



# Population Reports

S'il vous plaît faire parvenir  
ce rapport à vos collègues

## TABLE DES MATIERES

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Credits](#)

### Chapters

1. [Le monde prend acte](#)
  2. [Sérvices causés par un partenaire intime](#)
  3. [Contrainte sexuelle](#)
  4. [Répercussions sur la santé reproductive](#)
  5. [Menaces sur la santé et le développement](#)
  6. [Les dispensateurs de soins de santé jouent un rôle fondamental](#)
  7. [Un programme de changements](#)
- [Guide spécial](#)
  - [Figures](#)
  - [Tableau](#)
  - [Encadrés](#)
  - [Bibliographie](#)

### Faits saillants

## *Mettre fin à la violence contre les femmes*

Dans le monde, au moins une femme sur trois est battue, contrainte à des rapports sexuels ou objet d'autres sérvices durant son existence. Le plus souvent, le coupable est un membre de sa propre famille. On se rend de plus en plus compte que la violence fondée sur le sexe est un grand problème de santé publique qui représente en outre une violation des droits de l'homme.

La violence peut avoir des effets dévastateurs sur la santé reproductive de la femme et sur d'autres aspects de son bien-être physique et mental. Non seulement la violence entraîne des traumatismes, mais elle intensifie chez les femmes le risque à long terme d'un certain nombre d'autres problèmes de santé, dont des douleurs chroniques, des incapacités physiques, l'abus de drogues et d'alcool, et la dépression. Les femmes qui ont subi des mauvais traitements physiques ou sexuels courent aussi un risque accru de grossesse non

- [Qu'est-ce qui est à la base de la violence ?](#)
- [La culture, une arme à deux tranchants](#)
- [Les enfants sont souvent l'objet de sévices sexuels](#)
- [La violence porte de maintes façons préjudice aux femmes](#)
- [\\*Encart : Que peuvent faire les dispensateurs de soins de santé ?](#)
- [Répondre à la violence : leçons apprises](#)
  
- [POPLINE](#)
- [La Médiathèque](#)
- [Autres exemplaires](#)
- [Pour commande](#)
- [CCP Home Page](#)

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Publié en collaboration avec le :



6930 Carroll Avenue  
Suite 910  
Takoma Park  
Maryland 20912,  
USA

Phone: 301/270-1182  
Fax: 301/270-2052

*The Center for Health and Gender Equity (CHANGE) est une organisation de recherche et de*

souhaitée, d'infections sexuellement transmises et de grossesse désastreuse. Or, les victimes de violence qui veulent se faire soigner par des professionnels de la santé ont des besoins que ceux-ci ne reconnaissent pas, dont ils ne parlent pas et qu'ils ne savent pas comment traiter.

## **Qu'entend-on par violence fondée sur le sexe ?**

Le violence contre les femmes et les filles englobe des mauvais traitements physiques, sexuels, psychologiques et économiques. On l'appelle souvent violence « fondée sur le sexe » parce qu'elle découle en partie de la situation subordonnée occupée par les femmes dans la société. De nombreuses cultures ont des croyances, des normes et des institutions sociales qui légitiment et, partant, perpétuent, la violence contre les femmes. Les mêmes actes qui seraient punis s'ils visaient un employeur, un voisin, une connaissance ou un ami restent souvent incontestés quand ils sont le fait d'hommes qui agissent contre des femmes, notamment au sein de la famille.

Deux des formes les plus fréquentes de violence contre les femmes sont les sévices commis par des partenaires masculins intimes et les rapports sexuels forcés, qui peuvent avoir lieu durant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte. Les sévices commis par un partenaire intime À également appelés violence domestique, voies de fait contre l'épouse et coups et blessures À sont presque toujours accompagnés de mauvais traitements psychologiques et aussi, dans le quart à la moitié des cas, de rapports sexuels forcés. La majorité des femmes qui sont maltraitées par leur partenaire le sont à maintes reprises. En fait, les mauvais traitements se situent souvent dans une atmosphère de terreur.

## **Comment les dispensateurs de**

*plaidoyer qui se donne pour mission d'intégrer la recherche de l'égalité entre les sexes et de la justice sociale aux politiques et pratiques internationales en matière de santé. On peut contacter les services de CHANGE par courrier électronique à [change@genderhealth.org](mailto:change@genderhealth.org) or at <http://www.genderhealth.org>.*

Volume XXVII, Numéro 4

Décembre, 1999

Série L, Numéro 11

Problèmes mondiaux de santé

## soins de santé peuvent apporter une aide

Les dispensateurs de soins de santé peuvent beaucoup faire pour aider leurs clientes qui sont victimes de violence fondée sur le sexe. Or, ils perdent souvent l'occasion d'aider parce qu'ils n'ont pas conscience du problème, sont indifférents ou sont à la fois juges et parties. S'ils ont reçu une bonne formation et sont soutenus par les systèmes de soins de santé, les dispensateurs peuvent jouer un plus grand rôle pour répondre, sur le plan physique, émotionnel et sur celui de la sécurité, aux besoins des femmes et des filles victimes de sévices.

En premier lieu, les dispensateurs de soins de santé peuvent apprendre à poser aux femmes, à propos de la violence, des questions dont leurs clientes peuvent tirer profit. Ils peuvent apporter aux femmes sympathie et soutien. Ils peuvent fournir un traitement médical, offrir des conseils, faire des constats de blessures, et diriger leurs clientes vers des services d'aide juridique et de soutien.

Les dispensateurs de planification familiale et d'autres soins de santé reproductive ont une responsabilité particulière en matière d'aide car :

- les sévices exercent une influence profonde, mais peu reconnue, sur la santé reproductive et sur le bien-être sexuel des femmes ;
- les dispensateurs ne peuvent pas bien faire leur travail sans comprendre comment la violence et le sentiment d'impuissance se répercutent sur la santé reproductive et sur les possibilités de décision des femmes ;
- les dispensateurs de soins de santé reproductive sont dans une position stratégique pour aider à identifier les victimes de violence et les mettre en contact avec d'autres services de soutien communautaire.

Les dispensateurs peuvent rassurer les femmes, leur dire que la violence est inacceptable et qu'aucune femme ne mérite d'être battue, d'être l'objet de sévices sexuels ou de subir des sévices qui lui causent des troubles affectifs.

Comme l'a déclaré une cliente (379), « la compassion va ouvrir la porte. Et, quand nous nous sentons en sécurité et sommes en mesure d'avoir confiance, la différence est considérable ».

## **Réactions de la société**

Les agents de santé ne peuvent pas, à eux seuls, transformer le milieu culturel, social et juridique qui conduit à de nombreux faits de violence contre les femmes et qui les accepte. Pour mettre un terme à la violence physique et sexuelle, on a besoin d'un engagement et de stratégies à long terme qui fassent intervenir tous les éléments de la société. Beaucoup de gouvernements ont pris l'engagement de supprimer la violence contre les femmes en adoptant et en appliquant des lois qui garantissent aux femmes les droits qui sont les leurs et punissent les coupables. En outre, des stratégies à base communautaire peuvent viser à donner aux femmes des moyens d'action, à toucher les hommes et à modifier les croyances et les attitudes qui permettent un comportement abusif. C'est seulement quand les femmes obtiendront leur place de membres à part entière de la société que la violence contre les femmes ne sera plus une norme invisible mais, bien au contraire, une aberration choquante.

[Suivante](#)

[Haut](#) | [Table des matières](#)

Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: [Poprepts@jhucpp.org](mailto:Poprepts@jhucpp.org)

S'il vous plaît faire parvenir ce rapport à vos collègues

## TABLE DES MATIERES

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Credits](#)

### Chapters

1. [Le monde prend acte](#)
2. [Sérvices causés par un partenaire intime](#)
3. [Contrainte sexuelle](#)
4. [Répercussions sur la santé reproductive](#)
5. [Menaces sur la santé et le développement](#)
6. [Les dispensateurs de soins de santé jouent un rôle fondamental](#)
7. [Un programme de changements](#)

- [Guide spécial](#)
- [Figures](#)
- [Tableau](#)
- [Encadrés](#)
- [Bibliographie](#)

### Faits saillants

- [Qu'est-ce qui est à la base de la violence ?](#)
- [La culture, une arme à deux](#)

# Credits

Le présent rapport a été élaboré par Lori Heise, Mary Ellsberg, Lic. Med. Sci., et Megan Gottemoeller, MPH, du Center for Health and Gender Equity (CHANGE). Bryant Robey, rédacteur en chef. Stephen M. Goldstein, rédacteur gérant. Vera M. Zlidar, Analyste de recherche. Mise en page de Linda D. Sadler. Réalisation de John R. Fiege, Merridy Gottlieb, Peter Hammerer, Mónica Jiménez et Deborah Maenner.

La rédaction remercie les personnes suivantes qui ont bien voulu examiner le texte: Michal Avni, Suzanna Banwell, Susan Brems, Jackie Campbell, Holly-Fluty Dempsey, Flor de Maria Giusti, Lauren Goodsmith, Julia Kim, Sunita Kishor, Michael Koenig, Mary P. Koss, Laurie Liskin, Sandra L. Martin, Alice Payne Merritt, Susan A. Notar, Naana Otoo Oyortey, Patricia Paluzzi, Bertha Pooley, Malcolm Potts, Vijayendra Rao, Pramilla Senanayake, Nafissatou Diop-Sidibé, J. Joseph Speidel, Karen Welch, A. J. Alonzo Wind et Cathy Zimmerman.

Suggested citation: Heise, L., Ellsberg, M. and Gottemoeller, M. *Ending Violence Against Women. Population Reports, Series L, No. 11*. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, December 1999.

**Population Information Program  
Center for Communication Programs  
The Johns Hopkins University**

tranchants

- Les enfants sont souvent l'objet de sévices sexuels
- La violence porte de maintes façons préjudice aux femmes
- \*Encart : Que peuvent faire les dispensateurs de soins de santé ?
- Répondre à la violence : leçons apprises
  
- POPLINE
- La Médiathèque
- Autres exemplaires
- Pour commande
- CCP Home Page

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Publié en collaboration avec le :



6930 Carroll Avenue  
Suite 910  
Takoma Park  
Maryland 20912,  
USA

Phone: 301/270-1182  
Fax: 301/270-2052

*Le Center for Health and Gender Equity (CHANGE) est une organisation de recherche et de plaidoyer qui se donne*

**School of Public Health**

Phyllis Tilson Piotrow, Ph.d.,  
Directrice, **Center for Communication Programs** et investigatrice principale,  
**Population Information Program**

Ward Rinehart, Project Directeur de projet, **PIP**

Linda D. Sadler, Rédactrice gérante des éditions en langues étrangères des *Population Reports*

Anne W. Compton, Directrice adjointe, **PIP**, et chef, des services bibliographiques informatisés POPLINE

Hugh M. Rigby, Directeur associé, **PIP**, et chef, du Centre d'information médias/matériaux

Jose G. Rimon II, Directeur adjoint, **Center for Communication Programs** et Directeur de projet, **Population Communication Services**, élaboration de communications, stratégies, projets, formation et matériaux de planification familiale

*Population Reports* (USPS 063-150) is published four times a year (spring, summer, fall, winter) at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA, by the Population Information Program of the Johns Hopkins University School of Public Health. Periodicals postage paid at Baltimore, Maryland, and other locations. Postmaster to send address changes to Population Reports, Population Information Program, Johns Hopkins

*pour mission d'intégrer la recherche de l'égalité entre les sexes et de la justice sociale aux politiques et pratiques internationales en matière de santé. On peut contacter les services de CHANGE par courrier électronique à [change@genderhealth.org](mailto:change@genderhealth.org) or at <http://www.genderhealth.org>.*

Volume XXVII, Numéro 4

Décembre, 1999

Série L, Numéro 11

Problèmes mondiaux de santé

University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

*Population Reports* donne pour mission de broser un tableau d'ensemble exact et fiable de l'évolution des questions de population.

Publié avec le soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), Global, G/PHN/ POP/CMT dans le cadre du Don No HRN-A-00-97-00009-00. Les vues exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international ni celles de l'Université Johns Hopkins.



[Précédente](#) | [Suivante](#)  
[Haut](#) | [Table des matières](#)

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA  
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: [Poprepts@jhucpp.org](mailto:Poprepts@jhucpp.org)

S'il vous plaît faire parvenir ce rapport à vos collègues

## TABLE DES MATIERES

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Credits](#)

### Chapters

1. [Le monde prend acte](#)
    - [Qu'est-ce que la violence contre les femmes ?](#)
  2. [Sérvices causés par un partenaire intime](#)
  3. [Contrainte sexuelle](#)
  4. [Répercussions sur la santé reproductive](#)
  5. [Menaces sur la santé et le développement](#)
  6. [Les dispensateurs de soins de santé jouent un rôle fondamental](#)
  7. [Un programme de changements](#)
- [Guide spécial](#)
  - [Figures](#)
  - [Tableau](#)
  - [Encadrés](#)
  - [Bibliographie](#)

### Faits saillants

- [Qu'est-ce qui est à la base de la](#)

# Le monde prend acte

La violence contre les femmes est l'infraction aux droits de l'homme la plus répandue du monde : or, c'est celle qu'on hésite le plus à reconnaître. C'est aussi un grave problème de santé, qui sape l'énergie des femmes, compromet leur santé physique et émousse leur amour-propre. Bien que le prix à payer soit considérable, presque toutes les sociétés ont des institutions sociales qui légitiment et masquent les sérvices, et nient leur existence. Les mêmes actes qui seraient punis s'ils touchaient un employeur, un voisin ou une connaissance ne suscitent souvent aucune réaction quand des hommes les commettent contre des femmes, notamment au sein de la famille.

Depuis plus de vingt ans, les groupes qui, dans le monde entier, plaident la cause des femmes s'efforcent de mettre davantage en relief les sérvices physiques, psychologiques et sexuels dont les femmes sont les victimes et soulignent la nécessité d'intervenir. Ils ont fourni aux femmes un abri, ont fait pression pour qu'on prenne des mesures sur le plan juridique et se sont insurgés contre les attitudes et les croyances largement répandues qui justifient un comportement violent contre les femmes (209).

De plus en plus, ces efforts donnent des résultats. Aujourd'hui, des institutions internationales se prononcent publiquement contre la violence fondée

violence ?

- La culture, une arme à deux tranchants
- Les enfants sont souvent l'objet de sévices sexuels
- La violence porte de maintes façons préjudice aux femmes
- \*Encart : Que peuvent faire les dispensateurs de soins de santé ?
- Répondre à la violence : leçons apprises
  
- POPLINE
- La Médiathèque
- Autres exemplaires
- Pour commande
- CCP Home Page

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Publié en collaboration avec le :



6930 Carroll Avenue  
Suite 910  
Takoma Park  
Maryland 20912,  
USA

Phone: 301/270-1182  
Fax: 301/270-2052

*Le Center for Health and Gender Equity (CHANGE) est une*

sur le sexe (voir encadré, Des organisations mondiales s'expriment publiquement). Des enquêtes et des études recueillent de nouvelles informations au sujet de la prévalence et de la nature des sévices. Les organisations, les dispensateurs de services et les décideurs sont plus nombreux à admettre que la violence contre les femmes a de graves conséquences pour la santé des femmes et pour la société.

Un nombre grandissant de programmes et d'agents de santé reproductive comprennent qu'ils ont un rôle fondamental à jouer face à la violence, non seulement pour aider les victimes mais aussi pour empêcher les sévices. Au fur et à mesure qu'on connaît mieux l'ampleur de la violence fondée sur le sexe et qu'on comprend ses raisons d'être, de plus en plus de programmes trouvent les moyens d'intervenir.



Hesperian Foundation (54)

organisation de recherche et de plaidoyer qui se donne pour mission d'intégrer la recherche de l'égalité entre les sexes et de la justice sociale aux politiques et pratiques internationales en matière de santé. On peut contacter les services de CHANGE par courrier électronique à [change@genderhealth.org](mailto:change@genderhealth.org) or at <http://www.genderhealth.org>.

Volume XXVII, Numéro 4

Décembre, 1999

Série L, Numéro 11

Problèmes mondiaux de santé

*Il y a, dans le monde entier, de plus en plus de gens qui s'expriment publiquement à propos du problème général de la violence contre les femmes, y compris les sévices physiques et psychologiques commis par des partenaires intimes et les attentats sexuels. Beaucoup d'agents de santé reçoivent ce message.*

[Précédente](#) | [Suivante](#)  
[Haut](#) | [Table des matières](#)

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA  
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: [Poprepts@jhucpp.org](mailto:Poprepts@jhucpp.org)

S'il vous plaît faire parvenir ce rapport à vos collègues

## TABLE DES MATIERES

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Credits](#)

### Chapters

1. [Le monde prend acte](#)
  2. [Sérvices causés par un partenaire intime](#)
    - [Ampleur du problème](#)
    - [La dynamique des sérvices](#)
    - [Réaction des femmes aux sérvices](#)
    - [Explication des mauvais traitements commis par un partenaire intime](#)
  3. [Contrainte sexuelle](#)
  4. [Répercussions sur la santé reproductive](#)
  5. [Menaces sur la santé et le développement](#)
  6. [Les dispensateurs de soins de santé jouent un rôle fondamental](#)
  7. [Un programme de changements](#)
- [Guide spécial](#)
  - [Figures](#)
  - [Tableau](#)

# Sérvices commis par un partenaire intime

Dans le monde entier, les sérvices commis par les maris ou par d'autres partenaires intimes sont l'une des formes les plus fréquentes de violence contre les femmes. La violence exercée par les partenaires existe dans tous les pays et transcende les groupes sociaux, économiques, religieux et culturels. Bien que les femmes puissent elles aussi être violentes et bien que les sérvices existent dans le cadre de certains rapports entre personnes du même sexe, la vaste majorité des incidents sont le fait d'hommes qui attaquent leur partenaire féminin.

Bien que les recherches portant sur les sérvices commis par un partenaire intime ne fassent que commencer, on est de plus en plus d'accord au sujet de leur nature et des divers facteurs qui en sont la cause. Souvent appelés « attaques contre la femme », « coups et blessures » ou « violence domestique », les sérvices causés par un partenaire intime font généralement partie d'un schéma de comportement et de contrôle abusif, au lieu d'être un acte isolé d'agression physique. Les sérvices commis par un partenaire peuvent prendre toutes sortes de formes, y compris une attaque physique par coup de poing, gifle, coup de pied et raclée, des sérvices psychologiques, tels que critiques constantes, intimidation et humiliation, et des rapports sexuels coercitifs. Il s'agit souvent de comportements visant à

- [Encadrés](#)
- [Bibliographie](#)

## Faits saillants

- [Qu'est-ce qui est à la base de la violence ?](#)
- [La culture, une arme à deux tranchants](#)
- [Les enfants sont souvent l'objet de sévices sexuels](#)
- [La violence porte de maintes façons préjudice aux femmes](#)
- [\\*Encart : Que peuvent faire les dispensateurs de soins de santé ?](#)
- [Répondre à la violence : leçons apprises](#)
  
- [POPLINE](#)
- [La Médiathèque](#)
- [Autres exemplaires](#)
- [Pour commande](#)
- [CCP Home Page](#)

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Publié en collaboration avec le :

exercer un contrôle, par exemple en isolant la femme de sa famille et de ses amis, en surveillant ses mouvements et en limitant son accès aux ressources.

## Ampleur du problème

Dans près de 50 enquêtes démographiques effectuées dans le monde entier, de 10 % à plus de 50 % des femmes déclarent que, à un certain moment de leur existence, elles ont été frappées ou ont subi des sévices physiques des mains d'un partenaire intime (voir [Tableau 1](#)). Les données du tableau 1 ne concernent que les femmes qui ont subi une agression physique. Les recherches portant sur la violence entre partenaires sont si récentes qu'on possède peu de données comparables sur les sévices psychologiques et sexuels.

La violence physique dans le cadre de relations intimes a presque toujours été accompagnée de mauvais traitements psychologiques et, dans un tiers à plus de la moitié des cas, de sévices sexuels (59, 75, 131, 258, 272). Par exemple, parmi 613 femmes maltraitées au Japon, 57 % avaient subi les trois catégories de mauvais traitement – physique, psychologique et sexuel. Seulement 8 % avaient uniquement subi de mauvais traitements physiques (485). A Monterrey, au Mexique, 52 % des femmes qui avaient subi de mauvais traitements physiques avaient aussi des partenaires qui leur imposaient des sévices sexuels (191). A León, au Nicaragua, parmi 188 femmes qui étaient physiquement maltraitées par leur partenaire, seulement 5 d'entre elles n'avaient pas



6930 Carroll  
Avenue  
Suite 910  
Takoma Park

Maryland 20912, USA  
Phone: 301/270-1182  
Fax: 301/270-2052

*Le Center for Health and Gender Equity (CHANGE) est une organisation de recherche et de plaidoyer qui se donne pour mission d'intégrer la recherche de l'égalité entre les sexes et de la justice sociale aux politiques et pratiques internationales en matière de santé. On peut contacter les services de CHANGE par courrier électronique à [change@genderhealth.org](mailto:change@genderhealth.org) or at <http://www.genderhealth.org>.*

Volume XXVII, Numéro 4

Décembre, 1999

Série L, Numéro 11

Problèmes mondiaux de santé

été aussi maltraitées sexuellement, psychologiquement, ou les deux (131).

La plupart des femmes qui subissent une agression physique sont en général victimes d'actes multiples répartis dans le temps. Dans l'étude de la ville de León, par exemple, 60 % des femmes maltraitées l'année précédente l'avaient été plus d'une fois, et 20 % d'entre elles avaient été plus de six fois l'objet d'actes de violence graves. Parmi les femmes qui signalaient une agression physique quelconque, 70 % qualifiaient les sévices de graves (130). Les attaques physiques subies durant l'année précédente par des femmes actuellement maltraitées étaient en moyenne au nombre de sept à Londres (308) et de trois en 1997, aux Etats-Unis (436).

Les enquêtes portant sur la violence entre partenaires demandent en général aux femmes si elles ont subi l'un quelconque des traitements figurant sur une liste, par exemple gifles, bousculade, coup de poing, raclée ou menace avec une arme. Si l'on pose des questions qui ont à voir avec le comportement – par exemple « Est-ce que votre partenaire vous a jamais contrainte à avoir des rapports sexuels contre votre gré ? » – on obtient des réponses plus exactes que si on demande aux femmes si elles ont été « maltraitées » ou « violées » (127). En général, les enquêtes qualifient de « violence grave » les actes physiques plus prononcés que les gifles, la bousculade, les poussées ou le jet d'objets.

La mesure des « actes » de violence ne décrit pas l'atmosphère de terreur qui baigne souvent les rapports abusifs. Par exemple, au Canada, en 1993, l'enquête nationale sur la violence a révélé que le tiers des femmes qui avaient été physiquement maltraitées par un partenaire déclaraient avoir craint pour leur vie à un certain moment de leurs relations (378). Souvent, les femmes déclarent que les mauvais traitements et la dégradation psychologique sont encore plus difficiles à supporter que les sévices physiques (57, 58, 96).

[Précédente](#) | [Suivante](#)  
[Haut](#) | [Table des matières](#)

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA  
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: [Poprepts@jhucpp.org](mailto:Poprepts@jhucpp.org)

S'il vous plaît faire parvenir ce rapport à vos collègues

## TABLE DES MATIERES

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Credits](#)

### Chapters

1. [Le monde prend acte](#)
  2. [Sérvices causés par un partenaire intime](#)
  3. [Contrainte sexuelle](#)
    - [Rapports sexuels forcés au sein du mariage](#)
    - [Initiation sexuelle forcée](#)
    - [Sérvices sexuels durant l'enfrance](#)
  4. [Répercussions sur la santé reproductive](#)
  5. [Menaces sur la santé et le développement](#)
  6. [Les dispensateurs de soins de santé jouent un rôle fondamental](#)
  7. [Un programme de changements](#)
- [Guide spécial](#)
  - [Figures](#)
  - [Tableau](#)
  - [Encadrés](#)
  - [Bibliographie](#)

## Faits saillants

# Contrainte sexuelle

La contrainte sexuelle existe dans un continu qui va depuis le viol par la force jusqu'à des formes non physiques de pression qui contraignent les filles et les femmes à avoir des rapports sexuels contre leur volonté. Le critère de la contrainte est qu'une femme n'a pas de choix et risque de graves conséquences physiques ou sociales si elle résiste à des avances sexuelles.

Certaines formes de contrainte – par exemple la pénétration forcée (viol), les voies de fait sexuelles (contact sexuel forcé) et la molestation sexuelle d'enfants – sont considérées comme des infractions par de nombreux régimes de droit. D'autres – comme l'intimidation, les pressions verbales ou le mariage forcé – sont tolérées, voire pardonnées (211, 390). D'autres encore font intervenir une collusion avec des organisations criminelles ou les militaires, par exemple le proxénétisme (femmes et enfants) et le viol en temps de guerre.

La plupart des rapports sexuels non consensuels ont lieu entre personnes qui se connaissent – conjoints, membres de la famille, amoureux ou amis (211, 479). La contrainte sexuelle peut intervenir à n'importe quel moment de la vie d'une femme. Des enfants de quelques mois à peine ont été violés ou objet de molestations sexuelles. Même les vieilles femmes ne sont pas à l'abri des sérvices sexuels. En effet, les centres qui s'occupent des victimes de viol

- [Qu'est-ce qui est à la base de la violence ?](#)
- [La culture, une arme à deux tranchants](#)
- [Les enfants sont souvent l'objet de sévices sexuels](#)
- [La violence porte de maintes façons préjudice aux femmes](#)
- [\\*Encart : Que peuvent faire les dispensateurs de soins de santé ?](#)
- [Répondre à la violence : leçons apprises](#)
  
- [POPLINE](#)
- [La Médiathèque](#)
- [Autres exemplaires](#)
- [Pour commande](#)
- [CCP Home Page](#)

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Publié en collaboration avec le :



6930 Carroll Avenue  
Suite 910  
Takoma Park  
Maryland 20912,  
USA

Phone: 301/270-1182  
Fax: 301/270-2052

signalent l'existence de victimes de soixante-dix ans et plus (211).

La plupart des contraintes sexuelles visent des enfants ou des adolescents, aussi bien dans les pays industriels que dans les pays en développement. Selon des informations émanant des services de la justice et des centres qui s'occupent des victimes de viol du Chili, du Pérou, de la Malaisie, du Mexique, de Panama, de la Papouasie Nouvelle-Guinée et des USA, entre le tiers et les deux-tiers des victimes de voies de fait sexuelles ont 15 ans ou moins (212). Durant leur enfance, les jeunes filles peuvent devenir les proies faciles de parents ou amis plus âgés qui usent de force ou de déception pour arriver à leurs fins. Plus tard, des amis, des enseignants, des parents ou d'autres hommes en situation d'autorité peuvent contraindre les jeunes femmes à avoir des rapports sexuels non souhaités.

## **Rapports sexuels forcés au sein du mariage**

Il n'est pas sans ironie de constater qu'un grand nombre de rapports sexuels non consentis ont lieu au sein d'unions consenties. Bien sûr, toutes les femmes n'ont pas des expériences sexuelles négatives, bien au contraire. Cependant, pour quelque uns les relations sexuelles ne sont qu'un moyen d'exercer l'autorité masculine.

Par exemple, les femmes qui ont fait l'objet d'une étude qualitative ont raconté des expériences inquiétantes des

*Le Center for Health and Gender Equity (CHANGE) est une organisation de recherche et de plaidoyer qui se donne pour mission d'intégrer la recherche de l'égalité entre les sexes et de la justice sociale aux politiques et pratiques internationales en matière de santé. On peut contacter les services de CHANGE par courrier électronique à [change@genderhealth.org](mailto:change@genderhealth.org) or at <http://www.genderhealth.org>.*

Volume XXVII, Numéro 4

Décembre, 1999

Série L, Numéro 11

Problèmes mondiaux de santé

rappports sexuels au sein du mariage. Cette étude avait lieu dans 15 pays divers et mesurait le risque des femmes d'être séropositives de VIH. Les répondantes ont souvent déclaré subir des contraintes physiques pour aboutir à des rapports sexuels et/ou des types d'activités sexuelles qu'elles jugent dégradantes ou humiliantes (466). D'autres ont accepté les rapports sexuels par crainte des conséquences de leur refus, par exemple mauvais traitements, perte de soutien économique, ou accusations d'infidélité. Beaucoup d'autres études ont noté cette « acceptation défensive » (103, 136, 248, 365). En Papouasie Nouvelle-Guinée, par exemple, sur 95 femmes interrogées en détail, la moitié environ ont dit que leurs maris les avaient forcées à avoir des rapports sexuels. Le tiers d'entre elles ont été battues avant d'avoir ces rapports, et le cinquième ont cédé après une harangue d'un mari en état d'ébriété (322). Dans l'Uttar Pradesh, en Inde, les deux-tiers environ de 98 répondantes ont dit avoir été forcées par leur maris à avoir des rapports sexuels – le tiers environ à la suite de coups (248).

[Précédente](#) | [Suivante](#)  
[Haut](#) | [Table des matières](#)

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA  
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: [Poprepts@jhucpp.org](mailto:Poprepts@jhucpp.org)

S'il vous plaît faire parvenir ce rapport à vos collègues

## TABLE DES MATIERES

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Credits](#)

### Chapters

1. [Le monde prend acte](#)
  2. [Sérvices causés par un partenaire intime](#)
  3. [Contrainte sexuelle](#)
  4. [Répercussions sur la santé reproductive](#)
    - [Autonomie sexuelle et grossesses non souhaitées](#)
    - [La violence conduit à un comportement sexuel à haut risque](#)
    - [La violence compromet la protection contre le VIH](#)
    - [La violence conduit à des grossesses à haut risque](#)
    - [La violence accroît les risques d'autres problèmes gynécologiques](#)
  5. [Menaces sur la santé et le développement](#)
  6. [Les dispensateurs de soins de santé jouent un rôle fondamental](#)
  7. [Un programme de changements](#)
- [Guide spécial](#)

# Répercussions sur la santé reproductive des femmes

Des sérvices physiques et sexuels sont à la base de certains des problèmes de santé reproductive les plus difficiles à résoudre de notre temps – grossesses non souhaitées, VIH et autres infections sexuellement transmises, et complications de la grossesse. Des études de plus en plus nombreuses montrent comment la violence causée par des partenaires intimes et la contrainte sexuelle sapent l'autonomie sexuelle et reproductive des femmes et compromettent leur santé.

La violence se manifeste de multiples façons qui se répercutent sur la santé sexuelle et reproductive des femmes (voir [Figure 2](#)). La violence physique et les sérvices sexuels peuvent faire courir directement aux femmes le risque d'infection et de grossesse non souhaitée, si les femmes sont contraintes d'avoir des rapports sexuels, par exemple, ou ont peur d'employer des condoms à cause de la réaction de leur partenaire. Des antécédents de sérvices sexuels durant l'enfance peuvent aussi conduire *indirectement* à des grossesses non souhaitées et à des IST en faisant augmenter la prise de risque durant l'adolescence et à l'âge adulte.

## Autonomie sexuelle et grossesses non souhaitées

Dans beaucoup de régions du monde, on interprète le mariage comme donnant aux hommes un accès sexuel inconditionné à leurs épouses et le pouvoir d'obtenir cet accès par la force, s'il le faut (409). Les femmes qui ne jouissent pas d'autonomie sexuelle n'ont souvent aucun pouvoir pour refuser des rapports sexuels non souhaités

- [Figures](#)
- [Tableau](#)
- [Encadrés](#)
- [Bibliographie](#)

## Faits saillants

- [Qu'est-ce qui est à la base de la violence ?](#)
- [La culture, une arme à deux tranchants](#)
- [Les enfants sont souvent l'objet de sévices sexuels](#)
- [La violence porte de maintes façons préjudice aux femmes](#)
- [\\*Encart : Que peuvent faire les dispensateurs de soins de santé ?](#)
- [Répondre à la violence : leçons apprises](#)
  
- [POPLINE](#)
- [La Médiathèque](#)
- [Autres exemplaires](#)
- [Pour commande](#)
- [CCP Home Page](#)

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Publié en collaboration avec le :



6930 Carroll Avenue  
Suite 910  
Takoma Park  
Maryland 20912,  
USA

Phone: 301/270-1182  
Fax: 301/270-2052

ou pratiquer la contraception et, partant, éviter le risque de grossesses non souhaitées.

Comme l'a dit une femme de 40 ans vivant dans l'Uttar Pradesh : « Que puis-je faire pour me protéger contre ces grossesses non souhaitées à moins qu'il n'accepte de faire quelque chose ? Quand j'ai eu le courage de lui dire que je voulais éviter d'avoir avec lui des rapports sexuels, il m'a dit : « Pourquoi alors est-ce que je t'ai épousée ? » Il me bat sous le moindre prétexte et a des rapports sexuels chaque fois qu'il veut » (248)

Il n'est pas surprenant que beaucoup de femmes acceptent des rapports sexuels même si elles ne les souhaitent pas. Par exemple, dans la région des Visayas occidentales, aux Philippines, 43 % des femmes mariées d'âge fécond qui ont été interrogées ont déclaré avoir peur de repousser les avances sexuelles de leurs maris, souvent parce qu'un refus pourrait conduire leur mari à les battre (103).

Beaucoup d'études ont constaté que la violence contre les femmes est plus fréquente au sein des familles qui ont de nombreux enfants (103, 130, 233, 268, 288, 318, 386, 436). Les chercheurs supposent depuis longtemps que le fait d'avoir beaucoup d'enfants fait augmenter le risque de sévices pour les femmes, peut-être en intensifiant les niveaux de tension au sein de la famille ou en provoquant les dissensions conjugales. Des recherches effectuées récemment au Nicaragua laissent toutefois penser que le rapport peut être inverse, la violence domestique faisant augmenter la probabilité qu'une femme ait de nombreux enfants. Ces recherches ont constaté que les femmes maltraitées risquaient deux fois plus que les autres d'avoir au moins quatre enfants. Mais 50 % de tous les sévices physiques commençaient durant les deux premières années de la liaison, et 80 % avant quatre ans (131). Le fait que les sévices aient commencé avant les nombreuses naissances semble indiquer que la violence est un facteur du risque d'avoir de nombreux enfants, au lieu d'en être une conséquence.

*Le Center for Health and Gender Equity (CHANGE) est une organisation de recherche et de plaidoyer qui se donne pour mission d'intégrer la recherche de l'égalité entre les sexes et de la justice sociale aux politiques et pratiques internationales en matière de santé. On peut contacter les services de CHANGE par courrier électronique à [change@genderhealth.org](mailto:change@genderhealth.org) or at <http://www.genderhealth.org>.*

Volume XXVII, Numéro 4

Décembre, 1999

Série L, Numéro 11

Problèmes mondiaux de santé

Une vaste étude d'hommes mariés vivant dans l'Uttar Pradesh, en Inde, prouve que les rapports sexuels forcés peuvent conduire à des grossesses non souhaitées. Les hommes qui admettent avoir contraint leurs épouses à avoir des rapports sexuels risquaient deux fois plus que les autres hommes d'avoir causé une grossesse non souhaitée (288).

**Emploi de la contraception.** Beaucoup de femmes ont peur de poser la question de la contraception par crainte de voir leurs partenaires réagir violemment (23, 33, 84, 135, 157, 158, 411). Dans certaines cultures, les maris peuvent avoir des réactions négatives parce qu'ils pensent qu'une protection contre la grossesse encouragerait leurs femmes à être infidèles. Lorsque le fait d'avoir beaucoup d'enfants est un signe de virilité, un mari peut interpréter le désir qu'a sa femme de pratiquer la planification familiale comme une insulte à sa masculinité (411). Au Kenya, certains hommes disent qu'ils sont contre la pratique de la contraception parce qu'ils craignent qu'elle affaiblisse le contrôle qu'ils exercent sur leurs femmes (32, 463).



JHU/CCP

*Dans cette scène d'un feuilleton télévisé égyptien appelé « Et le Nil poursuit son cours », un mari gifle sa femme quand il découvre qu'elle a employé des pilules anticonceptionnelles à son insu et sans son consentement. Beaucoup de femmes ont même peur d'évoquer la question de la planification familiale par crainte que leurs partenaires ne les désapprouvent et réagissent violemment et avec colère.*

Selon des études effectuées au Ghana, en

Indonésie, au Kenya, aux Philippines et ailleurs, la perception qu'a une femme de l'attitude de son époux à l'égard de la planification familiale exerce de fortes influences sur sa décision d'utiliser ou non la contraception (31, 135, 238, 269, 392). Dans 13 enquêtes démographiques et de santé, une moyenne de 9 % des femmes mariées ayant un besoin non satisfait de planification familiale – c'est à dire de femmes qui veulent éviter la grossesse mais ne pratiquent pas la contraception – citent la désapprobation de leur mari comme raison principale de leur rejet de la contraception (35). Alors que, dans les enquêtes, seule une minorité d'épouses et de maris semblent ne pas être d'accord au sujet de l'emploi de la contraception, des études approfondies suggèrent que ces couples représentent sans doute une forte proportion de ceux qui ont un besoin non satisfait (377).

Souvent, les femmes pratiquent la contraception de façon clandestine parce qu'elles craignent d'être battues ou abandonnées si elles le faisaient ouvertement. Si une femme se laisse surprendre à pratiquer secrètement la contraception, les conséquences de son infraction à l'autorité du mari peuvent être graves. Au Ghana, 51 % des femmes et 43 % des hommes s'accordent à dire qu'un mari est justifié s'il bat sa femme pour avoir employé à son insu une méthode de planification familiale (23).

Quand on leur demandait ce qui arrive quand une femme pratique la planification familiale sans le consentement de son mari, des ghanéens ont répondu : « Il est parfaitement justifié de la battre pour ne pas vous avoir consulté au préalable avant de pratiquer la planification familiale » et « Il n'est pas bon pour vous de garder une telle femme puisqu'elle l'a fait sans vous consulter au préalable » (135). Au Cap, en Afrique du Sud, de jeunes femmes ont décrit comment leurs partenaires les avaient battues et avaient déchiré les fiches de contraception que leur avait remises leur dispensaire (475).

Dans le cas des femmes vivant avec des hommes qui sont violents, la peur d'une réaction négative

est souvent suffisante pour mettre un terme à une discussion de la contraception. Comme l'a dit une femme à propos de son mari : « Chaque fois qu'il entend parler de planification familiale à la radio, il se met en colère et pousse des hurlements. S'il peut menacer un poste de radio, que ferait-il si je parlais de la question ? » (23).

Heureusement, les femmes qui craignent une réaction négative ne courent pas toutes des risques de sévices. Des études conduisent à penser que de nombreux maris sont plus ouverts à la planification familiale que ne le pensent leurs femmes (117). Cependant, les communications au sein du mariage en matière de sexualité sont souvent tellement limitées que les femmes ne savent pas ce que leur partenaire pense de la planification familiale. Les femmes dont le mari est en fait en faveur de la planification familiale peuvent croire que les attitudes de leurs maris expriment des normes culturelles qui s'y opposent. En Ouganda, par exemple, 24 % des femmes pensaient que leur mari désapprouvait la contraception alors qu'en fait ils l'approuvaient (33).

[Précédente](#) | [Suivante](#)  
[Haut](#) | [Table des matières](#)

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA  
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: [Poprepts@jhucpp.org](mailto:Poprepts@jhucpp.org)

S'il vous plaît faire parvenir ce rapport à vos collègues

## TABLE DES MATIERES

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Credits](#)

### Chapters

1. [Le monde prend acte](#)
2. [Sérvices causés par un partenaire intime](#)
3. [Contrainte sexuelle](#)
4. [Répercussions sur la santé reproductive](#)
5. [Menaces sur la santé et le développement](#)
  - [La violence en tant que facteur de risque de maladie](#)
  - [Conséquences physiques des sérvices](#)
  - [La violence détruit peu à peu la santé mentale des femmes](#)
  - [La violence mine le bien-être des enfants](#)
  - [Les sérvices fpmés sur le sexe entravent le développement](#)
6. [Les dispensateurs de soins de santé jouent un rôle fondamental](#)

# Menaces sur la santé et le développement

Les sérvices ont des conséquences négatives qui vont bien au-delà de la santé sexuelle et reproductive des femmes ; ils touchent en effet l'ensemble de leur santé, le bien-être de leurs enfants, voire le tissu économique et social des nations. En minant l'énergie des femmes, en sapant leur confiance et en compromettant leur santé, la violence entre les sexes prive la société de la pleine participation des femmes. Comme l'a fait observer le rapport de l'UNIFEM sur la violence : « Les femmes ne peuvent pas faire pleinement partager leur travail et leurs idées si elles portent le poids physique et psychologique de sérvices » (73).

## La violence en tant que facteur de risque de maladie

La victimisation est un facteur de risque qui intervient dans toute une série de situations malsaines. Non seulement la violence cause immédiatement des blessures physiques et mentales, mais elle fait aussi augmenter les risques que court une femme d'avoir plus tard des ennuis de santé. Des

## 7. Un programme de changements

- Guide spécial
- Figures
- Tableau
- Encadrés
- Bibliographie

## Faits saillants

- Qu'est-ce qui est à la base de la violence ?
- La culture, une arme à deux tranchants
- Les enfants sont souvent l'objet de sévices sexuels
- La violence porte de maintes façons préjudice aux femmes
- \*Encart : Que peuvent faire les dispensateurs de soins de santé ?
- Répondre à la violence : leçons apprises
  
- POPLINE
- La Médiathèque
- Autres exemplaires
- Pour commande
- CCP Home Page

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202,

études très diverses montrent que les femmes qui ont été l'objet de sévices physiques ou sexuels, que ce soit durant l'enfance ou à l'âge adulte, courent plus de risques d'avoir plus tard des problèmes de santé (111, 148, 181, 260, 273, 291, 292, 455).

On a lié la violence à un grand nombre de problèmes de santé, aussi bien dans l'immédiat qu'à long terme : problèmes de santé physique, tels que lésions, syndrômes de douleur chronique et troubles gastrointestinaux, et une série de problèmes de santé mentale, dont l'angoisse et la dépression. La violence mine aussi la santé en intensifiant divers comportements négatifs, tels que le tabagisme, l'alcoolisme et l'abus de drogues (voir figure 3).

Comme la plupart des études des sévices et de la santé portaient au début sur des femmes qui recherchaient un traitement médical, il est possible que leurs conclusions aient exagéré le rapport entre la violence et une santé médiocre. Cependant, des études récentes ont confirmé les liens entre la victimisation et la mauvaise santé dans des groupes plus représentatifs, dont des échantillons aléatoires de femmes vivant dans la communauté et de femmes qui venaient consulter dans des établissements de soins de santé primaire.

Une de ces études, effectuée dans une grande organisation de maintenance sanitaire (HMO) de l'état de Washington a constaté que les femmes qui avaient été maltraitées durant leur enfance –

USA.

Publié en collaboration  
avec le :



6930 Carroll  
Avenue  
Suite 910  
Takoma Park  
Maryland 20912,  
USA

Phone: 301/270-1182

Fax: 301/270-2052

*The Center for Health and Gender Equity (CHANGE) est une organisation de recherche et de plaidoyer qui se donne pour mission d'intégrer la recherche de l'égalité entre les sexes et de la justice sociale aux politiques et pratiques internationales en matière de santé. On peut contacter les services de CHANGE par courrier électronique à [change@genderhealth.org](mailto:change@genderhealth.org) or at <http://www.genderhealth.org>.*

Volume XXVIII, Numéro 4

Décembre, 1999

Série L, Numéro 11

Problèmes mondiaux de santé

qu'il s'agisse de sévices physiques, sexuels ou émotionnels, ou de négligence – avaient un état de santé nettement plus mauvais que leurs homologues. Elles avaient plus de problèmes sexuels et reproductifs, se trouvaient dans un état physique moins bon, avaient un comportement plus dangereux et présentaient plus de symptômes physiques que les autres femmes. En outre, la femme maltraitée durant son enfance avait ordinairement reçu des diagnostics faisant état de toute une série de problèmes de santé, dont des maladies contagieuses, des problèmes de santé mentale et des pathologies chroniques tels que hypertension, diabète et asthme (455).

Les études portant sur des femmes affiliées à des HMO offrent d'excellentes occasions d'examiner l'impact cumulatif de la violence sur la santé de la femme parce que, en règle générale, les HMO prennent à leur charge tous les soins de santé de leurs membres (y compris les produits pharmaceutiques, les interventions chirurgicales, les visites de médecin et les séjours à l'hôpital) (148, 260). Collectivement, ces études des HMO semblent déboucher sur trois conclusions à propos des conséquences des sévices physiques et sexuels sur la santé des femmes :

- l'influence des sévices peut perdurer bien après que les sévices aient cessé (148, 261) ;
- plus les sévices sont graves, plus leur impact est profond sur la santé physique et mentale des femmes (273) ;
- l'impact de diverses catégories de

séances et d'épisodes multiples  
semble être cumulatif dans le temps  
(148, 260, 291, 455).

[Précédente](#) | [Suivante](#)  
[Haut](#) | [Table de matières](#)

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA  
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: [Poprepts@jhucp.org](mailto:Poprepts@jhucp.org)

S'il vous plaît faire parvenir ce rapport à vos collègues

## TABLE DES MATIERES

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Credits](#)

### Chapters

1. [Le monde prend acte](#)
2. [Sérvices causés par un partenaire intime](#)
3. [Contrainte sexuelle](#)
4. [Répercussions sur la santé reproductive](#)
5. [Menaces sur la santé et le développement](#)
6. [Les dispensateurs de soins de santé jouent un rôle fondamental](#)
  - [Obstacles à la lutte contre la violence](#)
  - [Questions au sujet des sérvices](#)
  - [Comment aider les femmes qui révèlent des mauvais traitements](#)
  - [Agir au-delà du dispensaire](#)
7. [Un programme de changements](#)
  - [Guide spécial](#)
  - [Figures](#)
  - [Tableau](#)

# *Les dispensateurs de soins de santé jouent un rôle clé*

Les dispensateurs de soins de santé peuvent jouer un rôle fondamental pour contrer la violence contre les femmes. Dans la plupart des pays, le système de soins de santé est la seule institution avec laquelle la quasi-totalité des femmes entrent en contact durant leur existence. C'est pourquoi, les dispensateurs de soins de santé sont souvent bien placés pour reconnaître et aider les victimes de violence. En outre, comme la violence fait augmenter chez les femmes le risque d'autres problèmes de santé, une aide rapide peut empêcher que les sérvices aient de graves conséquences.

Récemment, les milieux sanitaires ont commencé à se mobiliser pour relever ce défi. En 1993, l'Organisation sanitaire panaméricaine (OSP) est devenue la première institution sanitaire internationale à accorder une priorité élevée à la violence contre les femmes ; elle a adopté sa résolution CD39.R8, qui demande instamment à tous les Etats membres d'instituer des politiques et des plans nationaux de prévention et de gestion de la violence contre les femmes

- [Encadrés](#)
- [Bibliographie](#)

## Faits saillants

- [Qu'est-ce qui est à la base de la violence ?](#)
- [La culture, une arme à deux tranchants](#)
- [Les enfants sont souvent l'objet de sévices sexuels](#)
- [La violence porte de maintes façons préjudice aux femmes](#)
- [\\*Encart : Que peuvent faire les dispensateurs de soins de santé ?](#)
- [Répondre à la violence : leçons apprises](#)
  
- [POPLINE](#)
- [La Médiathèque](#)
- [Autres exemplaires](#)
- [Pour commande](#)
- [CCP Home Page](#)

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Publié en collaboration avec le :

(344). En 1996, la 49e Assemblée mondiale de la Santé a suivi son exemple et a déclaré que la violence était une priorité de santé publique (478). Vers le milieu de la dernière décennie, aussi bien l'OSP que l'OMS ont mis en place des programmes concernant la violence contre les femmes.

Certains systèmes de santé ont commencé à inscrire la violence domestique dans le cadre des soins cliniques. Par exemple, en 1992, l'Association médicale américaine a publié des directives de diagnostic et de traitement de la violence domestique, et la Commission conjointe américaine d'accréditation des organisations de soins de santé (JCAHO) a commencé à inclure dans son examen d'accréditation une évaluation des politiques et procédures des salles d'urgence concernant les victimes de sévices (7, 489). Plus récemment, le Brésil, l'Irlande, la Malaisie, le Mexique, le Nicaragua et les Philippines ont élaboré des programmes pilotes qui apprennent aux agents de santé à identifier les sévices et à y réagir (115, 277, 370). Plusieurs pays d'Amérique latine ont également fait figurer dans leurs politiques nationales de santé des directives concernant la violence domestique (345).

Malgré tous ces efforts, les progrès sont lents. Dans la plupart des pays, les médecins et les infirmières demandent rarement aux femmes si elles sont maltraitées, même quand elles présentent des signes évidents de sévices (71, 161, 347). Il arrive souvent que les établissements qui ont institué des directives ne les suivent



6930 Carroll  
Avenue  
Suite 910  
Takoma Park

Maryland 20912, USA  
Phone: 301/270-1182  
Fax: 301/270-2052

*Le Center for Health and Gender Equity (CHANGE) est une organisation de recherche et de plaidoyer qui se donne pour mission d'intégrer la recherche de l'égalité entre les sexes et de la justice sociale aux politiques et pratiques internationales en matière de santé. On peut contacter les services de CHANGE par courrier électronique à [change@genderhealth.org](mailto:change@genderhealth.org) or at <http://www.genderhealth.org>.*

Volume XXVII, Numéro 4

Décembre, 1999

Série L, Numéro 11

Problèmes mondiaux de santé

pas ou n'exigent pas qu'elles soient appliquées (86, 144, 298). Des études effectuées aux Etats-Unis ont constaté que peu d'établissements de soins de santé ont respecté les paramètres de la JCAHO (139).

[Précédente](#) | [Suivante](#)  
[Haut](#) | [Table des matières](#)

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA  
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: [Poprepts@jhucpp.org](mailto:Poprepts@jhucpp.org)

S'il vous plaît faire parvenir ce rapport à vous collègues

## TABLE DES MATIERES

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Credits](#)

### Chapters

1. [Le monde prend acte](#)
  2. [Sérvices causés par un partenaire intime](#)
  3. [Contrainte sexuelle](#)
  4. [Répercussions sur la santé reproductive](#)
  5. [Menaces sur la santé et le développement](#)
  6. [Les dispensateurs de soins de santé jouent un rôle fondamental](#)
  7. [Un programme de changements](#)
    - [Démarginaliser les femmes et les filles](#)
    - [Augmenter les coûts pour les fautifs](#)
    - [Répondre aux besoins des victimes](#)
    - [Coordination des réactions institutionnels et individuels](#)
    - [Participation des jeunes](#)
    - [Atteindre les hommes](#)
    - [Modifier les normes communautaires](#)
- [Guide spécial](#)
  - [Figures](#)
  - [Tableau](#)
  - [Encadrés](#)

# Un programme de changement

Pour mettre fin à la violence contre les femmes, il faut des stratégies coordonnées entre beaucoup de secteurs de la société et aux niveaux communautaire et national. Dans certains pays, les programmes de santé reproductive ont pris l'initiative de la lutte contre la violence dont les femmes sont l'objet (voir encadre [Programmes novateurs de santé reproductive](#)). Cependant, les interventions doivent aller bien au-delà du seul secteur de la santé. Un programme de changement doit démarginaliser les femmes et les filles, rendre la situation plus coûteuse pour les fautifs, répondre aux besoins des victimes, coordonner les réactions institutionnelles et individuelles, faire participer les jeunes, toucher les hommes et modifier les normes communautaires.

## Démarginaliser les femmes et les filles

La démarginalisation des femmes et des filles est non seulement un but louable en soi mais aussi une stratégie fondamentale pour éliminer la violence. Les femmes n'échapperont jamais à la violence tant qu'elles resteront financièrement tributaires des hommes et dériveront exclusivement leur valeur sociale de leur rôle d'épouse et de mère. Dans de

- [Bibliographie](#)

## Faits saillants

- [Qu'est-ce qui est à la base de la violence ?](#)
- [La culture, une arme à deux tranchants](#)
- [Les enfants sont souvent l'objet de sévices sexuels](#)
- [La violence porte de maintes façons préjudice aux femmes](#)
- [\\*Encart : Que peuvent faire les dispensateurs de soins de santé ?](#)
- [Répondre à la violence : leçons apprises](#)
  
- [POPLINE](#)
- [La Médiathèque](#)
- [Autres exemplaires](#)
- [Pour commande](#)
- [CCP Home Page](#)

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Publié en collaboration avec le :



6930 Carroll Avenue  
Suite 910  
Takoma Park  
Maryland 20912, USA  
Phone: 301/270-1182  
Fax: 301/270-2052

nombreuses parties du monde, les lois et les coutumes continuent à traiter les femmes en citoyens de deuxième classe, leur refusant le droit d'être propriétaire, de se déplacer librement et d'avoir accès aux moyens économiques et productifs. Dans la quasi totalité des pays, les femmes sont sous-représentées dans les postes de commandement, et les politiques publiques tiennent rarement compte de leurs intérêts propres. C'est pourquoi les femmes manquent souvent des moyens indispensables pour prendre les décisions les plus fondamentales et procéder à des choix informés au sujet de leur propre santé ou de leur propre sexualité (442).

En règle générale, on considère que la démarginalisation est un processus à long terme qui se situe aux niveaux international, national, communautaire et individuel. Elle a pour but :

- d'éliminer les lois qui opèrent une discrimination contre les femmes et les enfants,
- de renforcer la position des femmes aux postes de commandement et de prise de décision,
- d'accroître l'accès des femmes et des filles à l'éducation,
- d'accroître l'accès des femmes aux moyens économiques et d'intensifier le contrôle qu'elles exercent sur eux,
- d'augmenter l'accès des femmes aux informations concernant la santé et le contrôle qu'elles exercent sur leur propre corps,
- d'améliorer chez les femmes l'estime de soi et le sentiment de

*Le Center for Health and Gender Equity (CHANGE) est une organisation de recherche et de plaidoyer qui se donne pour mission d'intégrer la recherche de l'égalité entre les sexes et de la justice sociale aux politiques et pratiques internationales en matière de santé. On peut contacter les services de CHANGE par courrier électronique à [change@genderhealth.org](mailto:change@genderhealth.org) or at <http://www.genderhealth.org>.*

Volume XXVII, Numéro 4

Décembre, 1999

Série L, Numéro 11

Problèmes mondiaux de santé

pouvoir personnel.

Dans le monde entier, des réseaux de groupements féminins travaillent pour atteindre ces buts grâce à un activisme à la base et en intervenant au niveau politique pour faire modifier les pratiques et politiques discriminatoires. Les organisations féminines ont obtenu des gains impressionnants. Par exemple, au cours des dix dernières années, 24 pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont modifié les lois concernant la violence domestique, en grande partie à la suite des pressions exercées par les groupements féminins (346, 480).

En outre, des milliers d'ONG travaillent pour donner aux femmes une idée plus précise de leurs droits en diffusant les droits de l'homme, en organisant des programmes d'alphabétisation, en élucidant les problèmes de sexe et par d'autres interventions en petits groupes (4, 417).

## **Augmenter les coûts pour les fautifs**

Des recherches effectuées aux Etats-Unis montrent que la violence interpersonnelle diminue quand des politiques et des lois rendent un comportement violent plus onéreux pour ses auteurs (137). Les pays occidentaux ont fait une large place à la justice criminelle pour atteindre cet objectif et, en réponse à l'activisme des femmes, un grand

nombre de pays en développement ont suivi leur exemple. Au moins 53 pays ont adopté des lois contre la violence domestique. Plus de 27 ont adopté des lois contre le harcèlement sexuel, et 41 font désormais un crime du viol conjugal (82, 346, 443, 480).

Ces lois varient, mais la plupart d'entre elles comportent un ensemble d'ordonnances de protection ou de restriction et des sanctions plus sévères pour les coupables. Les ordonnances de protection permettent aux juges de retirer du foyer l'auteur de mauvais traitements et de lui adjoindre d'aller voir un conseiller, de se faire soigner s'il est toxicomane, de verser une pension alimentaire et des frais d'entretien pour les enfants, ou de donner suite à un ensemble de mesures de ce genre. Si un homme enfreint une ordonnance de protection, il peut être arrêté et mis en prison.

Cependant, dans la plupart des pays, les chicaneries de procédure, les lacunes de la loi et un certain nombre de préjugés sapent les possibilités offertes par la loi pour empêcher la violence et protéger femmes et enfants (91). Les lois sont appliquées par des hommes (juges, procureurs, officiers de police), dont beaucoup ont les mêmes attitudes que l'ensemble de la société, qui blament les victimes. C'est pourquoi il est essentiel non seulement d'adopter des lois, mais aussi de sensibiliser les officiers de police, les avocats, les juges et autres membres du système juridique et d'aider les femmes à connaître

suffisamment bien la loi pour leur donner la possibilité d'insister afin de faire valoir leurs droits.

En outre, de nombreuses communautés ont envisagé d'autres moyens pour qu'un comportement violent coûte plus cher aux coupables, par exemple opprobre public, manifestations devant le domicile ou le lieu de travail du coupable, et imposition d'un service communautaire aux délinquants. En supposant que la désapprobation de la communauté peut aider à empêcher la violence domestique, dans les divers pays comme le Cambodge, les Etats-Unis, et l'Inde on fait honte aux hommes pour combattre les agressions domestiques (173, 305, 488).

[Précédente](#) | [Suivante](#)  
[Haut](#) | [Table des matières](#)

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA  
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: [Poprepts@jhucp.org](mailto:Poprepts@jhucp.org)

## GUIDE SPÉCIAL :

### Que peuvent faire les dispensateurs de soins de santé au sujet de la violence domestique

Les dispensateurs de soins de santé peuvent aider à résoudre le problème de la violence contre les femmes s'ils apprennent à poser des questions à leurs clientes au sujet de la violence, prennent mieux conscience des indices qui peuvent identifier les victimes de violence domestique ou de sévices sexuels, et aident les femmes à se protéger grâce à un programme de sécurité personnelle. Nous pouvons tous faire quelque chose pour aider à encourager des rapports non violents.

**Les dispensateurs de soins de santé, sont-ils un élément du problème ?**

Aux États-Unis, les défenseurs des femmes ont utilisé pendant longtemps la formule de « pouvoir et contrôle » pour décrire comment certains hommes utilisent la violence pour dominer leurs partenaires et conserver la haute main sur les rapports. La roue de droite est une adaptation de cette formule ; elle montre comment le comportement des agents de santé contribue souvent à la victimisation des femmes.





**Ou bien**

**◀ faisons nous partie de la solution ?**

Une autre roue suggère comment les agents de santé peuvent habiliter les femmes à surmonter les mauvais traitements.\*

\* Adapté d'après : *The Medical Power & Control Wheel*. Élaboré par le Domestic Violence Project, Inc., 6308 Eighth Ave., Kenosha, WI 53143, USA.

Ce guide a été établi par le Center for Health and Gender Equity pour le compte de *Population Reports*, *Mettre fin à la violence contre les femmes*,

Série L, No. 11, décembre 1999.

## **Comment poser des questions au sujet des services**

**Un jour, après avoir lu une brochure concernant la violence domestique, Richard Jones, ancien président de l'American College of Gynecologists and Obstetricians, a demandé à une patiente qu'il soignait depuis longtemps si son mari l'avait jamais battue. À sa grande surprise, elle lui répondit : « Docteur Jones, vous ne pouvez pas savoir depuis combien de**

**temps j'attends que vous me posiez cette question » (242).**

**Tout dispensateur de services peut changer les choses en « posant la question ». Jones pose désormais à toutes ses patientes des questions au sujet des sévices et encourage tous ses étudiants à faire de même. Pour commencer, il est important de voir comment aborder la question, puis trouver la méthode à suivre pour la poser à toutes les clientes. Voici quelques options :**

### **Entrée en matière :**

- ▶ « Avant de parler des choix de contraception, il pourrait être bon d'un peu mieux connaître vos rapports avec votre partenaire ».
- ▶ « Comme la violence est un élément fréquent de la vie des femmes, nous avons commencé à poser à toutes les clientes des questions au sujet des sévices. »
- ▶ « Je ne sais pas si c'est un problème pour vous, mais beaucoup de mes clientes ont des tensions dans leur foyer. Certaines ont trop peur, ou sont gênées pour évoquer la question elles-mêmes, c'est pourquoi j'ai commencé à poser la question de façon routinière ».



### **Poser indirectement la question**



- ▶ « Vos symptômes peuvent être liés à des tensions. Est-ce que vous avez tendance à beaucoup vous disputer avec votre partenaire ? Avez-vous jamais été battue ? »
- ▶ « Est-ce que votre mari a des problèmes d'alcool, de drogues ou de jeu ? Est-ce qu'ils affectent son comportement à votre égard et à l'égard des enfants ? »
- ▶ « Pour envisager la méthode de contraception qui vous convient le mieux, il est important de savoir si vous pouvez ou non prévoir quand vous aurez des rapports sexuels. Est-ce que vous pensez que, de façon générale, vous pouvez décider quand avoir des rapports sexuels ? Y a-t-il des moments où votre partenaire peut vous contraindre à l'improviste ? »
- ▶ « Y a-t-il des cas où votre partenaire veut avoir des rapports sexuels contre votre gré ? Qu'arrive-t-il alors ? »

*Quand les dispensateurs posent des questions au sujet de la violence, les femmes ont beaucoup de choses à leur dire.*

*Suggestion : Parler avec des collègues pour voir comment réagir avec compréhension et respect.*

---

Source: Center for Health and Gender Equity and Family Violence Prevention Fund, 1988 (460).

## ***Poser directement la question***

- ▶ « Comme vous le savez peut-être, il n'est pas rare en ces temps-ci qu'une personne ait été victimisée émotionnellement, physiquement ou sexuellement à un certain moment de sa vie, ce qui peut affecter sa santé de nombreuses années plus tard. Est-ce que cela vous est arrivé ? »
- ▶ « Parfois, quand je vois une blessure comme la vôtre, elle est due à des coups. Est-ce qu'on vous a battue ? »

- ▶ « Est-ce que votre partenaire, ou votre ancien partenaire, vous a jamais battue ou vous a physiquement agressée ? »
- ▶ « Est-ce que votre partenaire vous a jamais contrainte à avoir des rapports sexuels quand vous ne le vouliez pas ? »
- ▶ « Avez-vous jamais eu des expériences sexuelles malheureuses pendant votre enfance ? »

## **Questions servant à établir les antécédents cliniques ou à remplir les formulaires d'inscription des patientes**

- ▶ « Avez-vous actuellement, ou avez-vous jamais eu, une relation pendant laquelle vous avez été physiquement blessée, menacée, ou effrayée ? »
- ▶ « Avez-vous jamais été violée ou forcée d'avoir des activités sexuelles contre votre gré ? »
- ▶ « Avez-vous jamais eu des expériences sexuelles non désirées durant votre enfance ? »



**Dispensateurs :  
Attention aux  
« Drapeaux  
rouges » !**

**La meilleure façon de déceler des antécédents de sévices chez des clientes consiste à poser des questions. Néanmoins,**

**diverses catégories de blessures physiques, d'états de santé et de comportement de la cliente devraient éveiller chez les dispensateurs des soupçons de violence domestique ou de sévices sexuels. Quand ces signes, ou « drapeaux rouges », sont présents, les dispensateurs doivent veiller à poser aux clientes des questions concernant la**

***possibilité de sévices, en se rappelant qu'il leur faut faire preuve de compréhension et de respect pour le secret du client.***



## ***Violence domestique***

- ▶ Plaintes chroniques et vagues qui n'ont pas de cause physique manifeste.
- ▶ Blessures qui ne concordent pas avec l'explication de leur origine.
- ▶ Un partenaire qui est trop attentif, exerce un contrôle ou ne veut pas laisser la femme seule.
- ▶ Blessure physique durant la grossesse.
- ▶ Présentation tardive aux soins prénataux.
- ▶ Antécédents de tentatives ou d'idées de suicide.
- ▶ Décalage entre les blessures et la recherche d'un traitement.
- ▶ Infection des voies urinaires.
- ▶ Syndrome d'infections intestinales chroniques irritables.
- ▶ Douleurs chroniques au bassin.



## ***Sévices sexuels***

- ▶ Grossesse de célibataires de moins de 14 ans.
- ▶ Infections sexuellement transmises chez des enfants et des jeunes filles.
- ▶ Démangeaison ou saignement vaginal.
- ▶ Défécation ou miction pénible.
- ▶ Douleur au ventre ou au bassin.
- ▶ Problèmes sexuels, manque de plaisir.
- ▶ Vaginisme (spasmes des muscles autour de l'ouverture du vagin).
- ▶ Angoisse, dépression, comportement autodestructeur.
- ▶ Antécédents de symptômes physiques chroniques inexplicables.
- ▶ Examens du bassin difficiles ou évités.
- ▶ Problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie.
- ▶ Simulation sexuelle.
- ▶ Extrême obésité.

---

Sources : Center for Health and Gender Equity y Family Violence Prevention Fund (460).

## **Élaboration d'un plan de sécurité**

**Les dispensateurs de soins de santé peuvent aider les femmes à se protéger contre la violence domestique, même si les femmes ne sont peut-être pas prêtes à abandonner leur foyer ou à dénoncer leurs partenaires aux autorités. Quand les clientes ont un plan de sécurité personnel, elles sont mieux en mesure de faire face à des situations violentes. Les dispensateurs peuvent examiner ces éléments, et aider chaque femme à élaborer son propre plan de sécurité:**



- ▶ Identifier une ou plusieurs voisines auxquelles vous pouvez parler de violence, et leur demander d'aller chercher une aide si elles entendent du bruit chez vous.
- ▶ Si une dispute semble inévitable, essayez de la situer dans une pièce ou un endroit d'où vous pouvez facilement vous échapper. Éviter toute pièce où pourraient se trouver des armes.
- ▶ S'entraîner à sortir sans encombre de votre maison. Identifier les portes, fenêtres, ascenseur ou escalier qui seraient les meilleurs à cet effet.
- ▶ Tenir prêt un balluchon contenant un trousseau de clés de rechange, des documents importants et des vêtements. Le conserver à la maison ou chez une parente ou amie, au cas où vous devriez sortir de chez vous en hâte.
- ▶ Choisir un mot de passe à employer avec vos enfants, membres de la famille, amis et voisins au cas où vous auriez besoin d'une aide d'urgence ou voudriez qu'ils appellent la police.
- ▶ Décider où vous irez si vous devez partir de la maison et préparer un plan pour vous y rendre (même si vous ne pensez pas avoir besoin de partir).
- ▶ Faire appel à vos instincts et à votre jugement. Si la situation est dangereuse, envisager de donner au coupable ce qu'il demande afin de le calmer. Vous avez le droit de vous protéger, vous et vos enfants.
- ▶ Ne pas oublier : vous ne méritez pas d'être battue ou menacée.

Source : D'après Buel 1995 (49)

## **Comment encourager des relations non violentes où que vous soyez**

**On peut tous faire quelque chose pour encourager des relations non violentes.**

### **Les agents de santé peuvent :**

- ▶ S'informer au sujet des sévices physiques, sexuels et émotionnels et examiner leurs propres penchants, craintes et préjugés.
- ▶ Apporter aux victimes de violence une aide et un soutien n'entraînant aucun jugement de leur part.
- ▶ Poser aux clientes, d'une façon amicale et sympathique, des questions concernant les sévices.

### **Les animateurs de programmes de santé reproductive peuvent :**

- ▶ Instituer des politiques et des procédures indiquant comment poser aux clientes des questions concernant les sévices.
- ▶ Mettre en place des protocoles indiquant clairement les soins à donner aux victimes de sévices et les modalités de renvoi à des instances appropriées.
- ▶ Encourager l'accès à la contraception d'urgence.
- ▶ Prêter des locaux aux groupements féminins qui veulent organiser des groupes de soutien et tenir des réunions.

### **Les animateurs communautaires et religieux peuvent :**

- ▶ Demander de faire preuve de compréhension, de compassion et de sympathie pour les femmes victimes de violence.
- ▶ S'inscrire en faux contre les interprétations religieuses qui justifient la violence et les sévices contre les femmes.
- ▶ Offrir leurs lieux de culte comme abri temporaire aux femmes en crise.
- ▶ Fournir des conseils émotionnels et spirituels aux victimes de sévices.
- ▶ Soutenir les efforts déployés par les victimes pour abandonner des relations qui leur font courir des risques.
- ▶ Inscrire aux programmes d'instruction religieuse des débats sur les rapports sains et les alternatives à la violence.

## **Les médias peuvent :**

- ▶ Respecter la vie privée des victimes de viol en ne révélant pas leur nom sans leur permission.
- ▶ Éviter d'exagérer les histoires de violence contre les femmes, mettre les événements dans leur véritable contexte et en faire une occasion d'informer et d'éduquer.
- ▶ Offrir gratuitement du temps d'antenne pour des messages concernant la violence entre les sexes et annoncer les services disponibles.
- ▶ Réduire les épisodes de violence représentés à la télévision.
- ▶ Élaborer des émissions de radio et de télévision socialement responsables qui mettent en scène des relations équitables et non violentes entre hommes et femmes.
- ▶ Élaborer des émissions qui suscitent un dialogue public au sujet de la contrainte sexuelle, du viol et des sévices.

## **Les parents peuvent :**

- ▶ S'abstenir de se disputer devant leurs enfants
- ▶ Enseigner à leurs enfants le respect d'autrui et de soi-même.
- ▶ Encourager la santé, la sécurité et le développement intellectuel de leurs filles, tout comme de leurs garçons, et encourager leur estime de soi.
- ▶ Éviter de frapper leurs enfants, employer des formes non violentes de discipline.
- ▶ Enseigner aux enfants des formes non violentes de solution des différends.
- ▶ Parler aux enfants de sexualité, d'amour et de relations interpersonnelles ; souligner que les rapports sexuels doivent toujours être consensuels.

[Précédente](#) / [Suivante](#)  
[Haut](#) / [Table des matières](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA

Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: [Poprepts@jhuccp.org](mailto:Poprepts@jhuccp.org)

# Figures

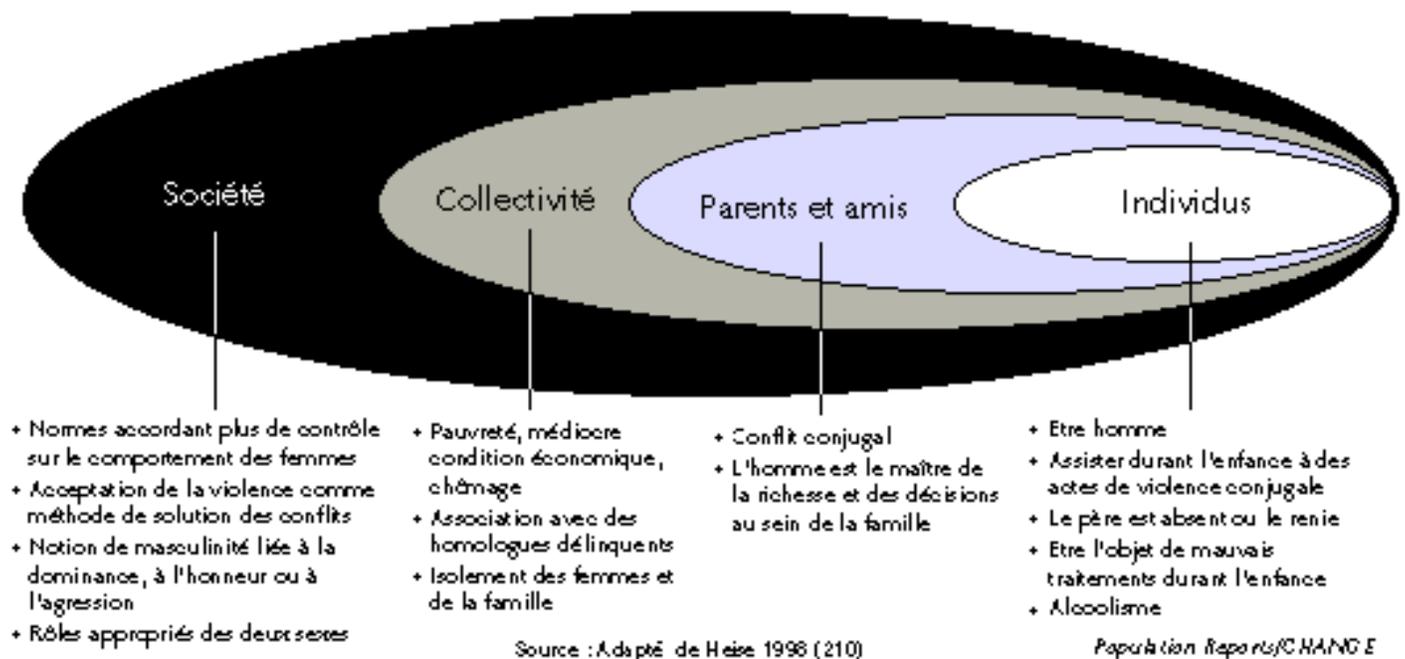
Figure 1. Modèle écologique des facteurs associés aux mauvais traitements du partenaire

Figure 2. Violence contre les femmes : voies directes et indirectes conduisant...

Figure 3. La violence contre les femmes et ses conséquences pour la santé

Figure 4. Mauvais traitements infligés par le partenaire et santé de l'enfant, Nicaragua

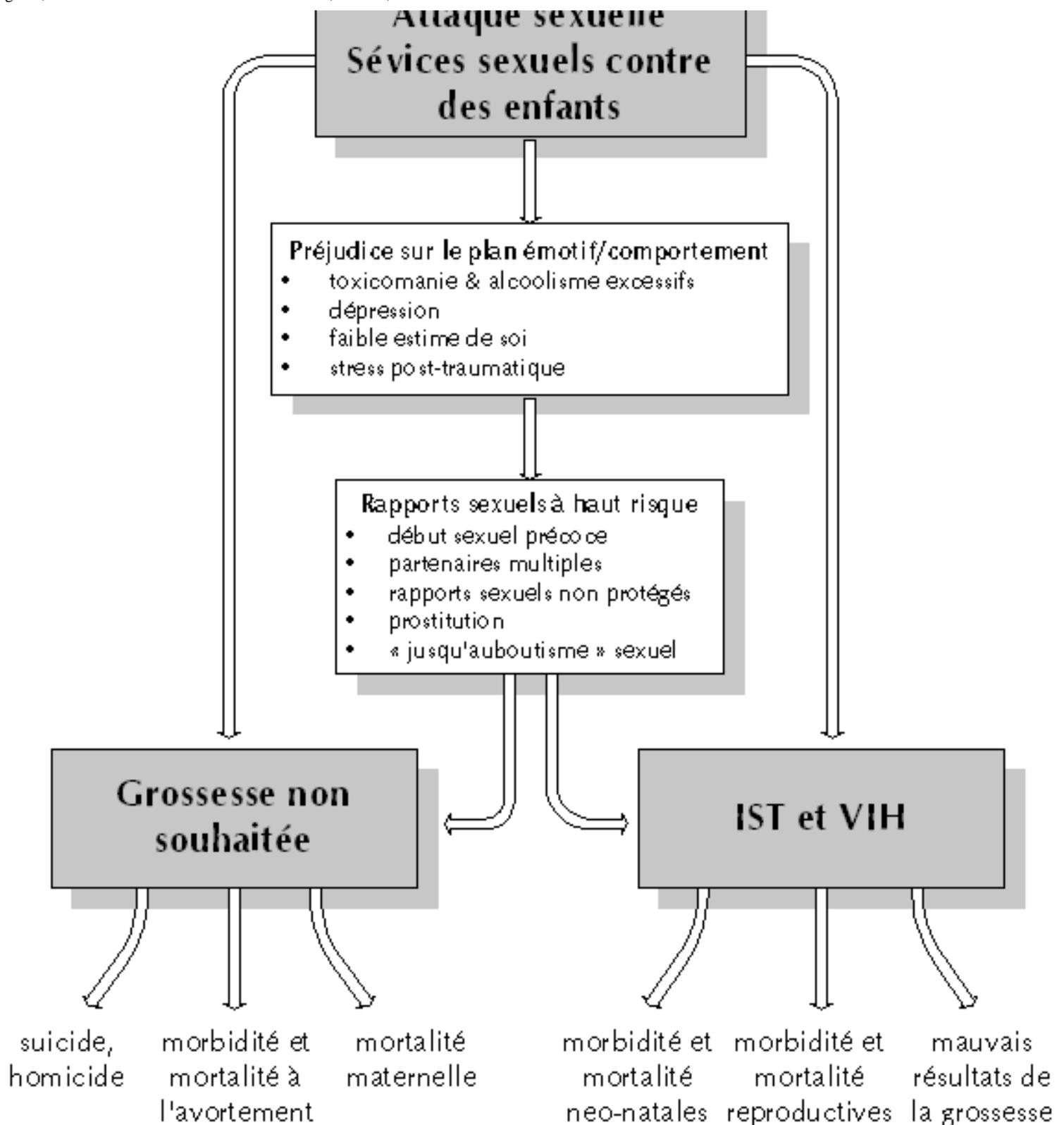
**Figure 1. Modèle écologique des facteurs associés aux mauvais traitements du partenaire**



[Connecter au chapitre 2.4](#)

**Figure 2. Violence contre les femmes : voies directes et indirectes conduisant à une grossesse non souhaitée et à des infections sexuellement transmises**

Séviçes du partenaire  
Attaque sexuelle  
Séviçes sexuels contre



IST = infection sexuellement transmises

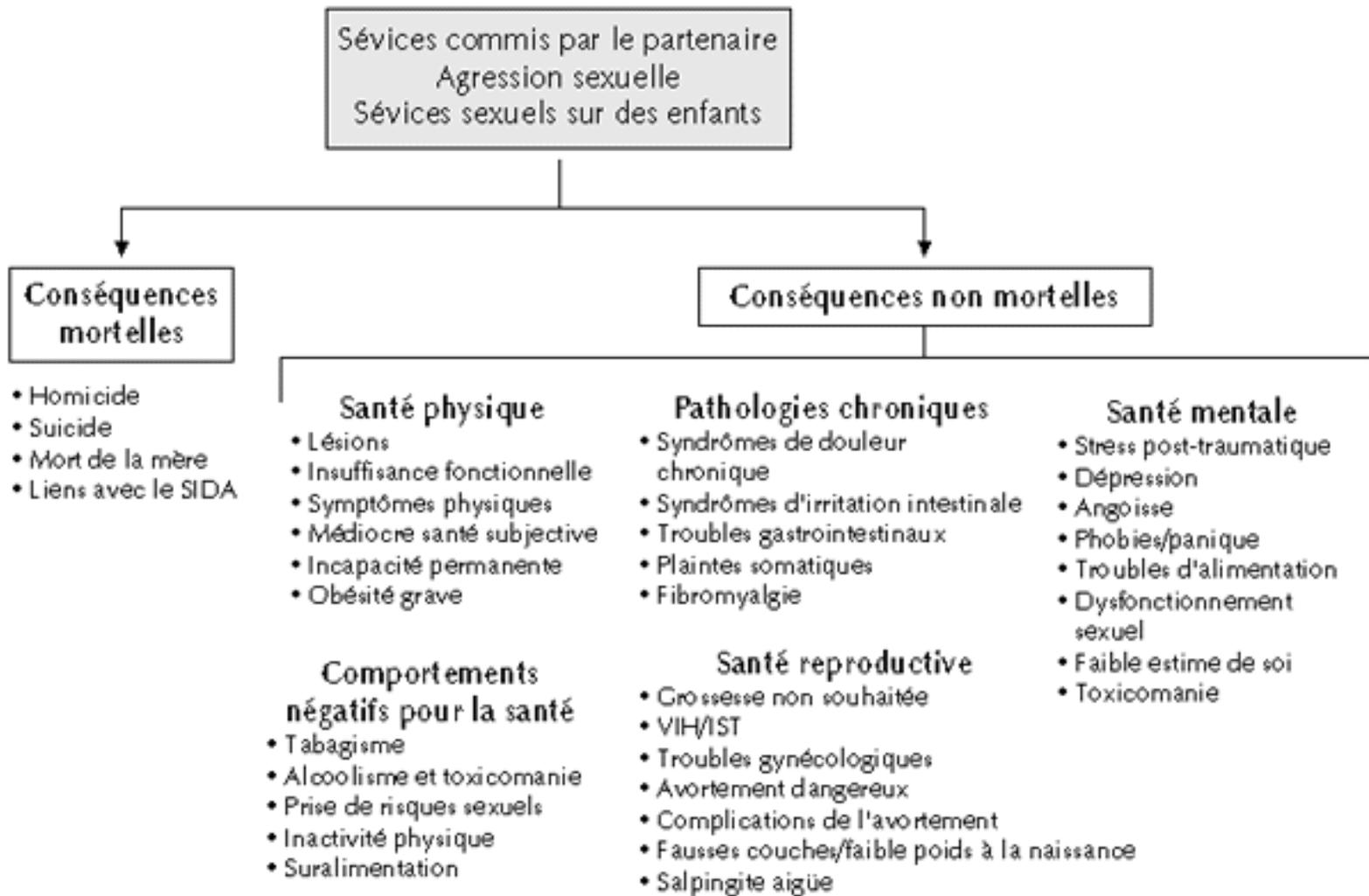
VIH = Virus de l'immunodéficience humaine (qui cause le SIDA)

Source : Adapté d'après Heise et coll. 1995 (211)

Population Reports/CHANCE

[Connecter au chapitre 4](#)

**Figure 3. La violence contre les femmes et ses conséquences pour la santé**

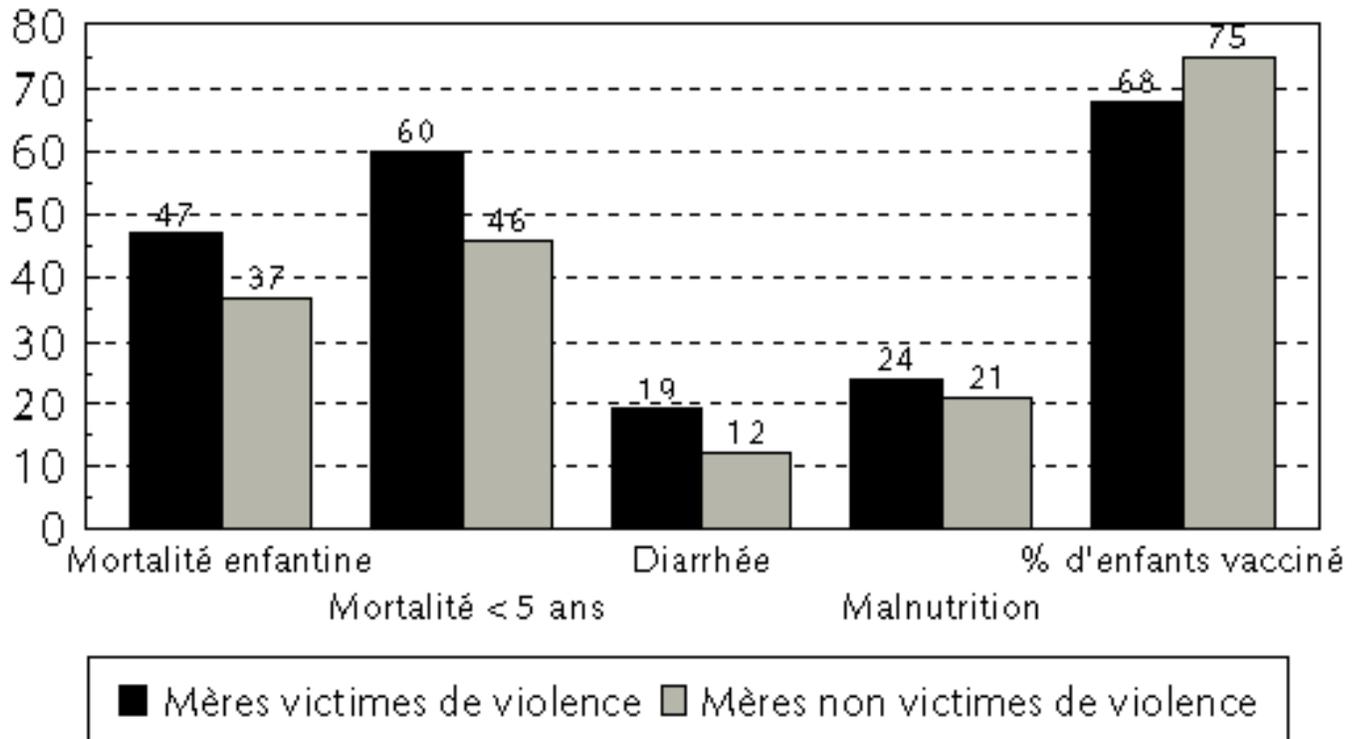


Source : Center for Health and Gender Equity (CHANGE)

Population Reports

[Connecter au chapitre 5.1](#)

**Figure 4. Mauvais traitements infligés par le partenaire et santé de l'enfant, Nicaragua**



Toutes les différences sont significatives au niveau de  $p < 0,05$

Source : Rosales Ortiz 1999 (386)

Population Reports/CHANGE

[Connecter au chapitre 5.5](#)

[Précédente](#) | [Suivante](#)  
[Haut](#) | [Table des matières](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA  
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: [Poprepts@jhuccp.org](mailto:Poprepts@jhuccp.org)

# Tables

Tableau 1. Agression physique contre les femmes par un partenaire intime

Table 2. Approbation des coups donnés aux épouses

Table 3. Recherche d'une aide par les femmes maltraitées physiquement

Table 4. Variations des attitudes des hommes et de l'incidence des mauvais traitement qu'ils infligent

Table 5. Prévalence de premiers rapports forcés

Table 6. Prévalence de sévices sexuels durant l'enfance

Table 7. Comment les systèmes de santé peuvent réagir

Table 8. Emploi de stratégies de communication pour lutter contre la violence

**Table 1.**

## **Agression physique contre les femmes par un partenaire intime**

*Quelques études fondées sur la population, 1982–1999*

<i>Région, lieu et année des travaux sur le terrain (no. de réf.)</i>	<i>Couverture</i>	<i>Echantillon</i>			<i>% de femmes adultes physiquement agressées par un partenaire intime</i>		
		<i>dimension</i>	<i>population*</i>	<i>âge</i>	<i>durant 12 mois précédents</i>	<i>dans le cadre de rapports en cours</i>	<i>à un moment quelconque (quel que soit le type de rapports)</i>
<b>AFRIQUE, SUB-SAHARIEN</b>							
<i>Afrique du Sud 1998 (235)</i>	Le Cap oriental Mpumalanga Provice du Nord	396	3	18–49	11 <sup>b</sup>		20 <sup>b</sup>
		418	3	18–49	12 <sup>b</sup>		29 <sup>b</sup>
		465	3	18–49	5 <sup>b</sup>		20 <sup>b</sup>
<i>Afrique du Sud 1998 (281)</i>	Nationalee	5,077	2	15–49	6		13

<b>Ethiopie 1995</b> (110)	Meskanena Woreda	673	2	15+	10 <sup>h</sup>		45
<b>Kenya 1984–87</b> (362)	Kisii District	612	7	15+		42	
<b>Nigéria 1993P</b> (331)	non indiqué	1,000	1				31 <sup>a</sup>
<b>Ouganda 1995–96</b> (33)	Districts de Lira et Masaka	1,660	2	20– 44		41	
<b>Zimbabwe 1996</b> (464)	Province des Midlands	966	1	18+			17 <sup>c</sup>
<b>ASIE &amp; PACIFIQUE</b>							
<b>Australie 1996</b> (490)	Nationale	6,300	1		3 <sup>c</sup>	8 <sup>c</sup>	
<b>Bangladesh 1992</b> (407)	Nationale (villages)	1,225	2	<50	19		47
<b>Bangladesh 1993– 95</b> (422)	Nasirnagar Thana	3,611	2			32	
<b>Bangladesh 1993</b> (255)	Jessore & Sirajgonj (rurale)	10,368	2	15– 49		42 <sup>d</sup>	
<b>Cambodge 1996P</b> (325)	Phnom Penh & 6 prov.	1,374	3				16
<b>Corée, Rép. of 1989</b> (253)	Nationale	707	2	20+	38/12 <sup>f</sup>		
<b>Inde 1993–94</b> (233)	Tamil Nadu Uttar Pradesh	859	2	15– 39		37	
		983	2	15– 39		45	
<b>Inde 1995–96</b> (288)	Uttar Pradesh, 5 états	6,695	4	15– 65		30	
<b>Inde 1999</b> (496)	6 states	9,938	3	15– 49	14 <sup>e</sup>		40/26 <sup>f</sup>

<b><i>Nouvelle-Zélande 1994 (272)</i></b>	Nationale	2,000	6	17+	21 <sup>g</sup>		35 <sup>g</sup>
<b><i>Papouasie N. Guin. 1982 (437)</i></b>	Nationale, zone rurale (villages)	628	3 <sup>**</sup>				67
<b><i>Papouasie N. Guin. 1984 (366)</i></b>	Port Moresby (faibles revenus)	298	3 <sup>**</sup>				56
<b><i>Philippines 1993 (323)</i></b>	Nationale	8,481	5	15–49			10 <sup>d</sup>
<b><i>Philippines 1998 (57)</i></b>	Cagayan de Oro City & Province de Bukidnon	1,660	2	15–49			26
<b><i>Thaïlande 1994 (215)</i></b>	Bangkok	619	4	15–49		20	
<b><i>EUROPE</i></b>							
<b><i>Moldova 1997 (410)</i></b>	Nationale	4,790	3	15–44	7+		14+
<b><i>Norvège 1989P (403)</i></b>	Trondheim	111	3	20–49			18
<b><i>Pays-Bas 1986 (383)</i></b>	Nationale	989	1	20–60			21/11 <sup>a,f</sup>
<b><i>Royaume-Uni 1993P (308)</i></b>	Londres Nord	430	1	16+	12 <sup>a</sup>		30 <sup>a</sup>
<b><i>Suisse 1994–96 (383)</i></b>	Nationale	1,500	2	20–60	6 <sup>g</sup>		21 <sup>g</sup>
<b><i>Turquie 1998 (223)</i></b>	Anatolia de l'Est et du S-E	599	1	14–75			58 <sup>a</sup>
<b><i>AMÉRIQUE LATINE &amp; CARAÏBES</i></b>							
<b><i>Antigua 1990 (200)</i></b>	Nationale	97	1	29–45			30 <sup>c</sup>
<b><i>Barbade 1990 (494)</i></b>	Nationale	264	1	20–45			30 <sup>a,g</sup>

<b>Bolivie 1998 (338)</b>	3 districts	289	1	20+	17 <sup>a</sup>		
<b>Chile 1993P (268)</b>	Santiago métrop. & prov.	1,000	2	22–55		26/11 <sup>f</sup>	
<b>Chile 1997 (312)</b>	Santiago	310	2	15–49	23		
<b>Colombie 1995 (337)</b>	Nationale	6,097	2	15–49		19	
<b>Mexique 1996 (363)</b>	Metro. Guadalajara	650	3		15		27
<b>Mexique 1996P (191)</b>	Monterrey	1,064	3	15+			17 <sup>g</sup>
<b>Nicaragua 1995 (130)</b>	León	360	3	15–49	27/20 <sup>f</sup>		52/37 <sup>f</sup>
<b>Nicaragua 1997 (163, 312)</b>	Managua	378	3	15–49	33/28 <sup>f</sup>		69
<b>Nicaragua 1998 (386)</b>	Nationale	8,507	3	15–49	12/8 <sup>f</sup>		28/21 <sup>f</sup>
<b>Paraguay 1995–96 (76)</b>	Nationale, sauf la région du Chaco	5,940	3	15–49			10
<b>Pérou 1997 (188)</b>	Lima métrop. (revenus moyens et faibles)	359	2	17–55	31		
<b>Porto-Rico 1995–96 (105)</b>	Nationale	5,755	3	15–49			13 <sup>b</sup>
<b>Uruguay 1997 (440)</b>	Montevideo & Canelones	545	2 <sup>**</sup>	22–55	10 <sup>g</sup>		
<b>PROCHE-ORIENT &amp; AFRIQUE DU NORD</b>							
<b>Egypte 1995–96 (132)</b>	Nationale	7,121	3	15–49	16 <sup>d</sup>		34 <sup>b</sup>

<i>Israël 1994 (197)</i>	Cisjordanie & Bande de Gaza (Palestiniens)	2,410	2	17–65	52/37 <sup>f</sup>		
<i>Israël 1997P (196)</i>	Arabes, sauf bédouins	1,826	2	19–67	32		
<b>AMERIQUE DU NORD</b>							
<i>Canada 1993 (378)</i>	Nationale	12,300	1	18+	3 <sup>c.g</sup>		29 <sup>c.g</sup>
<i>Canada 1991—92 (367)</i>	Toronto	420	1	18–64			27 <sup>a</sup>
<i>Etats Unis 1993 (436)</i>	Nationale	8,000	1	18+	1.3 <sup>a</sup>		22 <sup>a</sup>
<p><i>Pourcentages arrondis aux monbres entiers</i></p> <p>« P » après l'année indique l'année de publication des études qai ne portent pas les dates des travaux sur le terrain.</p> <p>*Population de répondants :</p> <p>1 = toutes les femmes</p> <p>2 = femmes actuellement mariées/en concubinage</p> <p>3 = femmes ayant été mariées/en concubinage</p> <p>4 = hommes mariés indiquant eux-mêmes user de violence contre leur épouse</p> <p>5 = femmes ayant eu une grossesse</p> <p>6 = tous les hommes indiquant eux-mêmes user de violence contre leur partenaires</p> <p>7 = femmes mariées ; la moitié avec grossesse, la moitié sans</p> <p>**Emploi de techniques d'echantillonnage non aléatoire</p> <p><sup>a</sup>L'echantillon comportait des femmes qai n'avaient jamais eu de rapports suivis et par conséquent ne se trouvaient pas dans un groupe exposé.</p> <p><sup>b</sup>Taux de sévices au partenaire parmi les femmes ayant été mariées/en concubinage, recalculé sur la base des données de l'auteur.</p> <p><sup>c</sup>Bien que l'échantillon englobe toutes les femmes, le taux de sévice est indiqué pour les femmes ayant été mariées/en concubinage (N non indiqué).</p> <p><sup>d</sup>Le coupable pourrait être un membre de la famille ou un ami proche.</p> <p><sup>e</sup>Mauvais traitements graves</p> <p><sup>f</sup>Tout mauvais traitement physique/mauvais traitement physique grave seulement.</p> <p><sup>g</sup>Agression physique ou sexuelle</p> <p><sup>h</sup>Durant les 3 demiers mois</p> <p>Etabli par le Center for Health and Gender Equity (CHANGE) pour les Population Reports</p>							

## Connecter au chapitre 2.1

**Tableau 2.**  
**Approbation des coups donnés aux épouses**  
*Pourcentage, par raison évoquée, certains études, 1985–1999*

<i>Pays et année (no. de ref.)</i>	<i>Répondants</i>	<i>Elle néglige les enfants et/ou la maison</i>	<i>Elle refuse d'avoir des rapports sexuels</i>	<i>Il la soupçonne d'adultère</i>	<i>Elle réplique ou désobéit</i>
<i>Brésil (Salvador, Bahia) 1999 (348)</i>	H F	— —	— —	19 <sup>a</sup> 11 <sup>a</sup>	— —
<i>Chili (Santiago) 1999 (348)</i>	H F	— —	— —	12 <sup>a</sup> 14 <sup>a</sup>	— —
<i>Colombie (Cali) 1999 (348)</i>	H F	— —	— —	14 <sup>a</sup> 13 <sup>a</sup>	— —
<i>Egypte 1996 (132)</i>	F urbaines F rurales	40 61	57 81	— —	59 78
<i>El Salvador (San Salvador) 1999 (348)</i>	H F	— —	— —	5 <sup>a</sup> 9 <sup>a</sup>	— —
<i>Ghana 1999<sup>b</sup> (23)</i>	H F	— —	43 33	— —	— —
<i>Inde (Uttar Pradesh) 1996 (319)</i>	H	—	—	—	10–50
<i>Israël (palestiniens) 1996<sup>c</sup> (195)</i>	H	—	28	71	57
<i>Nouvelle-Zélande 1995 (272)</i>	H	1	1	5 <sup>d</sup>	1 <sup>e</sup>
<i>Nicaragua 1999<sup>f</sup> (386)</i>	F urbaines F rurales	15 25	5 10	22 32	— —
<i>Papouasie Nouvelle-Guinée 1985 (39)</i>	Lycée F Lycée H	— —	— —	— —	59 <sup>g</sup> 63 <sup>g</sup>
<i>Singapore 1996 (83)</i>	H	—	5	33 <sup>h</sup>	4
<i>Venezuela (Caracas) 1999 (348)</i>	H F	— —	— —	8 <sup>a</sup> 8 <sup>a</sup>	— —

F = femmes

H = hommes

Note: – indique que cette question n'a pas été posée

<sup>a</sup>« Une femme infidèle mérite d'être battue »

<sup>b</sup>Aussi, 51 % des hommes et 43 % des femmes sont d'accord pour dire que: « le mari a raison de battre sa femme si elle pratique la planification familiale sans qu'il le sache ».

<sup>c</sup>Aussi, 23 % conviennent que « battre sa femme est justifié » si elle ne respecte pas les parents de son mari.

<sup>d</sup>« Il la surprend au lit avec un autre homme ».

<sup>e</sup>« Elle ne fait pas ce qu'on lui dit de faire ».

<sup>f</sup>Aussi, 11 % des femmes urbaines et 23% des femmes rurales conviennent que « le mari a raison de battre sa femme » si elle sort sans sa permission.

<sup>g</sup>« Elle parle de lui sans le respecter »

<sup>h</sup>« Elle a des rapports sexuels avec un autre homme ».

Etabli par le Center for Health and Gender Equity pour les Population Reports

## Connecter au chapitre 2.2

**Tableau 3.**  
**Recherche d'une aide par les femmes maltraitées physiquement**  
Certaines études, 1993–1999

<i>Pays &amp; année (no. de ref.)</i>	<i>% de femmes maltraitées qui :</i>			
	<i>n'en parlent jamais à personne</i>	<i>ont contacté la police</i>	<i>en ont parlé à des amis</i>	<i>en ont parlé à la famille</i>
<i>Bangladesh 1993 (255)</i>	68	—	—	30
<i>Cambodge 1996P (325)</i>	34	1	33	22
<i>Canada 1993 (240)</i>	22	26	45	44
<i>Chili 1993 (268)</i>	30	16	14	32 <sup>a</sup>
<i>Egypte 1995–96 (132)</i>	47	—	3	44
<i>Irlande 1995P (330)</i>	—	20	50	37
<i>Moldova 1997 (410)</i>	—	6	30	31
<i>Nicaragua 1998 (386)</i>	37	17	28	34
<i>Royaume-Uni 1993P (308)</i>	38	22	46	31

<sup>a</sup> 32% told her family; 21% told his family.

"P" after year indicates year of publication for studies not reporting field work dates.

Compiled by the Center for Health and Gender Equity for Population Reports.

[Connecter au chapitre 2.3](#)

**Tableau 4.**

**Variations des attitudes des hommes et de l'incidence des mauvais traitement qu'ils infligent**

*Certains districts, Uttar Pradesh, Inde, 1995–1996*

<i>District</i>	<i>% qui admettent contraindre leur femme à avoir des rapports sexuels</i>	<i>% qui conviennent que la femme doit être battue si elle désobéit</i>	<i>% qui admettent battre leur femme</i>	<i>% qui ont battu leur femme l'année dernière</i>
<i>Aligarh</i>	31	15	29	17
<i>Banda</i>	17	50	45	33
<i>Gonda</i>	36	27	31	20
<i>Kanpur Nagar</i>	14	11	22	10
<i>Naintal</i>	21	10	18	11

*Source: Narayana 1996 (319)*

[Connecter au chapitre 2.4](#)

**Tableau 5.**

**Prévalence de premiers rapports forcés**

*Certain études, 1989–1999*

<i>Pays &amp; année (no. de ref.)</i>	<i>Echantillon</i>			<i>% de premiers rapports forcés</i>
	<i>dimension</i>	<i>type</i>	<i>âge</i>	

<i>Afrique du Sud 1999 (453)</i>	544 <sup>b</sup>	cas-témoins appariés	<19	32 enceintes 18 non enceintes
<i>Argentine 1998 (168)</i>	201	en dispensaire	15–18	6 (41 <sup>a</sup> )
<i>Etats-Unis 1992 (270)</i>	1,663	National	18–59	4 (25 <sup>a</sup> )
<i>Etats-Unis 1995 (3)</i>	10,847	National	15–44	7.8/22.1 <sup>d</sup> )
<i>Jamaïque 1997 (226)</i>	51 <sup>b</sup>	dans des écoles	8th Grade	12
<i>Kenya 1994 (334)</i>	9,997	dans des écoles	12–24	8 forcés 6 par la ruse
<i>Mozambique 1993 (17)</i>	189	dans des écoles	12–23	8
<i>Nouvelle-Zélande 1993–94 (112)</i>	458	National, longitudinal	18 & 21	7 25 <sup>c</sup>
<i>Rép. centrafricaine 1989 (79)</i>	1,307	National	15–50	21
<i>Sierra Leone 1998P (87)</i>	144	commodité	adulte	31

<sup>a</sup>Non souhaités mais non forcés

<sup>a</sup>Uniquement filles sexuellement actives

<sup>a</sup>Parmi celles sexuellement actives avant 14 ans

<sup>a</sup>Parmi celles sexuellement actives avant 15 ans

« P » après l'année de publication d'études qui ne donnent pas les dates des travaux sur le terrain.

Etabli par le Center for Health and Gender Equity (CHANGE) pour Population Reports.

### [Connecter au chapitre 3.2](#)

**Tableau 6.**  
**Prévalence de sévices sexuels durant l'enfance**  
*Certaines études, 1990–1998*

<i>Pays &amp; année (No. de réf.)</i>	<i>Méthode d'étude et échantillon</i>	<i>Méthode d'étude et échantillon</i>	<i>Prévalence</i>
<i>Allemagne 1992 (405)</i>	Réponses à un questionnaire à réponses multiples données par 2.151 étudiants de Würzburg et Leipzig	Activités sexuelles pénibles, avec et sans contact, moins de 14 ans ; ou avec coupable au moins 5 ans plus vieux	16 % des filles, 6 % des garçons signalent des sévices à Würzburg ; 10 % des filles, 6 % des garçons à Leipzig

<b><i>Antigua 1993 (200)</i></b>	Echantillon de probabilité de 97 femmes	Contact sexuel non souhaité ou avec un parent biologique ; ou moins de 16 ans avec coupable au moins 5 ans plus vieux	Contact sexuel non souhaité ou avec un parent biologique ; ou moins de 16 ans avec coupable au moins 5 ans plus vieux
<b><i>Australie 1997 (156)</i></b>	Etude rétrospective de 710 femmes	Contact sexuel à moins de 12 ans avec coupable au moins 5 ans plus vieux ; ou activité sexuelle non souhaitée à 12-16 ans	Contact sexuel à moins de 12 ans avec coupable au moins 5 ans plus vieux ; ou activité sexuelle non souhaitée à 12-16 ans
<b><i>Barbade 1993 (199)</i></b>	Echantillon aléatoire national de 264 femmes	Contact sexuel non souhaité ou avec un parent biologique ; ou à moins de 16 ans avec coupable 5 ans plus vieux	30 % des femmes signalent des sévices
<b><i>Canada 1990 (498)</i></b>	Enquête sur population de 9.953 hommes et femmes de 15 ans et plus	Activité sexuelle non souhaitée, avec et sans contact, durant adolescence	13 % des femmes, 4 % des hommes signalent des sévices
<b><i>Costa Rica 1992P (497)</i></b>	Enquête rétrospective portant sur des étudiants à l'université	Activité sexuelle non souhaitée, avec et sans contact, pas d'indication d'âge	32 % des femmes, 13 % des hommes signalent des sévices
<b><i>Espagne 1995 (279)</i></b>	Entretiens en tête à tête et questionnaires auto-administrés auxquels ont répondu 895 adultes âgés de 18 à 60 ans	Activité sexuelle non souhaitée, avec et sans contact, moins de 17 ans	22 % des femmes et 15 % des hommes signalent des sévices
<b><i>Etats-Unis 1997 (471)</i></b>	Etude longitudinale nationale de 10 ans, portant sur des femmes alcooliques, avec questions au sujet des sévices sexuels ; réponses de 1099 femmes	Activité sexuelle non souhaitée, avec ou sans contact, moins de 18 ans ; ou moins de 13 ans avec coupable au moins 5 ans plus vieux	21 % des femmes signalent des sévices

<b><i>Etats-Unis (Midwest) 1997 (280)</i></b>	Questionnaire auto-administré auquel ont répondu 42.568 élèves des grades 7-12	« Sévices sexuels » définis comme étant « quand un membre de la famille ou une autre personne vous fait des choses sexuelles ou vous fait faire des choses sexuelles contre votre gré »	12 % des filles, 4 % des garçons signalent des sévices
<b><i>Etats-Unis (Sud) 1994 (317)</i></b>	Enquête anonyme auto-administrée portant sur 3.018 adolescents, grades 8 et 10	Uniquement rapports forcés	13 % des filles ; 7 % des garçons signalent des sévices
<b><i>Etats-Unis (état de Washington) 1997 (424)</i></b>	Enquête à choix multiples portant sur 3.128 filles, grades 8, 10 et 12	« Sévices sexuels » définis comme étant « quand un membre de la famille ou quelqu'un d'autre vous touche de façon sexuelle dans un endroit que vous ne voulez pas qu'on touche, ou vous fait quelque chose de sexuel qui ne devrait pas être fait »	23 % de toutes les filles, 18 % des élèves de grade 8, 24 % des élèves de grade 10, 28 % des élèves de grade 12 signalent des sévices
<b><i>Malaisie 1996 (415)</i></b>	Questionnaire rétrospectif auto-administré auquel ont répondu 616 étudiants de paramédecine	Pénétration vaginale et anale, ou contact sexuel non sollicité, ou exhibitionisme ; moins de 18 ans	8 % des femmes, 2 % des hommes signalent des sévices
<b><i>Nicaragua 1997 (336)</i></b>	Questionnaire anonyme auto-administré conduisant à des réponses de 134 hommes et 202 femmes, âgés de 25 à 44 ans, faisant partie d'un échantillon de population à large base	Contact sexuel, y compris tentative de pénétration, moins de 13 ans avec coupable au moins 5 ans plus vieux, ou activité non consensuelle, plus de 12 ans.	26 % des femmes, 20 % des hommes signalent des sévices
<b><i>Norvège (Oslo) 1996 (354)</i></b>	Echantillon de population comportant 465 adolescents, âgés de 13 à 19 ans, suivis pendant 6 ans	Contact sexuel, y compris « rapports sous contrainte », entre un enfant de moins de 13 ans et un adulte de plus de 17 ans ; ou faisant intervenir la force	17 % des filles, 1 % des garçons signalent des sévices

<i><b>Nouvelle Zélande 1997</b></i> (149)	Cohorte de naissance de 520 filles, suivies de la naissance à 18 ans	Activité sexuelle non souhaitée, avec ou sans contact, moins de 16 ans	14 % des filles signalent des contacts abusifs, 17 % signalent des sévices quelconques
<i><b>Suisse (Genève) 1996</b></i> (198)	Questionnaire auto-administré avec réponses de 1.193 étudiants de grade 9	Activités sexuelle non souhaitée, avec ou sans contact	20 % des filles, 3 % des garçons signalent des sévices; 34 % des filles, 11 % des garçons signalent des sévices quelconques
<i><b>Suisse (national) 1998</b></i> (501)	Enquête nationale portant sur 3.993 filles, âgées de 15 à 20 ans, inscrites dans des écoles ou des programmes de formation professionnelle	« Victimisation sexuelle », définie comme étant « quand un membre de la famille, ou quelqu'un d'autre, vous touche dans un endroit où vous ne voulez pas qu'on vous touche, ou vous fait quelque chose de sexuel qui ne devrait pas être fait ».	19 % des filles signalent des sévices

« P » après l'année de publication d'études qui ne donnent pas les dates des travaux sur le terrain.

Etabli par le Center for Health and Gender Equity (CHANGE) pour Population Reports.

### [Connecter au chapitre 3.3](#)

**Tableau 7.**

## **Comment les systèmes de santé peuvent réagir**

*Comment le personnel se met à combattre la violence contre les femmes, à divers niveaux*

<i><b>Au niveau communautaire</b></i>		
<i><b>Normalement, le personnel comporte :</b></i>	<i><b>Réaction directe</b></i>	<i><b>Autres réactions plus profondes</b></i>

<p><b>Des agents de santé communautaires (ASC)</b>  <b>Des accoucheuses traditionnelles (AT)</b>  <b>Des guérisseurs</b>  <b>Des pharmaciens</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser les leçons sur les mauvais traitements, la sexualité et des rapports solides pour la formation des ASC et des AT.  <b>But</b> : Sensibiliser les agents et les aider à réagir de façon chaleureuse à toutes les victimes de mauvais traitements.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager les ASC à devenir des agents communautaires plus actifs :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– en lançant des débats publics sur la violence grâce à des affiches, à des jeux de rôles et à l'intervention d'agents communautaires ;</li> <li>– en organisant des ateliers pour modifier les normes et les attitudes de la communauté.</li> </ul> </li> <li>• Former des ASC pour aider les groupes de soutien des femmes maltraitées.</li> <li>• Encourager les ASC à accompagner les femmes au poste de police et au cabinet du médecin quand elles décident de dénoncer un viol ou une agression domestique.</li> </ul>
--	---	--

*Niveau des soins de santé primaires*

<i>Normalement, le personnel comporte :</i>	<i>Réaction directe</i>	<i>Autres réactions plus profondes</i>
---	-------------------------	--

<p><b>Au poste de santé :</b>  <b>des infirmières</b>  <b>des sages-femmes auxiliaires</b>  <b>Au dispensaire :</b>  <b>Au dispensaire :</b>  <b>des sages-femmes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibiliser le personnel à la violence en offrant une formation expérimentale qui examine les attitudes et les croyances.</li> </ul>	<p><b>Tout ce qui précède, plus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• apprendre au personnel à identifier les victimes de mauvais traitements et à réagir de façon appropriée ;</li> <li>• encourager la constitution d'une bonne documentation et organiser la sécurité ;</li> <li>• faciliter les liaisons avec des groupements féminins locaux, quand il y en a ;</li> <li>• mettre des affiches et des brochures dans les aires d'attente.</li> </ul>
---	--	--

***Au niveau de la polyclinique ou de l'hôpital***

<b><i>Normalement, le personnel comporte :</i></b>	<b><i>Réaction directe</i></b>	<b><i>Autres réactions plus profondes</i></b>
<p>Des sages femmes  Des généralistes  Des médecins spécialistes  Des travailleurs sociaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprendre au personnel à identifier les victimes de mauvais traitements et à bien réagir en leur présence.</li> <li>• Encourager la constitution d'une bonne documentation et l'établissement d'un plan de sécurité.</li> <li>• Faciliter la liaison avec des groupements féminins locaux, quand il y en a.</li> <li>• Mettre des affiches et des brochures dans les aires d'attente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entreprendre un dépistage actif des mauvais traitements parmi certains groupes de patientes, par exemple dans les dispensaires de soins prénataux, les services d'accueil des accidentés et les dispensaires de santé mentale.</li> <li>• Elaborer, pour chaque lieu, des protocoles de réactions aux victimes.</li> <li>• Ajouter des questions sur les mauvais traitements</li> </ul>

aux formulaires de réception ou aux entretiens avec les patientes ; les questions à poser peuvent être ajoutées par timbrage sur les formulaires existants.

- Organiser un groupe autonome de soutien féminin ou offrir des moyens aux éléments disposés à le constituer.
- Etablir une coordination avec un groupement féminin local pour disposer d'un porte parole qui aide les femmes maltraitées (ou former un membre du personnel pour ce travail).
- Créer des services spécialisés qui s'occupent des victimes d'agression sexuelle, et réunissent en particulier les preuves de médecine légiste.

*Etabli par le Center for Health and Gender Equity (CHANGE) pour Population Reports.*

[Connecter au chapitre 7.4](#)

**Tableau 8.**  
**Emploi De Stratégies De Communication Pour Lutter Contre La Violence**  
*Axe de communication en fonction de publics différents*

***Stratégies pour clients/membres des communautés***

***Stratégies pour dispensateurs de soins de santé***

***Quand le public se compose d'adultes***

- Organiser des ateliers et des campagnes pour délégitimer la violence en tant que méthode de solution des conflits ou pour « discipliner » les femmes ou les enfants
- Mettre en relief la prévalence des mauvais traitements et ce qu'ils coûtent pour les familles et la société (par exemple, impact des scènes de violence sur l'enfance).
- Encourager des réactions de soutien (et non pas de critique) aux victimes de mauvais traitements physiques ou sexuels, en utilisant à cette fin le théâtre de rue, les médias alternatifs et les campagnes d'éducation du public.
- Intégrer des éléments de scénario concernant les mauvais traitements physiques et sexuels aux émissions de télévision et de radio, notamment dans les présentations de théâtre social visant à encourager la santé reproductive.
- S'assurer que tous les projets de médias encouragent la planification familiale ou d'autres buts visant à faire régner l'égalité entre les sexes en représentant des femmes compétentes et des hommes bienveillants.
- Réaliser des campagnes de santé pour décourager l'usage de l'alcool et des drogues.
- Encourager l'éducation pour les droits de l'homme et d'autres méthodes d'habilitation des femmes.

- Souligner le rôle clé que les dispensateurs de soins de santé peuvent jouer dans le dépistage précoce et le traitement des victimes de violence, et leur envoi à d'autres établissements.
- Eduquer les dispensateurs au sujet des conséquences sanitaires à long terme des mauvais traitements physiques et sexuels.
- Encourager une déontologie des soins permettant aux dispensateurs de se juger responsables de la personne tout entière, et non pas seulement des symptômes qu'elle présente.

### *Quand le public se compose d'enfants*

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager à l'école et en dehors de celle-ci une formation portant sur les techniques d'existence, y compris un programme qui, tenant compte de l'âge des élèves, porte sur la sexualité, la solution des conflits, l'établissement de rapports sains et la sécurité personnelle.</li> <li>• Entreprendre des campagnes spécialisées pour empêcher la violence, par exemple sur le thème : « Les mains ne sont pas faites pour battre ».</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire connaître aux dispensateurs les conséquences à long terme des mauvais traitements précoces, aussi bien sexuels que non sexuels.</li> <li>• Encourager les dispensateurs à se faire les avocats de méthodes non physiques de discipline des enfants.</li> <li>• Alerter les dispensateurs au sujet de la prévalence et de l'épidémiologie des mauvais traitements des enfants, y compris les sévices sexuels.</li> </ul> |
|---|--|

### *Quand le public se compose d'adolescents*

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir une éducation sexuelle détaillée comportant des exercices qui examinent les normes des deux sexes, les différences de normes de comportement sexuel des hommes et des femmes ; des jeux de rôles montrant comment résister aux pressions exercées en vue d'un comportement sexuel non souhaité.</li> <li>• Permettre aux garçons et aux filles (d'abord séparément, puis en groupe mixte) de discuter des rapports humains, de l'amour, de la colère, de la jalousie et des mauvais traitements. Faire connaître leurs droits aux jeunes femmes.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alerter les dispensateurs à la forte possibilité de mauvais traitements sexuels dans le cas des filles de moins de 14 ans atteintes de IST ou enceintes.</li> <li>• Aider les dispensateurs à faire face à leurs propres attitudes à l'égard de la sexualité des adolescents, des rôles qui incombent aux deux sexes et des victimes de viol ou de sévices.</li> </ul> |
|---|---|

*Etabli par le Center for Health and Gender Equity (CHANGE) pour Population Reports.*

[Connecter au chapitre 7.4](#)

[Précédente](#) | [Suivante](#)  
[Haut](#) | [Table des matières](#)

**111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA**  
**Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: [Poprepts@jhucp.org](mailto:Poprepts@jhucp.org)**

---

# Cadres

[Des organisations mondiales s'expriment publiquement](#)

[Schéma pour comprendre la violence du partenaire](#)

[La culture : une arme à deux tranchants](#)

[Programmes novateurs de santé reproductive](#)

[Comment renforcer les réactions de services de santé : leçons apprises](#)

[Premières mesures à haute priorité](#)

## **Des organisations mondiales s'expriment publiquement**

Durant les années 1990, la violence contre les femmes a figuré parmi les éléments qui ont polarisé l'attention des milieux internationaux, qui s'en sont inquiétés.

- En 1993, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes, Résolution ONU 48/104 (444).
- Lors de la conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD), au Caire, et de la Quatrième conférence mondiale (1995) sur les femmes, à Beijing, des organisations féminines du monde entier ont préconisé de donner une priorité élevée aux mesures visant à mettre fin à la violence entre les sexes (479). Le Programme d'action du Caire a reconnu que la violence entre les sexes constitue un obstacle aux droits des femmes en matière de santé reproductive et sexuelle, et la Déclaration et la Plateforme d'action de Beijing ont consacré toute une section à la question de la violence contre les femmes.
- En mars 1994, la Commission des droits de l'homme a nommé le premier Rapporteur spécial sur la violence contre les femmes et lui a donné pouvoir de procéder à des enquêtes au sujet des violations des droits des femmes (479).
- En 1994, l'Organisation des Etats américains (OEA) a négocié la Convention interaméricaine pour empêcher, punir

et éliminer la violence contre les femmes. En 1998, 27 pays d'Amérique latine avaient ratifié cette convention (82).

- En mai 1996, la 49e Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution (WHA49.25) déclarant que la violence était une priorité de santé publique (479). De concert avec le Center for Health and Gender Equity (CHANGE) et la London School of Hygiene and Tropical Medicine, l'OMS réalise dans plusieurs pays une étude consacrée à la santé des femmes et à la violence domestique.
- En septembre 1998, la Banque interaméricaine de développement (BID) a rassemblé 400 experts de 37 pays pour examiner les causes et les coûts de la violence domestique, ainsi que les politiques et programmes visant à y remédier. La BID finance actuellement dans six pays d'Amérique latine des projets de recherches et de démonstration sur la violence contre les femmes.
- En 1998, l'UNIFEM a entrepris des campagnes régionales en Afrique, en Asie/Pacifique et en Amérique latine conçues pour attirer l'attention sur la question de la violence contre les femmes dans le monde (502). L'UNIFEM gère aussi le Fonds spécial de soutien des mesures visant à éliminer la violence contre les femmes, initiative qui a décaissé 3,3 millions de dollars pour 71 projets réalisés dans le monde depuis 1996 (503).
- En 1999, le Fonds des Nations Unies pour la population a déclaré que la violence contre les femmes était « une priorité de santé publique »

[Connecter au chapitre 1](#)

## Schéma pour comprendre la violence du partenaire

Qu'est-ce qui cause la violence contre les femmes ? De plus en plus, les chercheurs se servent d'un « schéma écologique » pour comprendre les rapports mutuels qui relient les facteurs personnels, situationnels et socio-culturels qui se conjuguent pour provoquer les mauvais traitements (118, 210). Dans ce modèle, la violence contre les femmes découle de l'interaction de facteurs à des niveaux différents du milieu social.

La meilleure façon de représenter le modèle consiste à tracer quatre cercles concentriques. Le cercle du milieu représente les antécédents biologiques et personnels du comportement de chaque individu sur le plan des rapports. Le deuxième cercle représente le contexte immédiat de chaque sévices – c'est souvent la famille, un ami intime ou une connaissance. Le troisième cercle représente les institutions et les structures sociales, aussi bien formelles qu'informelles, dans lesquelles se situent les rapports – le voisinage, le lieu de travail, les réseaux sociaux et les groupes d'homologues. Le quatrième cercle, qui est le cercle externe, est le milieu économique et social, qui englobe les normes culturelles.

Toute une série d'études citent plusieurs facteurs qui, à chaque niveau, font augmenter la probabilité qu'un homme maltraitera sa partenaire :

- **Au niveau individuel**, il s'agit des mauvais traitements infligés durant l'enfance ou la présence de violence conjugale au sein du foyer (218, 310), le fait que le père soit absent ou indifférent (118) et l'usage fréquent de l'alcool (30, 263, 291, 310, 339, 352).
- **Au niveau de la famille et des rapports**, des études transculturelles ont avancé, parmi les principales explications des mauvais traitements, l'emprise de l'homme sur le patrimoine et sur les décisions au sein de la famille (275, 339), ainsi que les conflits conjugaux (215, 219).
- **Au niveau des collectivités**, l'isolement des femmes et le manque de soutien social, ainsi que les groupes de « pairs » qui acceptent et légitiment la violence des hommes,

laissent présager des taux plus élevés de violence (159, 255, 339).

- **Au niveau social**, des études effectuées dans le monde entier ont constaté que la violence contre les femmes est la plus fréquente lorsque les rôles des deux sexes sont strictement définis et appliqués (210) et quand la notion de masculinité est liée à l'inflexibilité, à l'honneur masculin ou à la dominance (95, 393). D'autres normes culturelles associées aux mauvais traitements sont la tolérance des châtiments physiques des femmes et des enfants, l'acceptation de la violence en tant que moyen de régler les différends interpersonnels, et la perception que les femmes sont la « propriété » des hommes (210, 275, 310, 340).

En conjuguant les facteurs de risque du niveau individuel et les résultats des études trans-culturelles, le modèle écologique aide à comprendre pourquoi certaines sociétés et certains individus sont plus violents que d'autres et pourquoi les femmes – et notamment les épouses – sont si uniformément les victimes de mauvais traitements.

### [Connecter au chapitre 2.4](#)

## **La culture : une arme à deux tranchants**

Dans toutes les sociétés, il y a des institutions, des croyances et des pratiques culturelles qui sapent l'autorité des femmes et contribuent à la violence fondée sur le sexe. Par exemple, certaines pratiques de mariage peuvent jouer au détriment des femmes et des filles, notamment si des coutûmes, telles que la dot et la vente de la mariée, ont été perverties par la culture « de consommation » occidentale.

C'est ainsi que, ces dernières années, la dot est devenue, dans certains pays, un élément attendu de la négociation du mariage, les futurs maris exigeant une dot de plus en plus importante aussi bien avant qu'après le mariage. Les exigences de dot peuvent conduire à des harcèlements, à des menaces et à de mauvais traitements ; dans des cas extrêmes, on tue la

femme ou on la pousse au suicide, ce qui donne au mari toute liberté pour rechercher un autre mariage et une autre dot (237, 368, 407).

Ailleurs, les maris doivent verser un « prix de la mariée » pour dédommager la famille de celle-ci de la perte de son travail dans son foyer natal. Dans certaines régions de l'Afrique et de l'Asie, cet échange est également devenu plus commercial, la majoration du prix de la mariée donnant à de nombreux hommes l'impression qu'ils ont « acheté » une épouse. Dans une récente enquête effectuée dans la province du Cap oriental, en Afrique du Sud, 82 % des femmes ont déclaré que, selon leur culture, si un homme verse un *lobola* (prix de la mariée) pour sa femme, cela signifie qu'il en est propriétaire. Environ 72 % des femmes acceptaient elles-mêmes cette interprétation (235).

Ces deux traditions du mariage sapent la possibilité qu'ont les femmes d'échapper à des relations abusives. Dans le sous-continent indien, les parents hésitent à permettre à leurs filles de revenir chez eux de crainte d'avoir à payer une deuxième dot alors que, dans les cultures où la mariée a un prix, les parents de la femme doivent rembourser l'homme si leur fille abandonne le mariage. Comme l'a fait observer une indienne maltraitée, « On a souvent envie de tout abandonner. Mais, alors, où va-t-on ? Le seul endroit est la maison de vos parents : or, ceux-ci essaieront toujours de vous renvoyer » (451).

Les attitudes culturelles à l'égard de la chasteté des femmes et de l'honneur masculin servent aussi à justifier la violence contre les femmes et à exacerber ses conséquences. Dans certaines régions de l'Amérique latine et du Proche-Orient, l'honneur d'un homme est souvent lié à la « pureté » sexuelle des femmes de sa famille. Si une femme est « souillée » sexuellement – soit à la suite d'un viol soit en ayant volontairement des rapports sexuels en dehors du mariage – elle déshonore sa famille.

Jordanie, des experts de six pays arabes ont estimé qu'au moins plusieurs centaines de femmes arabes meurent chaque année assassinées pour raisons d'honneur (231).

Cependant, la culture n'est ni statique ni monolithique. Les activistes qui militent pour les droits des femmes affirment que les collectivités doivent à la fois éliminer les éléments de la culture qui oppriment les femmes et préserver ceux qui sont bons. Les femmes qui sont à l'avant-garde du mouvement des droits de la femme font remarquer que le recours à la culture est souvent un prétexte justifiant des pratiques qui contribuent à leur oppression. Comme le dit un médecin soudanais, Nahid Toubia, « comment se fait-il que c'est seulement quand des femmes veulent obtenir des changements à leur avantage que la culture et la coutume deviennent sacrées et immuables ? » (211).

Bien que la culture puisse renforcer la vulnérabilité des femmes, elle peut aussi devenir un moyen inédit d'intervention. Beaucoup de cultures traditionnelles ont des mécanismes – tels que la honte publique ou les séances curatives communautaires – qu'on peut mobiliser pour contrer les mauvais traitements. Des activistes du Territoire du Yukon, au Canada, par exemple, ont conçu le « cercle de jugement », nouvelle version des pratiques traditionnelles de jugement et de guérison des populations autochtones canadiennes. Dans le « cercle », les victimes de crimes, les coupables, les agents de la justice et des services sociaux, ainsi que les membres de la communauté, écoutent les victimes raconter leur histoire et délibèrent sur la meilleure façon de « rendre justice » à la victime et à la communauté. Le jugement comporte souvent des indemnités, un service communautaire, l'emprisonnement, l'obligation de recevoir un traitement et des rites de guérison communautaire (22, 289).

De même, des activistes de l'Inde et du Bangladesh ont adapté le *salishe* – système traditionnel de justice locale – pour contrer la violence domestique. Par exemple, quand une femme est battue, la Shramajibee Mahila Samity, une ONG du Bengale occidental, envoie dans le village une organisatrice pour consulter les personnes et les familles en cause. L'organisatrice met sur pied un *salishe*, et s'efforce d'orienter la discussion d'une façon favorable à la femme. Collectivement, la communauté arrive à un projet de solution, qui est officialisé par écrit et dont l'exécution est surveillée par un comité local (102).

## Connecter au chapitre 3

### **Programmes novateurs de santé reproductive**

Dans les pays en développement, un certain nombre de programmes de santé reproductive ont pris l'initiative pour s'attaquer à la violence contre les femmes. Les interventions de ces programmes ouvrent la voie à d'autres programmes qui veulent s'attaquer aux questions complexes de violence encore les sexes.

**Afrique du Sud : la lutte contre la violence dans le cadre des ateliers de « techniques de vie ».** L'Association pour la planification familiale de l'Afrique du Sud (PPASA), de concert avec le programme des Partenaires masculins de AVSC International, a mis sur pied un programme qui intègre aux ateliers de « techniques de vie » de la PPASA des activités organisées sur une base de participation concernant la problématique hommes-femmes, le pouvoir sexuel et les rapports intimes. Ce programme a été entrepris après qu'une enquête portant sur 2000 sud-africains ait constaté que 58 % croyaient que la notion de viol ne s'appliquait pas à un mari qui contraignait sa femme à avoir des rapports sexuels, 48 % pensaient que la façon dont une femme s'habillait conduisait à un viol, et 22 % approuvaient qu'un homme batte sa partenaire (contre 5 % qui approuvaient qu'une femme batte son partenaire) (371).

**Amérique latine : intégration des questions de violence à d'autres soins de santé reproductive.** La région Hémisphère occidental de l'IPPF travaille actuellement avec ses affiliés de la République dominicaine, du Pérou et du Venezuela pour intégrer les questions de violence fondée sur le sexe à d'autres programmes de santé sexuelle et reproductive. Par exemple, au Venezuela, la PLAFAM a formé des dispensateurs de services, a modifié les formulaires d'orientation des clients et a élaboré de nouveaux formulaires d'inscription des cas (12).

**Peru: Women listening to women's voices.** ReproSalud, programme

novateur de santé reproductive de l'organisation féminine péruvienne Manuela Ramos, aide les femmes rurales à s'organiser pour s'attaquer aux questions de santé reproductive qu'elles jugent les plus importantes. Sur les 51 communautés qui ont organisé des *diagnosticos* en mars 1998, 12 ont identifié la violence domestique comme l'un des trois problèmes les plus importants (262).

**Philippines : mesures d'organisation contre la violence.** Le Conseil de coordination sur la violence contre les femmes de Davao City est intervenu pour réduire la violence à tous les niveaux de la société. Ses activités vont de spectacles de marionnettes qui encouragent le dialogue communautaire au sujet de la violence fondée sur le sexe à la formation, dans toute la ville, d'agents de police, d'agents de santé et de fonctionnaires publics (70). En 1997, le Conseil municipal de Davao City a adopté un document faisant date, le Code de développement des femmes, qui encourage et protège les droits des femmes et comporte des dispositions détaillées concernant la violence fondée sur le sexe, y compris un vaste programme de conseils, un soutien médical et juridique aux victimes, et l'ouverture de bureaux féminins dans tous les services de police de Davao City (109).

**Tanzanie : protection des réfugiées.** Le Comité international de sauvetage (IRC) a entrepris un projet portant sur les mauvais traitements sexuels et la violence fondée sur le sexe parmi les réfugiées burundiennes qui vivent dans les camps du district de Kibondo, en Tanzanie. Ce projet a employé une formule de recherches basées sur la participation et a utilisé des animatrices pour organiser les collectivités des camps de manière à contrer la violence fondée sur le sexe. Ce projet offre des conseils, des services médicaux ouverts 24 heures par jour, et l'accès à la contraception dans quatre postes de visite (324).

**Liberia : formation des accoucheuses traditionnelles.** En 1993, le Mother Patern College of Health Sciences de Monrovia, au Liberia, s'est allié à une ONG américaine, Women's Rights International, pour traiter les séquelles de viols commis durant la guerre civile de sept ans qui avait ravagé le pays. Le personnel libérien du projet a mis sur pied un programme

qui utilise la formule de participation pour former des accoucheuses traditionnelles. Ce programme emploie des exercices, tels que « Les ennuis de Kaymah », histoire d'une femme violée pendant la guerre, pour élargir le rôle des accoucheuses traditionnelles et en faire des animatrices communautaires qui s'attaquent au problème de la violence contre les femmes (474).

**Nicaragua : recherches sur les conséquences de la violence sur la santé reproductive.** Entreprises en 1991, les recherches organisées par l'Université d'Umea, en Suède, et la Faculté de médecine de León, au Nicaragua, ont réuni des données qui comptent parmi les plus riches de celles qui concernent les conséquences de la violence contre les femmes sur la santé reproductive. Travaillant en liaison étroite avec le Réseau contre la violence des femmes du Nicaragua, les chercheurs ont intégré des questions sur la violence à une série d'études qui examinent la mortalité infantile, le risque de VIH, et le faible poids à la naissance. Comme l'indiquent de fréquentes références de ce rapport, ces études d'avant-garde ont réuni un important ensemble d'informations (129).

### [Connecter au chapitre 7](#)

## **Comment renforcer les réactions de services de santé : leçons apprises**

Dans l'ensemble, les systèmes et les dispensateurs de soins de santé n'ont commencé que récemment à s'attaquer au problème que posent les mauvais traitements physiques et sexuels. On n'a pas officiellement évalué la plupart des interventions contre la violence en milieu médical – exception faite d'un petit nombre d'études effectuées aux Etats-Unis – et on commence à peine à organiser des interventions pilotes dans des milieux pauvres en moyens (78, 277). Il est urgent d'organiser d'autres projets de démonstration, assortis d'une évaluation détaillée, pour établir ce qui donne ou ne donne pas des résultats dans des milieux différents. Néanmoins, on peut tirer quelques conclusions provisoires.

**1. Ne pas se borner à la formation.** S'il est vrai que la formation des dispensateurs de soins de santé est importante, elle suffit rarement, à elle seule, à modifier leur comportement à l'égard des victimes de violence domestique (298, 435). Bien que la formation puisse améliorer à court terme les connaissances et les interventions des dispensateurs, elle perd en général peu à peu de sa valeur à moins qu'on ne prenne une série d'autres mesures pour étayer et appuyer les nouvelles méthodes (203, 298).

**2. Adopter une formule systémique.** Pour obtenir des résultats durables, il faut transformer le système de santé lui-même, et modifier le comportement individuel des dispensateurs (40, 89). Lorsque les responsables, les administrateurs et le système de santé lui-même encouragent et récompensent un comportement attentif à l'égard des victimes de mauvais traitements, les dispensateurs se sentent alors mieux en mesure de reconnaître la violence, et de prendre des dispositions la concernant (61, 355, 398, 491).

L'adoption d'une formule systémique en matière de violence signifie qu'on met au point des politiques et des protocoles dont on fait en sorte qu'ils deviennent la pratique dans l'ensemble du système de soins de santé, depuis les plus hauts responsables jusqu'aux dispensateurs de première ligne. (On trouvera une description des formules systémiques en matière de soins de santé reproductive dans *Population Reports, Les programmes de planification familiale ; comment en améliorer la qualité*, J-47, novembre 1998).

**3. Apporter des changements à la procédure de soins des clients.** Souvent, des changements de procédure, tels que l'utilisation de rappels à l'intention des dispensateurs sur les fiches médicales (par exemple, collants qui posent des questions au sujet des mauvais traitements, ou timbre qui incite les dispensateurs à faire un dépistage) ou inclusion de questions appropriées dans les formulaires d'admission et dans les calendriers d'entretiens peuvent appeler l'attention sur la violence domestique (329).

Par exemple, aux Etats-Unis, dans une étude, les taux d'identification ont presque doublé après qu'on ait fait au

personnel une présentation d'une heure à propos de la violence domestique et qu'on ait ajouté une question de dépistage de la violence à la fiche d'admission au service d'urgence.

L'évaluation a montré que l'adjonction du rappel sur la fiche, plutôt que la formation, expliquait la différence (335). Dans une autre étude américaine, l'identification des femmes maltraitées qui se présentaient à un dispensaire de soins primaires est passé de zéro, quand les questions étaient laissées à la discrétion du personnel, à 12 % quand on a ajouté une question sur les mauvais traitements au formulaire d'antécédents de santé de la cliente (160).

**4. Faire face aux attitudes et croyances sous-jacentes.** La plupart des programmes de formation des agents de santé ont surtout porté sur la gestion clinique des victimes. Cette formule donne cependant des résultats limités parce que, de façon générale, les dispensateurs ont, à propos des mauvais traitements, les mêmes préventions, préjugés et craintes que l'ensemble de la société. Au fur et à mesure que les programmes ont acquis de l'expérience, il est apparu clairement que les dispensateurs doivent examiner leurs propres attitudes et croyances concernant les deux sexes, le pouvoir, les mauvais traitements et la sexualité avant d'être à même d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences professionnelles sur la façon de traiter les victimes (252, 277).

En Afrique du Sud, par exemple, le Projet de prévention et de formation en matière de violence domestique d'Agisanang (ADAPT) et son partenaire, le Service de développement de systèmes de santé de l'Université de Witwatersand, ont mis sur pied un programme de formation portant sur la problématique hommes-femmes qui comportait, à l'intention du personnel infirmier, un programme d'études de quatre semaines en matière de santé reproductive. Au départ, ce programme considérait le personnel infirmier non pas comme des professionnels de la santé, mais plutôt comme de simples hommes et femmes. Il avait recours à des jeux de rôles, à des dictons et à des chansons de mariage pour aider les participants à analyser des notions communes concernant la violence et les rôles appropriés des hommes et des femmes. C'est seulement à ce moment-là que la formation abordait les responsabilités du personnel à titre de professionnels de la santé. Un enquête effectuée après la

formation a constaté que les participants ne pensaient plus qu'il était justifié de battre une femme et que la plupart d'entre eux acceptaient la notion de viol conjugal (252).

**5. Redéfinir la réussite.** Souvent, les agents de santé hésitent à s'attaquer aux causes de la violence domestique ; en effet, c'est un problème qu'il n'est pas facile de résoudre, voire de comprendre. Pour remédier à cette situation, certains projets de formation ont essayé d'aider le dispensateur à redéfinir son rôle ; au lieu de « régler » le problème et de donner des conseils, il s'agissait alors d'apporter un soutien. En modifiant ainsi les attentes, on a aidé les dispensateurs à surmonter des sentiments de ressentiment et d'impuissance quand ils ont à faire face à la violence domestique (374).

La redéfinition du rôle du dispensateur aide aussi à renforcer la volonté des femmes. Les conseils en matière de mauvais traitements, tout comme ceux en matière de contraception, doivent s'abstenir de donner des directives et respecter les choix des femmes. Comme l'a dit un promoteur : « Nous essayons de percer la barrière de la frustration des dispensateurs qui ne comprennent pas qu'il faut du temps à une femme maltraitée pour passer à l'acte. Quand on demande à une femme de prendre une décision en 10 minutes, on lui dit : 'Nous savons ce qui est bon pour vous'. Il n'y a là aucune différence avec l'homme violent qui décide tout pour elle » (452).

**6. Fournir des occasions de présenter un modèle de bon comportement.** Deux grands obstacles empêchent de poser aux clientes des questions concernant les mauvais traitements : l'attitude des dispensateurs, qui croient que la violence est rare parmi leurs clientes, et leur crainte face à leurs réactions (151, 428). Des occasions de mettre en pratique un nouveau comportement peuvent aider à surmonter ces deux obstacles. Par exemple, un médecin pakistanais, Fariyal Fikree, lance souvent un défi à ses étudiants : « Allez poser à vos cinq prochaines patientes, au dispensaire, une simple question de dépistage des mauvais traitements. Avec cette base d'expérience directe, vous serez mieux en mesure d'évaluer l'utilité de cette pratique ».

Cet exercice brise la résistance des élèves, remplace des hypothèses par des expériences et conduit à vouloir mieux connaître la violence familiale. En règle générale, les élèves sortent de l'expérience étonnés du nombre de femmes qui révèlent des mauvais traitements et de la facilité avec laquelle elles en parlent (151).

**7. Choisir un point de départ à bon escient.** Il est difficile de modifier les systèmes de santé. C'est pourquoi la meilleure méthode consiste en général à commencer là où on a le plus de chances de succès. Souvent, cette stratégie signifie qu'on entreprend les premières interventions pilotes dans les milieux où existe un important mouvement interne et externe en faveur du changement.

Sur le plan interne, il est important d'obtenir rapidement l'engagement et le soutien des cadres supérieurs. Les tentatives faites pour intégrer des éléments de sexualité aux programmes de planification familiale ont montré qu'un soutien institutionnel est absolument essentiel pour la réussite du programme (24, 398).

Sur le plan externe, il est préférable d'entreprendre des interventions pilotes là où existent déjà des services de soutien et de recours pour les victimes de sévices. Ce ne sera pas possible dans tous les cas mais, comme il y a tellement peu de nouvelles initiatives pilotes dans des milieux pauvres en ressources, il devient rationnel de commencer là où on peut faire appel à des moyens communautaires.

**8. Prévoir le renouvellement du personnel.** Dans la plupart des systèmes de soins de santé, et notamment dans les pays en développement, le personnel des dispensaires et autres centres de santé se renouvelle constamment. Il faut donc instituer des politiques en matière de violence, et il sera nécessaire de former de manière continue les nouveaux membres du personnel (329).

**9. Suivi.** Les programmes doivent fournir un soutien continu aux individus et aux institutions qui essaient de modifier leur réaction à la violence domestique. En règle générale, les projets qui ont essayé de déclencher le changement selon le

modèle de la « formation du formateur » – en invitant les dispensateurs à participer à une formation centralisée, puis en leur demandant de reproduire cette formation dans leur cadre d'origine – ont constaté que cette formule ne donne pas de bons résultats en l'absence d'une solide continuité et d'un soutien important (61).

## **Premières mesures à haute priorité**

Souvent, les professionnels de santé reproductive estiment que la question de la violence contre les femmes est trop complexe et trop importante pour s'y attaquer. Or, un changement fondamental peut – et souvent doit – commencer petit à petit. Une réaction progressive à la violence pourrait donc commencer de la façon suivante :

### ***Priorités pour les bailleurs de fonds***

**Recherches sur les microbicides vaginaux.** Il faudra du temps pour faire changer l'équilibre des forces entre femmes et hommes dans les relations sexuelles – or, les femmes qui courent un risque de VIH et autres infections sexuellement transmises n'ont pas le temps. C'est pourquoi, les bailleurs de fonds doivent donner une forte priorité aux investissements dans des recherches sur les microbicides vaginaux – produits analogues aux spermicides d'aujourd'hui, que les femmes pourraient employer pour se protéger contre l'infection – en cas de besoin, sans que leurs partenaires en aient connaissance, ou doivent apporter leur collaboration. Les spécialistes prédisent qu'il serait possible de mettre au point d'ici cinq ans un microbicide de première génération, à condition de disposer d'investissements suffisants. A l'heure actuelle, les recherches effectuées dans ce domaine sont insuffisantes. Des groupements féminins et des groupements de lutte contre le SIDA ont organisé la Campagne mondiale pour les options féminines de prévention du VIH/SIDA, qui demande un accroissement des investissements consacrés au développement de microbicides (495).

**Projets pilotes.** Il faut mieux connaître la façon d'intégrer

les éléments de lutte contre les sévices fondés sur le sexe aux autres programmes de santé reproductive. On a besoin dans l'immédiat de soutenir des projets pilotes comportant d'importants volets d'évaluation afin de découvrir les interventions qui donnent les meilleurs résultats dans des milieux différents, notamment lorsque les moyens disponibles sont modestes.

### ***Priorités pour les organisateurs de programmes***

**Intégration à la formation en cours.** La méthode la plus efficace pour faire mieux connaître aux dispensateurs de soins de santé reproductive la façon de réagir aux mauvais traitements consiste à intégrer cet apprentissage à la formation telle qu'elle est donnée, notamment quand elle traite de la qualité des soins, des consultations et de la participation des hommes. A titre de minimum, toute formation des dispensateurs peut ajouter des exercices de sensibilisation concernant la problématique hommes-femmes, la sexualité et les mauvais traitements.

**Faire des nouvelles normes un objectif du programme.** Des indicateurs mesurables de la réussite d'un programme de santé reproductive peuvent être, par exemple, les changements du pourcentage de femmes et d'hommes qui conviennent qu'une femme mariée a le droit de refuser des rapports sexuels. L'enquête démographique et de santé comporte désormais de telles questions. En faisant de nouvelles normes l'objectif d'un programme, les responsables chercheront la meilleure façon d'encourager des changements d'attitude du public à l'égard de l'autonomie des femmes et du comportement des hommes.

### ***Priorités pour les dispensateurs***

**Parler avec les clientes pour savoir dans quelle mesure elles peuvent exercer un contrôle sur leurs rencontres sexuelles.** C'est là un élément fondamental du choix d'une méthode de planification familiale. Les dispensateurs peuvent indiquer les méthodes qu'une femme peut employer sans que son partenaire en ait connaissance ou dans le cas où elle ne peut pas prévoir les rapports sexuels. En outre,

les dispensateurs peuvent souligner que les rapports sexuels – y compris les rapports conjugaux – devraient être souhaités par les deux partenaires, sans être imposés par l'homme.

**Ne pas exiger l'approbation du conjoint pour pratiquer la contraception.** De nombreux dispensateurs exigent qu'une femme obtienne le consentement du mari pour pratiquer la contraception, même quand ce consentement n'est pas requis en principe (499). De telles conditions sapent l'autonomie des femmes et leur font courir des risques de violence. En Ethiopie, quand les dispensaires de planification familiale ont cessé d'exiger le consentement du conjoint, la participation des femmes a rapidement augmenté de 26 pour cent (491)

[Connecter au chapitre 7.1](#)

[Précédente](#) | [Suivante](#)  
[Haut](#) | [Table des matières](#)

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA  
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: [Poprepts@jhucpp.org](mailto:Poprepts@jhucpp.org)

S'il vous plaît faire parvenir ce rapport à vos collègues

## TABLE DES MATIERES

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Credits](#)

### Chapters

1. [Le monde prend acte](#)
2. [Sérvices causés par un partenaire intime](#)
3. [Contrainte sexuelle](#)
4. [Répercussions sur la santé reproductive](#)
5. [Menaces sur la santé et le développement](#)
6. [Les dispensateurs de soins de santé jouent un rôle fondamental](#)
7. [Un programme de changements](#)

- [Guide spécial](#)
- [Figures](#)
- [Tableau](#)
- [Encadrés](#)
- [Bibliographie](#)

### Faits saillants

- [Qu'est-ce qui est à la base de la violence ?](#)
- [La culture, une arme à deux](#)

# Bibliographie

Un astérisque dénote une publication qui a été particulièrement utile pour la préparation du présent numéro de *Population Reports*.

1. ABBOTT, J., JOHNSON, R., KOZIOL-MCLAIN, J., and LOWENSTEIN, S.R. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *Journal of the American Medical Association* 273(22): 1763-1767. 1995.
2. ABMA, J., DRISCOLL, A., and MOORE, K. Young women's degree of control over first intercourse: An exploratory analysis. *Family Planning Perspectives* 30(1): 12-18. Jan./Feb. 1998.
3. ABMA, J.C., CHANDRA, A., MOSHER, W.D., PETERSON, L.S., and PICCININO, L.J. Fertility, family planning, and women's health: New data from the 1995 National Survey of Family Growth. *Vital Health Statistics* 23(19): 1-114. 1997.
4. AFKHAMI, M., NEMIROFF, G.H., and VAZIRI, H. Safe and secure: Eliminating violence against women and girls in Muslim societies. Bethesda, Maryland, Sisterhood is Global Institute, 1998. 258 p.
5. ALPERT, E.J., TONKIN, A.E., SEEHERMAN, A.M., and HOLTZ, H.A. Family violence curricula in U.S. medical schools. *American Journal of Preventive Medicine* 14(4): 273-282. 1998.
6. AMARO, H., FRIED, L.E., CABRAL, H., and ZUCKERMAN, B. Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health* 80(5): 575-579. 1990.
7. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). ACOG committee opinion. Mandatory reporting of domestic violence. No. 200, March 1998. Committee on Health Care for Underserved Women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 62(1): 93-95. 1998.
8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: IV. Washington, D.C., APA, Jun. 1994. 886 p.
9. APPEL, A.E. and HOLDEN, G.W. The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology* 12(4):

tranchants

- Les enfants sont souvent l'objet de sévices sexuels
- La violence porte de maintes façons préjudice aux femmes
- \*Encart : Que peuvent faire les dispensateurs de soins de santé ?
- Répondre à la violence : leçons apprises
  
- POPLINE
- La Médiathèque
- Autres exemplaires
- Pour commande
- CCP Home Page

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Publié en collaboration avec le :



6930 Carroll Avenue  
Suite 910  
Takoma Park  
Maryland 20912,  
USA

Phone: 301/270-1182  
Fax: 301/270-2052

*Le Center for Health and Gender Equity (CHANGE) est une organisation de recherche et de plaidoyer qui se donne*

578-599. 1998.

- \*10. ARMSTRONG, A. Culture and choice: Lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe. Harare, Zimbabwe, Violence Against Women in Zimbabwe Research Project, 1998. 149 p.
11. ÅSLING-MONEMI, K., PEÑA, R., ELLSBERG, M., and PERSSON, L.Å. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: A case-referent study in Nicaragua. 1999. 35 p. (Submitted).
12. ASOCIACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (PLAFAM). Informe técnico: Primera etapa del programa de violencia de genero. Caracas, Venezuela, PLAFAM, 1999. 46 p.
- \*13. ASTBURY, J. Promoting women's mental health. Geneva, World Health Organization, 1999. 29 p. (In press).
14. AXELSON, B.L. Violence against women—A male issue. Choices 26(2): 9-14. 1997.
15. BAILEY, J.E., KELLERMANN, A.L., SOMES, G.W., BANTON, J.G., RIVARA, F.P., and RUSHFORTH, N.P. Risk factors for violent death of women in the home. Archives of Internal Medicine 157(7): 777-782. 1997.
16. BAIRD, V. Mass media: A powerful tool for social change. Proceedings of the Changing Communication Strategies for Reproductive Health and Rights, Washington D.C., 1997. Health and Development Policy Project and Population Council. p. 41-43.
17. BALBINA DORSAN, S. and MARIA JOSÉ, A. Comportamentos, atitudes e práticas entre jovens escolares. [POR] [Knowledge, attitudes, and practices of schoolchildren]. Maputo, Mozambique, Ministry of Health, 1993.
18. BALLARD, T.J., SALTZMAN, L.E., GAZMARARIAN, J. A., SPITZ, A.M., LAZORICK, S., and MARKS, J.S. Violence during pregnancy: Measurement issues. American Journal of Public Health 88(2): 274-276. 1998.
19. BANWELL, S. (Asia Foundation) [Project against domestic violence] Personal communication, Jul. 11, 1998.
20. BARKAN, S.E. and GARY, L.T. Woman abuse and pediatrics: Expanding the web of detection. Journal of the American Medical Women's Association 51(3): 96-100. 1996.
21. BARTHOLOW, B.N., DOLL, L.S., JOY, D., DOUBLAS, J.M., BOLAN, G., HARRISON, J.S., MOSS, P. M., and MCKIRNAN, D. Emotional, behavioral and

*pour mission d'intégrer la recherche de l'égalité entre les sexes et de la justice sociale aux politiques et pratiques internationales en matière de santé. On peut contacter les services de CHANGE par courrier électronique à [change@genderhealth.org](mailto:change@genderhealth.org) or at <http://www.genderhealth.org>.*

Volume XXVII, Numéro 4

Décembre, 1999

Série L, Numéro 11

Problèmes mondiaux de santé

HIV risks associated with sexual abuse among adult homosexual and bisexual men. *Child Abuse and Neglect* 18(9): 747-761. 1994.

22. BASEMORE, G. and GRIFFITHS, C.T. Conference, circles, boards, and mediations: Scouting the new wave of community justice decisionmaking approaches. (Website). 1997. Accessed Nov. 17, 1999.

23. BAWAH, A.A., AKWEONGO, P., SIMMONS, R., and PHILLIPS, J.F. Women's fears and men's anxieties: The impact of family planning on gender relations in northern Ghana. *Studies in Family Planning* 30 (1): 54-66. 1999.

24. BECKER, J. and LEITMAN, E. Introducing sexuality within family planning: The experience of the HIV/STD prevention projects from Latin America and the Caribbean. *Calidad/Quality/Qualité* (8): 28. New York, Population Council. Oct. 1998.

\*25. BEITCHMAN, J.H., ZUCKER, K.J., and HOOD, J. E. A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 15: 537-556. 1991.

\*26. BEITCHMAN, J.H., ZUCKER, K.J., HOOD, J.E., DACOSTA, G.A., AKMAN, D., and CASSAVIA, E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 16: 101-118. 1992.

27. BERENSON, A.B., WIEMANN, C.M., ROWE, T.F., and RICKERT, V.I. Inadequate weight gain among pregnant adolescents: Risk factors and relationship to infant birth weight. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 176(6): 1220-1224. 1997.

28. BERENSON, A.B., WIEMANN, C.M., WILKINSON, G. S., JONES, W.A., and ANDERSON, G.D. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 170(6): 1760-1769. 1994.

29. BERGMAN, B. and BRISMAR, B. Suicide attempts by battered wives. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83: 380-384. 1991.

30. BERTRAND, J.T., WARD, V., and PAUC, F. Sexual practices among the Quiche-speaking Mayan population of Guatemala. *International Quarterly of Community Health Education* 12(4): 265-282. 1992.

31. BIDDLECOM, A.E., CASTERLINE, J.B., and PEREZ, A.E. Spouses views of contraception in the Philippines. *International Family Planning Perspectives* 32(3): 108-115. Sep. 1997.

32. BIDDLECOM, A.E. and FAPOHUNDA, B.M. Covert contraceptive use: Prevalence, motivations and consequences. *Studies in Family Planning* 29(4): 360-372. 1998.
33. BLANC, A.K., WOLFF, B., GAGE, A.J., EZEH, A. C., NEEMA, S., and SSEKAMATTE-SSEBULIBA, J. Negotiating reproductive outcomes in Uganda. Institute of Statistics and Applied Economics and Macro International, 1996. 215 p.
34. BLANKENBERG, N. Hitting out at abuse. *Mail and Guardian*. (Johannesburg). COMTEX Newswire wire service. Aug. 6, 1999.
35. BONGAARTS, J. and BRUCE, J. The causes of unmet need for contraception and the social content of services. *Studies in Family Planning* 26 (2): 57-73. 1995.
36. BOWNES, I.T., O'GORMAN, E.C., and SAYERS, A. Assault characteristics and post-traumatic stress disorder in rape victims. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83(1): 27-30. 1991.
- \*37. BOYER, D. and FINE, D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy. *Family Planning Perspectives* 24(4): 4-11. 1992.
- \*38. BRADLEY, C. Why male violence against women is a development issue: Reflections from Papua New Guinea. In: Davies, M. *Women and Violence*. London, Zed Books Ltd. 1994. p. 10-27.
39. BRADLEY, C.S. Attitudes and practices relating to marital violence among the Tolai of East New Britain. In: Toft, S., ed. *Domestic Violence in Papua New Guinea (PNG)*. Boroko, PNG, PNG Law Reform Commission. 1985. p. 32-71.
40. BRADLEY, J., LYNAM, P.F., DWYER, J.C., and WAMBWA, G.E. Whole-site training: A new approach to the organization of training. New York, AVSC International, Aug. 1998. (AVSC Working Paper No. 11) 16 p.
41. BRESLAU, N., KESSLER, R.C., CHILCOAT, H.D., SCHULTZ, L.R., DAVIS, G.C., and ANDRESKI, P. Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry* 55(7): 626-632. 1998.
42. BRIGGS, L. and JOYCE, P.R. What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child Abuse and Neglect* 21(6): 575-582. 1997.
43. BRITTON, B.M. Gender, power and HIV: The impact of partner violence in the context of poverty on women's risk of infection in the USA

- (Abstract # 23466). Proceedings of the 12th World Conference on HIV/AIDS, Geneva, Switzerland, Jul. 1998. 1184 p.
44. BROMET, E., SONNEGA, A., and KESSLER, R.C. Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Epidemiology* 147(4): 353-361. 1998.
45. BROWN, D. In Africa, fear makes HIV an inheritance. *Washington Post*. Jun. 30, 1998. p. A28.
46. BROWN, W. and CODY, M. Effects of a pro-social television soap opera in promoting women's status. *Human Communication Research* 18(1): 114-142. 1991.
47. BROWNE, A., SALOMON, A., and BASSUK, S.S. The impact of recent partner violence on poor women's capacity to maintain work. *Violence Against Women* 5(4): 393-426. 1999.
48. BUEL, S. Screening for abuse in the health care setting. Presented at the Conference on Violence and Reproductive Health, Atlanta, Georgia, Jun. 14-16, 1999. Centers for Disease Control and Prevention. May 1999.
49. BUEL, S.M. and HARVARD, J.D. Family violence: Practical recommendations for physicians and the medical community. *Women's Health Issues* 5(4): 158-172. 1995.
50. BUGA, G., AMOKO, D., and NCAYIYANA, D. Sexual behavior, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. *South African Medical Journal* 86(5): 523-527. 1996.
51. BULLOCK, L.F. and MCFARLANE, J. The birth-weight/battering connection. *American Journal of Nursing* 89(9): 1153-1155. 1989.
52. BUNGE, V.P. and LEVETT, A. Family violence in Canada: A statistical profile. Ottawa, Canada, Statistics Canada, 1998. 38 p.
53. BURNAM, M.A., STEIN, J.A., GOLDING, J.M., SIEGEL, J.M., SORENSON, S.B., FORSYTHE, A.B., and TELLES, C.A. Sexual assault and mental disorders in a community population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56(6): 843-850. 1988.
54. BURNS, A., LOVICH, R., MAXWELL, J., and SHAPIRO, K. *Where Women Have No Doctor: A Health Guide for Women*. Berkeley, California, Hesperian Foundation, 1998. 383 p.
55. BUTCHART, A. and BROWN, D. Non-fatal injuries due to interpersonal violence in Johannesburg-

- Soweto: Incidence, determinants and consequences. *Forensic Science International* 52: 35-51. 1991.
56. BUTLER, J.R. and BURTON, L.M. Rethinking teenage childbearing: Is sexual abuse a missing link? *Family Relations* 39: 73-80. 1990.
57. CABARABAN, M. and MORALES, B. Social and economic consequences for family planning use in southern Philippines. Cagayan de Oro City, Philippines, Research Institute for Mindanao Culture, Xavier University, 1998. 206 p.
- \*58. CABREJOS, M.E.B., RIVERA, A.C., GARCIA, A. G., MEDRANO, L.A., and BIANCHI, E.B. Los caminos de las mujeres que rompieron el silencio: Un estudio cualitativo sobre la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. [SPA] [Paths of women who broke the silence: A qualitative study of help-seeking by women affected by family violence]. Lima, Peru, World Health Organization, 1998. 24 p.
- \*59. CAMPBELL, J. and SOEKEN, K. Forced sex and intimate partner violence: Effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women* 5 (9): 1017-1035. 1999.
60. CAMPBELL, J. *Assessing Dangerousness: Violence by Sexual Offenders, Batterers, and Child Abusers*. Thousand Oaks, California, Sage Publications, 1995. 152 p.
- \*61. CAMPBELL, J., COHEN, J.H., MCLONGHLIN, E., DEARWATER, S., GLASS, N., LEE, D., and DURBEROW, N. An evaluation of a system change training model to improve emergency department response to battered women. 1999. 18 p. (Submitted).
62. CAMPBELL, J., ROSE, L., KUB, J., and NEDD, D. Voices of strength and resistance: A contextual and longitudinal analysis of women's responses to battering. *Journal of Interpersonal Violence* 13 (6): 743-762. 1999.
- \*63. CAMPBELL, J., TORRES, S., RYAN, J., KING, C., CAMPBELL, D.W., STALLINGS, R.Y., and FUCHS, S. C. Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: A multiethnic case-control study. *American Journal of Epidemiology* 150(7): 714-726. 1999.
64. CAMPBELL, J.C. Addressing battering during pregnancy: Reducing low birth weight and ongoing abuse. *Seminars in Perinatology* 19(4): 301-306. 1995.
65. CAMPBELL, J.C. Abuse during pregnancy: Progress, policy, and potential. *American Journal*

- of Public Health 88(2): 185-187. 1998.
66. CAMPBELL, J.C. and LEWANDOWSKI, L.A. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatric Clinics of North America* 20(2): 353-374. 1997.
67. CAMPBELL, J.C., POLAND, M.L., WALLER, J.B., and AGER, J. Correlates of battering during pregnancy. *Research in Nursing and Health* 15(3): 219-226. 1992.
68. CAMPBELL, J.C., PUGH, L.C., CAMPBELL, D., and VISSCHER, M. The influence of abuse on pregnancy intention. *Women's Health Issues* 5(4): 214-222. 1995.
69. CAMPBELL, J.C. and SOEKEN, K.L. Women's responses to battering: A test of the model. *Research in Nursing and Health* 22(1): 49-58. 1999.
70. CANSON, L. Comprehensive community-coordinated response to violence against women. Presented at the Regional Consultation on Violence Against Women and the Role of the Health Sector, Yangon, Myanmar, Jan. 12-15, 1999. World Health Organization Regional Office for Southeast Asia. 1999. 15 p.
71. CARALIS, P.V. and MUSIALOWSKI, R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *Southern Medical Journal* 90 (11): 1075-1080. 1997.
72. CARMEN, E.H., RIEKER, P.P., and MILLS, T. Victims of violence and psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry* 141(3): 378-383. 1984.
73. CARRILLO, R. Battered dreams: Violence against women as an obstacle to development. New York, United Nations Development Fund for Women, 1992. 38 p.
74. CASCARDI, M., O'LEARY, K.D., LAWRENCE, E.E., and SCHLEE, K.A. Characteristics of women physically abused by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63(4): 616-623. 1995.
75. CENTER FOR HEALTH AND GENDER EQUITY (CHANGE). Mental health and behavioral outcomes of sexual abuse: Data summary (table). Takoma Park, Maryland, CHANGE, 1999. 3 p. (Forthcoming).
76. CENTRO PARAGUAYO DE ESTUDIOS POBLACIÓN, US CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), and US AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT. Paraguay: Encuesta nacional de demografía y de

- salud reproductiva 1995-1996. [SPA] [Paraguay national demographic and reproductive health survey 1995-1996]. Asunción, Paraguay, CDC, Oct. 1997. 278 p.
77. CERVANTES ISLAS, F. Helping men overcome violent behavior toward women. In: Morrison, A.R. and Biehl, M.L., eds. Too Close to Home: Domestic Violence in the Americas. Washington D.C., Inter-American Development Bank. 1999. p. 143-147.
78. CHALK, R. and KING, P.A., eds. Violence in Families: Assessing Prevention and Treatment Programs. Washington D.C., National Academy Press, 1998. 392 p.
79. CHAPKO, M.K., SOMSE, P., KIMBALL, A.M., HAWKINS, R.V., and MASSANGA, M. Predictors of rape in the Central African Republic. Health Care of Women International 20(1): 71-79. 1999.
80. CHAPMAN, J.D. A longitudinal study of sexuality and gynecologic health in abused women. Journal of the American Osteopathic Association 89 (5): 619-624. 1989.
81. CHEASTY, M., CLARE, A.W., and COLLINS, C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: Case-control study. British Medical Journal 316(7126): 198-201. 1998.
82. CHIAROTTI, S. Una puesta al día. [SPA] [An update]. In: Vidas sin Violencia: Nuevas Voces, Nuevos Desafíos. [SPA] [Lives Without Violence: New Voices, New Challenges]. Santiago, Chile, Isis Internacional. 1998. p. 21-28.
83. CHOI, A. and EDLESON, J. Social disapproval of wife assaults: A national survey of Singapore. Journal of Comparative Family Studies 27(1): 73-88. Spring 1996.
84. CHOQUE, M.E., SCHULER, S.R., and RANCE, S. Reasons for unwanted fertility and barriers to use of family planning services among urban Aymara in Bolivia. Arlington, Virginia, John Snow, Inc., Jan. 26, 1994. 19 p.
85. COHEN, J.A. and MANNARINO, A.P. Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children: Six- and 12-month follow-up. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 37(1): 44-51. 1998.
- \*86. COHEN, S., DE VOS, E., and NEWBERGER, E. Barriers to physician identification and treatment of family violence: Lessons from five communities. Academic Medicine 72(1 Suppl.): S19-S25. 1997.
87. COKER, A.L. and RICHTER, D.L. Violence

- against women in Sierra Leone: Frequency and correlates of intimate partner violence and forced sexual intercourse. *African Journal of Reproductive Health* 2(1): 61-72. 1998.
88. COKKINIDES, V.E., COKER, A.L., SANDERSON, M., ADDY, C., and BETHEA, L. Physical violence during pregnancy: Maternal complications and birth outcomes. *Obstetrics and Gynecology* 93(5): 661-666. 1999.
89. COLE, T.B. Case management for domestic violence. *Journal of the American Medical Association* 282(6): 513-514. 1999.
90. COLLETT, B.J., CORDLE, C.J., STEWART, C.R., and JAGGER, C. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105(1): 87-92. 1998.
91. CONNERS, J. Government measures to confront violence against women. In: Davies, M. *Women and Violence: Realities and Response Worldwide*. London, Zed Books Ltd. 1994. p. 182-199.
92. CONNOLLY, A.M., KATZ, V.L., BASH, K.L., MCMAHON, M.J., and HANSEN, W.F. Trauma and pregnancy. *American Journal of Perinatology* 14 (6): 331-336. 1997.
93. CORSI, J. Treatment for men who batter women in Latin America. *American Psychologist* 54(1): 64. Jan. 1999.
94. COUNTS, D., BROWN, J.K., and CAMPBELL, J.C. *To Have and To Hit*. 2nd ed. Chicago, University of Chicago Press, 1999. 315 p.
- \*95. COUNTS, D.A., BROWN, J., and CAMPBELL, J. eds. *Sanctions and Sanctuary: Cultural Perspectives on the Beating of Wives*. Boulder, Colorado, Westview Press, 1992. 268 p.
- \*96. CROWELL, N. and BURGESS, A.W., eds. *Understanding Violence Against Women*. Washington D.C., National Academy Press, 1996. 225 p.
97. CULBERTSON, F.M. Depression and gender. An international review. *American Psychologist* 52 (1): 25-31. 1997.
98. CUNNINGHAM, R.M., STIFFMAN, A.R., DORE, P., and EARLS, F. The association of physical and sexual abuse with HIV risk behaviors in adolescence and young adulthood: Implications for public health. *Child Abuse and Neglect* 18(3): 233-245. 1994.
- \*99. CURRY, M.A., PERRIN, N., and WALL, E. Effects of abuse on maternal complications and

- birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics and Gynecology* 92(4 Pt. 1): 530-534. 1998.
100. DANIELSON, K.K., MOFFITT, T.E., CASPI, A., and SILVA, P.A. Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: Evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry* 155(1): 131-133. 1998.
101. DARVES-BORNOZ, J.M. Rape-related psychotraumatic syndromes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 71(1): 59-65. 1997.
102. DATTA, B. and MOTIHAR, R. Breaking down the walls: Violence against women as a health and human rights issue. New Delhi, Ford Foundation, 1999. 32 p.
103. DAVID, F. and CHIN, F. Economic and psychosocial influences of family planning on the lives of women in Western Visayas. Iloilo City, Philippines, Central Philippines University and Family Health International, Jun. 1998. 85 p.
104. DAVIDSON, J.R., HUGHES, D.C., GEORGE, L.K., and BLAZER, D.G. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry* 53(6): 550-555. 1996.
105. DÁVILA, A.L., RAMOS, G., and MATTEI, H. Encuesta de salud reproductiva: Puerto Rico, 1995-1996. [SPA] [Reproductive health survey: Puerto Rico, 1995-1996]. San Juan, Puerto Rico, Centers for Disease Control and Prevention, May 1998. 82 p.
- \*106. DAY, T. The health-related costs of violence against women in Canada: The tip of the iceberg. Unpublished, 1995. 40 p.
- \*107. DE ZOYSA, I., SWEAT, M.D., and DENISON, J. A. Faithful but fearful: Reducing HIV transmission in stable relationships. *AIDS* 10 (Suppl. A): S197-S203. 1996.
108. DELVAUX, M., DENIS, P., and ALLEMAND, H. Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls. Results of a multicentre inquiry. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology* 9(4): 345-352. 1997.
109. DEVELOPMENT OF PEOPLES FOUNDATION. A primer on the women's development code of Davao City (booklet). Davao City, Philippines, Development of Peoples Foundation, December 1997. 15 p.
110. DEYESSA, N., KASSAYE, M., DEMEKE, B., and

- TAFFA, N. Magnitude, type and outcomes of physical violence against married women in Butajira, southern Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal* 36(2): 83-92. 1998.
111. DICKINSON, L.M., DEGRUY 3RD, F.V., DICKINSON, W.P., and CANDIB, L.M. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Archives of Family Medicine* 8(1): 35-43. 1999.
112. DICKSON, N., PAUL, C., HERBISON, P., and SILVA, P. First sexual intercourse: Age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. *British Medical Journal* 316(7124): 29-33. 1998.
113. DIETZ, P.M., GAZMARARIAN, J.A., GOODWIN, M. M., BRUCE, F.C., JOHNSON, C.H., and ROCHAT, R.W. Delayed entry into prenatal care: Effect of physical violence. *Obstetrics and Gynecology* 90 (2): 221-224. 1997.
- \*114. DIETZ, P.M., SPITZ, A.M., ANDA, R.F., WILLIAMSON, D.F., MCMAHON, P.M., SANTELLI, J.S., NORDENBERG, D.F., FELITTI, V.J., and KENDRICK, J. S. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *Journal of the American Medical Association* 282(14): 1359-1364. Oct. 13, 1999. (Available: Accessed Oct. 13, 1999.
- \*115. D'OLIVERIA, A.F.P.L. and SCHRAIBER, L.B. Violence against women: A physician's concern? *Proceedings of the 15th FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, Copenhagen, Aug. 3-8, 1997.* p. 157-163.
116. DONALDSON, P., WHALEN, M., and ANASTAS, J. Teen pregnancy and sexual abuse: Exploring the connection. *Smith College Studies in Social Work* 59(3): 289. Jun. 1, 1989.
117. DRENNAN, M. Reproductive health: New perspectives on men's participation. *Population Reports, Series J, No. 46.* Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Oct. 1998. 36 p.
- \*118. DUTTON, D.G. *The Domestic Assault of Women: Psychological and Criminal Justice Perspectives.* Vancouver, British Columbia, University of British Columbia Press, 1995. 337 p.
- \*119. DUTTON, M.A. Battered women's strategic response to violence: The role of context. In: Edelson, J.L. and Eisikovits, Z.C. *Future Interventions with Battered Women and Their Families.* London, Sage Publications. 1996. p. 105-

124.

120. DUTTON, M.A., MITCHELL, B., and HAYWOOD, Y. The emergency department as a violence prevention center. *Journal of the American Medical Women's Association* 51(3): 92-95, 117. 1996.

121. DYE, T.D., TOLLIVERT, N.J., LEE, R.V., and KENNEY, C.J. Violence, pregnancy and birth outcome in Appalachia. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 9(1): 35-47. 1995.

122. EDELSON, J. Controversy and change in batterer's programs. In: Edleson, J.L. and Eisikovits, Z.C. *Future Interventions With Battered Women and Their Families*. Thousand Oaks, California, Sage Publications. 1995. p. 154-169.

\*123. EDLESON, J. The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence Against Women* 5(2): 134-154. 1999.

124. EDLESON, J.L. Children witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence* 14(8): 839-870. 1999.

125. EHLERT, U., HEIM, C., and HELLHAMMER, D.H. Chronic pelvic pain as a somatoform disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics* 68(2): 87-94. 1999.

\*126. ELLSBERG, M., CALDERA, T., HERRERA, A., WINKVIST, A., and KULLGREN, G. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. *American Psychologist* 54(1): 30-36. 1999.

\*127. ELLSBERG, M., HEISE, L., and SHRADER, E. *Researching violence against women: A practical guide for researchers and advocates*. Washington D. C., Center for Health and Gender Equity, 1999. 154 p. (Draft).

128. ELLSBERG, M., LILJESTRAND, J., and WINKVIST, A. The Nicaraguan Network of Women Against Violence: Using research and action for change. *Reproductive Health Matters* 10: 82-92. 1997.

\*129. ELLSBERG, M.C. *Candies in hell: Domestic violence against women in Nicaragua*. Licentiate thesis, Department of Epidemiology and Public Health, Umeå University, Umeå, Sweden, 1997. 105 p.

130. ELLSBERG, M.C., PEÑA, R., HERRERA, A., LILJESTRAND, J., and WINKVIST, A. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health* 89(2): 241-244. 1999.

\*131. ELLSBERG, M.C., PEÑA, R., HERRERA, A., LILJESTRAND, J., and WINKVIST, A. *Candies in hell: Women's experience of violence in*

- Nicaragua. *Social Science and Medicine*. 1999. (Forthcoming)
132. EL-ZANATY, F., HUSSEIN, E.M., SHAWKY, G.A., WAY, A.A., and KISHOR, S. Egypt demographic and health survey 1995. Calverton, Maryland, Macro International, 1996. 348 p.
133. EPSTEIN, J.N., SAUNDERS, B.E., KILPATRICK, D. G., and RESNICK, H.S. PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult women. *Child Abuse and Neglect* 22(3): 223-234. 1998.
134. ESTREMADOYRO, J. *Violencia en la Pareja: Comisarias de Mujeres en el Peru*. [SPA] [Partner Violence: Women's Police Stations in Peru]. Cuadernos de Trabajo. Lima, Peru, Ediciones Flora Tristan, 1993. 78 p.
135. EZEH, A.C. The Influence of spouses over each other's contraceptive attitudes in Ghana. *Studies in Family Planning* 24(3): 163-174. 1993.
136. FABROS, M.L., PAGUNTALAN, A.M.C., ARCHES, L. L., and GUIA-PADILLA, M.T. From sanas to dapat: Negotiating entitlement in reproductive decision-making in the Philippines. In: Petchesky, R. and Judd, K. *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives Across Countries and Cultures*. London, Zed Books Ltd. 1998. p. 217-255.
137. FAGAN, J. Cessation of family violence: Deterrence and dissuasion. In: Ohlin, L. and Tonry, M. *Family Violence, Crime and Justice: An Annual Review of Research*. Chicago, University of Chicago Press. 1989. p. 377-425.
138. FAMILY VIOLENCE PREVENTION FUND (FVVPF). *Frontlines. News from the Homefront*, San Francisco. FVVPF, Winter 1999/2000. p. 8.
139. FAMILY VIOLENCE PREVENTION FUND (FVVPF). *California hospital emergency departments response to domestic violence: Survey report*. San Francisco, FVVPF, 1993.
140. FAMILY VIOLENCE PREVENTION FUND (FVVPF). *Children learn that "hands are not for hitting". You can make a difference!*, San Francisco. FVVPF, no date. p. 1-8.
141. FAUVEAU, V. and BLANCHET, T. Deaths from injuries and induced abortion among rural Bangladeshi women. *Social Science and Medicine* 29 (9): 1121-1127. 1989.
142. FAWCETT, G. *Rostros y mascararas de la violencia: Un taller sobre amistad y noviazgo para adolescentes*. [SPA] [Faces and masks of violence: A workshop on love and friendship for adolescents]. Mexico City, Instituto Mexicano de

- Investigacion de Familia y Poblacion, 1999. 103 p. 143. FAWCETT, G., VENGUER, T., VERNON, R., and PICK, S. Deteccion y manejo de mujeres victimas de violencia domestica: Desarrollo y evaluacion de un programa dirigido al personal de salud. [SPA] [Detection and management of female victims of domestic violence: Development and evaluation of a program for health care personnel]. Mexico City, Population Council, 1998. 30 p.
- \*144. FAWCETT, G.M., HEISE, L., ISITA-ESPEJEL, L., and PICK, S. Changing community responses to wife abuse: A research and demonstration project. Iztacalco, Mexico. American Psychologist 54(1): 41-49. 1999.
145. FEHER, T.L. Pain in pelvic and gynecologic disorders. In: Foley, K.M. and Payne, R.M. Current Therapy of Pain. Philadelphia, BC Decker Inc. 1989. p. 245-250.
146. FELDHAUS, K.M., KOZIOL-MCLAIN, J., AMSBURY, H.L., NORTON, I.M., LOWENSTEIN, S.R., and ABBOTT, J.T. Accuracy of three brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. Journal of the American Medical Association 277(17): 1357-1361. 1997.
- \*147. FELITTI, V.J. Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. Southern Medical Journal 84(3): 328-331. 1991.
- \*148. FELITTI, V.J., ANDA, R.F., NORDENBERG, D., WILLIAMSON, D.F., SPITZ, A.M., EDWARDS, V., KOSS, M.P., and MARKS, J.S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine 14(4): 245-258. 1998.
149. FERGUSON, D.M., HORWOOD, L.J., and LYNSKEY, M.T. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. Child Abuse and Neglect 21(8): 789-803. 1997.
150. FERNANDEZ, F.M. and KRUEGER, P.M. Domestic violence: Effect on pregnancy outcome. Journal of the American Osteopath Association 99(5): 254-256. 1999.
151. FIKREE, F. Health consequences of domestic violence: A case-control study in Pakistan. Proceedings of the Second Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington D.C., Dec. 8-10, 1996. Center for Health and Gender Equity. 65 p.
152. FIKREE, F.F. and BHATTI, L.I. Domestic

- violence and health of Pakistani women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 65(2): 195-201. 1999.
153. FINKELHOR, D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 18 (5): 409-417. 1994.
154. FINKELHOR, D. and BROWNE, A. The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry* 55(4): 530-541. 1985.
155. FISCELLA, K., KITZMAN, H.J., COLE, R.E., SIDORA, K.J., and OLDS, D. Does child abuse predict adolescent pregnancy? *Pediatrics* 101(4 Pt. 1): 620-624. 1998.
156. FLEMING, J.M. Prevalence of childhood sexual abuse in a community sample of Australian women. *Medical Journal of Australia* 166(2): 65-68. 1997.
157. FOLCH-LYON, E., MACORA, L., and SCHEARER, S. B. Focus group and survey research in family planning in Mexico. *Studies in Family Planning* 12 (12): 409-432. 1981.
158. FORT, A.L. Investigation of the social context of fertility and family planning: A qualitative study in Peru. *International Family Planning Perspectives* 15(3): 88-94. 1989.
159. FOURNIER, M., DE LOS RIOS, R., ORPINAS, P., and PIQUET-CARNEIRO, L. Estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales frente a la violencia (proyecto ACTIVA): Metodología. [SPA] [Multicenter study on cultural attitudes and norms towards violence (ACTIVA project): Methodology]. *Revista Panamericana de Salud Pública* 5(4-5): 222-231. 1999.
160. FREUND, K.M., BAK, S.M., and BLACKHALL, L. Identifying domestic violence in primary care practice. *Journal of General Internal Medicine* 11 (1): 44-46. 1996.
161. FRIEDMAN, L.S., SAMET, J.H., ROBERTS, M.S., HUDLIN, M., and HANS, P. Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. *Archives of Internal Medicine* 152(6): 1186-1190. 1992.
162. FULLILOVE, M.T., LOWN, E.A., and FULLILOVE, R.E. Crack 'hos and skeezers: Traumatic experiences of women crack users. *The Journal of Sex Research* 29(2): 275-287. 1992.
163. FUNDACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESAFÍO ECONOMICO GLOBAL. (FIDEG) [Additional calculations of partner abuse from Managua data] Personal communication, Nov. 10, 1998.

164. GANATRA, B., COYAJI, K.J., and RAO, V.N. Community cum hospital based case-control study on maternal mortality. Pune, India, Kem Hospital Research Center, Dec. 1996. 62 p.
165. GANATRA, B.R., COYAJI, K.J., and RAO, V.N. Too far, too little, too late: A community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. Bulletin of the World Health Organization 76(6): 591-598. 1998.
- \*166. GANLEY, A.L., FAZIO, J., HYMAN, A., JAMES, L., and RUIZ-CONTRERAS, A. Improving the health care response to domestic violence: A trainer's manual for health care providers. San Francisco, Family Violence Prevention Fund, Apr. 1998. 301 p.
- \*167. GAZMARARIAN, J.A., LAZORICK, S., SPITZ, A. M., BALLARD, T.J., SALTZMAN, L.E., and MARKS, J. S. Prevalence of violence against pregnant women. Journal of the American Medical Association 275 (24): 1915-1920. 1996. (Published erratum appears in Journal of the American Medical Association Apr. 9, 1997;277(14):1125)
168. GELDSTEIN, R.N., PANTELIDES, E.A., CALANDRA, N., and VAZQUEZ, S. "I didn't want it but...": Sexual initiation under coercion in the Buenos Aires metropolitan area. Proceedings of the meeting Unequal Partnerships: Gender and Initiation of Sexual Activity, Bethesda, Maryland, Jun. 25-26, 1998. Center on Population, Gender and Social Inequality. 31 p.
- \*169. GEORGE, A. Differential perspectives of men and women in Mumbai, India on sexual relations and negotiations within marriage. Reproductive Health Matters 6(4): 87-95. 1998.
- \*170. GEORGE, A. and JASWAL, S. Understanding sexuality: Ethnographic study of poor women from Bombay. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 1995. (Women and AIDS Research Report Series No. 12). 75 p.
171. GERBERT, B., ABERCROMBIE, P., CASPERS, N., LOVE, C., and BRONSTONE, A. How health care providers help battered women: The survivor's perspective. Women's Health 29(3): 115-135. 1999.
172. GEVISSER, M. Women's fight against that invisible little virus. Weekly Mail. (South Africa). Nov. 30, 1990.
173. GHEZ, M. and MARIN, L. United States: Prevention at a crossroads. In: Marin, L., Zia, H., and Soler, E. Ending Domestic Violence: Reports from the Global Frontline. San Francisco, Family Violence Prevention Fund. 1999. 9 p.

174. GIBSON, M.A. Equity for female teachers: A national survey of employment, Papua New Guinea (PNG). Port Moresby, PNG National Research Institute, 1990.
175. GIELEN, A.C., O'CAMPO, P., FADEN, R.R., and EKE, A. Women's disclosure of HIV status: Experiences of mistreatment and violence in an urban setting. *Women's Health* 25(3): 19-31. 1997.
176. GIELEN, A.C., O'CAMPO, P.J., FADEN, R.R., KASS, N.E., and XUE, X. Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing years. *Social Science and Medicine* 39(6): 781-787. 1994.
177. GILBERT, L. Urban violence and health—South Africa 1995. *Social Science and Medicine* 43(5): 873-886. 1996.
178. GILLIOZ, L., DEPUY, J., and DUCRET, C. Domination masculine et violence envers les femmes dans la famille en Suisse. [FRE] [Male domination and violence against women within the family in Switzerland]. Geneva, unpublished, Oct. 1996. 7 p.
179. GLOVER, V. Maternal stress or anxiety in pregnancy and emotional development of the child. *British Journal of Psychiatry* 171: 105-106. 1997.
- \*180. GOLDING, J. Sexual assault history and women's reproductive and sexual health. *Psychology of Women Quarterly* 20: 101-121. 1996.
181. GOLDING, J.M. Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples. *Research in Nursing and Health* 19(1): 33-44. 1996.
- \*182. GOLDING, J.M., COOPER, M.L., and GEORGE, L. K. Sexual assault history and health perceptions: Seven general population studies. *Health Psychology* 16(5): 417-425. 1997.
183. GOLDING, J.M. and TAYLOR, D.L. Sexual assault history and premenstrual distress in two general population samples. *Journal of Women's Health* 5(2): 143-152. 1996.
184. GOLDING, J.M., WILSNACK, S.C., and LEARMAN, L.A. Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 179(4): 1013-1019. 1998.
185. GOLDSTEIN, D. The cultural, class, and gender politics of a modern disease: Women and AIDS in Brazil. *ABIA, Colectivo Feminista Sexualidade e Saude*, Oct. 1992. 92 p.
186. GOLDSTEIN, D.M. AIDS and women in Brazil:

The emerging problem. *Social Science and Medicine* 39(7): 919-929. 1994.

\*187. GONDOLF, E. A 30-month follow-up of court mandated batterers in four cities. (Website). Feb. 28, 1999. Accessed Dec. 5, 1999.

188. GONZALES DE OLARTE, E. and GAVILANO LLOSA, P. Does poverty cause domestic violence? Some answers from Lima. In: Morrison, A., R. and Biehl, M.L. *Too Close to Home: Domestic Violence in the Americas*. Washington, D.C., Inter-American Development Bank. 1999. p. 35-49.

189. GONZALEZ MONTES, S. Domestic violence in Cuetzalan, Mexico: Some research questions and results. Center for Health and Gender Equity (CHANGE), ed. *Proceedings of the Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women*, Jan. 9-11, 1998. CHANGE, p. 36-41.

190. GRAITCER, P. and YOUSSEF, Z. Injury in Egypt: An analysis of injuries as a health problem. Washington, D.C. and Cairo, U.S. Agency for International Development and Ministry of Health, 1993. 119 p.

191. GRANADOS SHIROMA, M. Salud reproductiva y violencia contra la mujer: Un análisis desde la perspectiva de género. [SPA] [Reproductive health and violence against women: An analysis from a gender perspective]. Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población, Nuevo León, El Colegio de México, 1996. 42 p.

\*192. GREAVES, L., HANKIVSKY, O., and KINGSON-RIECHTERS, J. Selected estimates of the costs of violence against women. London, Centre for Research on Violence against Women and Children, 1995. 44 p.

193. GRIMSTAD, H., SCHEI, B., BACKE, B., and JACOBSEN, G. Physical abuse and low birthweight: A case-control study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104(11): 1281-1287. 1997.

194. HADDEN, B. An HIV/AIDS prevention intervention with female and male STD patients in a peri-urban settlement in KwaZulu Natal, South Africa. Washington D.C., International Center for Research on Women, 1998. (Women and AIDS Research Program) 36 p.

195. HAJ-YAHIA, M.M. A patriarchal perspective of beliefs about wife-beating among Arab Palestinian men from the West Bank and Gaza Strip. Ramallah, West Bank, unpublished, Nov. 1996. 34 p.

196. HAJ-YAHIA, M.M. The first national survey of abuse and battering against Arab women from Israel: Preliminary results. Ramallah, West Bank, unpublished, 1997. 45 p.
197. HAJ-YAHIA, M.M. The incidence of wife-abuse and battering and some socio-demographic correlates as revealed in two national surveys in Palestinian society. Ramallah, West Bank, Besir Center for Research and Development, 1998. 108 p.
198. HALPERIN, D.S., BOUVIER, P., JAFFE, P.D., MOUNOUD, R.-L., PAWLAK, C.H., LAEDERACH, J., WICKY, H.R., and ASTIE, F. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: Results of a cross sectional study. *British Medical Journal* 312(7042): 1326-1329. 1996.
199. HANDWERKER, W. Gender power differences between parents and high-risk sexual behavior by their children: AIDS/STD risk factors extend to a prior generation. *Journal of Women's Health* 2(3): 301-316. 1993.
200. HANDWERKER, W.P. Antiguan women's adolescent responses to childhood exploitative experiences. Proceedings of the inaugural meeting of National Leaders in Women's Health. Gainesville, Florida. 1997. 187 p.
201. HARTIGAN, P. PAHO focuses on the problem of violence against women. 1997. (*Revista Panamericana de Salud Pública* No. 4) p. 290-294.
- \*202. HARTIGAN, P. Summary of findings: The critical path women take to find a solution to domestic violence. Proceedings of the meeting on The Role of the Health Sector in Violence Against Women, Copenhagen, Aug. 1, 1997. 10 p.
203. HARWELL, T.S., CASTEN, R.J., ARMSTRONG, K. A., DEMPSEY, S., COONS, H.L., and DAVIS, M. Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group. *American Journal of Preventive Medicine* 15(3): 235-242. 1998.
204. HASSAN, Y. The haven becomes hell: A study of domestic violence in Pakistan. In: Cantt, L. Pakistan: Women Living Under Muslim Laws. Aug. 1995. p. 72.
205. HAUTZINGER, S. Machos and policewomen, battered women and anti-victims: Combatting violence against women in Brazil. Doctoral dissertation, Department of Anthropology, Johns Hopkins University, Baltimore, 1998. 455 p.
206. HAYWARD, R.F. Needed: A new model of

- masculinity to stop violence against girls and women. Kathmandu, Nepal, United Nations Children's Fund Regional Office for South Asia, Jul. 1997. (No. 17) 10 p.
- \*207. HEALEY, K.M. and SMITH, C. Batterer programs: What criminal justice agencies need to know. Washington D.C., Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice, 1998. (Available: Accessed Dec. 7, 1999)
208. HEGLAND, M. (Santa Clara University) [Interviews of Iranian women] Personal communication, 1997.
- \*209. HEISE, L. Violence against women: Global organizing for change. In: Edleson, J.L. and Eisikovits, Z.C. Future Interventions with Battered Women and Their Families. Thousand Oaks, California, Sage Publications. 1996. p. 7-33.
- \*210. HEISE, L. Violence against women: An integrated, ecological framework. Violence Against Women 4(3): 262-290. 1998.
- \*211. HEISE, L., MOORE, K., and TOUBIA, N. Sexual coercion and women's reproductive health: A focus on research. New York, Population Council, 1995. 59 p.
- \*212. HEISE, L., PITANGUY, J., and GERMAIN, A. Violence against women: The hidden health burden. Washington D.C., World Bank Discussion Paper #255, 1994. 72 p.
213. HEISE, L. Health workers: Potential allies in the battle against woman abuse in developing countries. Journal of the American Medical Women's Association 51(3): 120-122. 1996.
214. HIRSCHMANN, A. Guatemala City women: Empowering a vulnerable group to prevent HIV transmission. Guatemala City, Asociacion Guatemalteca para la Prevencion y Control del SIDA, International Center for Research on Women. 1998. (Women and AIDS Research Report Series)
215. HOFFMAN, K.L., DEMO, D.H., and EDWARDS, J.N. Physical wife abuse in a non-western society: An integrated theoretical approach. Journal of Marriage and the Family (56): 131-146. 1994.
216. HOLDEN, S. Guidelines for adapting stepping stones. London, Stepping Stones Training and Adaption Project, ACTIONAID, 1998. 40 p.
- \*217. HOLMES, W.C. and SLAP, G.B. Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. Journal of the American Medical Association 280(21): 1855-1862. 1998.
218. HOTALING, G.T. and SUGARMAN, D.B. An

- analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims* 1: 101-124. 1986.
- \*219. HOTALING, G.T. and SUGARMAN, D.B. A risk marker analysis of assaulted wives. *Journal of Family Violence* 5(1): 1-13. 1990.
220. HUMAN RIGHTS WATCH. Untold terror: Violence against women in Peru's armed conflict. Washington D.C., Human Rights Watch, Dec. 1992. 62 p.
221. HYMAN, A., SCHILLINGER, D., and LO, B. Laws mandating reporting of domestic violence: Do they promote patient well-being? *Journal of the American Medical Association* 273(22): 1781-1787. 1995.
222. HYMAN, B. Economic consequences of child sexual abuse in women. Doctoral dissertation, Heller School of Public Policy, Brandeis University, Waltham, Massachusetts, 1993.
223. ILKKARACAN, P. Exploring the context of women's sexuality in eastern Turkey. *Reproductive Health Matters* 6(12): 66-75. Nov. 1998.
224. INTER AMERICAN DEVELOPMENT BANK. IDB activities related to domestic violence. (Website). 1999. Accessed Dec. 7, 1999.
225. ISTVAN, J. Stress, anxiety and birth outcomes: A critical review of the evidence. *Psychological Bulletin* 100: 331-348. 1986.
226. JACKSON, J., LEITCH, J., LEE, A., EGGLESTON, E., and HARDEE, K. Jamaica: The Jamaica adolescent study. Kingston, Jamaica, University of West Indies, and Family Health International, Jun. 1998. 14 p.
227. JACOBSON, N.S., GOTTMAN, J.M., GORTNER, E., BERNS, S., and SHORTT, J.W. Psychological factors in the longitudinal course of battering: When do the couples split up? When does the abuse decrease? *Violence and Victims* 11(4): 371-392. 1996.
228. JAFFE, P.G., WOLFE, D.A., and WILSON, S.K. *Children of Battered Women*. Newbury Park, California, Sage Publications, 1990.
229. JAMES, J. and MEYERDING, J. Early sexual experiences and prostitution. *American Journal of Psychiatry* 132: 1381-1385. 1977.
230. JAMIESON, D.J. and STEEGE, J.F. The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population. *American Journal of Obstetrics Gynecology* 177(6): 1408-1412. 1997.

231. JEHL, D. Arab honor's price: A woman's blood. The New York Times. June 20, 1999. p. A-1.
232. JEJEEBHOY, S.J. Associations between wife-beating and fetal and infant death: Impressions from a survey in rural India. Studies in Family Planning 29(3): 300-308. 1998.
233. JEJEEBHOY, S.J. Wife-beating in rural India: A husband's right? Economic and Political Weekly (India) 23(15): 588-862. 1998.
234. JENKINS, C. Women and the risk of AIDS: Study of sexual and reproductive knowledge and behavior in Papua New Guinea. Washington D.C., International Center for Research on Women, Sep. 1993. 29 p.
235. JEWKES, R., PENN-KEKANA, L., LEVIN, J., RATSAKA, M., and SCHRIEBER, M. He must give me money, he mustn't beat me: Violence against women in three South African Provinces. Pretoria, South Africa, Medical Research Council, 1999. 29 p.
236. JEZIERSKI, M.B., EICKHOLT, T., and MCGEE, J. Disadvantages to mandatory reporting of domestic violence [letter]. Journal of Emergency Nursing 25 (2): 79-80. 1999.
237. JHA, M.R. India: Chappal, sticks and bags. In: Marin, L., Zia, H., and Soler, E. Ending Domestic Violence: Reports from the Global Frontline. San Francisco, Family Violence Prevention Fund. 1998. (Available: Accessed Dec. 1, 1999)
238. JOESOEF, M.R., BAUGHMAN, A.L., and UTOMO, B. Husband's approval of contraceptive use in metropolitan Indonesia: Program implications. Studies in Family Planning 19(3): 162-168. 1988.
239. JOHNSON, L.W. and HARLOW, L.L. Childhood sexual abuse linked with adult substance use, victimization, and AIDS-risk. AIDS Education and Prevention 8(1): 44-57. 1996.
- \*240. JOHNSON, H. Dangerous Domains: Violence Against Women in Canada. Ontario, Canada, Nelson Canada Publishing, 1996. 252 p.
241. JOHNSON, T.P., ASCHKENASY, J.R., HERBERS, M. R., and GILLENWATER, S.A. Self-reported risk factors for AIDS among homeless youth. AIDS Education and Prevention 8(4): 308-322. 1996.
242. JONES III, R.F. The American College of Obstetricians and Gynecologists: A decade of responding to violence against women. International Journal of Gynecology and Obstetrics 58: 43-50. 1997.
243. JOSIAH, I. The health sector working with

- women's organizations: A case study. Proceedings of the WHO/FIGO Pre-Congress Workshop on Elimination of Violence Against Women: In Search of Solutions, Copenhagen, Jul. 30-31, 1998.
244. JOURILES, E.N., MURPHY, C.M., and O'LEARY, K. D. Interspousal aggression, marital discord, and child problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57(3): 453-455. 1989.
245. KARIM, Q.A., KARIM, S.S., SOLDAN, K., and ZONDI, M. Reducing the risk of HIV infection among South African sex workers: Socioeconomic and gender barriers. *American Journal of Public Health* 85(11): 1521-1525. 1995.
246. KASLOW, N.J., THOMPSON, M.P., MEADOWS, L.A., JACOBS, D., CHANCE, S., GIBB, B., BORNSTEIN, H., HOLLINS, L., RASHID, A., and PHILLIPS, K. Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66(3): 533-540. 1998.
- \*247. KENDALL-TACKETT, K.A., WILLIAMS, L.M., and FINKELHOR, D. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin* 113(1): 164-180. 1993.
- \*248. KHAN, M.E., TOWNSEND, J.W., SINHA, R., and LAKHANPAL, S. Sexual violence within marriage. In: Seminar. New Delhi, Population Council. 1996. p. 32-35.
249. KHANNA, R. (Social Action for Rural and Tribal Inhabitants of India) [Rape in Gujarat, India] Personal communication, 1992.
- \*250. KILPATRICK, D.G., ACIERNO, R., RESNICK, H. S., SAUNDERS, B.E., and BEST, C.L. A two-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65(5): 834-847. 1997.
- \*251. KIM, J. Health sector initiatives to address domestic violence against women in Africa. Proceedings of the Health Care Strategies for Combatting Violence Against Women in Developing Countries meeting, Ghent, Belgium, Aug. 1999. International Centre for Reproductive Health, University of Ghent, p. 101-107.
- \*252. KIM, J. and MOTSEI, M. "Women enjoy punishment:" Attitudes and experience of gender violence among PHC nurses in South Africa. 1999, unpublished, 10 p.
253. KIM, K.-I. and CHO, Y.-G. Epidemiological

- survey of spousal abuse in Korea. In: Viano, E.C. Intimate Violence: Interdisciplinary Perspectives. Washington, D.C., Hemisphere Publishing Corporation. 1992. p. 277-282.
254. KLEIN, H. and CHAO, B.S. Sexual abuse during childhood and adolescence as predictors of HIV-related sexual risk during adulthood among female sexual partners of injection drug users. Violence Against Women 1(1): 55-76. 1995.
- \*255. KOENIG, M., HOSSAIN, M.B., AHMED, S., and HAAGA, J. Individual and community-level determinants of domestic violence in rural Bangladesh. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Department of Population and Family Health Sciences, May 1999. (Hopkins Population Center Paper on Population No. WP-99-04) 32 p.
256. KOLS, A. and SHERMAN, J.E. Family planning programs: Improving quality. Series J, No. 3. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Nov. 1998. 40 p.
- \*257. KOSS, M. The impact of crime victimization of women's medical use. Journal of Women's Health 2(1): 67-72. 1993.
- \*258. KOSS, M.P., GOODMAN, L.A., BROWNE, A., FITZGERALD, L.F., KEITA, G.P., and RUSSO, N.F. No safe haven: Male violence against women at home, at work, and in the community. Washington D.C., American Psychological Association, 1994. 344 p.
- \*259. KOSS, M.P. and HESLET, L. Somatic consequences of violence against women. Archives of Family Medicine 1(1): 53-59. 1992.
- \*260. KOSS, M.P., KOSS, P.G., and WOODRUFF, W.J. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. Archives of Internal Medicine 151(2): 342-347. 1991.
261. KOSS, M.P., WOODRUFF, W.J., and KOSS, P.G. Criminal victimization among primary care medical patients: Prevalence, incidence, and physician usage. Behavioral Science and Law 9(1): 85-96. 1991.
262. KOUMPOUNIS, A. (Reprosalud) [Domestic violence in Peru] Personal communication, 1999.
263. KYRIACOU, D.N., MCCABE, F., ANGLIN, D., LAPESARDE, K., and WINER, M.R. Emergency department-based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women. Annals of Emergency Medicine 31(4): 502-506. 1998.
- \*264. LANDENBURGER, K.M. The dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship.

- Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 27(6): 700-706. 1998.
265. LANGE LAND, W. and HARTGERS, C. Child sexual and physical abuse and alcoholism: A review. Journal of Studies on Alcohol 59(3): 336-348. 1998.
266. LAPIN, D. Assessing psychosocial needs of refugee women and children using rapid field techniques. Presented at 120th meeting of the American Public Health Association, Washington, D. C. Nov. 8-12, 1992.
- \*267. LARRAIN, S. Curbing domestic violence: Two decades of activism. In: Morrision, A.R. and Biehl, M.L., eds. Too Close to Home: Domestic Violence in the Americas. Washington, D.C., Inter-American Development Bank. 1999. p. 105-130.
268. LARRAIN, S.H. Violencia Puertas Adentro: La Mujer Golpeada. [SPA] [Violence Behind Closed Doors: The Battered Women]. Santiago, Chile, Editorial Universitaria, 1994. 149 p.
269. LASEE, A. and BECKER, S. Husband-wife communication about family planning and contraceptive use in Kenya. International Family Planning Perspectives 23(1): 15-20. 1997.
270. LAUMANN, E.O. Early sexual experiences: How voluntary? How violent? Smith, M.D., Besharov, D. J., Gardiner, K.N., and Hoff, T., eds. Henry J. Kaiser Family Foundation, 1994. 37 p.
271. LEE, N.C., DICKER, R.C., RUBIN, G.L., and ORY, H.W. Confirmation of the preoperative diagnoses for hysterectomy. American Journal of Obstetrics and Gynecology 150(3): 283-287. 1984.
- \*272. LEIBRICH, J., PAULIN, J., and RANSOM, R. Hitting home: Men speak about domestic abuse of women partners. Wellington, New Zealand, New Zealand Department of Justice and AGB McNair, 1995. 243 p.
273. LESERMAN, J., DROSSMAN, D.A., LI, Z., TOOMEY, T.C., NACHMAN, G., and GLOGAU, L. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: How types of abuse impact health status. Psychosomatic Medicine 58(1): 4-15. 1996.
274. LEUNG, W.C., LEUNG, T.W., LAM, Y.Y., and HO, P.C. The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 66(1): 23-30. 1999.
- \*275. LEVINSON, D. Violence in Cross Cultural Perspective. Newbury Park, California, Sage Publications, 1989. 139 p.

276. LEVITAN, R.D., PARIKH, S.V., LESAGE, A.D., HEGADOREN, K.M., ADAMS, M., KENNEDY, S.H., and GOERING, P.N. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: Relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *American Journal of Psychiatry* 155(12): 1746-1752. 1998.
- \*277. LEYE, E., GITHANIGA, A., and TEMMERMAN, M. Health care strategies for combating violence against women in developing countries. Ghent, Belgium, International Center for Reproductive Health, Aug. 1999. 125 p.
278. LLOYD, S. and TALUC, N. The effects of male violence on female employment. *Violence Against Women* 5(4): 370-392. 1999.
279. LÓPEZ, F., CARPINTERO, E., HERNANDEZ, A., MARTIN, M.J., and FUERTES, A. Prevalence and sequelae of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse and Neglect* 19(9): 1039-1050. 1995.
280. LUSTER, T. and SMALL, S.A. Sexual abuse history and problems in adolescence: Exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and the Family* 59: 131-142. 1997.
281. MACRO INTERNATIONAL (MI) and SOUTH AFRICA DEPARTMENT OF HEALTH. South Africa demographic and health survey 1998: Preliminary report. Calverton, Maryland, MI, Aug. 1999. 41 p.
- \*282. MAFORAH, F., JEWKES, R., and VUNDULE, C. Youth sexuality: Findings of a case-control study of pregnant and non-pregnant teenagers. Presented at the 18th African Health Sciences Congress, Cape Town, South Africa, Apr. 1997.
283. MAHER, J., PETERSON, J., HASTINGS, K., DAHLBERG, L., SEALS, B., SHELLY, G., and KAMB, M. Partner violence and women's decision to have an HIV test (Abstract #43110). *Proceedings of the 12th World Conference on AIDS*, Geneva, Jul. 1998. 1184 p.
- \*284. MAHER, M. From victims of violence to women of well-being: A case study of rural health promoters response to gender violence. Takoma Park, Maryland, Center for Health and Gender Equity, 1997. 20 p.
285. MARTIN, S.L., ENGLISH, K.T., CLARK, K.A., CILENTI, D., and KUPPER, L.L. Violence and substance use among North Carolina pregnant women. *American Journal of Public Health* 86(7): 991-998. 1996.
- \*286. MARTIN, S.L., KILGALLEN, B., TSUI, A.O., MAITRA, K., SINGH, K.K., and KUPPE, L.L. Sexual

- behaviors and reproductive health outcomes associations with wife abuse in India. *Journal of the American Medical Association* 282(20): 1967-1972. Nov. 24, 1999.
287. MARTIN, S.L., MATZA, L.S., KUPPER, L.L., THOMAS, J.C., DALY, M., and CLOUTIER, S. Domestic violence and sexually transmitted diseases: The experience of prenatal care patients. *Public Health Report* 114(3): 262-268. 1999.
288. MARTIN, S.L., TSUI, A.O., MAITRA, K., and MARINSHAW, R. Domestic violence in northern India. *American Journal of Epidemiology* 150(4): 417-426. 1999.
289. MATCH INTERNATIONAL CENTRE. The circle of healing: Aboriginal women organizing in Canada. In: Davies, M. *Women and Violence: Realities and Responses Around the World*. London, Zed Books Ltd. 1994. p. 234-239.
290. MAZZA, D., DENNERSTEIN, L., and RYAN, V. Physical, sexual and emotional violence against women: A general practice-based prevalence study. *Medical Journal of Australia* 164(1): 14-17. 1996.
- \*291. MCCAULEY, J., KERN, D.E., KOLODNER, K., DILL, L., SCHROEDER, A.F., DECHANT, H.K., RYDEN, J., BASS, E.B., and DEROGATIS, L.R. The "battering syndrome:" Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine* 123(10): 737-746. 1995.
- \*292. MCCAULEY, J., KERN, D.E., KOLODNER, K., DILL, L., SCHROEDER, A.F., DECHANT, H.K., RYDEN, J., DEROGATIS, L.R., and BASS, E.B. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: Unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association* 277(17): 1362-1368. 1997.
- \*293. MCCAULEY, J., YURK, R.A., JENCKES, M.W., and FORD, D.E. Inside "Pandora's box:" Abused women's experiences with clinicians and health services. *Journal of General Internal Medicine* 13 (8): 549-555. 1998.
294. MCCLOSKEY, L.A., FIGUEREDO, A.J., and KOSS, M.P. The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development* 66 (5): 1239-1261. 1995.
295. MCFARLANE, J. and PARKER, B. Preventing abuse during pregnancy: An assessment and intervention protocol. *American Journal of Maternal Child Nursing* 19(6): 321-324. 1994.
296. MCFARLANE, J., PARKER, B., and SOEKEN, K.

- Abuse during pregnancy: Associations with maternal health and infant birth weight. *Nursing Research* 45(1): 37-42. 1996.
297. MCLEER, S.V. and ANWAR, R.A. The role of the emergency physician in the prevention of domestic violence. *Annals of Emergency Medicine* 16(10): 1155-1161. 1987.
298. MCLEER, S.V., ANWAR, R.A., HERMAN, S., and MAQUILING, K. Education is not enough: A systems failure in protecting battered women. *Annals of Emergency Medicine* 18(6): 651-653. 1989.
299. MEJIA, R.I., ELIAS, M.G.H., and OLAVARRIETA, C.D. Asi hemos sido...Asi queremos ser. [SPA] [This is how we've been...This is how we want to be]. Mexico City, Fundacion Mexicana para la Planefecation Familiar, 1998.
300. MEN FOR CHANGE. Healthy relationships: A violence prevention curriculum. Halifax, Nova Scotia, Men For Change, 1994. 280 p.
301. MENSCH, B. Locating adolescence: An overview of adolescents' reproductive behavior and its social consequences. Presented at the World Bank, Washington D.C., 1996.
302. MESQUITA DA ROCHA, M. Women's police stations: Rio de Janeiro, Brazil. In: Domestic Violence in Latin America and the Caribbean. Washington D.C., Inter-American Development Bank. Oct. 20-21, 1997. 49 p.
303. MICHAU, L. Community-based research for social change in Mwanza, Tanzania. Center for Health and Gender Equity (CHANGE), ed. Proceedings of the Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington D.C., Jan. 9-11, 1998. CHANGE, p. 4-9.
- \*304. MILLER, B.A., DOWNS, W.R., and TESTA, M. Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol* 11(Suppl.): 109-117. 1993.
- \*305. MITRA, N. Best practices among responses to domestic violence: A study of government and non-government response in Madhya Pradesh and Maharashtra [draft]. Washington D.C., International Center for Research on Women, 1998. 252 p.
- \*306. MONCRIEFF, J. and FARMER, R. Sexual abuse and the subsequent development of alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism* 33(6): 592-601. 1998.
307. MONTOYA, O. Nadando Contra Corriente:

- Buscando Pistas para Prevenir la Violencia Masculina en las Relaciones de Pareja. [SPA] [Swimming Upstream: Looking for Clues to Prevent Masculine Violence in Intimate Relationships]. Managua, Nicaragua, Fundación Puntos de Encuentro, 1998. 140 p.
308. MOONEY, J. The Hidden Figure: Domestic Violence in North London. London, Middlesex University, 1993. 80 p.
309. MOORE, M.L., ZACCARO, D., and PARSONS, L.H. Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/domestic violence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 27(2): 175-182. 1998.
310. MORENO MARTÍN, F. La violencia en la pareja. [SPA] [Intimate partner violence]. *Revista Panamericana de Salud Pública* 5(4/5): 245-258. 1999.
311. MORRISON, A. (Inter-American Development Bank) [Project description] Personal communication, Jun. 3, 1998.
312. MORRISON, A.R. and ORLANDO, M.B. Social and economic costs of domestic violence: Chile and Nicaragua. In: Morrison, A.R. and Biehl, M.L. *Too Close to Home: Domestic Violence in the Americas*. Washington, D.C., Inter-American Development Bank. 1997. p. 51-80.
313. MOTSEI, M. and CENTRE FOR HEALTH POLICY. *Detection of Women Battering in Health Care Settings: The Case of Alexandra Health Clinic*. Cape Town, South Africa, Galvin and Sales, 1993.
314. MULLEN, P.E., MARTIN, J.L., ANDERSON, J.C., ROMANS, S.E., and HERBISON, G.P. The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *British Journal of Psychiatry* 165: 35-47. 1994.
315. MULLEN, P.E., MARTIN, J.L., ANDERSON, J.C., ROMANS, S.E., and HERBISON, G.P. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse and Neglect* 20(1): 7-21. 1996.
316. MULLEN, P.E., ROMANS-CLARKSON, S.E., WALTON, V.A., and HERBISON, G.P. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet* 1 (8590): 841-845. Apr. 16, 1988.
317. NAGY, S., ADCOCK, A.G., and NAGY, M.C. A comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. *Pediatrics* 93(4): 570-575. 1994.
318. NAJERA, T.P., GUTIERREZ, M., and BAILEY, P.

- Bolivia: Follow-up to the 1994 demographic and health survey, and women's economic activities, fertility and contraceptive use. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Jun. 1998. 8 p.
- \*319. NARAYANA, G. Family violence, sex and reproductive health behavior among men in Uttar Pradesh, India, unpublished, 1996. 11 p.
320. NASH, M.R., ZIVNEY, O.A., and HULSEY, T. Characteristics of sexual abuse associated with greater psychological impairment among children. *Child Abuse and Neglect* 17(3): 401-408. 1993.
321. NATIONAL COMMITTEE ON VIOLENCE AGAINST WOMEN. The national strategy on violence against women. Canberra, Australia, Australian Government Publishing Service, 1993.
322. NATIONAL SEX AND REPRODUCTION RESEARCH TEAM AND JENKINS, C. National study of sexual and reproductive knowledge and behaviour in Papua New Guinea (PNG). Goroka, PNG, PNG Institute of Medical Research, Mar. 1994. 147 p.
323. NATIONAL STATISTICS OFFICE AND MACRO INTERNATIONAL INC. (MI). Philippine safe motherhood survey 1993. Calverton, Maryland, MI, Oct. 1994.
- \*324. NDUNA, S. A safe space created by and for women: Sexual and gender-based violence program phase II report. Kibondo, Tanzania, International Rescue Committee, 1998. 26 p.
325. NELSON, E. and ZIMMERMAN, C. Household survey on domestic violence in Cambodia. Phnom Penh, Cambodia, Ministry of Women's Affairs and Project Against Domestic Violence, Aug. 1996. 82 p.
326. NEWBERGER, E.H., BARKAN, S.E., LIEBERMAN, E. S., MCCORMICK, M.C., YLLO, K., GARY, L.T., and SCHECHTER, S. Abuse of pregnant women and adverse birth outcome. Current knowledge and implications for practice. *Journal of the American Medical Association* 267(17): 2370-2372. 1992.
327. NOLEN-HOEKSEMA, S. and GIRGUS, J.S. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin* 115 (3): 424-443. 1994.
328. NORTON, L.B., PEIPERT, J.F., ZIERLER, S., LIMA, B., and HUME, L. Battering in pregnancy: An assessment of two screening methods. *Obstetrics and Gynecology* 85(3): 321-325. 1995.
- \*329. NUDELMAN, J., DURBOROW, N., GRAMBS, M., and LETELLIER, P. Best practices: Innovative domestic

- violence programs in health care settings. Grambs, M., ed. San Francisco, Family Violence Prevention Fund, Apr. 1997. 33 p.
- \*330. O'CONNOR, M. Making the links: Towards an integrated strategy for the elimination of violence against women in intimate relationships with men. Dublin, Ireland, Women's AID, 1995. 153 p.
331. ODUJINRIN, O. Wife battering in Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (41): 159-164. 1993.
332. OFEI-ABOAGYE, R. Domestic violence in Ghana: An initial step. *Columbia Journal of Gender and Law* 4(1): 1-25. 1994.
333. OKOJIE, C.E. Gender inequalities of health in the third world. *Social Science and Medicine* 39 (9): 1237-1247. 1994.
334. OKUMU, M.I., CHEGE, I.N., YOURI, P., and ORANGA, H.O. Female adolescent health and sexuality in Kenyan secondary schools: A survey report. African Medical and Research Foundation, Feb. 1994. 30 p.
335. OLSON, L., ANCTIL, C., FULLERTON, L., BRILLMAN, J., ARBUCKLE, J., and SKLAR, D. Increasing emergency physician recognition of domestic violence. *Annals of Emergency Medicine* 27 (6): 741-746. 1996.
336. OLSSON, A., ELLSBERG, M., BERGLUND, S., HERRERA, A., ZELAYA, E., and PERSSON, L.-Å. Lifetime experiences of sexual abuse among Nicaraguan men and women: A population-based anonymous survey. 1999. 25 p. (Submitted).
337. ORDOÑEZ, M., OCHOA, L.H., OJEDA, G., ROJAS, G., GÓMEZ, L.C., and SAMPER, B. Colombia: Encuesta nacional de demografía y salud, 1995 [SPA] [Colombia: National demographic and health survey, 1995]. Calverton, Maryland, Macro International, Oct. 1995. 248 p.
338. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Estudio de prevalencia de la violencia domestica en tres municipios: Bolivia 1998. [SPA] [A study of domestic violence in three municipalities: Bolivia 1998]. La Paz, Bolivia, unpublished, Jan. 1999. 18 p.
339. OROPESA, R.S. Development and marital power in Mexico. *Social Forces* 75(4): 1291-1317. 1997.
340. ORPINAS, P. Who is violent? Factors associated with aggressive behaviors in Latin America and Spain. *Pan American Journal of Public Health* 5(4/5): 232-243. 1999.

341. OSAKUE, G. and HILBER, A.M. Women's sexuality and fertility in Nigeria. In: Petchesky, R. and Judd, K. Negotiating Reproductive Rights. London, Zed Books Ltd. 1998. p. 180-216.
342. PAK, L.L., REECE, E.A., and CHAN, L. Is adverse pregnancy outcome predictable after blunt abdominal trauma? American Journal of Obstetrics and Gynecology 179(5): 1140-1144. 1998.
343. PALUZZI, P.A. and QUIMBY, C.H. Domestic violence education module. Washington D.C., American College of Nurse-Midwives, 1995. 48 p.
344. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Resolution CD37.R19 on Violence. PAHO (Website). Sept./Oct. 1993. Accessed Dec. 1, 1999.
345. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Achievements of project "Toward a comprehensive model approach to domestic violence: Expansion and consolidation of interventions coordinated by the state and civil society". Washington, D.C., Women, Health and Development Program, PAHO, 1999. 5 p.
346. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Para vivir sin violencia: Dimensiones del problema, compromisos de solución. [SPA] [To live without violence: Dimensions of the problem, potential solutions]. Washington, D.C., PAHO, Nov. 1999. 12 p.
- \*347. PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Ruta crítica que siguen las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar: Análisis y resultados de investigación. [SPA] [Help-seeking by victims of family violence: Analysis and research results]. Panama City, Panama, Organización Panamericana de la Salud en Panamá, 1998. 94 p.
348. PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Proyecto ACTIVA data. [SPA] [Project ACTIVA data]. Pan American Journal of Public Health 5 (4/5): 347-356. PAHO. Apr./May 1999.
349. PAONE, D., CHAVKIN, W., WILETS, I., P, F., and DESJARLAIS, D. The impact of sexual abuse: Implications for drug treatment. Journal of Women's Health 1(2): 149-153. 1992.
350. PARKER, B. and CAMPBELL, J. Care of victims of abuse and violence. In: Wis, G. and Sundeen, S. J. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. St. Louis, Missouri, Mosby. 1991. p. 906-927.
351. PARKER, B., MCFARLANE, J., and SOEKEN, K. Abuse during pregnancy: Effects on maternal

- complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology* 84(3): 323-328. 1994.
352. PARRY, C., TIBBS, J., VAN DER SPUIY, J., and CUMMINS, G. Alcohol attributable fractions for trauma in South Africa. *Curationis* 19(1): 2-5. 1996.
353. PARSONS, L.H. and MOORE, M.L. Family violence issues in obstetrics and gynecology, primary care, and nursing texts. *Obstetrics and Gynecology* 90(4 Pt. 1): 596-599. 1997.
354. PEDERSEN, W. and SKRONDAL, A. Alcohol and sexual victimization: A longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction* 91(4): 565-581. 1996.
- \*355. PETERSEN, R., GAZMARARIAN, J.A., SPITZ, A. M., ROWLEY, D.L., GOODWIN, M.M., SALTZMAN, L.E., and MARKS, J.S. Violence and adverse pregnancy outcomes: A review of the literature and directions for future research. *American Journal of Preventive Medicine* 13(5): 366-373. 1997.
356. PHILADELPHIA FAMILY VIOLENCE WORKING GROUP. The RADAR domestic violence training project for health care providers: Overview and evaluation. *Philadelphia Physicians for Social Responsibility*, Aug. 1, 1996. 27 p.
357. PIOT, P. HIV/AIDS and violence against women. Presented at the Panel on Women and Health 43rd Session, New York, Mar. 3, 1999. United Nations Commission on the Status of Women. (Available accessed Dec. 3, 1999.)
358. PIOTROW, P.T., KINCAID, D. L., HINDIN, M. J., LETTENMAIER, C. L., KUSEKA, I., SILBERMAN, T., ZINANGA A., CHIKARA, F., ADAMCHAK, D. J., MBIZVO, M. T., OPIA, W. L., KUMAH, M., and KIM, Y. Changing men's attitudes and behavior: The Zimbabwe Male Motivation Project. *Studies in Family Planning* 23(6 Pt.1): 365-375. Nov./Dec. 1992.
- \*359. POONACHA, V. and PANDEY, D. Response to domestic violence in Karnataka and Gujurat. In: Duvvury, N. *Domestic Violence in India*. Washington D.C., International Center for Research on Women. Sep. 1999. p. 28-41.
360. PR NEWSWIRE. Maryland domestic violence victims get added protection with cell phone contribution. (Baltimore). *PR Newswire*. Oct. 1, 1998.
361. PRASAD, S. Medicolegal response to violence against women in India. *Violence against Women* 5 (5): 478-506. 1999.

362. RAIKES, A. Wife abuse as a health issue in the context of changing gender relations in Kenya today: A case study from Kisii. Copenhagen, unpublished, 1992. 18 p.
363. RAMIREZ RODRIGUEZ, J.C. and VARGAS BECERRA, P.N. Una espada de doble filo: La salud reproductiva y la violencia doméstica contra la mujer [SPA] [A double-edged sword: Reproductive health and domestic violence against women]. Proceedings of the Seminario "Salud Reproductiva en América Latina y el Caribe: Temas y Problemas," Brazil, 1996. 24 p.
364. RAMOS-JIMENEZ, P. Philippine strategies to combat domestic violence against women. Manila, Task Force on Social Science and Reproductive Health, Social Development Research Center, and De La Salle University, Nov. 1996. 25 p.
365. RANCE, S. Control and resistance: Empowering strategies in the reproductive lives of La Paz market women. Arlington, Virginia, John Snow, Inc. Jan. 1994. 54 p.
366. RANCK, S. and TOFT, S. Domestic violence in an urban context with rural comparisons. Boroko, Papua New Guinea (PNG), Law Reform Commission of PNG, 1986. (Occasional Paper No. 19) 155 p.
367. RANDALL, M. and HASKELL, L. Sexual violence in women's lives: findings from the Women's Safety Project, a community-based survey. Violence Against Women 1(1): 6-31. Mar. 1995.
368. RAO, V. Wife-beating in rural South India: A qualitative and econometric analysis. Social Science and Medicine 44(8): 1169-1179. 1997.
369. RAPKIN, A.J., KAMES, L.D., DARKE, L.L., STAMPLER, F.M., and NALIBOFF, B.D. History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain. Obstetrics and Gynecology 76(1): 92-96. 1990.
370. RED DE MUJERES CONTRA LA VIOLENCIA (RMV). Como atender a las mujeres que viven situaciones de violencia doméstica? Orientaciones básicas para el personal de salud. [SPA] [Care of women living with domestic violence: Orientation for health care personnel]. Managua, Nicaragua, RMV, 1999. 58 p.
371. REPRODUCTIVE HEALTH RESEARCH UNIT (RHRU). Male involvement project. Soweto, South Africa, RHRU, 1998.
372. RICHIE, B.E. and JOHNSON, C. Abuse histories among newly incarcerated women in a New York City jail. Journal of the American Medical Women's

Association 51(3): 114, 117. 1996.

\*373. RIND, B. and TROMOVITCH, P. A meta-analytical review of findings from national samples on psychological correlates on child sexual abuse. *Journal of Sex Research* 34(3): 237-255. 1997.

\*374. RITTMAYER, J. and ROUX, G. Relinquishing the need to fix it. Medical intervention with domestic abuse. *Qualitative Health Research* 9(2): 166-181. 1999.

375. ROBERTS, G.L., LAWRENCE, J.M., WILLIAMS, G. M., and RAPHAEL, B. The impact of domestic violence on women's mental health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 22(7): 796-801. 1998.

376. ROBERTS, G.L., WILLIAMS, G.M., LAWRENCE, J. M., and RAPHAEL, B. How does domestic violence affect women's mental health? *Women's Health* 28 (1): 117-129. 1998.

377. ROBEY, B., ROSS, J., and BHUSHAN, I. Meeting unmet need: New strategies. *Population Reports, Series J, No. 43*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Sep. 1996. 35 p.

378. RODGERS, K. Wife assault: The findings of a national survey. *Canadian Centre for Justice Statistics* 14(9): 1-22. 1994.

379. RODRIGUEZ, M.A., QUIROGA, S.S., and BAUER, H. M. Breaking the silence: Battered women's perspectives on medical care. *Archives of Family Medicine* 5(3): 153-158. 1996.

380. RODRIGUEZ, N., RYAN, S.W., VANDE KEMP, H., and FOY, D.W. Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65(1): 53-59. 1997.

381. ROMANS, S.E., MARTIN, J.L., ANDERSON, J.C., HERBISON, G.P., and MULLEN, P.E. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry* 152(9): 1336-1342. 1995.

382. ROMERO, M. Violencia sexual y domestica: Informe de la fase cuantitativa realizada en el centro de atencion a adolescentes de San Miguel de Allende. [SPA] [Sexual and domestic violence: Report from the qualitative phase from an adolescent center in San Miguel de Allende]. Mexico City, Population Council, 1994. 53 p.

\*383. ROMKENS, R. Prevalence of wife abuse in the Netherlands: Combining quantitative and qualitative methods in survey research. *Journal*

- of Interpersonal Violence 12: 99-125. 1997.
384. RONSMANS, C. and KHLAT, M. Adolescence and risk of violent death during pregnancy in Matlab, Bangladesh. *Lancet* 354: 1448. Oct. 23, 1999.
385. ROOSA, M.W., TEIN, J.-Y., REINHOLTZ, C., and ANGELINI, P.J. The relationship of childhood sexual abuse to teenage pregnancy. *Journal of Marriage and the Family* 59: 119-130. Feb. 1997.
- \*386. ROSALES ORTIZ, J., LOAIZA, E., PRIMANTE, D., BARBERENA, A., BLANDON SEQUEIRA, L., and ELLSBERG, M. Encuesta Nicaraguense de demografía y salud, 1998 [SPA] [1998 Nicaraguan demographic and health survey]. Managua, Nicaragua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 1999. 319 p.
387. ROTHENBERG, K.H. and PASKEY, S.J. The risk of domestic violence and women with HIV infection: Implications for partner notification, public policy, and the law. *American Journal of Public Health* 85(11): 1569-1576. 1995.
388. ROTHENBERG, K.H., PASKEY, S.J., REULAND, M. M., ZIMMERMAN, S.I., and NORTH, R.L. Domestic violence and partner notification: Implications for treatment and counseling of women with HIV. *Journal of the American Medical Women's Association* 50(3-4): 87-93. 1995.
389. ROTHERAM-BORUS, M.J., MAHLER, K.A., KOOPMAN, C., and LANGABEER, K. Sexual abuse history and associated multiple risk behavior in adolescent runaways. *American Journal of Orthopsychiatry* 66 (3): 390-400. 1996.
390. ROZEE, P.D. Forbidden or forgiven? Rape in cross-cultural perspective. *Psychology of Women Quarterly* 17: 499-514. 1993.
391. SAFER, A. *Healthy Relationships: A Violence-Prevention Curriculum*. Halifax, Nova Scotia, Oxford Street Press, 1994. 284 p.
392. SALWAY, S. How attitudes toward family planning and discussion between wives and husbands affect contraceptive use in Ghana. *International Family Planning Perspectives* 20(2): 44-47. 1994.
- \*393. SANDAY, P.R. The socio-cultural context of rape: A cross cultural study. *Journal of Social Issues* 37(4): 5-27. 1981.
394. SANSONE, R.A., WIEDERMAN, M.W., and SANSONE, L.A. Health care utilization and history of trauma among women in a primary care setting. *Violence and Victims* 12(2): 165-172. 1997.
395. SARAH, R. *Latin American men take on new roles in reproductive health*. Populi, New York.

- United Nations Population Fund, Dec. 1998/Jan. 1999. p. 9-11.
396. SAS, L.D. and CUNNINGHAM, A.H. Tipping the balance to tell the secret: Public discovery of child sexual abuse. Ontario, Canada, London Family Court Clinic, Mar. 1995. 201 p.
397. SATIN, A.J., HEMSELL, D.L., STONE, I.C., JR., THERIOT, S., and WENDEL, G.D., Jr. Sexual assault in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology* 77 (5): 710-714. 1991.
398. SAUCEDO, I. (Reproductive Health and Society Program, El Colegio de Mexico) [Working group on domestic violence and health] Personal communication, Apr. 14, 1999.
399. SAUNDERS, D.G. and KINDY JR., P. Predictors of physicians' responses to woman abuse: The role of gender, background, and brief training. *Journal of General Internal Medicine* 8(11): 606-609. 1993.
400. SCHAAF, K.K. and MCCANNE, T.R. Relationship of childhood sexual, physical, and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect* 22(11): 1119-1133. 1998.
401. SCHEI, B. Psycho-social factors in pelvic pain. A controlled study of women living in physically abusive relationships. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 69(1): 67-71. 1990.
- \*402. SCHEI, B. Physically abusive spouse—a risk factor of pelvic inflammatory disease? *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 9(1): 41-45. 1991.
403. SCHEI, B. and BAKKETEIG, L.S. Gynaecological impact of sexual and physical abuse by spouse: A study of a random sample of Norwegian women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 96 (12): 1379-1383. 1989.
404. SCHEI, B., SAMUELSEN, S.O., and BAKKETEIG, L. S. Does spousal physical abuse affect the outcome of pregnancy? *Scandinavian Journal of Social Medicine* 19(1): 26-31. 1991.
405. SCHOTENSACK, K., ELLIGER, T., GROSS, A., and NISSEN, G. Prevalence of sexual abuse of children in Germany. *Acta Paedopsychiatrica* 55(4): 211-216. 1992.
- \*406. SCHULER, S.R., HASHEMI, S.M., and BADAL, S. H. Men's violence against women in rural Bangladesh: Undermined or exacerbated by microcredit programmes? *Development in Practice* 8

(2): 148-157. May 1998.

\*407. SCHULER, S.R., HASHEMI, S.M., RILEY, A.P., and AKHTER, S. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine* 43(12): 1729-1742. 1996.

408. SEN, P. Networks, support groups, and domestic violence. *Development in Practice* 6(4): 364-367. 1996.

\*409. SEN, P. Ending the presumption of consent. Non-consensual sex in marriage: A worldwide programme. London, CHANGE, Apr. 1999. (Working Paper) 10 p.

410. SERBANESCU, F., MORRIS, L., STRATILA, M., and BIVOL, O. Reproductive health survey, Moldova, 1997. Atlanta, Centers for Disease Control, U.S. Department of Health and Human Services, Dec. 1998. 338 p.

411. SHEDLIN, M. and HOLLERBACH, P.E. Modern and traditional fertility regulation in a Mexican community: The process of decision making. *Studies in Family Planning* 12(6/7): 278-296. 1991.

412. SHERMAN, S.G. and STECKLER, A. "What the 'caine was tellin' me to do." Crack users' risk of HIV: An exploratory study of female inmates. *Women's Health* 4(2): 117-134. 1998.

\*413. SHORT, L. Survivor's identification of protective factors and early warning signs in intimate partner violence. Center for Health and Gender Equity (CHANGE), ed. Proceedings of the Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington D.C., 1998. CHANGE, p. 27-31

414. SINAL, S.H. Sexual abuse of children and adolescents. *Southern Medical Journal* 87(12): 1242-1258. 1994.

415. SINGH, H.S., YIING, W.W., and NURANI, H.N. Prevalence of childhood sexual abuse among Malaysian paramedical students. *Child Abuse and Neglect* 20(6): 487-492. 1996.

416. SINGHAL, A. and ROGERS, E.M. Planned social change. Bettinghaus, E.P. and Cody, M. eds. *Persuasive Communication*. New York, Holt, Rhinehart and Winston, 1994. 38 p.

417. SISTERHOOD IS GLOBAL INSTITUTE (SIGI). SIGI field coordinators report on workshops. *SIGI News*, Vol. 6 No. 2. Bethesda, Maryland. SIGI, Fall/Winter 1999. p. 8.

418. SMITH, P.H., MORACCO, K.E., and BUTTS, J.D. Partner homicide in context: A population-based

- perspective. *Homicide Studies* 2(4): 400-421. 1998.
419. SONG, L.Y., SINGER, M.I., and ANGLIN, T.M. Violence exposure and emotional trauma as contributors to adolescents' violent behaviors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 152 (6): 531-536. 1998.
420. SPACCARELLI, S., COATSWORTH, J.D., and BOWDEN, B.S. Exposure to serious family violence among incarcerated boys: Its association with violent offending and potential mediating variables. *Violence and Victims* 10(3): 163-182. 1995.
421. STATHAM, D.J., HEATH, A.C., MADDEN, P.A., BUCHOLZ, K.K., BIERUT, L., DINWIDDIE, S.H., SLUTSKE, W.S., DUNNE, M.P., and MARTIN, N.G. Suicidal behaviour: An epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine* 28(4): 839-855. 1998.
422. STEELE, F., AMIN, S., and NAVED, R.T. The impact of an integrated micro-credit program on women's empowerment and fertility behavior in rural Bangladesh. New York, Population Council, 1998. (Policy Research Division Working Papers No. 115) 39 p.
423. STEVENS-SIMON, C. and REICHERT, S. Sexual abuse, adolescent pregnancy, and child abuse: A developmental approach to an intergenerational cycle. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 148(1): 23-27. 1994.
- \*424. STOCK, J.L., BELL, M.A., BOYER, D.K., and CONNELL, F.A. Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Family Planning Perspectives* 29(5): 200-203, 227. 1997.
425. STRAIGHT TALK FOUNDATION. Communication for better health. (Website). 1999. Accessed Oct. 12, 1999.
426. STRATHDEE, S.A., PATRICK, D.M., ARCHIBALD, C. P., OFNER, M., CORNELISSE, P.G., REKART, M., SCHECHTER, M.T., and O'SHAUGHNESSY, M.V. Social determinants predict needle-sharing behaviour among injection drug users in Vancouver, Canada. *Addiction* 92(10): 1339-1347. 1997.
427. STRAUS, M. and GELLES, R. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family* (48): 465-479. 1986.
- \*428. SUGG, N.K. and INUI, T. Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's box. *Journal of the American Medical Association* 267(23): 3157-3160. 1992.

429. SUTHERLAND, C., BYBEE, D., and SULLIVAN, C. The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health* 4(1): 41-70. 1998.
430. TAGGART, L. and MATTSON, S. Delay in prenatal care as a result of battering in pregnancy: Cross-cultural implications. *Health Care for Women International* 17(1): 25-34. 1996.
- \*431. TEMMERMAN, M., NDINYA-ACHOLA, J., AMBANI, J., and PIOT, P. The right not to know HIV-test results. *Lancet* 345(8955): 969-970. 1995.
432. THOMAS, D.Q. In search of solutions: Women's police stations in Brazil. In: Davies, M., ed. *Women and Violence: Realities and Responses Worldwide*. London, Zed Books Ltd. 1994. p. 32-43.
433. THOMPSON, M.P., KASLOW, N.J., KINGREE, J.B., PUETT, R., THOMPSON, N.J., and MEADOWS, L. Partner abuse and posttraumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. *Journal of Traumatic Stress* 12(1): 59-72. 1999.
434. TILDEN, V., SCHMIDT, T., LIMANDRI, B., CHIODO, G., GARLAND, M., and LOVELESS, P. Factors that influence clinician's assessment and management of family violence. *American Journal of Public Health* 84(4): 628-633. 1994.
435. TILDEN, V.P. and SHEPHERD, P. Increasing the rate of identification of battered women in an emergency department: Use of a nursing protocol. *Research in Nursing Health* 10(4): 209-215. 1987.
436. TJADEN, P. and THOENNES, N. Prevalence, incidence and consequences of violence against women: Findings from the national violence against women survey. Washington, D.C., National Institute of Justice, Centers for Disease Control and Prevention, Nov. 1998. 16 p.
437. TOFT, S. and BONNELL, S. Marriage and domestic violence in rural Papua New Guinea (PNG). Boroko, PNG, Law Reform Commission of PNG, 1985. (Occasional Papers No. 18) 116 p.
- \*438. TOLMAN, R.M. and EDLESON, J.L. Intervention for men who batter: A review of research. In: Stith, S.R. and Strauss, M.A. *Understanding Partner Violence: Prevalence, Causes, Consequences and Solutions*. Minneapolis, Minnesota, National Council on Family Relations. 1995. p. 262-273.
439. TOLMAN, R.M. and WEISZ, A. Coordinated community intervention for domestic violence: The effects of arrest and prosecution on recidivism of women abuse perpetrators. *Crime and*

- Delinquency 41: 481-495. Oct. 1, 1995.
440. TRAVERSO, M.T. *Violencia en la pareja: La cara oculta de la relación.* [SPA] [Intimate partner violence: The hidden face of relationships]. Washington D.C., Inter-Development Bank, 1999. 34 p.
441. ULIN, P.R., CAYEMITTES, M., and METELLUS, E. *Haitian women's role in sexual decisionmaking: The gap between AIDS knowledge and behavior change.* Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Nov. 1995. 85 p.
442. UNITED NATIONS (UN). *The world's women 1995: Trends and statistics.* New York, UN, 1995. (Social Statistics and Indicators, Series K, No. 12) 186 p.
443. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *The progress of nations.* New York, UNICEF, 1997. 68 p.
444. UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. *Declaration on the elimination of violence against women.* Proceedings of the 85th Plenary Meeting, Geneva, Dec. 20, 1993. United Nations General Assembly.
445. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). *Violence against girls and women.* New York, UNFPA, 1999. 24 p.
446. USTUN, T.B. *The global burden of mental disorders.* American Journal of Public Health 89 (9): 1315-1318. 1999.
447. VALDEZ-SANTIAGO, R. and SANIN-AGUIRRE, L.H. *Domestic violence during pregnancy and its relationship with birth weight.* Salud Publica Mexicana 38(5): 352-362. 1996.
448. VALLADARES, E., ELLSBERG, M., PEÑA, R., HÖGBERG, U., and PERSSON, L.Å. *Physical abuse during pregnancy: A risk factor for low birth weight.* 1999. 19 p. (Submitted).
449. VAN DER STRATEN, A., KING, R., GRINSTEAD, O., SERUFILIRA, A., and ALLEN, S. *Couple communication, sexual coercion and HIV risk in Kigali, Rwanda.* AIDS (9): 935-944. 1995.
450. VARGA, C.A. *Links between sexual dynamics and reproductive health behavior among KwaZulu/Natal youth: Qualitative and quantitative perspectives.* Presented at the Fifth Reproductive Health Priorities Conference, Drakensberg, South Africa, Aug. 17-20, 1999. 100 p.
451. VISARIA, L. *Violence against women in India: Evidence from rural Gujarat.* In: *Domestic Violence in India.* Washington D.C., International Center for Research on Women. Sep. 1999. p. 9-17.
452. VITANZA, S., VOGEL, L.C., and MARSHALL, L.L.

- Distress and symptoms of posttraumatic stress disorder in abused women. *Violence and Victims* 10 (1): 23-34. 1995.
453. VUNDULE, C., MAFORAH, F., JEWKES, R., and JORDAN, E. Risk factors for teenage pregnancy among sexually active African adolescents in Cape Town: A case-control study. Cape Town, South Africa, unpublished, 1999. 26 p.
454. WADHWA, P.D., DUNKEL-SCHETTER, C., CHICZ-DEMET, A., PORTO, M., and SANDMAN, C.A. Prenatal psychosocial factors and the neuroendocrine axis in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine* 58(5): 432-446. 1996.
- \*455. WALKER, E., GELFAND, A., KATON, W., KOSS, M., KORFF, M.V., BERNSTEIN, D., and RUSSO, J. Adult health status of women HMO members with histories of childhood abuse and neglect. *American Journal of Medicine* 107(4): 332-339. 1999.
456. WALKER, E.A., KATON, W.J., HANSOM, J., HARROP-GRIFFITHS, J., HOLM, L., JONES, M.L., HICKOK, L., and JEMELKA, R.P. Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. *Psychosomatic Medicine* 54: 658-664. 1992.
457. WALKER, E.A., KATON, W.J., ROY-BYRNE, P.P., JEMELKA, R.P., and RUSSO, J. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *American Journal of Psychiatry* 150(10): 1502-1506. 1993.
458. WALKER, E.A., KEEGAN, D., GARDNER, G., SULLIVAN, M., BERNSTEIN, D., and KATON, W.J. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine* 59(6): 572-577. 1997.
- \*459. WALKER, E.A., UNUTZER, J., RUTTER, C., GELFAND, A., SAUNDERS, K., VONKORFF, M., KOSS, M. P., and KATON, W. Costs of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Archives of General Psychiatry* 56(7): 609-613. 1999.
- \*460. WARSHAW, C. and GANLEY, A.L. Improving the health care response to domestic violence: A resource manual for health care providers. San Francisco, Family Violence Prevention Fund, May 1998. 134 p. (2nd ed.)
461. WASHINGTON COLLEGE OF LAW, PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, and HEALTH AND DEVELOPMENT POLICY PROJECT. Conclusions and recommendations:

- Pan American consultation of legal and health experts Washington, D.C., unpublished, 1996. 13 p.
- \*462. WATKINS, B. and BENTOVIM, A. The sexual abuse of male children and adolescents: A review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 33: 197-248. 1992.
463. WATKINS, S.C., RUTENBERG, N., and WILKINSON, D. Orderly theories, disorderly women. In: Jones, G.W., Douglas, R.M., Caldwell, J.C., and D'Souza, R.M. *The Continuing Demographic Transition*. New York, Oxford University Press. 1997.
464. WATTS, C. (London School of Hygiene and Tropical Medicine) [Unpublished data on violence] Personal communication, Dec. 2, 1999.
- \*465. WATTS, C. and NDLOVU, M. Addressing violence in Zimbabwe: Strengthening the health sector response. In: *Violence Against Women in Zimbabwe: Strategies for Action*. Harare, Zimbabwe, Musasa Project. 1997. p. 31-35.
466. WEISS, E. and GUPTA, G.R. Bridging the gap: Addressing gender and sexuality in HIV Prevention. Washington D.C., International Center for Research on Women, 1998. 31 p.
467. WEISSMAN, M.M., BLAND, R., JOYCE, P.R., NEWMAN, S., WELLS, J.E., and WITTCHEN, H.U. Sex differences in rates of depression: Cross-national perspectives. *Journal of Affective Disorders* 29(2-3): 77-84. 1993.
468. WELBOURN, A. Incorporating gender issues into the community AIDS prevention programs: The stepping stones methodology. Proceedings of the Changing Communication Strategies for Reproductive Health and Rights meeting, Washington D.C., Dec. 10-11, 1997. The Health and Development Policy Project and Population Council. p. 34-37.
469. WHIFFEN, V.E. and CLARK, S.E. Does victimization account for sex differences in depressive symptoms? *British Journal of Clinical Psychology* 36(Pt. 2): 185-193. 1997.
470. WIEDERMAN, M.W., SANSONE, R.A., and SANSONE, L.A. History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting. *Violence and Victims* 13(1): 3-9. 1998.
471. WILSNACK, S.C., VOGELTANZ, N.D., KLASSEN, A. D., and HARRIS, T.R. Childhood sexual abuse and women's substance abuse: National survey findings. *Journal of Studies in Alcohol* 58(3): 264-271. 1997.
472. WINGOOD, G.M. and DICLEMENTE, R.J. The

- effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practices of African-American women. *American Journal of Public Health* 87(6): 1016-1018. 1997.
- \*473. WISNER, C.L., GILMER, T.P., SALTZMAN, L.E., and ZINK, T.M. Intimate partner violence against women: Do victims cost health plans more? *Journal of Family Practice* 48(6): 439-43.
474. WOMEN'S RIGHTS INTERNATIONAL (WRI). Violence against women in war: A manual for training certified midwives in Liberia. Laramie, Wyoming, WRI, Dec. 1998. 72 p.
- \*475. WOOD, K. and JEWKES, R. Violence, rape, and sexual coercion: Everyday love in South Africa. *Gender and Development* 5(2): 23-30. 1997.
476. WOODTLI, M.A. and BRESLIN, E. Violence-related content in the nursing curriculum: A national study. *Journal of Nursing Education* 35 (8): 367-374. 1996.
477. WORLD BANK. World development report 1993: Investing in Health. New York, Oxford University Press, 1993. 329 p.
478. WORLD HEALTH ASSEMBLY (WHA). Prevention of violence: A public health priority (handbook of resolution). WHA, May 25, 1996. (Sixth plenary meeting, Committee B, fourth report. 3rd ed.)
- \*479. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Violence against women: A priority health issue. WHO/FRH/WHD/97.8, Geneva, WHO, Jul. 1997. Fact sheets.
480. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Violence against women: Legislation. Geneva, WHO, 5 p. (Forthcoming in the World's Women 2000.)
481. WORTH, D. Sexual decisionmaking and AIDS: Why condom promotion among vulnerable women is likely to fail. *Studies in Family Planning* 20(6): 297-307. 1989.
482. WORTH, D. Sexual violence against women and substance abuse. New York, Domestic Violence Task Force, 1991.
483. WYATT, G., TUCKER, M.B., ELDERMIRE, D., BAIN, B., FRANC, E.L., and SIMEON, D. Female low income workers and AIDS. Los Angeles and Kingston, Jamaica, University of California at Los Angeles and University of the West Indies, 1993.
484. YATES, G., MACKENZIE, R., PENNBRIDGE, J., and COHEN, E. A risk profile comparison of homeless youth involved in prostitution and homeless youth not involved. *Journal of Adolescent Health* 12: 545-548. 1991.

485. YOSHIHAMA, M. and SORENSON, S.B. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: Experiences of women in Japan. *Violence and Victims* 9(1): 63-77. 1994
486. ZEGARRA-TARGUI, M. Redes locales frente a la violencia familiar. [SPA] [Local networks confronting family violence]. Lima, Peru, Organizacion Panamericana de la Salud, Jun. 1999. (Violencia intrafamiliar y salud publica: Documento de analysis No. 2) 24 p.
- \*487. ZIERLER, S. FEINGOLD, L., LUFER, D., VELENTGAS, P., KANTROWITZ-GORDON, I., and MAYER, K. Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *American Journal of Public Health* 81(5): 572-575. 1991.
- \*488. ZIMMERMAN, K. Plates in a basket will rattle: Domestic violence in Cambodia: A summary. Phnom Penh, Cambodia, Project Against Domestic Violence, 1995. 263 p.

## **ADDENDA**

489. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA). Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. Chicago, AMA, 1992. 19 p.
490. AUSTRALIAN STATISTICS BUREAU (ASB). Women's safety: Australia. Belconnen, Australia, ASB, 1996. 90 p.
491. COOK, R. and MAINE, D. Spousal veto over family planning services. *American Journal of Public Health* 77(3): 339-344. 1987.
492. DE VOS, E., NEWBERGER, E., and COHEN, S. Family violence and the health care system: Lessons from five communities. Newton, Massachusetts, Education Development Center, Apr. 14, 1993. 27 p.
493. DONOVAN, R., PATERSON, D., and FRANCAS, M. Targeting male perpetrators of intimate partner violence: Western Australia's "Freedom from Fear" campaign. *Social Marketing Quarterly* 5(3): 128-144. 1999.
494. HANDWERKER, W.P. Why violence? A test of hypotheses representing three discourses on the roots of domestic violence. *Human Organization* 57: 200-208. 1998.
495. HEISE, L. Topical microbicides: New hope for HIV/STI prevention. Takoma Park, Maryland, Center for Health and Gender Equity, 1999. 27 p.
496. INDIASAFE STEERING COMMITTEE. IndiaSAFE

- final report. Washington, D.C., International Center for Research on Women, Dec. 1999.
497. KRUGMAN, S., MATA, L., and KRUGMAN, R. Sexual abuse and corporal punishment during childhood: A pilot retrospective survey of university students in Costa Rica. *Pediatrics* 90 (1 Pt. 2): 157-161. 1992.
498. MACMILLAN, H.L., FLEMING, J.E., TROCME, N., BOYLE, M.H., WONG, M., RACINE, Y.A., BEARDSLEE, W. R., and OFFORD, D.R. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *Journal of the American Medical Association* 278(2): 131-135. 1997.
499. MILLER, K., MILLER, R., ASKEW, I., HORN, M. C., and NDHLOVU, L., eds. *Clinic-based family planning and reproductive health services in Africa: Findings from situation analysis studies*. New York, Population Council, 1998. 255 p.
500. TAYLOR, J. and STEWART, S. *Sexual and domestic violence: Help, recovery, and action in Zimbabwe*. Harare, Zimbabwe, A. von Glehn and J. Taylor, 1991. 312 p.
501. TSCHUMPER, A., NARRING, F., MEIER, C., and MICHAUD, P.A. Sexual victimization in adolescent girls (age 15-20 years) enrolled in post-mandatory schools or professional training programmes in Switzerland. *Acta Paediatrica* 87 (2): 212-217. 1998.
502. UNITED NATIONS DEVELOPMENT FUND FOR WOMEN (UNIFEM). *A world free from violence against women*. UNIFEM (Website). Nov. 25, 1999. Accessed Dec. 14, 1999.
503. UNITED NATIONS DEVELOPMENT FUND FOR WOMEN (UNIFEM). *The trust fund in support of actions to eliminate violence against women*. UNIFEM (Website). 1999. Accessed Dec. 14, 1999.

ISSN 0887-0241

[Précédente](#)  
[Haut](#) | [Table des matières](#)

---

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA  
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: [Poprepts@jhucpp.org](mailto:Poprepts@jhucpp.org)