire qui prend la valeur 1 si la femme a utilisé une méthode contraceptive (moderne ou traditionnelle) et 0 sinon. L’utilisation des soins prénatals est une variable binaire qui prend la valeur 1 si la femme a effectué au moins quatre visites prénatales pendant la grossesse et 0 sinon. Le lieu de l’accouchement est mesuré par une variable binaire qui prend la valeur 1 lorsque l’accouchement a eu lieu dans un établissement de santé (public ou privé) et 0 sinon (maison).

***Variables indépendantes***

La variable d’intérêt est l’attitude des couples envers la violence conjugale. Cette variable permet de mesurer la concordance ou la discordance dans le rejet de la violence conjugale par les femmes et leurs maris. Dans les EDS, des questions sont posées séparément aux femmes et à leurs maris sur la justification ou l’acceptation de la violence physique exercée par leurs conjoints envers elles pour les cinq raisons suivantes : la femme sort sans informer son mari ; (ii) la femme néglige les enfants ; (iii) la femme se dispute avec son mari ; (iv) la femme refuse le rapport sexuel avec son mari ; et (v) la femme brûle le repas. Dans un premier temps, et conformément à la littérature (Jesmin, 2017; Wencheko & Tadesse, 2020), nous créons pour chacune des cinq raisons une variable binaire qui prend la valeur 1 si la femme/le mari rejette la violence conjugale et 0 sinon. Dans un deuxième temps, nous créons une mesure composite séparément pour les femmes et leurs maris en additionnant les cinq variables dichotomiques. Cette mesure composite varie de 0 à 5, la valeur 0 indiquant que la femme/le mari justifie ou accepte la violence conjugale pour les 5 raisons et la valeur 5 indiquant que la femme/le mari la rejette pour les 5 raisons. Les coefficients alpha de Cronbach des mesures composites sont respectivement de 0,87 pour les femmes et de 0,82 pour les maris, ce qui indique une forte cohérence interne et une bonne fiabilité de ces indices. Dans un troisième temps, nous obtenons deux indicateurs binaires de l’acceptation de la violence conjugale au niveau individuel à partir des mesures composites. Ils prennent la valeur 1 pour un score de 5 et la valeur 0 pour un score de 0 à 4 (la femme/le mari justifie ou accepte la violence conjugale pour au moins une des cinq raisons). Dans un quatrième temps, nous obtenons une variable catégorielle qui évalue la concordance et la discordance des couples dans le rejet des violences conjugales à partir des réponses croisées des conjoints sur la justification de la violence conjugale. Les différentes catégories sont les suivantes : (i) les deux conjoints justifient la violence conjugale (concordance dans l’acceptation de la violence), (ii) seule la femme rejette la violence conjugale (discordance), (iii) seul le mari rejette la violence conjugale (discordance) et (iv) les deux conjoints rejettent la violence conjugale (concordance dans le rejet de la violence) (Behrman & Frye, 2021).

Les réponses croisées des couples sur la justification de la violence à l’égard des femmes sont récapitulées dans le tableau 1.

# **Tableau 1 : Attitude du couple à l’égard de la violence conjugale**

|  |  |
| --- | --- |
| Attitude du couple à l’égard de la violence conjugale | Réponse de la femme |
| La femme justifie la violence  | La femme rejette la violence |
| Réponse du mari | Le mari justifie la violence | (A) concordance: les deux justifient la violence conjugale | (B) discordance : seul la femme rejette la violence conjugale |
| Le mari rejette la violence | (C) discordance : seul le mari rejette la violence conjugale | (D) concordance : les deux rejettent la violence conjugale |

*Source : Auteurs, en se référant à* Behrman et Frye (2021)

## **Approche empirique**

Nous analysons l'effet des attitudes des couples à l’égard de la violence conjugale (VC) sur l'utilisation des services de santé reproductive (SSR) par les femmes mariées ou en union libre. Plus précisément, nous examinons si la typologie d’attitudes, rejet par les deux conjoints, rejet par le mari uniquement, rejet par la femme uniquement, ou justification par les deux conjoints, influence l'utilisation de méthodes contraceptives et le recours aux soins prénatals. Chaque indicateur de santé reproductive est modélisé séparément en tant que variable binaire. Étant donné la structure hiérarchique des données, avec des individus (femmes) imbriqués dans des couples, nous estimons un modèle logit multiniveau, spécifié comme suit :

$logit\left(P\left(Z\_{ij}=1\right)\right)=δ+ γY\_{ij}+φW\_{ij}+μ\_{j}+ϵ\_{ij}$**, (1)**

**où** $Z\_{ij}$ est une variable binaire indiquant si la femme *i* appartenant au couple *j* utilise un service de SSR donné. La variable $Y\_{ij}$est une variable catégorielle représentant l'attitude du couple à l'égard de la VC. Le vecteur $W\_{ij}$est un vecteur de variables de contrôle incluant des caractéristiques individuelles de la femme et du conjoint (âge, niveau d'instruction, emploi) et les caractéristiques du couple en tant que ménage (niveau économique du ménage, le lieu de résidence). Le paramètre $ μ\_{j}$ est l'effet aléatoire au niveau du couple, capturant l'hétérogénéité non observée entre couples. Le paramètre $ϵ\_{ij}$​ est le terme d'erreur au niveau individuel qui est supposé indépendamment et identiquement distribué. Le terme $δ$ est une constante.

# **Résultats et discussion**

## **Résultats des Statistiques descriptives**

Le tableau 1 présente les résultats des statistiques descriptives des variables de l’étude. Il en ressort que parmi les femmes vivant en union qui ont eu au moins une grossesse au cours des cinq dernières années ayant précédé l’enquête, 62,73% ont effectué au moins quatre visites prénatales pendant la dernière grossesse et 73,31% ont accouché dans un établissement de santé spécialisé. En ce qui concerne la violence conjugale, les résultats montrent que plus de la moitié des femmes (57,59%) et des époux (76,05%) de l’échantillon, déclarent rejeter la violence conjugale. Par ailleurs, 46,82% des couples sont concordants dans le rejet des VC et 13,18% des couples sont concordants dans l’acceptation de la VC.

Concernant les caractéristiques sociodémographiques au niveau individuel, l’âge moyen des femmes est de 29 ans. En ce qui concerne le niveau d’éducation, 40,42 % des femmes n’ont aucun niveau scolaire, 28,84 % ont atteint le niveau primaire, 25,89 % le niveau secondaire, et 4,85 % ont un niveau supérieur.

**Tableau 2 : Statistiques descriptives**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Variables | Moyenne | Ecart type | Min | Max |
| Utilisation de contraceptifs (moderne ou traditionnel)NonOui | 0.61610.3839 | 0.48630.4863 | 00 | 11 |
| Consultation prénatale (4CPN)Moins de 04Au moins 04 | 0.37270.6273 | 0.48350.4835 | 00 | 11 |
| Lieu d’accouchementHôpital Maison | 0.26690.7331 | 0.44230.4423 | 00 | 11 |
| Attitude de la femme à l’égard de la VC  |  |  |  |  |
| La femme accepte la VC | 0.4241 | 0.4942 | 0 | 1 |
| La femme rejette la VC | 0.5759 | 0.4942 | 0 | 1 |
| Attitude du mari à l’égard de la VC |  |  |  |  |
| Le mari accepte la VC | 0.2395 | 0.4268 | 0 | 1 |
| Le mari rejette la VC  | 0.7605 | 0.4268 | 0 | 1 |
| Attitudes du couple à l’égard de la VCConcordance : les deux conjoints acceptent la violence Discordance : Le mari rejette la violenceDiscordance : La femme rejette la violenceConcordance : les deux rejettent la violence | 0.13180.29220.10770.4682 | 0.33830.45480.31000.4990 | 0000 | 1111 |
| Variables de niveau individuel |
| Age de la femme | 29.45 | 6.917 | 15 | 49 |
| Niveau d’études de la femmeAucunPrimaireSecondaireSupérieur | 0.40420.28840.25890.0485 | 0.49070.45300.43800.2147 | 0000 | 1111 |
| La femme a travaillé dans les 12 derniers moisNonOui | 0.33160.6684 | 0.47080.4708 | 00 | 11 |
| Exposition à la radio NonOui | 0.44840.5516 | 0.49730.4973 | 00 | 11 |
| Exposition à la télé NonOui | 0.55000.4500 | 0.49750.4975 | 00 | 11 |
| Variables de niveau couple (caractéristiques du couple ou du ménage) |
| Taille du ménage | 6.948 | 4.433 | 2 | 98 |
| Indice de richesse Très pauvrePauvre MoyenRicheTrès riche | 0.22940.21140.19550.19260.1711 | 0.42040.40830.39660.39430.3766 | 0000 | 1111 |
| Lieu de résidence du coupleUrbainRural | 0.36020.6398 | 0.48000.4800 | 00 | 11 |

Source : Auteurs, à partir des données DHS.

Environ 66% des femmes déclarent avoir travaillé au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, 55,16 % des femmes sont exposées à la radio, tandis que 45 % sont exposées à la télévision.

 **Tableau 3 : Analyse croisée entre l'utilisation des services de santé reproductive et les variables explicatives.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Variables | Utilise contraception | Nombre de visites prénatales | Lieu accouchement |
|  | Non | Oui | Moins de 4 | Au moins 4 | Maison | Hôpital |
|  | Moyenne | Moyenne | Moyenne |
| Age de la femme | 31.98 | 31.84\*\* | 29.319 | 29.576\*\*\* | 29.270 | 29.558\*\*\* |
| Taille du ménage | 7.13 | 6.37\*\*\* | 7.298 | 6.962\*\*\* | 7.402 | 6.970\*\*\* |
|  | Proportion | Proportion | Proportion |
| Attitude de la femme à l’égard de la VC  |  |  |  |  |  |  |
| La femme accepte la VC | 63.67 | 36.33\*\*\* | 42.30  | 57.70 \*\*\* | 30.88 | 69.12 \*\*\* |
| La femme rejette la VC | 60.21 |  9.79\*\*\* | 33.56 | 66.44 \*\*\* | 23.60 | 76.40 \*\*\* |
| Attitude du mari à l’égard de la VC |  |  |  |  |  |  |
| Le mari accepte la VC | 64.36 | 35.64\*\*\* | 42.58 | 57.42 \*\*\* | 32.67 | 67.33 \*\*\* |
| Le mari rejette la VC  | 60.80 | 39.20\*\*\* | 35.60 | 64.40 \*\*\* | 24.81 | 75.19 \*\*\* |
| Attitudes du couple à l’égard de la VCConcordance : les deux conjoints acceptent la violence Discordance : Le mari rejette la violenceDiscordance : La femme rejette la violenceConcordance : les deux rejettent la violence | 66.5962.4561.8559.85 | 33.41\*\*\*37.5538.1540.15\*\*\* | 45.5840.8238.9132.33 | 54.42 \*\*\*59.18 \*\*\*61.09 \*\*67.67 \*\*\* | 34.42 29.29 30.5322.01 | 65.58 \*\*\*70.71 \*\*\*69.47 \*\*\*77.99 \*\*\* |
| Niveau d’études de la femmeAucunPrimaireSecondaireSupérieur | 78.3652.0250.7945.83 | 21.64 \*\*\*47.98\*\*\*49.21\*\*\*54.17\*\*\* | 49.2138.4422.469.83 | 50.79 \*\*\*61.56 77.54 \*\*\*90.17 \*\*\* | 39.25 24.5413.74 3.94 | 60.75 \*\*\*75.46 \*\*\*86.26 \*\*\*96.06 \*\*\* |
| La femme a travaillé dans les 12 derniers moisNonOui | 67.47 59.04 | 32.53\*\*\*40.96\*\*\* | 41.61 35.12 | 58.39 \*\*\*64.88 \*\*\* | 27.5226.28 | 72.48 \*\*\*73.72 \*\*\* |
| Exposition à la radio Non Oui | 69.98 55.37 | 30.02 \*\*\*44.63 \*\*\* | 43.0332.59 | 56.97 \*\*\* 67.41 \*\*\* | 34.3420.47 | 65.66 \*\*\*79.53 \*\*\* |
| Exposition à la télé Non Oui | 67.02 55.71 | 32.98 \*\*\*44.29 \*\*\* | 45.10 27.70 | 54.90 \*\*\*72.30 \*\*\* | 37.1013.96 | 62.90 \*\*\*86.04 \*\*\* |
| Indice de richesse Très Pauvre Pauvre MoyenRicheTrès riche |  74.01 66.99 60.0654.33 52.45 | 25.99 \*\*\*33.01 \*\*\* 39.94 \*\*45.67 \*\*\*47.55 \*\*\* | 51.4744.3237.3529.68 17.97 | 48.53 \*\*\*55.68 \*\*\*62.6570.32 \*\*\*82.03 \*\*\* | 45.7734.6425.4314.33 6.64 | 54.23 \*\*\*65.36 \*\*\*74.57 \*\*\*85.67 \*\*\*93.36 \*\*\* |
| Lieu de résidence du coupleUrbainRural | 58.39 63.60 | 41.61 \*\*\*36.40 \*\*\* | 25.4743.91 | 74.53 \*\*\*56.09 \*\*\* | 12.2734.81 | 87.73 \*\*\*65.19 \*\*\* |

Source : Auteurs, à partir des données DHS.

Note: les stars indiquent la significativité des tests de Chi-2 et Student : \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05.

Au niveau du couple, la taille du ménage est en de 7 personnes en moyenne. L’indice de richesse révèle que 22,94 % des couples sont classés comme très pauvres, 21,14 % sont pauvres, 19,55 % appartiennent à la catégorie des moyens, 19,26 % sont riches et 17,11 % sont considérés comme riches. Enfin, 63,98% des couples résident en milieu rural, contre 36,02 % en milieu urbain.

Le tableau 3 présente la distribution des variables explicatives selon le recours à la contraception, la réalisation d’au moins quatre visites prénatales, et le lieu de l’accouchement (établissement de santé ou non). Il en ressort que l'utilisation de soins de santé reproductive varie significativement en fonction des attitudes des couples à l’égard de la violence conjugale. En effet, l’utilisation de la contraception est plus élevée chez les couples qui rejettent conjointement la violence conjugale (40,15 %), suivis de ceux où seule la femme rejette cette violence (38,15%) et de ceux où seul le mari la rejette (37,55%). De même, la proportion de femmes ayant effectué au moins quatre visites prénatales est la plus élevée parmi les couples qui rejettent conjointement la violence conjugale (67,67 %), suivie de celle observée dans les couples où seule la femme exprime ce rejet (61,09 %) et de celle des couples où seul le mari la rejette (58,18%). Enfin, la proportion de femmes ayant accouché dans un établissement de santé est la plus élevée dans les couples où les deux conjoints rejettent conjointement la violence conjugale (77,99 %), suivie de celle observée lorsque seul le mari la rejette (70,71 %) et de ceux où seule la femme exprime ce rejet (69,47 %).

L’utilisation de méthodes contraceptives, le recours à au moins quatre visites prénatales et l’accouchement dans un établissement de santé sont également significativement corrélés (au seuil de 1%) aux variables démographiques et socioéconomiques telles que l’âge, la taille du ménage, le niveau d’études, le statut professionnel, l’indice de richesse, le lieu de résidence, l’exposition aux médias (radio et télévision).

## **Résultats économétriques et discussion**

Le tableau 4 montre que les attitudes des couples à l’égard de la violence conjugale sont significativement associées (au seuil de 1% ou 5%) à l’utilisation des services de santé reproductive. En prenant comme référence les couples dans lesquels les deux conjoints acceptent la violence, les résultats indiquent que, dans les situations de discordance où seul le mari rejette la violence, la probabilité que la femme utilise une méthode contraceptive (traditionnelle ou moderne) augmente de 2,63 %, celle de recourir à au moins quatre visites prénatales de 2,17 %, et celle d’accoucher dans un établissement sanitaire de 2,01 %. Ces résultats soulignent le rôle central du partenaire masculin dans l’utilisation des services de santé reproductive, à travers leur rejet de la violence conjugale. En revanche, lorsque seule la femme rejette la violence, l’effet est plus faible sur l’utilisation de méthodes contraceptives (2,33 %) ou non significatif pour l’accouchement dans un établissement sanitaire, à l’exception du recours à quatre visites prénatales, dont la probabilité augmente de 2,80 %. Le rejet mutuel de la violence conjugale par les deux conjoints est associé à une augmentation de 4,32 %, de la probabilité de recourir à au moins quatre visites prénatales et de 3,09 % pour un accouchement dans un établissement sanitaire.

En comparant les effets des différentes catégories d’attitudes des couples à l’égard de la violence conjugale sur les indicateurs de santé reproductive, les résultats montrent que, pour l’utilisation de la contraception, le rejet de la violence uniquement par le mari exerce un effet légèrement plus fort que celui observé lorsque seule la femme rejette la violence, avec une augmentation de la probabilité respectivement de 2,63 % contre 2,33 %. Ce constat souligne que l'engagement du partenaire masculin dans le rejet de la violence conjugale constitue un levier essentiel pour promouvoir le recours aux méthodes contraceptives. Dans de nombreux ménages, les hommes détiennent la majeure partie du pouvoir décisionnel, de sorte que leur opposition à la violence conjugale peut refléter une plus grande ouverture à l’autonomie reproductive de leur conjointe. Concernant le recours à au moins quatre visites prénatales, les résultats montrent que l’effet le plus important est observé lorsque les deux conjoints rejettent conjointement la violence conjugale. Toutefois, l’attitude individuelle des femmes, lorsqu’elles rejettent seules la violence conjugale, présente également un effet significatif plus important que celui du rejet de la violence par le mari seul. Ce résultat montre que si le rejet de la violence conjugale par les deux conjoints est crucial pour l’adoption d’un suivi prénatal complet (au moins quatre visites), la position individuelle de la femme contre la violence conjugale joue un rôle important dans l’accès à un suivi prénatal renforcé

En ce qui concerne l’accouchement dans un établissement de santé, les résultats indiquent l’effet le plus élevé est observé lorsque les deux conjoints rejettent conjointement la violence conjugale. En outre, l’attitude individuelle des époux lorsqu’ils rejettent seuls la violence conjugale, présente un effet significatif, contrairement au rejet de la violence par la femme seule. Ces résultats confirment également l’importance du rôle du mari dans la prise de décision relative aux soins d’accouchement de la femme, et mettent en évidence que la concordance au sein du couple dans le rejet de la violence conjugale favorise davantage le recours aux services de santé maternelle.

Ces résultats s’alignent avec ceux d’autres auteurs tels qu’Allendorf (2012), Do et Kurimoto (2012), et Singh et al. (2015), qui montrent que l’implication du mari dans des relations égalitaires, où les décisions sont prises conjointement, améliore non seulement la qualité des relations familiales (ce qui peut réduire la violence conjugale), mais aussi les résultats en matière de santé reproductive, notamment l’utilisation des contraceptifs et le recours à un établissement de santé pour l’accouchement. Ces résultats peuvent également être interprétés à la lumière des travaux de Kishor et Lekha (2008), qui montrent que le rejet individuel de la violence conjugale par les femmes témoigne d’un niveau élevé d’autonomie décisionnelle, lequel favorise un comportement proactif en matière de suivi prénatal complet. Ainsi, ces femmes, disposant d’une forte autonomie, sont plus susceptibles de recourir à ces soins même en l’absence de soutien conjugal**.**

**Tableau 4 :** Effetsmarginaux des attitudes des couples à l’égard de la violence conjugale sur l’utilisation des services de santé reproductive : Résultats du modèle logit multiniveau

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Variables dépendantes |  |  | Utilisation deméthodes contraceptives | Recours à au moins4 visites prénatales | Accouchementdans un établissementsanitaire |
| Attitudes du coupe à l’égard de la VC (Référence=Concordance : les deux conjoints acceptent la violence) Discordance : Le mari rejette la violenceDiscordance : La femme rejette la violenceConcordance : les deux rejettent la violence |  |  | 0.0263\*\*\*(0.0069**)**0.0233\*\*\*(0.0085**)**0.0093(0.0066**)** | 0.0217\*\*\*(0.0078**)**0.0280\*\*\*(0.0096**)**0.0432\*\*\*(0.0075**)** | 0.0201\*\*\*(0.0065**)**-0.0001(0.0082**)**0.0309\*\*\*(0.0063**)** |
| Age de la femme |  |  | -0.0004(0.0003**)** | 0.0013\*\*\*(0.0004**)** | 0.0017\*\*\*(0.0003**)** |
| Niveaux d’études de la femme (Réf=Aucun)PrimaireSecondaireSupérieur |  |  | 0.2381\*\*\*(0.0050**)**0.2297\*\*\*(0.0058**)**0.2690\*\*\*(0.0117**)** | 0.0839\*\*\*(0.0061**)**0.1832\*\*\*(0.0064**)**0.2711\*\*\*(0.0118**)** | 0.1016\*\*\*(0.0050**)**0.1252\*\*\*(0.0058**)**0.1869\*\*\*(0.0128**)** |
| La femme a travaillé dans les 12 derniers mois (Réf=Non) |  |  | 0.0661\*\*\*(0.0045**)** | 0.0547\*\*\*(0.0051**)** | -0.0027(0.0044**)** |
| Exposition à la radio (Réf=Non) |  |  | 0.0894\*\*\*(0.0044**)** | 0.0213\*\*\*(0.0051**)** | 0.0367\*\*\*(0.0044**)** |
| Exposition à la télé (Réf=Non) |  |  | 0.0041(0.0051**)** | 0.0346\*\*\*(0.0059**)** | 0.0755\*\*\*(0.0049**)** |
| Indice de richesse (Réf=Très pauvre) PauvreMoyenRicheTrès riche |  |  | 0.0353\*\*\*(0.0061**)**0.0726\*\*\*(0.0064**)**0.1079\*\*\*(0.0071**)**0.1097\*\*\*(0.0085**)** | 0.0426\*\*\*(0.0073**)**0.0672\*\*\*(0.0077**)**0.0908\*\*\*(0.0087**)**0.1471\*\*\*(0.0100**)** | 0.0695\*\*\*(0.0064**)**0.1066\*\*\*(0.0067**)**0.1557\*\*\*(0.0074**)**0.2020\*\*\*(0.0090**)** |
| Lieu de résidence du couple (Réf=Urbain) |  |  | 0.0598\*\*\*(0.0052**)** | -0.0375\*\*\*(0.0063**)** | -0.0659\*\*\*(0.0053**)** |
| Taille du ménage |  |  | -0.0029\*\*\*(0.0005**)** | -0.00001(0.0005**)** | -0.0008\*(0.0005**)** |
| Nombre d’observations |  |  | 60,906 | 44,614 | 44,614 |
| Prob > chi2 |  |  | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 |
| Log likelihood |  |  | -34119.593 | -25312.207 | -21036.494 |
| Variance (cons) |  |  | 10.052(.3827) | 7.650(.3305**)** | 7.625(.3999) |
| LR test chibar2(01) Prob >= chibar2 |  |  | 6343.430.0000 | 3427.240.0000 | 2641.090.0000 |

Source : Auteurs, à partir des données DHS. **\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1**

Afin de mieux illustrer les résultats précédent, les figures 1, 2 et 3 montrent les probabilités ajustées (ou prédictions moyennes marginales) d’utilisation des services de santé reproductive selon les attitudes du couple à l’égard de la violence conjugale (acceptation conjointe, rejet par le mari seul, rejet par la femme seule, et rejet conjoint). La figure 1 révèle que la probabilité prédite de recours à une méthode contraceptive est la plus élevée lorsque seul le mari seul rejette la violence et la plus faible lorsque seule la femme la rejette. Ces résultats confirment les effets marginaux obtenus précédemment.

**Figure 1 : Probabilités de recours à une méthode contraceptive par attitude à l’égard de la violence conjugale.**

****

Source : Auteurs, à partir des données DHS

La figure 2 révèle que la probabilité prédite de recours à au moins quatre visites prénatales est la plus élevée chez les femmes vivant dans les couples où les deux conjoints rejettent la violence conjugale et la plus faible lorsque les deux acceptent cette violence. Dans les situations de désaccords, la probabilité est plus élevée lorsque la femme seule rejette la violence que lorsque le mari seul la rejette. Ces résultats confirment les effets marginaux obtenus précédemment.

**Figure 2 : Probabilités de recours à au moins quatre visites prénatales par attitude à l’égard de la violence conjugale.**



Source : Auteurs, à partir des données DHS.

La figure 3 révèle que la probabilité prédite d’accoucher dans un établissement de santé est de 71,98 % lorsque les deux conjoints acceptent la violence conjugale. Lorsque le mari seul rejette la violence, cette probabilité augmente à 73,99 % et diminue légèrement à 71,97 % lorsque seule la femme rejette la violence. La probabilité atteint son niveau le plus élevé (75,08 %) chez les femmes vivant dans les couples où les deux conjoints rejettent la violence conjugale. Ces résultats confirment les effets marginaux obtenus précédemment.

**Figure 3 : Probabilités d’accoucher dans un établissement de santé par attitude à l’égard de la violence conjugale.**

****

Source : Auteurs, à partir des données DHS

# **Conclusion**

L’objectif de cet article était d’évaluer l’effet des attitudes des couples à l’égard de la violence conjugale sur l'utilisation des soins de santé reproductive, à partir des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 21 pays d'Afrique subsaharienne. L'utilisation des services de santé reproductive est mesurée par le recours aux méthodes contraceptives modernes ou traditionnelles, par l’utilisation des soins prénatals ainsi que par l’accouchement dans un établissement de santé. Les attitudes du couple à l'égard de la violence conjugale sont analysées selon la concordance ou la discordance dans le rejet de cette violence par les femmes et leurs conjoints. Étant donné la structure hiérarchique des données, avec des femmes imbriquées dans des couples, un modèle logit multiniveau a été estimé.

Les résultats montrent que les attitudes des couples à l’égard de la violence conjugale sont significativement associées à l’utilisation des services de santé reproductive. Le rejet de la violence uniquement par le mari est un meilleur prédicteur de l’utilisation des méthodes contraceptives. Dans les sociétés patriarcales, où les hommes détiennent majoritairement le pouvoir décisionnel au sein du foyer, leur opposition à la violence peut refléter une plus grande ouverture à l’autonomie reproductive de leur conjointe. En outre, le rejet mutuel de la violence conjugale par les deux partenaires constitue un prédicteur plus fort du recours aux services de santé maternelle, notamment les soins prénatals. La concordance des attitudes au sein du couple dans le rejet des violences conjugales favorise ainsi une meilleure utilisation des services de santé maternelle.

Les résultats de cette étude soulignent l’importance d’impliquer les hommes dans les politiques de promotion de la santé reproductive en Afrique subsaharienne. Les programmes de sensibilisation devraient cibler les couples dans leur ensemble, en mettant l’accent sur la nécessité de rejeter la violence conjugale et de promouvoir des normes relationnelles plus égalitaires. Les campagnes de communication sur la santé devraient déconstruire les normes patriarcales qui légitiment la domination masculine, afin de renforcer l’autonomie reproductive des femmes. Par ailleurs, les stratégies de santé publique gagneraient à intégrer une approche de couple dans la planification familiale et les soins prénatals, en encourageant la participation active des hommes au suivi de la grossesse. Enfin, les politiques de lutte contre les violences faites aux femmes doivent être reconnues non seulement comme un impératif moral et juridique, mais aussi comme un levier d'amélioration de la santé maternelle et infantile.

Nous reconnaissons l’existence de potentiels biais d’endogénéité liés à l’attitude du couple vis-à-vis de la violence conjugale dans l’équation du recours aux services de santé reproductive. En effet, des facteurs non observables, tels que les normes de genre au niveau communautaire, peuvent simultanément influencer les attitudes du couple à l’égard de la violence conjugale et l’utilisation des services de santé reproductive. Ce biais n’a toutefois pas pu être corrigé dans notre analyse, en raison de la difficulté à identifier dans les données de l’enquête DHS, un instrument valide capable de saisir les différentes configurations d’attitudes conjugales (rejet par la femme seule, par le mari seul, ou par les deux), fondées sur les perceptions respectives des conjoints à propos de la violence conjugale, tout en satisfaisant les conditions d’exclusion nécessaires pour une estimation instrumentale rigoureuse

**Références bibliographiques**

Aboagye, R. G., Okyere, J., Seidu, A.-A., Ahinkorah, B. O., Budu, E., & Yaya, S. (2024). Does women’s empowerment and socio-economic status predict adequacy of antenatal care in sub-Saharan Africa? *International Health*, *16*(2), 165‑173. https://doi.org/10.1093/inthealth/ihad016

Adegoke, T. G., & Oladeji, D. (2005). Community norms and cultural attitudes and beliefs factors influencing violence against women of reproductive age in Nigeria. *Editorial Advisory Board e*, *20*(2), 265‑273.

Afroz, S., Sutopa, T. S., & Haque, M. R. (2022). Young mothers’ attitudes towards domestic violence and their maternal healthcare services utilization in Bangladesh : A multilevel cluster analysis. *PLOS ONE*, *17*(8), e0268062. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268062

Allendorf, K. (2012). Women’s Agency and the Quality of Family Relationships in India. *Population Research and Policy Review*, *31*(2), 187‑206. https://doi.org/10.1007/s11113-012-9228-7

Annan, J., Donald, A., Goldstein, M., Martinez, P. G., & Koolwal, G. (2021). Taking power : Women’s empowerment and household well-being in Sub-Saharan Africa. *World Development*, *140*, 105292.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice hall Englewood Cliffs, NJ. http://www.asecib.ase.ro/mps/Bandura\_SocialLearningTheory.pdf

Becker, G. (1973). A Theory of Marriage : Part I. *The Journal of Political Economy*.

Becker, G. S. (1981). A Treatise on the Family. *Cambridge, Mass, Harvard University Press.*

Behrman, J., & Frye, M. (2021). Attitudes Toward Intimate Partner Violence in Dyadic Perspective : Evidence From Sub-Saharan Africa. *Demography*, *58*(3), 1143‑1170. https://doi.org/10.1215/00703370-9115955

Dhar, D., McDougal, L., Hay, K., Atmavilas, Y., Silverman, J., Triplett, D., & Raj, A. (2018). Associations between intimate partner violence and reproductive and maternal health outcomes in Bihar, India : A cross-sectional study. *Reproductive Health*, *15*(1), 109. https://doi.org/10.1186/s12978-018-0551-2

Do, M., & Kurimoto, N. (2012). Women’s Empowerment and Choice of Contraceptive Methods in Selected African Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *38*(01), 023‑033. https://doi.org/10.1363/3802312

Dobash, R. E., & Dobash, R. (1979). *Violence against wives : A case against the patriarchy* (Vol. 15). Free Press New York. https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/violence-against-wives-case-against-patriarchy

Farmer, A., & Tiefenthaler, J. (1996). Domestic violence : The value of services as signals. *The American Economic Review*, *86*(2), 274‑279.

Farmer, A., & Tiefenthaler, J. (1997). An economic analysis of domestic violence. *Review of social Economy*, *55*(3), 337‑358.

FitzPatrick, K. M., Brown, S. J., Hegarty, K., Mensah, F., & Gartland, D. (2024). Timing of Physical and Emotional Intimate Partner Violence Exposure and Women’s Health in an Australian Longitudinal Cohort Study. *Violence Against Women*, *30*(5), 1255‑1273. https://doi.org/10.1177/10778012221147904

Fulu, E., Jewkes, R., Roselli, T., & Garcia-Moreno, C. (2013). 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. *The lancet global health*, *1*(4), e187‑e207.

Hanson, R. K., Cadsky, O., Harris, A., & Lalonde, C. (1997). Correlates of battering among 997 men : Family history, adjustment, and attitudinal differences. *Violence and Victims*, *12*(3), 191.

Hindin, M. J. (2003). Understanding women’s attitudes towards wife beating in Zimbabwe. *Bulletin of the World Health Organization*, *81*, 501‑508.

Idriss-Wheeler, D., & Yaya, S. (2021). Exploring antenatal care utilization and intimate partner violence in Benin—Are lives at stake? *BMC Public Health*, *21*(1), 830. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10884-9

Islam, T. M., Tareque, Md. I., Sugawa, M., & Kawahara, K. (2015). Correlates of Intimate Partner Violence Against Women in Bangladesh. *Journal of Family Violence*, *30*(4), 433‑444. https://doi.org/10.1007/s10896-015-9683-0

Janssen, P. A., Holt, V. L., Sugg, N. K., Emanuel, I., Critchlow, C. M., & Henderson, A. D. (2003). Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes : A population-based study. *American journal of obstetrics and gynecology*, *188*(5), 1341‑1347.

Jesmin, S. S. (2017). Social Determinants of Married Women’s Attitudinal Acceptance of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *32*(21), 3226‑3244. https://doi.org/10.1177/0886260515597436

Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence : Causes and prevention. *The lancet*, *359*(9315), 1423‑1429.

Khan, M. N., & Islam, M. M. (2018). Women’s attitude towards wife-beating and its relationship with reproductive healthcare seeking behavior : A countrywide population survey in Bangladesh. *PloS one*, *13*(6), e0198833.

Kim, J., & Motsei, M. (2002). “Women enjoy punishment” : Attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Social Science & Medicine*, *54*(8), 1243‑1254.

Kishor, S., & Lekha, S. (2008). *Understanding Women’s Empowerment : A Comparative Analysis of Demographic and Health Surveys (DHS) Data*.

Kurniati, A., Chen, C.-M., Efendi, F., & Berliana, S. M. (2018). Factors influencing Indonesian women’s use of maternal health care services. *Health Care for Women International*, *39*(1), 3‑18. https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1393077

Leight, J., & Wilson, N. (2021). Intimate partner violence and maternal health services utilization : Evidence from 36 National Household Surveys. *BMC Public Health*, *21*(1), 405. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10447-y

Mai, V., & Phyu, W. E. (2020). Intimate partner violence and utilization of reproductive and maternal health services in Cambodia. *Journal of Health Research*, *34*(2), 100‑111.

Manser, M., & Brown, M. (1980). Marriage and Household Decision Making : A Bargaining Analysis”. *International Economic Review*, *21*(1).

McCloskey, L. A., Williams, C., & Larsen, U. (2005). Gender inequality and intimate partner violence among women in Moshi, Tanzania. *International family planning perspectives*, 124‑130.

McElroy, M. B., & Horney, M. J. (1981). Nash-bargained household decisions : Toward a generalization of the theory of demand. *International economic review*, 333‑349.

McGee, R. W. (2017). How acceptable is wife beating? An empirical study of 60 countries. *An Empirical Study of*, *60*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\_id=2977436

Mihalic, S. W., & Elliott, D. (1997). A social learning theory model of marital violence. *Journal of Family Violence*, *12*(1), 21‑47. https://doi.org/10.1023/A:1021941816102

Mohammed, B. H., Johnston, J. M., Harwell, J. I., Yi, H., Tsang, K. W., & Haidar, J. A. (2017). Intimate partner violence and utilization of maternal health care services in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 178. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2121-7

Olorunsaiye, C. Z., Huber, L. B., Laditka, S. B., Kulkarni, S., & Boyd, A. S. (2017). Associations between women’s perceptions of domestic violence and contraceptive use in seven countries in West and Central Africa. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *13*, 110‑117.

Rosen, D., Seng, J. S., Tolman, R. M., & Mallinger, G. (2007). Intimate Partner Violence, Depression, and Posttraumatic Stress Disorder as Additional Predictors of Low Birth Weight Infants Among Low-Income Mothers. *Journal of Interpersonal Violence*, *22*(10), 1305‑1314. https://doi.org/10.1177/0886260507304551

Seymour, G., & Peterman, A. (2017). *Understanding the measurement of women’s autonomy : Illustrations from Bangladesh and Ghana*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\_id=3029474

Shrestha, S. K., Thapa, S., Vicendese, D., & Erbas, B. (2022). Women’s attitude towards intimate partner violence and utilization of contraceptive methods and maternal health care services : An analysis of nationally representative cross-sectional surveys from four South Asian countries. *BMC Women’s Health*, *22*(1), 215. https://doi.org/10.1186/s12905-022-01780-4

Singh, K., Bloom, S., & Brodish, P. (2015). Gender Equality as a Means to Improve Maternal and Child Health in Africa. *Health Care for Women International*, *36*(1), 57‑69. https://doi.org/10.1080/07399332.2013.824971

Tiruneh, F. N., Chuang, K.-Y., & Chuang, Y.-C. (2017). Women’s autonomy and maternal healthcare service utilization in Ethiopia. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 718. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2670-9

Uddin, J., Hossin, M. Z., & Pulok, M. H. (2017). Couple’s concordance and discordance in household decision-making and married women’s use of modern contraceptives in Bangladesh. *BMC Women’s Health*, *17*(1), 107. https://doi.org/10.1186/s12905-017-0462-3

Wencheko, E., & Tadesse, M. (2020). Determinants of Ethiopian Women’s Attitudes Toward Wife Beating. *Journal of Interpersonal Violence*, *35*(1‑2), 510‑520. https://doi.org/10.1177/0886260517691524

Widom, C. S. (1989). The Cycle of Violence. *Science*, *244*(4901), 160‑166. https://doi.org/10.1126/science.2704995

World Health Organization. (2021). *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018 ; Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*.

1. L’échantillon comprend les pays suivants : Bénin (2017-18), Burkina-Faso (2021), Cameroun (2018), Côte d’Ivoire (2021), Gabon (2019-2021), Gambie (2019-20), Ghana (2022), Guinée (2018), Kenya (2022), Lesotho 2023-24), Libéria (2019-20), Madagascar (2021), Mauritanie (2019-21), Mali (2018), Mozambique (2022-2023), Nigéria (2018), le Rwanda (2019-20), Sénégal (2023), Sierra Léone (2019), Tanzanie (2022), Zambie (2018). [↑](#footnote-ref-1)