

Rapport mondial sur la violence et la santé



Organisation mondiale de la Santé

Genève

prevention

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée du système des Nations Unies qui agit en tant qu'autorité directrice et coordinatrice pour toutes les questions internationales de santé et de santé publique. Elle est tenue par sa Constitution de fournir des informations et des avis objectifs et fiables dans le domaine de la santé humaine, fonction dont elle s'acquitte en partie grâce à son vaste programme de publications.

Dans ses publications, l'Organisation s'emploie à soutenir les stratégies sanitaires nationales et aborde les problèmes de santé publique les plus urgents dans le monde. Afin de répondre aux besoins de ses Etats Membres, quel que soit leur niveau de développement, l'OMS publie des manuels pratiques, des guides et du matériel de formation pour différentes catégories d'agents de santé, des lignes directrices et des normes applicables au niveau international, des bilans et analyses des politiques et programmes sanitaires et de la recherche en santé, ainsi que des rapports de consensus sur des thèmes d'actualité dans lesquels sont formulés des avis techniques et des recommandations à l'intention des décideurs. Ces ouvrages sont étroitement liés aux activités prioritaires de l'Organisation, à savoir la prévention et l'endigement des maladies, la mise en place de systèmes de santé équitables fondés sur les soins de santé primaires et la promotion de la santé individuelle et collective. L'accession de tous à un meilleur état de santé implique l'échange et la diffusion d'informations tirées du fonds d'expérience et de connaissance de tous les Etats Membres ainsi que la collaboration des responsables mondiaux de la santé publique et des sciences biomédicales.

Pour qu'informations et avis autorisés en matière de santé soient connus le plus largement possible, l'OMS veille à ce que ses publications aient une diffusion internationale et elle encourage leur traduction et leur adaptation. En aidant à promouvoir et protéger la santé ainsi qu'à prévenir et à combattre les maladies dans le monde, les publications de l'OMS contribuent à la réalisation du but premier de l'Organisation - amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

Rapport mondial sur la violence et la santé

Sous la direction de
Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy,
Anthony Zwi et Rafael Lozano-Ascencio



Organisation mondiale de la Santé
Genève
2002

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS
Rapport mondial sur la violence et la santé/sous la direction de
Etienne G. Krug ... [et al.].

1. Violence 2. Violence domestique 3. Suicide 4. Délits sexuels 5. Guerre
6. Santé publique 7. Facteurs de risque

ISBN 92 4 254561 9 (Classification NLM: HV6625)

© **Organisation mondiale de la Santé, 2002**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillés sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres firmes ou produits similaires qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Conception : Minimum graphics
Composé et imprimé en Suisse

Table des matières

Avant-propos	ix
Préface	xi
Contributions	xiii
Remerciements	xvii
Introduction	xix
Chapitre 1. La violence – un défi planétaire	1
Contexte	3
Le visible et l'invisible	3
Un problème qui peut être évité	3
Une approche de santé publique face à la violence	3
Définir la violence	5
Intentionnalité	5
Typologie de la violence	6
Types de violence	6
Nature des actes violents	7
Mesure de la violence	8
Types de données	8
Sources de données	9
Problèmes relatifs à la collecte de données	9
Aperçu des connaissances actuelles	10
Estimation de la mortalité	10
Estimation de la violence non mortelle	11
Le coût de la violence	12
Les racines de la violence – un modèle écologique	13
Niveaux multiples	13
Des liens complexes	16
Comment peut-on prévenir la violence?	16
Types de prévention	16
Des réponses aux multiples facettes	17
Documenter les mesures efficaces	17
Intervention de santé publique équilibrée	17
Les normes culturelles	18
Agir contre la violence à tous les niveaux	18
Problèmes pour les décideurs nationaux	20
Conclusion	21
Bibliographie	21

Chapitre 2. Les jeunes et la violence	25
Contexte	27
Ampleur du problème	27
Taux d'homicides chez les jeunes	27
Tendance des homicides chez les jeunes	28
Violence non mortelle	30
Comportements à risque	32
La dynamique de la violence chez les jeunes	32
Comment la violence commence-t-elle chez les jeunes?	33
Facteurs situationnels	34
Quels sont les facteurs de risque?	35
Facteurs individuels	35
Facteurs relationnels	36
Facteurs communautaires	39
Facteurs sociétaux	39
Que peut-on faire pour prévenir la violence chez les jeunes?	43
Approches individuelles	44
Approches relationnelles	46
Actions communautaires	48
Approches sociétales	50
Recommandations	51
Créer des systèmes de collecte de données	52
Plus de recherche scientifique	52
Définir des stratégies de prévention	53
Diffuser les connaissances	53
Conclusion	54
Bibliographie	54
Chapitre 3. La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs	63
Contexte	65
Définition de la maltraitance des enfants et du manque de soins	65
Questions culturelles	65
Types de maltraitance	65
Ampleur du problème	66
Mauvais traitements entraînant la mort	66
Mauvais traitements n'entraînant pas la mort	68
Quels sont les facteurs de risque?	72
Facteurs qui rendent l'enfant plus vulnérable	72
Caractéristiques de la famille et des personnes s'occupant de l'enfant	73
Facteurs communautaires	75
Facteurs sociétaux	76
Les conséquences de la maltraitance des enfants	76
Fardeau pour la santé	76
Fardeau financier	77
Que peut-on faire pour prévenir la maltraitance des enfants et le manque de soins?	77
Aide à la famille	78

Services de santé	79
Approches thérapeutiques	80
Recours judiciaires et connexes	82
Interventions communautaires	83
Approches sociétales	85
Recommandations	86
De meilleures évaluations et un meilleur suivi	86
De meilleurs systèmes d'intervention	86
Elaboration des politiques	88
De meilleures données	88
Plus de recherche	88
Documenter les mesures efficaces	89
Mieux former et mieux éduquer les professionnels	89
Conclusion	89
Bibliographie	89
Chapitre 4. La violence exercée par des partenaires intimes	97
Contexte	99
Ampleur du problème	99
Evaluer la violence exercée par le partenaire	103
Violence exercée par le partenaire et meurtre	103
Conceptions traditionnelles de l'honneur masculin	104
La dynamique de la violence exercée par le partenaire	104
Comment les femmes réagissent-elles à la violence?	106
Quels sont les facteurs de risque?	107
Facteurs individuels	108
Facteurs relationnels	110
Facteurs communautaires	110
Facteurs sociétaux et culturels	111
Les conséquences de la violence exercée par le partenaire intime	112
Incidences sur la santé	112
Incidence économique de la violence	114
Incidence sur les enfants	115
Que peut-on faire pour prévenir la violence entre partenaires intimes?	115
Aide aux victimes	116
Recours et réformes judiciaires	116
Traitement des agresseurs	118
Interventions des services de santé	120
Interventions communautaires	121
Principes de bonnes pratiques	123
Action à tous les niveaux	124
Participation des femmes	124
Changer les cultures institutionnelles	124
Approche multisectorielle	124
Recommandations	125
Recherche sur la violence exercée par les partenaires intimes	125
Renforcer les sources de soutien non officielles	125

S'associer à d'autres programmes sociaux	126
Investir dans la prévention primaire	126
Conclusion	126
Bibliographie	127
Chapitre 5. La maltraitance des personnes âgées	137
Contexte	139
Définition de la maltraitance des personnes âgées	140
Sociétés traditionnelles	141
Ampleur du problème	142
Milieu familial	142
Milieu institutionnel	144
Quels sont les facteurs de risque?	145
Facteurs individuels	145
Facteurs relationnels	145
Facteurs communautaires et sociétaux	146
Les conséquences de la maltraitance des personnes âgées	147
Milieu familial	147
Milieu institutionnel	148
Que peut-on faire pour prévenir la maltraitance des personnes âgées?	149
La vulnérabilité des personnes âgées	149
Interventions nationales	149
Interventions locales	151
Recommandations	157
Mieux connaître le problème	157
Des lois plus fermes	158
Des stratégies de prévention plus efficaces	159
Conclusion	159
Bibliographie	159
Chapitre 6. La violence sexuelle	163
Contexte	165
Définition de la violence sexuelle	165
Formes et contextes de la violence sexuelle	165
Ampleur du problème	166
Sources de données	166
Estimation de la violence sexuelle	167
Violence sexuelle à l'école, en milieu médical, dans les conflits armés et parmi les réfugiés	172
Formes de violence sexuelle dites « coutumières »	173
Quels sont les facteurs de risque?	174
Facteurs qui rendent les femmes plus vulnérables	174
Facteurs qui augmentent le risque que des hommes commettent des viols	176
Facteurs relatifs aux pairs et à la famille	177
Facteurs communautaires	178
Facteurs sociétaux	179
Les conséquences de la violence sexuelle	180

Grossesse et complications gynécologiques	180
Maladies sexuellement transmissibles	180
Santé mentale	181
Comportement suicidaire	181
Exclusion sociale	181
Que peut-on faire pour prévenir la violence sexuelle?	183
Approches individuelles	183
Approches axées sur le développement	184
Interventions des services de santé	184
Interventions communautaires	186
Réponses juridiques et politiques	188
Actions visant à prévenir d'autres formes de violence sexuelle	189
Recommandations	191
Plus de recherche	192
Définir des mesures efficaces	192
Accorder plus d'attention à la prévention primaire	192
S'attaquer à la violence sexuelle dans le secteur de la santé	192
Conclusion	193
Bibliographie	193
Chapitre 7. La violence dirigée contre soi-même	203
Contexte	205
Définition du suicide	205
Ampleur du problème	206
Comportement suicidaire fatal	206
Comportement et idéation suicidaires non fatals	211
Quels sont les facteurs de risque?	212
Facteurs psychiatriques	212
Marqueurs biologiques et médicaux	214
Événements marquants qui deviennent des facteurs précipitants	215
Facteurs sociaux et environnementaux	217
Que peut-on faire pour prévenir les suicides?	220
Traitements	220
Approches comportementales	221
Approches relationnelles	222
Interventions communautaires	223
Approches sociétales	224
Intervention après un suicide	225
Réponses sur le plan des politiques	226
Recommandations	226
De meilleures données	226
Plus de recherche	227
De meilleurs traitements psychiatriques	227
Changements environnementaux	228
Renforcer les interventions communautaires	228
Conclusion	228
Bibliographie	229

Chapitre 8. La violence collective	237
Contexte	239
Définition de la violence collective	239
Formes de violence collective	239
Données sur la violence collective	241
Sources de données	241
Problèmes relatifs à la collecte de données	241
Ampleur du problème	242
Victimes des conflits collectifs	242
La nature des conflits	244
Quels sont les facteurs de risque?	244
Facteurs économiques et politiques	245
Facteurs communautaires et sociétaux	246
Facteurs démographiques	246
Facteurs technologiques	246
Les conséquences de la violence collective	247
Incidences sur la santé	247
Incidences sur des populations particulières	250
Impact démographique	250
Impact socio-économique	251
Que peut-on faire pour prévenir la violence collective?	253
Réduire les risques de conflit violent	253
Réponses aux conflits violents	254
Documentation, recherche et diffusion de l'information	258
Recommandations	258
Information et compréhension	260
Prévenir les conflits violents	260
Opérations de maintien de la paix	262
Interventions du secteur de la santé	262
Interventions humanitaires	263
Conclusion	263
Bibliographie	263
Chapitre 9. Recommandations sur les mesures à prendre	267
Contexte	269
Réagir face à la violence : que savons-nous à l'heure actuelle?	269
Les grands enseignements	269
Pourquoi le secteur de la santé doit-il intervenir?	272
Assigner des responsabilités et fixer des priorités	273
Recommandations	273
Conclusion	281
Annexe statistique	283
Références	255
Index	361

Avant-propos



Le XX^{ème} siècle restera gravé dans les mémoires comme un siècle marqué par la violence, témoin de destructions massives et d'horreurs infligées à une échelle inimaginable auparavant dans l'histoire de l'humanité. Mais ce lourd fardeau, résultat de nouvelles techniques mises au service d'idéologies haineuses, n'est pas le seul que nous portons ni auquel nous sommes confrontés.

Il y a aussi le fardeau, moins visible, mais encore plus général, de la souffrance quotidienne individuelle. La douleur des enfants maltraités par des personnes qui devraient les protéger; des femmes blessées ou humiliées par des partenaires violents; des personnes âgées malmenées par les personnes qui s'occupent d'elles; des jeunes intimidés par d'autres jeunes; des gens de tous âges qui s'infligent des violences. Cette souffrance, et je pourrais en donner bien d'autres exemples encore, se reproduit, la situation sociale propice à la violence se perpétuant et les nouvelles générations apprenant la violence des générations passées, à l'instar des victimes qui apprennent au contact de leurs bourreaux. Aucun pays, aucune ville, aucune communauté n'est à l'abri. Cependant, nous ne sommes pas impuissants non plus face à cette violence.

L'absence de démocratie, de respect des droits de l'homme et de bonne gouvernance est un terrain fertile pour la violence. Nous expliquons souvent comment une « culture de la violence » peut s'enraciner. Et cela est vrai, moi qui suis sud-africain, qui ai vécu sous l'apartheid et qui en vis les lendemains, j'en suis le témoin, jusque dans ma chair. Il est vrai aussi que les schémas de violence sont plus généralisés, voire omniprésents, dans les sociétés où les autorités en approuvent l'utilisation par leurs propres actions. Dans bien des sociétés, la violence est tellement dominante qu'elle contrarie les espoirs de développement économique et social. Il ne saurait continuer d'en être ainsi.

Bien des gens qui vivent avec la violence jour après jour pensent qu'elle est indissociable de la condition humaine. Ce n'est pourtant pas le cas. Il est possible de prévenir la violence. Il est possible de transformer des cultures violentes. Dans mon propre pays et ailleurs dans le monde, nous en avons de formidables exemples. Les gouvernements, les communautés et les personnes peuvent changer la situation.

Je me félicite de la publication de ce premier *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Il nous aide beaucoup à comprendre la violence et ses répercussions sur les sociétés. Il éclaire les différentes facettes de la violence, de la souffrance « invisible » des membres les plus vulnérables de la société à la tragédie bien trop visible de pays en proie à des conflits. Il approfondit notre analyse des facteurs qui conduisent à la violence et des réponses que différents secteurs de la société peuvent y apporter. Et, ce faisant, il nous rappelle qu'il ne faut pas tenir la sécurité pour acquise et qu'elle est le résultat d'un consensus collectif et d'un investissement public.

Le rapport recommande des mesures à prendre au niveau local, national et international. Ce sera donc un outil précieux pour les décideurs, les chercheurs, les intervenants, les groupes de sensibilisation et les bénévoles qui participent à la prévention de la violence. La violence a toujours été du ressort de la justice pénale, mais les auteurs du rapport expliquent avec conviction que tous les secteurs de la société doivent participer aux efforts de prévention.

Nous devons à nos enfants, qui sont les membres les plus vulnérables de toute société, une vie sans peur et sans violence. Nous devons donc ne jamais relâcher nos efforts pour instaurer la paix, la justice et la prospérité non seulement dans nos pays, mais aussi dans nos communautés et au sein de nos familles. Nous devons nous attaquer aux causes de la violence. Alors seulement, nous pourrons transformer l'héritage du siècle passé et faire d'un fardeau écrasant une leçon de prudence.

Nelson Mandela

Préface



La violence est omniprésente dans la vie de bien des gens dans le monde, et elle nous concerne tous à divers degrés. Beaucoup se protègent en verrouillant leurs portes et leurs fenêtres et en évitant les endroits dangereux. Pour d'autres, il n'y a pas de fuite possible. La menace de la violence est derrière ces portes, cachée aux regards extérieurs. Et le moindre aspect de la vie de ceux qui vivent au milieu de guerres et de conflits est imprégné de violence.

Ce rapport, le premier à résumer en détail le problème à l'échelle mondiale, montre non seulement le bilan humain de la violence – près de deux millions de vies perdues chaque année et tant d'autres, innombrables, dévastées de manière qui ne sont pas toujours apparentes –, il expose aussi les nombreux visages de la violence interpersonnelle, collective et dirigée contre soi, et il explique où elle se produit. Il démontre que, si la violence persiste, la santé est gravement compromise.

Le rapport nous défie à bien des égards. Il nous oblige à dépasser notre idée de ce qui est acceptable et rassurant – à remettre en question le principe selon lequel les actes de violence ne regardent que la famille où ils se produisent, qu'ils relèvent d'un choix individuel ou qu'ils font, de toute façon, partie de la vie. La violence est un problème complexe lié à des façons de penser et de se comporter déterminées par une multitude de forces au sein de nos familles et de nos communautés, des forces qui peuvent aussi transcender les frontières nationales. Le rapport nous exhorte à travailler en collaboration avec divers partenaires et à adopter une approche à la fois dynamique, scientifique et globale.

Nous disposons d'outils et de connaissances qui peuvent nous aider à changer la situation, les mêmes outils qui nous ont permis de venir à bout d'autres problèmes de santé. Cela est évident tout au long du rapport. Et nous savons plus ou moins où appliquer ce que nous savons. La violence est souvent prévisible et évitable. A l'instar d'autres problèmes de santé, sa répartition dans les groupes de population n'est pas égale, pas plus qu'elle ne l'est par rapport aux contextes. Bon nombre des facteurs qui accroissent le risque de violence sont communs aux différents types de violence, et il est possible de les modifier.

Un thème revient dans tout le rapport : l'importance de la prévention primaire. Même de petits investissements en la matière peuvent avoir des effets notables et durables, mais pas sans la détermination des dirigeants et pas non plus sans un soutien aux mesures de prévention mises en place par tout un éventail de partenaires des secteurs public et privé, dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement.

La santé publique a remporté quelques victoires remarquables au cours des dernières décennies, notamment pour ce qui est de faire baisser les taux de nombreuses maladies infantiles. Cependant, sauver nos enfants de ces maladies pour mieux les exposer à la violence ou pour les perdre par la suite

à cause d'actes de violence entre partenaires intimes, à cause de la sauvagerie de la guerre et des conflits, ou à cause de blessures auto-infligées ou d'un suicide, serait un échec pour la santé publique.

La santé publique n'offre pas toutes les réponses à ce problème complexe, mais nous sommes décidés à jouer notre rôle dans la prévention de la violence dans le monde. Le présent rapport contribuera à la définition d'une réponse mondiale face à la violence et il aidera à faire du monde un endroit plus sûr et plus sain pour tous. Je vous invite à le lire soigneusement et à vous joindre à moi et aux nombreux spécialistes de la prévention de la violence du monde entier qui ont contribué au rapport pour répondre de toute urgence à son appel à l'action.

Gro Harlem Brundtland
Directrice générale
Organisation mondiale de la Santé

Contributions

Conseils en matière de rédaction

Comité de rédaction

Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi et Rafael Lozano.

Directrice générale

Linda L. Dahlberg.

Comité consultatif

Nana Apt, Philippe Biberson, Jacquelyn Campbell, Radhika Coomaraswamy, William Foege, Adam Graycar, Rodrigo Guerrero, Marianne Kastrup, Reginald Moreels, Paulo Sergio Pinheiro, Mark L. Rosenberg, Terezinha da Silva et Mohd Sham Kasim.

Secrétariat de l'OMS

Ahmed Abdullatif, Susan Bassiri, Assia Brandrup-Lukanow, Alberto Concha-Eastman, Colette Dehlot, Antonio Pedro Filipe, Viviana Mangiaterra, Hisahi Ogawa, Francesca Racioppi, Christopher Murray, Sawat Ramaboot, Pang Ruyan, Gyanendra Sharma, Safia Singhateh, Yasuhiro Suzuki, Nerayo Tecklemichael, Tomris Turmen, Madan Upadhyay et Derek Yach.

Consultants régionaux

Région africaine de l'OMS

Nana Apt, Niresh Bhagwandin, Chiane Esther, Helena Zacarias Pedro Garinne, Rachel Jewkes, Naira Khan, Romilla Maharaj, Sandra Marais, David Nyamwaya, Philista Onyango, Welile Shasha, Safia Singhateh, Isseu Diop Touré et Greer van Zyl.

Région OMS des Amériques

Nancy Cardia, Arturo Cervantes, Mariano Cifardini, Carme Clavel-Arcas, Alberto Concha-Eastman, Carlos Fletes, Yvette Holder, Silvia Narvaez, Mark L. Rosenberg, Ana Maria Sanjuan et Elizabeth Ward.

Région OMS de l'Asie du Sud-Est

Srikala Bharath, Vijay Chandra, Gopalakrishna Gururaj, Churnrutai Kanchanachitra, Mintarsih Latief, Panpimol Lotrakul, Imam Mochny, Dinesh Mohan, Thelma Narayan, Harsaran Pandey, Sawat Ramaboot, Sanjeeva Ranawera, Poonam Khetrpal Singh et Prawate Tantipiwatanaskul.

Région européenne de l'OMS

Franklin Apfel, Assia Brandrup-Lukanow, Kevin Browne, Gani Demolli, Joseph Goicoechea, Karin Helweg-Larsen, Mária Herczog, Joseph Kasonde, Kari Killen, Viviana Mangiaterra, Annemiek Richters, Tine Rikke, Elisabeth Schauer, Berit Schei, Jan Theunissen, Mark Tsechkovski, Vladimir Verbitski et Isabel Yordi.

Région OMS de la Méditerranée orientale

Saadia Abenaou, Ahmed Abdullatif, Abdul Rahman Al-Awadi, Shiva Dolatabadi, Albert Jokhadar, Hind Khattab, Lamis Nasser, Asma Fozia Qureshi, Sima Samar et Mervat Abu Shabana.

Région OMS du Pacifique occidental

Liz Eckermann, Mohd Sham Kasim, Bernadette Madrid, Pang Ruyan, Wang Yan et Simon Yanis.

Auteurs et réviseurs

Chapitre 1. La violence – un défi planétaire

Auteurs : Linda L. Dahlberg et Etienne G. Krug.

Encadrés : Alberto Concha-Eastman, Rodrigo Guerrero (1.1); Alexander Butchart (1.2); Vittorio Di Martino (1.3).

Chapitre 2. Les jeunes et la violence

Auteurs : James A. Mercy, Alexander Butchart, David Farrington et Magdalena Cerdá.

Encadrés : Magdalena Cerdá (2.1); Alexander Butchart (2.2).

Collègues réviseurs : Nancy Cardia, Alberto Concha-Eastman, Adam Graycar, Kenneth E. Powell, Mohamed Seedat et Garth Stevens.

Chapitre 3. La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs

Auteurs : Desmond Runyan, Corrine Wattam, Robin Ikeda, Fatma Hassan et Laurie Ramiro.

Encadrés : Desmond Runyan (3.1); Akila Belembaogo, Peter Newell (3.2); Philista Onyango (3.3); Magdalena Cerdá, Mara Bustelo et Pamela Coffey (3.4).

Collègues réviseurs : Tilman Furniss, Fu-Yong Jiao, Philista Onyango et Zelidad Alma de Ruiz.

Chapitre 4. La violence exercée par des partenaires intimes

Auteurs : Lori Heise et Claudia Garcia-Moreno.

Encadrés : Mary Ellsberg (4.1); Pan American Health Organization (4.2); Lori Heise (4.3).

Collègues réviseurs : Jill Astbury, Jacquelyn Campbell, Radhika Coomaraswamy et Terezinha da Silva.

Chapitre 5. La maltraitance des personnes âgées

Auteurs : Rosalie Wolf, Lia Daichman et Gerry Bennett.

Encadrés : HelpAge International Tanzania (5.1); Yuko Yamada (5.2); Elizabeth Podnieks (5.3).

Collègues réviseurs : Robert Agyarko, Nana Apt, Malgorzata Halicka, Jordan Kosberg, Alex Yui-huen Kwan, Siobhan Laird et Ariela Lowenstein.

Chapitre 6. La violence sexuelle

Auteurs : Rachel Jewkes, Purna Sen et Claudia Garcia Moreno.

Encadrés : Rachel Jewkes (6.1); Ivy Josiah (6.2); Fatma Khafagi (6.3); Nadine France et Maria de Bruyn (6.4).

Collègues réviseurs : Nata Duvvury, Ana Flávia d'Oliveira, Mary P. Koss, June Lopez, Margarita Quintanilla Gordillo et Pilar Ramos-Jimenez.

Chapitre 7. La violence dirigée contre soi

Auteurs : Diego DeLeo, José Bertolote et David Lester.

Encadrés : Ernest Hunter, Antoon Leenaars (7.1); Danuta Wasserman (7.2).

Collègues réviseurs : Annette Beautrais, Michel Grivna, Gopalakrishna Gururaj, Ramune Kalediene, Arthur Kleinman et Paul Yip.

Chapitre 8. La violence collective

Auteurs : Anthony B. Zwi, Richard Garfield et Alessandro Loretta.

Encadrés : James Welsh (8.1); Joan Serra Hoffman, Jose Teruel, Sylvia Robles, Alessandro Loretta (8.2); Rachel Brett (8.3).

Collègues réviseurs : Suliman Baldo, Robin Coupland, Marianne Kastrup, Arthur Kleinman, Paulo Sergio Pinheiro, Jean Rigal et Michael Toole.

Chapitre 9. Recommandations sur les mesures à prendre

Auteurs : Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi et Andrew Wilson.

Encadrés : Tyrone Parks, Shereen Usdin, Sue Goldstein (9.1); Joan Serra Hoffman, Rodrigo Guerrero, Alberto Concha-Eastman (9.2); Laura Sminkey, Etienne G. Krug (9.3).

Annexe statistique

Colin Mathers, Mie Inoue, Yaniss Guigoz, Rafael Lozano et Lana Tomaskovic.

Ressources

Laura Sminkey, Alexander Butchart, Andrés Villaveces et Magdalena Cerdá.

Remerciements

L'Organisation mondiale de la Santé et le Comité de rédaction souhaitent rendre un hommage particulier à l'auteur principal du chapitre consacré à la maltraitance des personnes âgées, Rosalie Wolf, disparue en juin 2001. Sa contribution aux soins des personnes âgées et à leur protection contre les mauvais traitements et la négligence est immense, et elle a fait preuve d'un dévouement constant envers cette population vulnérable et souvent sans voix.

L'Organisation mondiale de la Santé souhaite remercier les nombreux auteurs, réviseurs, conseillers et consultants dont le dévouement, l'appui et les compétences ont été essentiels dans la rédaction du présent rapport.

Le rapport a bénéficié des contributions d'un certain nombre de personnes. Nous remercions en particulier Tony Kahane, qui a révisé l'ébauche de manuscrit, ainsi que Caroline Allsopp et Angela Haden, qui ont relu le document final. Nos remerciements s'adressent aussi aux personnes suivantes : Sue Armstrong et Andrew Wilson, qui ont préparé le résumé du rapport; Laura Sminkey, qui s'est révélée d'une assistance précieuse au Comité de rédaction dans la gestion et la coordination quotidienne du projet; Marie Fitzsimmons, pour son assistance à la rédaction; Catherine Currat, Karin Engstrom, Nynke Poortinga, Gabriella Rosen et Emily Rothman, pour leur aide dans la recherche; Emma Fitzpatrick, Helen Green, Reshma Prakash, Angela Raviglione, Sabine van Tuyl van Serooskerken et Nina Vugman, pour les communications; ainsi que Simone Colairo, Pascale Lanvers, Angela Swetloff-Coff et Stella Tabengwa, pour le soutien administratif.

L'Organisation mondiale de la Santé souhaite enfin remercier le Forum mondial sur la recherche en santé, la California Wellness Foundation, les gouvernements de la Belgique, de la Finlande, de la Suède et du Royaume-Uni, la Fondation Rockefeller et les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis de leur généreux soutien financier pour la préparation et la publication du présent rapport.

Introduction

En 1996, la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA49.25, où elle déclare que la violence est un problème de santé publique majeur et croissant dans le monde entier (voir encadré pour texte intégral).

Dans cette résolution, l'Assemblée attirait l'attention sur les conséquences sérieuses de la violence, tant à court qu'à long terme, pour les personnes, les familles, les communautés et les pays, et elle insistait sur ses effets nuisibles sur les services de santé.

L'Assemblée invitait instamment les Etats Membres à réfléchir au problème de la violence à l'intérieur de leurs propres frontières et demandait au Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) d'organiser des activités de santé publique pour remédier à ce problème.

Le présent document, qui est le premier *Rapport mondial sur la violence et la santé*, représente une partie importante de la réponse de l'OMS à la résolution WHA49.25. Il s'adresse principalement aux chercheurs et aux intervenants. Ces derniers comprennent les travailleurs de la santé, les travailleurs sociaux, les personnes qui participent à la définition et à la mise en œuvre des programmes et des services de prévention, les éducateurs et les responsables de l'application de la loi. Il existe également un résumé du rapport¹.

Objectifs

Le rapport vise à sensibiliser davantage au problème de la violence dans le monde et à convaincre qu'il est possible de prévenir la violence et que la santé publique a un rôle essentiel à jouer dans les mesures qui seront prises pour s'attaquer à ses causes et remédier à ses conséquences.

Il a plus précisément pour objectif de :

- décrire l'ampleur et l'impact de la violence dans le monde entier;
- décrire les principaux facteurs de risque de la violence;
- décrire les types d'intervention et les réponses stratégiques qui ont été essayés et résumer ce que l'on sait de leur efficacité;
- recommander des mesures à l'échelle locale, nationale et internationale.

Sujets et portée

Le présent rapport examine les types de violence que l'on trouve dans le monde entier, dans la vie quotidienne, et qui constituent l'essentiel du fardeau que la violence impose à la santé. Donc, l'information est présentée en neuf chapitres qui couvrent les sujets suivants :

1. La violence – un défi mondial
2. Les jeunes et la violence
3. La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs
4. La violence exercée par des partenaires intimes

¹ *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

La prévention de la violence : une priorité pour la santé publique (résolution WHA49.25)

La Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Notant avec beaucoup d'inquiétude l'augmentation spectaculaire de l'incidence des blessures infligées intentionnellement, partout dans le monde, à des êtres de tous âges et des deux sexes, mais spécialement aux femmes et aux enfants ;

Approuvant l'appel lancé, dans la Déclaration du Sommet mondial pour le développement social, en vue de l'adoption et de l'application de politiques et de programmes bien déterminés de santé publique et de services sociaux pour prévenir la violence dans la société et en atténuer les effets ;

Approuvant les recommandations formulées à la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et à la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) pour que l'on s'attaque de toute urgence au problème de la violence à l'encontre des femmes et des jeunes filles et que l'on en apprécie les conséquences pour la santé ;

Rappelant la Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes ;

Notant l'appel lancé par la communauté scientifique, dans la Déclaration de Melbourne adoptée à l'occasion de la Troisième Conférence internationale sur la prévention des traumatismes (1996), en vue d'un renforcement de la coopération internationale pour assurer la sécurité des citoyens du monde entier ;

Reconnaissant les graves répercussions, immédiates et à plus long terme, de la violence sur la santé et sur le développement psychologique et social, dans un contexte individuel, familial, communautaire et national ;

Reconnaissant les conséquences de plus en plus importantes de la violence sur les services de santé partout dans le monde et son effet préjudiciable sur des ressources sanitaires déjà limitées dans les pays et les communautés ;

Reconnaissant que les agents de santé sont souvent parmi les premiers à intervenir auprès des victimes de violences, étant donné qu'ils disposent de moyens techniques sans égal et qu'ils bénéficient d'une position particulière au sein de la communauté pour aider les personnes exposées ;

Reconnaissant que l'OMS, qui est la principale institution pour la coordination de l'action internationale de santé publique, se doit de donner l'impulsion nécessaire et de guider les Etats Membres qui s'efforcent d'élaborer des programmes de santé publique visant à prévenir la violence à l'encontre de soi-même et des autres ;

1. DECLARE que la violence constitue l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde ;
2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à évaluer le problème de la violence sur leur territoire et à communiquer à l'OMS les informations recueillies sur ce problème et les méthodes adoptées pour le résoudre ;
3. PRIE le Directeur général d'entreprendre, dans les limites des ressources disponibles, des activités de santé publique destinées à apporter des solutions au problème de la violence et qui auront pour buts :
 - (1) de caractériser les différents types de violence, d'en définir l'ampleur et d'évaluer les causes de la violence et ses conséquences en santé publique, en se plaçant aussi pour l'analyse dans une perspective sexospécifique ;
 - (2) d'évaluer les types et l'efficacité des mesures et des programmes destinés à prévenir la violence et à en atténuer les effets, en portant une attention particulière aux initiatives prises au sein de la communauté ;

(suite)

- (3) de favoriser les activités visant à résoudre ce problème au niveau international et à celui des pays, y compris des mesures en vue :
 - (a) d'améliorer la prise de conscience, la notification et la gestion des conséquences de la violence ;
 - (b) de favoriser une plus grande participation intersectorielle à la prévention et à la prise en charge de la violence ;
 - (c) de faire de la violence une priorité de la recherche en santé publique ;
 - (d) de préparer et diffuser des recommandations pour l'élaboration de programmes de prévention de la violence aux niveaux des nations, des Etats et des communautés partout dans le monde ;
- (4) d'assurer la participation active et coordonnée des programmes techniques compétents de l'OMS ;
- (5) de renforcer la collaboration entre l'Organisation et les gouvernements, les autorités locales et les autres organismes du système des Nations Unies dans la planification, la mise en oeuvre et la surveillance continue des programmes de prévention de la violence et d'atténuation de ses effets ;

5. La maltraitance des personnes âgées
6. La violence sexuelle
7. La violence dirigée contre soi
8. La violence collective
9. Recommandations sur les mesures à prendre

Comme il est impossible de couvrir entièrement et convenablement tous les types de violence dans un seul document, chaque chapitre porte sur un aspect particulier. Ainsi, le chapitre sur les jeunes et la violence examine la violence interpersonnelle chez les adolescents et les jeunes adultes dans la communauté. Le chapitre consacré à la maltraitance des enfants se penche sur la violence physique, sexuelle et psychologique, ainsi que sur le manque de soins de la part des personnes qui ont la charge des enfants. Cependant, il est question ailleurs dans le rapport d'autres formes de mauvais traitements à enfant, comme la prostitution infantile et l'utilisation d'enfants comme soldats. Le chapitre sur la maltraitance des personnes âgées met l'accent sur les mauvais traitements infligés par les personnes qui s'occupent des personnes âgées dans le milieu familial et institutionnel, tandis que celui consacré à la violence collective concerne les conflits. Les chapitres sur la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle portent principalement sur la violence contre les femmes, mais il est également question, dans le chapitre sur la violence sexuelle, de la violence dirigée contre les hommes et les garçons. Le chapitre sur la violence dirigée contre soi porte essentiellement sur le comportement suicidaire et, s'il figure dans le rapport, c'est parce que ce type de comportement est une des causes externes de traumatisme et qu'il résulte souvent de bon nombre des mêmes facteurs environnementaux, psychologiques et sociaux que les autres types de violence

Les chapitres suivent une structure similaire. Tous commencent par une brève analyse des définitions du type particulier de violence examiné dans le chapitre, puis vient un résumé des connaissances actuelles en ce qui concerne l'ampleur du problème dans différentes régions du monde. Dans la mesure du possible, des données nationales sont présentées, ainsi que les conclusions de divers travaux de recherche. Ensuite, les chapitres décrivent les causes et les conséquences de la violence, expliquent brièvement les interventions et les réponses stratégiques essayées, et font des recommandations quant aux études nécessaires et aux mesures à prendre. Des tableaux, des figures et des encadrés sont proposés afin de mettre en lumière des schémas

épidémiologiques et certaines constatations, d'illustrer des exemples de mesures de prévention et d'attirer l'attention sur des questions en particulier.

Le rapport se termine par deux sections additionnelles, à savoir une annexe statistique et une liste de ressources sur Internet. L'annexe statistique contient des données mondiales, régionales et nationales tirées de la base de données sur la mortalité et la morbidité de l'OMS et de la première version du projet de l'OMS sur le fardeau mondial des maladies pour l'an 2000. Une description des sources de données et des méthodes utilisées est fournie en annexe afin d'expliquer comment ces données ont été recueillies et analysées.

La liste des ressources sur Internet comprend les adresses des sites Web d'organisations qui participent à la recherche sur la violence, à la prévention de la violence et à la sensibilisation au problème de la violence. On y trouve aussi des métasites (chaque site donnant accès à des centaines d'organisations de ce type), des sites Web qui portent sur un type de violence en particulier, des sites Web qui traitent de questions contextuelles plus générales en rapport avec la violence et des sites Web qui proposent des outils de surveillance pour mieux comprendre la violence.

Rédaction du rapport

Le présent rapport a bénéficié de la participation de plus de 160 spécialistes du monde entier dont les contributions ont été coordonnées par un petit Comité de rédaction. Un Comité consultatif composé de représentants de toutes les Régions de l'OMS, ainsi que de membres du personnel de l'OMS, a guidé le Comité de rédaction à différentes étapes de la rédaction du rapport.

Les chapitres ont tous été revus par des scientifiques de différentes régions du monde à qui l'on a demandé de faire des observations non seulement sur le contenu scientifique, mais également sur la pertinence du chapitre dans leur propre culture.

Au fil de la préparation du document, les membres des bureaux régionaux de l'OMS et divers groupes d'experts du monde entier ont été consultés. Les participants ont examiné une première ébauche du rapport, ont donné un aperçu du problème de la violence dans leur région et suggéré des solutions pour y améliorer les activités de prévention de la violence.

L'avenir

Quoique détaillé, le présent rapport, qui est le premier sur le sujet, n'est qu'un début. Nous espérons qu'il stimulera le débat au niveau local, national et international et qu'il servira de point de départ à de nouvelles mesures de prévention de la violence.

CHAPITRE 1

La violence – un défi
planétaire

Contexte

La violence a sans doute toujours fait partie de la vie humaine. On peut en voir les diverses conséquences dans toutes les régions du monde. La violence, qu'elle soit auto-infligée, collective ou dirigée contre autrui, fait plus d'un million de morts par an et bien plus encore de blessés. Globalement, la violence figure parmi les principales causes de décès dans le monde pour les personnes âgées de 15 à 44 ans.

Il est difficile d'estimer précisément le coût de la violence, mais il représente chaque année dans le monde des milliards de dollars américains en dépenses de santé et, pour les économies nationales, des milliards de dollars en absentéisme, en recours aux services de police et en investissements perdus.

Le visible et l'invisible

Le coût humain en peine et en douleur est, évidemment, incalculable. En fait, il est, pour l'essentiel, invisible. La technologie des satellites permet aux téléspectateurs d'être tous les jours témoins de certains types de violence – terrorisme, guerres, émeutes et troubles civils –, mais bien plus de violence encore se produit loin des regards, dans les ménages, sur le lieu de travail, voire dans des établissements médicaux et sociaux créés pour s'occuper des gens. Bon nombre des victimes sont trop jeunes, trop faibles ou trop malades pour se protéger. D'autres encore se taisent sous le poids des conventions ou des pressions sociales.

A l'instar des conséquences, certaines causes de la violence sont faciles à discerner. D'autres sont profondément ancrées dans le tissu économique, social et culturel de la vie humaine. Il ressort d'études récentes que, si des facteurs individuels, biologiques notamment, expliquent en partie la prédisposition à l'agressivité, le plus souvent, ils s'ajoutent à d'autres facteurs externes, familiaux, communautaires et culturels, entre autres, pour créer une situation où la violence devient probable.

Un problème qui peut être évité

Bien que la violence ait toujours existé, le monde n'a pas à l'accepter comme un aspect inévitable de la condition humaine. Et depuis qu'elle existe, des systèmes – religieux, philosophiques, juridiques et

communautaires – ont été créés pour la prévenir ou la limiter. Aucun n'y a tout à fait réussi, mais tous ont contribué à cette caractéristique de la civilisation.

Depuis le début des années 1980, le secteur de la santé publique joue un rôle croissant dans la lutte contre la violence. Divers chercheurs, systèmes et professionnels de la santé publique se sont donné pour tâche de comprendre les origines de la violence et d'empêcher qu'elle se produise.

Il est possible de prévenir la violence et d'en atténuer les incidences, de la même manière que les efforts de santé publique ont permis de prévenir et de réduire les complications lors des grossesses, de faire baisser le nombre des accidents du travail et de faire reculer les maladies infectieuses et les maladies provoquées par des aliments et de l'eau contaminés dans de nombreuses régions du monde. Il est possible d'influer sur les facteurs qui contribuent à des réactions violentes, qu'ils soient liés à l'attitude, au comportement ou à la situation sociale, économique, politique et culturelle générale.

Il est possible de prévenir la violence. Il ne s'agit pas d'un article de foi mais d'une affirmation qui repose sur des faits. Il existe des exemples de réussite dans le monde, tant à l'échelle individuelle et communautaire qu'à celle des mesures politiques et législatives nationales.

Une approche de santé publique face à la violence

Par définition, la santé publique ne se préoccupe pas des patients à titre individuel. Elle se concentre sur des maladies et des problèmes qui influent sur la santé, et elle vise à apporter le plus de bien possible au plus grand nombre de personnes. Cela ne signifie pas qu'elle ne s'intéresse pas à la santé individuelle. En fait, elle a pour rôle de prévenir des problèmes de santé et d'offrir de meilleurs soins et plus de sécurité à des populations entières.

En abordant un problème sous l'angle de la santé publique, on le traite de manière scientifique et interdisciplinaire (1). Autrement dit, on fait intervenir les connaissances de nombreuses disciplines, y compris la médecine, l'épidémiologie, la sociologie, la psychologie, la criminologie, l'éducation et l'économie. Cela permet d'innover et de

s'adapter face à de très divers traumatismes et maladies et ce, dans le monde entier.

L'approche de santé publique met également l'accent sur l'action collective. Elle a démontré à maintes reprises que les efforts concertés de secteurs aussi divers que la santé, l'éducation, les services sociaux, la justice et la politique sont nécessaires pour résoudre ce que l'on estime généralement être des problèmes purement « médicaux ». Chaque secteur a un rôle important à jouer face au problème de la violence et les démarches de chacun peuvent, collectivement, contribuer à faire reculer considérablement la violence (voir encadré 1.1).

L'approche de la santé publique face à la violence repose sur les exigences rigoureuses de

la méthode scientifique. Pour arriver du problème à la solution, il faut passer par quatre étapes clés (1) :

- Découvrir autant de connaissances fondamentales que possible sur tous les aspects de la violence – par une collecte systématique de données sur l'ampleur, la portée, les caractéristiques et les conséquences de la violence à l'échelle locale, nationale et internationale.
- Se demander pourquoi l'on recourt à la violence – autrement dit, réaliser des études afin de déterminer :
 - les causes et corrélats de la violence ;
 - les facteurs qui font augmenter ou diminuer le risque de violence ;

ENCADRE 1.1

L'approche de santé publique en pratique : DESEPAZ en Colombie

En 1992, le maire de Cali, en Colombie, qui est lui-même un spécialiste de la santé publique, a aidé la ville à mettre sur pied un programme détaillé destiné à réduire le taux de criminalité local élevé. A Cali, ville de deux millions d'habitants environ, le taux d'homicides est passé de 23 à 85 pour 100 000 habitants entre 1983 et 1991. Le programme en question s'appelle DESEPAZ, acronyme pour *Desarrollo, Seguridad, Paz* (développement, sécurité, paix).

Dans un premier temps, des études épidémiologiques ont été réalisées afin de cerner les principaux facteurs de risque en ce qui concerne la violence et de décider d'interventions prioritaires. Des budgets spéciaux ont été approuvés afin de renforcer la police, l'appareil judiciaire et le bureau local des droits de l'homme.

DESEPAZ a entrepris un travail d'éducation en matière de droits civiques visant la police et le grand public, y compris par voie de spots télévisés diffusés aux heures de grande écoute dans lesquels on insiste sur l'importance de la tolérance par rapport aux autres et sur la maîtrise de soi. Différents projets culturels et éducatifs ont été organisés en collaboration avec des organisations non gouvernementales locales pour les écoles et les familles, afin d'encourager à parler de la violence et d'aider à résoudre les conflits interpersonnels. La vente d'alcool a été limitée, et le port d'armes de poing a été interdit le week-end et en certaines occasions.

Pendant le programme, des projets spéciaux ont été montés afin d'offrir aux jeunes des possibilités économiques et des lieux de loisir sûrs. Le maire et son équipe administrative ont examiné avec la population locale leurs propositions pour lutter contre la criminalité, et l'administration municipale a veillé à ce que la participation et l'engagement communautaires ne se relâchent pas.

Depuis que le programme est en place à Cali, le taux d'homicides y est passé du plus haut qu'il ait jamais été, soit 124 pour 100 000, à 86 pour 100 000 et ce, entre 1994 et 1997, ce qui représente une réduction de 30 %. En chiffres absolus, le nombre d'homicides a diminué de 600 environ entre 1994 et 1997 par rapport aux trois années précédentes, ce qui a permis à la police de consacrer ses ressources limitées à la lutte contre des formes de criminalité plus organisées. En outre, la population locale a radicalement changé d'attitude et de passive, elle en est maintenant à réclamer bruyamment plus d'activités de prévention.

- les facteurs sur lesquels on peut influencer en intervenant.
- Réfléchir à des moyens de prévenir la violence, en utilisant l'information issue des études ci-dessus, et en concevant, en mettant en œuvre, en suivant et en évaluant des interventions.
- Mettre en œuvre, dans divers cadres, des interventions qui semblent prometteuses, diffuser largement l'information et calculer la rentabilité des programmes.

La santé publique se caractérise avant tout par l'accent qu'elle met sur la prévention. Au lieu de se contenter d'accepter la violence ou d'y réagir, elle part du principe qu'il est possible de prévenir les comportements violents et leurs conséquences.

Définir la violence

Toute analyse globale de la violence devrait commencer par définir les diverses formes de violence de manière à en faciliter l'évaluation scientifique. Il existe bien des façons de définir la violence. L'Organisation mondiale de la Santé la définit ainsi (2) :

La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations.

Dans sa définition, l'Organisation mondiale de la Santé englobe intentionnellement l'acte lui-même, quelles que soient ses conséquences. En revanche, elle exclut les incidents accidentels, comme la plupart des blessures de la route et des brûlures.

L'inclusion du terme « pouvoir », en plus de l'expression « utilisation de la force physique », élargit la nature de l'acte violent et la définition conventionnelle de la violence aux actes qui résultent d'une relation de pouvoir, en y comprenant les menaces et l'intimidation. L'« utilisation du pouvoir » permet également d'inclure la négligence ou les actes d'omission, en plus des actes violents commis plus évidents. Donc, « l'utilisation de la force physique ou du pouvoir » doit être comprise comme incluant la négligence et tous les types de

violence physique, sexuelle et psychologique, ainsi que le suicide et d'autres sévices auto-infligés.

Cette définition couvre plusieurs conséquences, y compris les dommages psychologiques, les privations et le maldéveloppement. Cela traduit la nécessité, de plus en plus acceptée chez les chercheurs et les intervenants, d'inclure la violence qui n'entraîne pas obligatoirement des traumatismes ou la mort, mais qui n'en représente pas moins un fardeau important pour les personnes, les familles, les communautés et les systèmes de santé dans le monde entier. Ainsi, bien des formes de violence contre les femmes, les enfants et les personnes âgées peuvent entraîner des problèmes physiques, psychologiques et sociaux qui ne se traduisent pas forcément par des traumatismes, un handicap ou un décès. Ces conséquences peuvent être immédiates aussi bien que latentes, et elles peuvent durer des années après les premières manifestations de violence. Définir les résultats en parlant uniquement de traumatismes ou de décès limite donc la compréhension de toute l'incidence de la violence sur les personnes, les communautés et la société dans son ensemble.

Intentionnalité

La question de l'intentionnalité constitue un des aspects les plus complexes de la définition. Deux points importants sont à noter à ce sujet. Premièrement, même si l'on distingue la violence des accidents qui entraînent des traumatismes, l'intention de recourir à la force ne signifie pas nécessairement qu'il y a intention de causer un préjudice. En fait, il peut y avoir une grande disparité entre le comportement voulu et la conséquence recherchée. Il arrive que les auteurs d'actes violents commettent intentionnellement des actes que l'on jugera objectivement dangereux et très néfastes pour la santé, mais que les intéressés ne percevront pas comme tels.

Ainsi, un jeune peut se battre avec un autre. Les coups de poing à la tête ou l'utilisation d'une arme dans la bagarre font augmenter le risque de blessure grave ou de décès, même si aucun de ces résultats n'est recherché. Il peut arriver qu'un parent secoue vigoureusement un bébé qui pleure pour le faire taire. Cependant, ce geste risque de provoquer des

lésions cérébrales. Le parent a manifestement employé la force, mais sans intention de causer un traumatisme.

Deuxièmement, il faut faire la distinction entre l'intention de blesser et l'intention d'« utiliser la violence ». D'après Walters & Parke (3), la violence est déterminée par la culture. Ainsi, certaines personnes veulent faire du mal à d'autres, mais, en raison de leurs origines culturelles et de leurs croyances, leurs actes ne sont pas violents à leurs yeux. Cependant, l'Organisation mondiale de la Santé définit la violence par rapport à la santé et au bien-être des personnes. Certaines personnes peuvent trouver certains comportements – comme de frapper un conjoint – acceptables d'un point de vue culturel, mais il s'agit d'actes de violence lourds de conséquences pour la santé personnelle.

D'autres aspects de la violence, même s'ils ne sont pas explicitement nommés, sont également inclus dans la définition. Ainsi, celle-ci comprend implicitement tous les actes de violence, qu'ils soient commis en public ou en privé, réactionnels (en réponse à des événements antérieurs tels qu'une provocation) ou proactifs (destinés à obtenir des résultats définis ou dans l'attente de tels résultats) (4), ou encore criminels ou pas. Chacun de ces aspects est important pour comprendre les causes de la violence et concevoir des programmes de prévention.

Typologie de la violence

Dans sa résolution WHA 49.25 de 1996, où elle déclare que la violence est un problème de santé publique important, l'Assemblée mondiale de la Santé demandait à l'Organisation mondiale de la Santé de définir une typologie de la violence qui caractérise les différents types de violence en établissant des liens entre eux. Il existe déjà quelques typologies, mais aucune n'est très détaillée (5).

Types de violence

La typologie proposée ici divise la violence en trois grandes catégories correspondant aux caractéristiques de ceux qui commettent l'acte violent :

- la violence auto-infligée ;
- la violence interpersonnelle ou dirigée contre autrui ;

— la violence collective.

Cette catégorisation initiale établit une différence entre la violence qu'une personne s'inflige à elle-même, la violence infligée par une autre personne ou par un petit groupe de personnes, et la violence infligée par des groupes importants, comme des Etats, des groupes politiques organisés, des milices, des organisations terroristes, etc. (voir figure 1.1).

Ces trois grandes catégories sont elles-mêmes subdivisées afin de tenir compte de types de violence plus précis.

Violence auto-infligée

La violence auto-infligée se subdivise en comportement suicidaire et sévices auto-infligés. Dans la première catégorie entrent les pensées suicidaires, les tentatives de suicide – également appelées « parasuicide » ou « mutilation volontaire » dans certains pays – et les suicides réussis. Par contraste, les sévices auto-infligés comprennent des actes tels que l'automutilation.

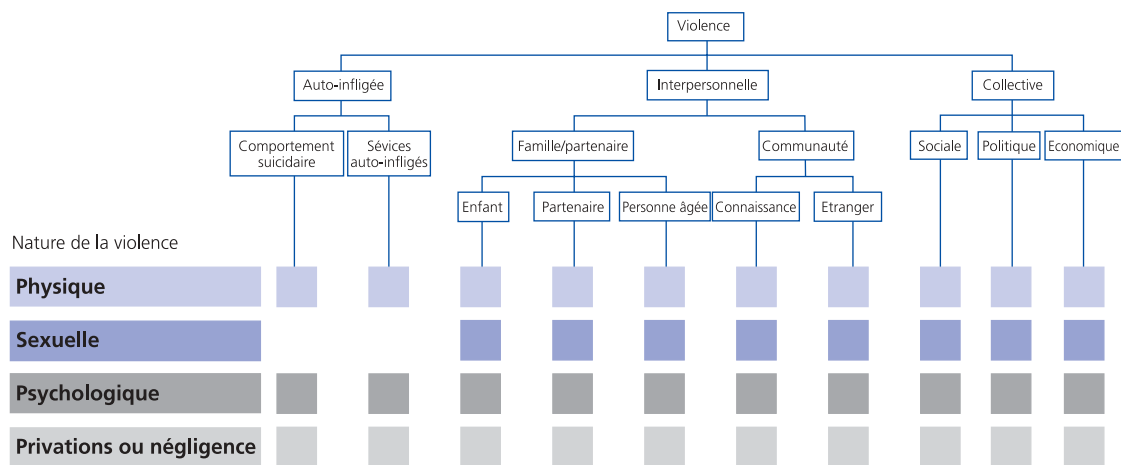
Violence interpersonnelle

La violence interpersonnelle se divise en deux catégories :

- La violence familiale et à l'égard d'un partenaire intime – autrement dit, la violence entre membres d'une famille et entre partenaires intimes de manière générale. Ce type de violence se produit habituellement mais pas exclusivement dans le foyer.
- La violence communautaire – c'est-à-dire la violence entre des personnes qui ne sont pas apparentées et qui peuvent ne pas se connaître. Ce type de violence survient généralement à l'extérieur du foyer.

Le premier groupe comprend des formes de violence telles que les mauvais traitements infligés aux enfants, la violence contre le partenaire intime et la maltraitance des personnes âgées. Le second groupe comprend la violence des jeunes, les actes de violence commis au hasard, les viols et les agressions sexuelles commis par des étrangers, et la violence qui se produit en milieu institutionnel, par exemple, dans les écoles, en milieu de travail, les prisons et les maisons de retraite.

FIGURE 1.1
Typologie de la violence



Violence collective

La violence collective se subdivise en violence économique, sociale et politique. Contrairement aux deux autres grandes catégories, les sous-catégories de la violence collective suggèrent des motifs possibles à la violence commise par des groupes de personnes plus nombreux ou par des Etats. La violence collective à laquelle certains se livrent pour atteindre des objectifs sociaux particuliers comprend, par exemple, les crimes haineux commis par des groupes organisés, les actes terroristes et la violence commise par les foules. La violence politique comprend la guerre et les conflits violents connexes, la violence étatique et des actes similaires perpétrés par des groupes nombreux. La violence économique comprend les attaques menées par de grands groupes motivés par des gains économiques, par exemple, les attaques menées afin de perturber l'activité économique, le refus de l'accès à des services essentiels ou la division et la fragmentation économiques. De toute évidence, les groupes nombreux agissent pour de multiples raisons.

Nature des actes violents

La figure 1.1 illustre la nature des actes violents, qui peuvent être :

- physiques ;
- sexuels ;
- psychologiques ;

— et comporter privations et négligence.

La série horizontale de la figure 1.1 montre qui est affecté et la série verticale explique en quoi ces personnes sont affectées.

Ces quatre types d'actes violents se produisent dans chacune des grandes catégories et dans leurs sous-catégories décrites ci-dessus, exception faite de la violence auto-infligée. Ainsi, la violence infligée aux enfants dans le foyer peut être physique, sexuelle ou psychologique, et il peut aussi s'agir de négligence. La violence communautaire peut comprendre des agressions physiques entre jeunes gens, des violences sexuelles en milieu de travail et la négligence dont souffrent les personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée. La violence politique peut comprendre des actes tels que des viols commis pendant des conflits et la guerre physique et psychologique.

Quoique imparfaite et loin d'être universellement acceptée, cette typologie offre un cadre de référence utile pour comprendre les schémas de violence complexes qui se produisent partout dans le monde, ainsi que la violence que connaissent personnes, familles et communautés dans leur vie quotidienne. De plus, elle dépasse bien des limites d'autres typologies en saisissant la nature des actes violents, la pertinence du contexte et les relations entre l'agresseur et sa victime, et – dans le cas de la violence collective – les mobiles possibles de la violence.

Cependant, en théorie comme en pratique, la ligne de démarcation entre les différents types de violence n'est pas toujours aussi claire.

Mesure de la violence Types de données

Différents types de données sont nécessaires à différentes fins, y compris :

- décrire l'ampleur de la violence et ses conséquences ;
- comprendre quels facteurs font augmenter le risque d'être victime d'actes violents ou d'en commettre ;
- déterminer l'efficacité des programmes de prévention de la violence.

Certains types de données et de sources sont décrits au tableau 1.1.

Données sur la mortalité

Les données relatives aux décès, résultant notamment d'homicides, de suicides et de la guerre, peuvent fournir une indication de la violence létale dans une communauté ou un pays en particulier. Lorsqu'on les compare aux statistiques relatives à d'autres décès, ces données constituent des indicateurs utiles du fardeau créé par les traumatismes liés à la violence. Elles peuvent également servir à suivre l'évolution de la violence fatale dans le temps, à identifier des groupes et des communautés très exposés à la violence, et à faire des comparaisons entre pays et à l'intérieur des pays.

Autres types de données

Cependant, les chiffres de la mortalité ne représentent qu'un type de données permettant de décrire l'ampleur du problème. Comme les issues non fatales sont beaucoup plus courantes que les issues fatales et que certains types de violence ne sont pas pleinement représentés par les données sur la mortalité, d'autres types d'informations sont nécessaires. Ces informations peuvent aider à comprendre les circonstances

TABLEAU 1.1

Types de données et sources potentielles d'informations

Type de données	Sources de données	Exemples d'informations recueillies
Mortalité	Certificats de décès, registres d'état civil, rapports des médecins légistes ou de la morgue	Caractéristiques du défunt, cause du décès, lieu, heure, type de décès
Morbidité et autres données relatives à la santé	Dossiers des hôpitaux, des dispensaires et autres dossiers médicaux	Maladies, traumatismes, santé physique, mentale ou génésique
Déclaration par l'intéressé	Enquêtes, études spéciales, groupes de discussion, médias	Attitudes, convictions, comportements, pratiques culturelles, situation de victime et d'auteur de violence, exposition à la violence dans le foyer ou la communauté
Communauté	Dossiers démographiques, dossiers de l'administration locale, autres dossiers institutionnels	Chiffres et densité de population, niveaux de revenu et d'instruction, taux de chômage, taux de divorce
Criminalité	Casiers judiciaires, dossiers de justice, laboratoires médico-légaux	Type d'infraction, caractéristiques du délinquant, relations entre la victime et le délinquant, circonstances de l'incident
Économie	Programmes, dossiers des établissements et organismes, études spéciales	Dépenses de santé, logement ou services sociaux, coût du traitement des traumatismes consécutifs à la violence, utilisation de services
Politiques ou législatives	Documents gouvernementaux ou législatifs	Lois, politiques et pratiques institutionnelles

entourant des incidents particuliers et à décrire toute l'incidence de la violence sur la santé des personnes et des communautés. Il s'agit de :

- données sur la santé relatives aux maladies, aux traumatismes et à d'autres éléments de l'état de santé ;
- données rapportées par les intéressés sur les attitudes, les croyances, les comportements, les pratiques culturelles, la victimisation et l'exposition à la violence ;
- données communautaires sur les caractéristiques d'une population et les niveaux de revenu, le niveau d'instruction et le taux de chômage ;
- données sur la criminalité se rapportant aux caractéristiques des incidents violents et à la situation des délinquants violents ;
- données économiques relatives au coût des services sociaux et du traitement ;
- données décrivant le fardeau économique pour les systèmes de santé et les économies

- réalisées grâce aux programmes de prévention ;
- données relatives aux politiques et à la réglementation.

Sources de données

Il existe différentes sources d'information, dont celles-ci :

- les personnes ;
- les dossiers des organismes et établissements ;
- les programmes locaux ;
- les dossiers communautaires et administratifs ;
- les enquêtes de population, notamment ;
- des études spéciales.

Même si le tableau 1.1 ne le précise pas, presque toutes les sources comprennent des données démographiques de base, comme l'âge et le sexe de la personne. Certaines sources, y compris les dossiers médicaux, les casiers judiciaires, les certificats de décès et les rapports des morgues, contiennent des renseignements précis sur l'acte violent ou le traumatisme. Les données des services des urgences, par exemple, peuvent renseigner sur la nature d'un traumatisme, sur la façon dont il s'est produit ainsi que sur le lieu et la date auxquels il est survenu. Parmi les données recueillies par la police figurent parfois des renseignements sur les relations entre la victime et l'agresseur. Elles permettent aussi de savoir si une arme a été utilisée et de connaître d'autres détails relatifs à l'infraction.

Les enquêtes et les études spéciales peuvent fournir des renseignements détaillés sur la victime ou l'auteur de violences, sur leur milieu social, leur attitude, leurs comportements et des situations violentes auxquelles ils ont pu être parties auparavant. Ces sources peuvent également aider à découvrir des violences qui n'ont pas été signalées à la police ou à d'autres instances. Ainsi, il ressort d'une enquête sur les ménages menée en Afrique du Sud qu'entre 50 % et 80 % des victimes de violence reçoivent des soins médicaux pour un traumatisme lié à la violence sans que l'incident soit rapporté à la police (6). Une autre étude, réalisée aux États-Unis d'Amérique, révèle que 46 % des victimes qui se présentent aux urgences ne font pas dresser de constat par la police (7).

Problèmes relatifs à la collecte de données

L'existence, la qualité et l'utilité de différentes sources de données pour comparer les types de violence à l'intérieur de pays et entre pays varient considérablement. Les pays du monde en sont à des stades très différents en ce qui concerne le développement de leur capacité de collecte de données.

Existence de données

Les données sur la mortalité sont celles que l'on recueille le plus et toutes les sources en proposent. Beaucoup de pays tiennent des registres des naissances et des décès et un compte élémentaire des homicides et des suicides. Cependant, il n'est pas toujours possible de calculer des taux à partir de ces derniers car, souvent, il n'existe pas de données démographiques ou elles ne sont pas fiables. Cela vaut tout particulièrement en cas de flux de population, par exemple dans des régions en conflit ou des régions qui connaissent des mouvements continus de groupes de population ou encore lorsqu'il est difficile de compter les habitants, comme dans le cas de régions à forte densité de peuplement ou de régions très éloignées.

Dans la plupart des pays du monde, on ne dispose pas de données systématiques sur les issues non fatales, bien que l'on mette actuellement en place des systèmes qui recueilleront de telles données. Par ailleurs, plusieurs documents donnant des conseils sur l'évaluation de différents types de violence dans divers contextes ont été publiés ces dernières années (8-14).

Qualité des données

Même lorsqu'il existe des données, il arrive que l'information soit de qualité insuffisante pour la recherche et pour définir des stratégies de prévention. Comme les organismes et les établissements tiennent des dossiers pour leurs propres besoins, en suivant leurs propres procédures internes en la matière, il se peut que leurs données soient incomplètes ou qu'il y manque le genre de renseignements nécessaires à une bonne compréhension de la violence.

Ainsi, les établissements de santé recueillent des données afin d'offrir au patient un traitement optimal. Le dossier médical peut contenir des

précisions sur le diagnostic du traumatisme et le traitement, mais pas sur les circonstances dans lesquelles s'est produit ce traumatisme. Il se peut également que ces données soient confidentielles et que l'on ne puisse donc pas y accéder aux fins de recherche. En revanche, les enquêtes contiennent des renseignements plus détaillés sur la personne, sur son histoire et sur la place de la violence dans sa vie. Cependant, ces enquêtes sont limitées par l'ampleur des souvenirs que la personne a des événements et par le fait qu'elle reconnaît ou pas avoir certains comportements. Elles le sont aussi par la façon dont les questions sont posées et par qui les pose, ainsi que par le lieu et le contexte de l'entrevue.

Autres obstacles

Etablir un lien entre les données de différentes sources est un des problèmes les plus difficiles à résoudre dans la recherche sur la violence. Les données relatives à la violence viennent généralement de diverses organisations indépendantes les unes des autres. Il n'est donc pas possible, habituellement, de relier les données des médecins légistes à celles recueillies par la police. De plus, il y a un manque d'uniformité général dans les modes de collecte des données relatives à la violence, ce qui rend les comparaisons de données intercommunautaires et internationales très difficiles.

Bien qu'ils ne concernent pas la présente analyse, plusieurs problèmes relatifs à la collecte de données sur la violence sont à noter, dont les suivants :

- il est difficile de définir des mesures particulières correspondant à des sous-groupes de population et à différents contextes culturels (8, 9, 11, 14) ;
- il est difficile de définir des protocoles qui permettent de protéger la confidentialité des victimes et de garantir leur sécurité (15) ;
- il faut prendre en considération divers éléments éthiques associés à la recherche sur la violence.

Aperçu des connaissances actuelles

D'après l'approche de santé publique, la prévention de la violence commence par une description de l'ampleur du problème et de ses conséquences. La

présente section décrit ce que l'on sait actuellement du schéma global de la violence, en utilisant des données tirées, pour les besoins du présent rapport, de la base de données sur la mortalité de l'Organisation mondiale de la Santé et de la première version de son projet sur le fardeau des maladies dans le monde en l'an 2000, ainsi que des données provenant d'enquêtes et d'études spéciales sur la violence.

Estimation de la mortalité

On estime qu'en l'an 2000, 1,6 million de personnes dans le monde sont mortes des suites de violences auto-infligées, interpersonnelles ou collectives, ce qui donne un taux global ajusté selon l'âge de 28,8 pour 100 000 habitants (voir tableau 1.2). Dans leur immense majorité, ces décès se sont produits dans des pays à faible revenu et à revenu moyen, et moins de 10 % dans des pays à revenu élevé.

Près de la moitié de ces 1,6 million de morts violentes étaient des suicides ; près du tiers, des homicides ; et le cinquième environ, des conséquences de la guerre.

La mortalité par sexe et par âge

Comme beaucoup d'autres problèmes de santé dans le monde, la violence n'est pas répartie équitablement entre les sexes et les groupes d'âge. On estime à 520 000 le nombre des homicides commis en l'an 2000, ce qui donne un taux global ajusté selon l'âge de 8,8 pour 100 000 habitants (voir tableau 1.2).

TABLEAU 1.2
Nombre de morts violentes dans le monde en l'an 2000 (estimation)

Type de violence	Nombre ^a	Taux pour 100 000 habitants ^b	Proportion du total (%)
Homicides	520 000	8,8	31,3
Suicides	815 000	14,5	49,1
Guerres	310 000	5,2	18,6
Total ^c	1 659 000	28,8	100,0
Pays à revenu faible à moyen	1 510 000	32,1	91,1
Pays à revenu élevé	149 000	14,4	8,9

Source : Première version du projet de l'OMS sur le fardeau mondial des maladies en 2000 (voir annexe statistique).

^a Arrondi au 1 000 le plus proche

^b Standardisé selon l'âge

^c Comprend 14 000 décès entraînés par des blessures intentionnelles résultant d'interventions légales.

Dans 77 % des cas, les victimes étaient des hommes, pour qui les taux étaient plus de trois fois supérieurs à ceux des femmes (13,6 et 4,0 pour 100 000, respectivement) (voir tableau 1.3). C'est dans le groupe des hommes âgés de 15 à 29 ans que l'on trouve les taux d'homicides les plus élevés du monde (19,4 pour 100 000), suivi de près par le groupe des hommes âgés de 30 à 44 ans (18,7 pour 100 000).

Toujours en l'an 2000, le suicide a fait quelque 814 000 victimes dans le monde, soit un taux global ajusté selon l'âge de 14,5 pour 100 000 (voir tableau 1.2). Plus de 60 % des suicidés étaient des hommes, et plus de la moitié d'entre eux étaient âgés de 15 à 44 ans. Pour les hommes comme pour les femmes, les taux de suicides augmentent avec l'âge et c'est parmi les personnes âgées de 60 ans et plus qu'ils sont les plus élevés (voir tableau 1.3). Cependant, les taux de suicides sont généralement plus élevés parmi les hommes que parmi les femmes (18,9 pour 100 000, contre 10,6 pour 100 000). Cela vaut tout particulièrement dans les groupes les plus âgés où, à l'échelle mondiale, les taux de suicides chez les hommes âgés de 60 ans et plus sont deux fois plus élevés que chez les femmes appartenant au même groupe d'âge (44,9 pour 100 000, contre 22,1 pour 100 000).

La mortalité selon le niveau de revenu du pays et la région

Les taux de mort violente varient selon le niveau de revenu du pays. En l'an 2000, le taux de mort violente dans les pays à faible revenu et à revenu

moyen était de 32,1 pour 100 000 habitants, soit plus de deux fois supérieur au taux des pays à revenu élevé (14,4 pour 100 000) (voir tableau 1.2).

Il existe aussi des différences régionales considérables dans les taux de mort violente. Ces différences sont évidentes, par exemple, entre les régions de l'OMS (voir figure 1.2). Dans la Région de l'Afrique et dans celle des Amériques, les taux d'homicides sont près de trois fois supérieurs aux taux de suicides. Cependant, en Europe et en Asie du Sud-Est, les taux de suicides sont plus du double des taux d'homicides (19,1 pour 100 000, contre 8,4 pour 100 000 dans la Région de l'Europe, et 12,0 pour 100 000, contre 5,8 pour 100 000 dans la Région de l'Asie du Sud-Est), et dans la Région du Pacifique occidental, les taux de suicides sont près de six fois supérieurs aux taux d'homicides (20,8 pour 100 000, contre 3,4 pour 100 000).

A l'intérieur des Régions, on note aussi de grandes différences d'un pays à l'autre. Par exemple, en 1994, le taux d'homicides chez les hommes en Colombie était de 146,5 pour 100 000, tandis qu'à Cuba et au Mexique, il était de 12,6 et 32,3 pour 100 000, respectivement (16). Il existe aussi des différences importantes à l'intérieur des pays entre les populations urbaines et rurales, entre les groupes riches et pauvres, et entre différents groupes ethniques et raciaux. Ainsi, en 1999, aux Etats-Unis, le taux d'homicides était plus de deux fois plus élevé parmi les jeunes Afro-Américains âgés de 15 à 24 ans (38,6 pour 100 000) que parmi les jeunes Hispaniques du même groupe d'âge (17,3 pour 100 000), et plus de 12 fois supérieur à celui des jeunes Blancs d'origine non hispanique appartenant au même groupe d'âge (3,1 pour 100 000) (17).

Estimation de la violence non mortelle

Il est presque certain que les chiffres de la mortalité susmentionnés sous-estiment le fardeau réel de la violence. Dans toutes les régions du monde, les décès représentent la partie émergée de l'iceberg en ce qui concerne la violence. Les agressions physiques et sexuelles sont quotidiennes, même si l'on ne dispose pas d'estimations nationales et internationales précises en la matière. Toutes les

TABLEAU 1.3

Taux mondial d'homicides et de suicides par groupes d'âge en l'an 2000 (estimation)

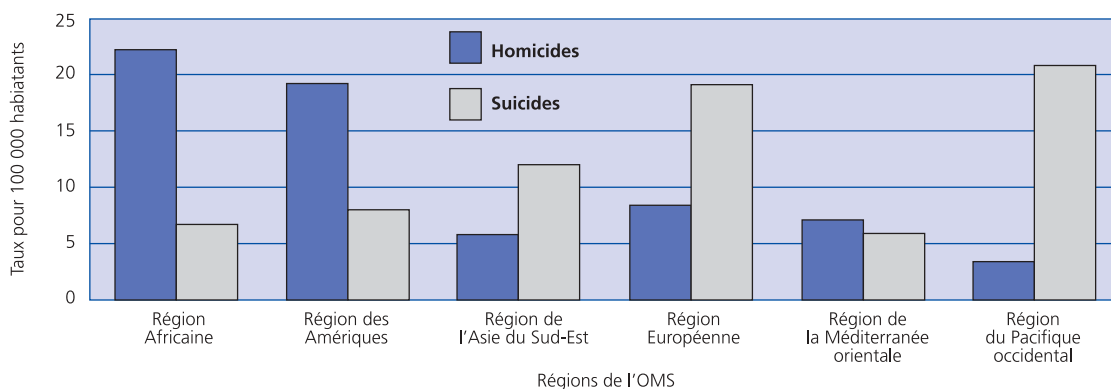
Groupe d'âge (années)	Taux d'homicides (pour 100 000 habitants)		Taux de suicides (pour 100 000 habitants)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0-4	5,8	4,8	0,0	0,0
5-14	2,1	2,0	1,7	2,0
15-29	19,4	4,4	15,6	12,2
30-44	18,7	4,3	21,5	12,4
45-59	14,8	4,5	28,4	12,6
≥60	13,0	4,5	44,9	22,1
Total ^a	13,6	4,0	18,9	10,6

Source : Première version du projet de l'OMS sur le fardeau mondial des maladies en 2000 (voir annexe statistique).

^a Standardisé selon l'âge.

FIGURE 1.2

Taux d'homicides et de suicides par Région de l'OMS, 2000



agressions ne se soldent pas par des traumatismes assez graves pour que la victime ait besoin de soins médicaux et, même parmi celles qui font des blessés graves, les systèmes de surveillance qui permettraient de signaler ces traumatismes et d'en dresser un bilan n'existent pas dans beaucoup de pays ou en sont encore au stade d'ébauche.

Ce que l'on sait de la violence non mortelle provient en grande partie d'enquêtes et d'études spéciales portant sur différents groupes de population. Par exemple, dans les enquêtes nationales, le pourcentage de femmes qui signalent avoir été agressées physiquement par un partenaire intime va de 10 % au Paraguay et aux Philippines, à 22,1 % aux Etats-Unis d'Amérique, 29,0 % au Canada et 34,4 % en Egypte (18–21). La proportion de femmes de diverses villes ou provinces du monde qui déclarent avoir été victimes d'agression sexuelle (y compris d'une tentative d'agression) varie de 15,3 % à Toronto (Canada) à 21,7 % à León (Nicaragua), 23,0 % à Londres (Angleterre) et 25,0 % dans une province du Zimbabwe (21–25). Parmi les adolescents des écoles secondaires, le pourcentage de garçons qui déclarent s'être battus physiquement dans l'année écoulée va de 22,0 % en Suède et 44,0 % aux Etats-Unis à 76,0 % à Jérusalem (Israël) (26–28).

Il est à noter que ces données reposent dans une large mesure sur les déclarations des intéressés. Il est difficile de savoir si elles surestiment ou sous-estiment l'ampleur réelle des agressions physiques et sexuelles dans ces groupes de population. Il est

certain que dans les pays où la culture veut que la violence reste une affaire privée ou, tout simplement, qu'elle soit acceptée comme « naturelle », la violence non mortelle n'est probablement déclarée qu'en partie. Il se peut que les victimes hésitent à parler d'incidents violents non seulement par honte et à cause de tabous, mais aussi par peur. Dans certains pays, on risque sa vie en admettant que l'on a subi certains types de violence, comme le viol. Dans certaines cultures, la préservation de l'honneur familial suffit à justifier le meurtre de femmes qui ont été violées (ce qu'on appelle les « crimes d'honneur »).

Le coût de la violence

La violence a un prix humain et économique pour les pays, et elle coûte des milliards de dollars par an à leur économie en soins de santé, en frais de justice, en absentéisme au travail et en perte de productivité. Aux Etats-Unis d'Amérique, une étude de 1992 estimait à 126 milliards de dollars américains les coûts directs et indirects annuels des blessures par balle. Quant aux blessures à l'arme blanche, elles coûtent 51 milliards de dollars américains (29). Dans une étude réalisée en 1996 dans la province canadienne du Nouveau-Brunswick, le coût total moyen par suicide était évalué à plus de 849 000 dollars américains. Au total, les coûts directs et indirects, y compris pour les services de santé, les autopsies, les enquêtes de police et la perte de productivité résultant de décès prématurés, approchaient 80 millions de dollars américains (30).

La violence ne coûte pas cher uniquement au Canada et aux États-Unis. Entre 1996 et 1997, la Banque interaméricaine de développement a commandé des études sur l'ampleur et l'incidence économique de la violence dans six pays d'Amérique latine (31). Toutes se sont penchées sur les dépenses des services de santé, des services de police et des services judiciaires imputables à la violence, ainsi que sur les pertes immatérielles et les pertes résultant du transfert de biens. En 1997, en pourcentage du produit intérieur brut (PIB), les dépenses de santé découlant de la violence représentaient 1,9 % du PIB brésilien, 5,0 % du PIB colombien, 4,3 % du PIB salvadorien, 1,3 % du PIB mexicain, 1,5 % du PIB péruvien et 0,3 % du PIB vénézuélien.

Il est difficile de calculer précisément le fardeau que représentent tous les types de violence pour les systèmes de santé, ou leur incidence sur la productivité économique mondiale. Les éléments dont on dispose, montrent que les personnes qui ont été victimes de violence familiale et sexuelle pendant l'enfance ont plus de problèmes de santé, des frais correspondants sensiblement plus élevés et qu'elles se rendent plus souvent aux services des urgences au cours de leur vie que les personnes qui n'ont pas été maltraitées (voir chapitres 4 et 6). Il en va de même des victimes de mauvais traitements et de négligence (voir chapitre 3). Ces coûts contribuent considérablement aux dépenses de santé annuelles.

Comme on manque aussi généralement d'évaluations nationales des coûts pour d'autres problèmes de santé tels que la dépression, le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie, les grossesses non désirées, le virus de l'immunodéficience humaine et le syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/SIDA) et d'autres maladies sexuellement transmissibles et infections (que des études à petite échelle ont toutes liées à la violence) (32–37), il n'est pas encore possible de calculer le poids économique mondial de ces problèmes en rapport avec la violence.

Les racines de la violence – un modèle écologique

Aucun facteur n'explique à lui seul pourquoi certaines personnes sont violentes envers d'autres ou pourquoi la violence est plus courante dans certaines communautés que dans d'autres. La violence résulte de l'interaction complexe de facteurs individuels, relationnels, sociaux, culturels et environnementaux. Il est important, entre autres, dans l'approche de santé publique adoptée dans la prévention de la violence, de comprendre le lien entre ces facteurs et la violence.

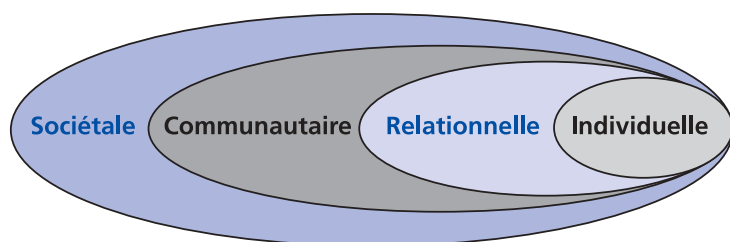
Niveaux multiples

Les chapitres du présent rapport appliquent un modèle écologique pour aider à comprendre les multiples facettes de la violence. Ce modèle écologique, qui a été utilisé pour la première fois à la fin des années 1970 (38, 39), a d'abord été appliqué aux mauvais traitements à enfant (38) puis à la violence chez les jeunes (40, 41). Plus récemment, les chercheurs l'ont utilisé pour comprendre la violence perpétrée par le partenaire intime (42, 43) et les sévices infligés aux personnes âgées (44, 45). Le modèle, qui étudie la relation entre les facteurs individuels et contextuels, considère que la violence est le produit d'influences exercées sur le comportement à de multiples niveaux (voir figure 1.3).

Individuel

Le premier niveau du modèle écologique vise à cerner les facteurs biologiques et liés à l'histoire personnelle qui interviennent dans le comportement individuel. En plus des facteurs biologiques et démographiques, des facteurs tels que l'impulsivité,

FIGURE 1.3
Modèle écologique servant à comprendre la violence



le faible niveau d'instruction, l'abus de substances et des antécédents violents ou abusifs sont pris en considération. Autrement dit, à ce niveau, le modèle écologique s'intéresse aux caractéristiques individuelles qui font augmenter le risque que la personne soit victime ou auteur de violence.

Relations

Le deuxième niveau du modèle écologique vise à déterminer en quoi les relations sociales proches – par exemple, les relations avec les pairs, les partenaires intimes et les membres de la famille – font également augmenter le risque d'être victime ou auteur de violence. Dans le cas de la violence exercée par les partenaires et des mauvais traitements infligés aux enfants, par exemple, des interactions quasi quotidiennes ou le fait de partager le domicile de l'agresseur risquent d'accroître les possibilités d'incidents. Les personnes étant liées par une relation continue, il est probable dans ces cas que la victime soit exposée à des violences répétées (46). Dans le cas de la violence interpersonnelle chez les jeunes, la recherche montre que les jeunes risquent plus de se livrer à des activités négatives lorsque ces comportements sont encouragés et approuvés par leurs amis (47, 48). Les pairs, les partenaires intimes et les membres de la famille peuvent tous influencer sur le comportement de la personne et sur ce qu'elle vit.

Communautés

Le troisième niveau du modèle écologique, qui examine les contextes communautaires dans lesquels sont ancrées les relations sociales, comme l'école, le lieu de travail et le voisinage, vise à cerner les caractéristiques de ces cadres de vie associés au fait d'être victime ou auteur de violence. Un taux de mobilité résidentielle élevé, autrement dit des déménagements fréquents, l'hétérogénéité de la population, ou sa grande diversité, et un « ciment » social quasi inexistant dans les communautés, ainsi qu'une forte densité démographique sont autant d'exemples de ces caractéristiques et chacune est associée à la violence. De même, les communautés qui connaissent des problèmes tels que le trafic de stupéfiants, un taux de chômage élevé ou un

isolement social général (par exemple, les gens ne connaissent pas leurs voisins ou ne participent pas à la vie communautaire locale), risquent plus également d'être confrontés à la violence. La recherche sur la violence montre que les risques de violence sont plus importants dans certains contextes communautaires que dans d'autres – par exemple, dans les quartiers pauvres ou délabrés, ou encore là où le soutien institutionnel est minime.

Société

Le quatrième et dernier niveau du modèle écologique examine les facteurs de société plus généraux qui influent sur les taux de violence. Il s'agit de facteurs qui créent un climat de violence acceptable, qui réduisent les inhibitions contre la violence, et qui créent et perpétuent un fossé entre différents segments de la société – ou des tensions entre différents groupes ou pays. En voici quelques exemples :

- des normes culturelles selon lesquelles il est acceptable de recourir à la violence pour résoudre des conflits ;
- des attitudes qui considèrent le suicide comme une affaire de choix individuel, au lieu d'y voir un acte de violence que l'on peut prévenir ;
- des normes selon lesquelles les droits parentaux l'emportent sur le bien-être de l'enfant ;
- des normes qui affirment la domination de l'homme sur les femmes et les enfants ;
- des normes qui valident le recours à la force excessive par la police contre les citoyens ;
- des normes qui encouragent les conflits politiques.

Parmi les facteurs de société plus généraux, citons également les politiques économiques et sociales et les politiques en matière d'éducation et de santé qui maintiennent des disparités économiques ou sociales importantes entre des groupes de la société (voir encadré 1.2).

Le cadre de référence écologique met en lumière les multiples causes de la violence et l'interaction des facteurs de risque présents au sein de la famille et dans les contextes économiques, sociaux, culturels et communautaires en général. Replacé dans le contexte

ENCADRE 1.2**Mondialisation : les conséquences pour la prévention de la violence**

La circulation et l'échange d'information, d'idées, de services et de produits toujours plus rapides et de plus en plus généralisés qui caractérisent la mondialisation font peu à peu disparaître les frontières politiques et fonctionnelles qui séparent les peuples en Etats souverains. En revanche, ce phénomène alimente une expansion massive du commerce international qui s'accompagne d'une demande de production économique accrue, ce qui crée des millions d'emplois et fait augmenter le niveau de vie dans quelques pays de manière inimaginable auparavant. Toutefois, les effets de la mondialisation sont tout à fait inégaux. Dans certaines régions du monde, elle entraîne une accentuation des inégalités de revenu et elle contribue à détruire des facteurs tels que la cohésion sociale qui protégeaient de la violence interpersonnelle.

En ce qui concerne la prévention de la violence, les avantages et les obstacles qui découlent de la mondialisation peuvent se résumer comme suit.

Les effets positifs

La croissance énorme de l'échange d'information provoquée par la mondialisation a donné naissance à de nouvelles alliances et à de nouveaux réseaux qui peuvent contribuer à améliorer les données recueillies sur la violence, tant du point de vue qualitatif que quantitatif. Là où la mondialisation fait augmenter le niveau de vie et contribue à réduire les inégalités, il y a plus de chances que l'on recoure à des interventions économiques pour apaiser les tensions et les conflits nationaux et internationaux. En outre, la mondialisation crée de nouvelles façons d'utiliser des mécanismes internationaux pour :

- Mener des recherches sur la violence – tout particulièrement sur des facteurs économiques, sociaux et politiques qui transcendent les frontières nationales.
- Stimuler des activités de prévention de la violence à une échelle régionale et mondiale.
- Appliquer des lois et des traités internationaux visant à faire reculer la violence.
- Appuyer des mesures de prévention de la violence prises dans des pays et tout particulièrement par ceux dont les moyens sont limités en la matière.

Les effets négatifs

Il est probable que l'on assiste à une augmentation de la violence interpersonnelle dans les sociétés où les inégalités sont déjà grandes et où la mondialisation creuse encore l'écart entre les pauvres et les riches. Une évolution sociale rapide dans un pays provoquée par de fortes pressions générales, comme cela a été le cas, par exemple, dans certains des Etats de l'ancienne Union soviétique, risque de balayer des contrôles sociaux exercés sur des comportements et de créer des conditions propices à un niveau de violence élevé. De plus, la levée des contraintes du marché et les incitations croissantes à la recherche du profit qui découlent de la mondialisation peuvent se traduire, entre autres, par un libre accès plus marqué à l'alcool, aux drogues et aux armes à feu, malgré les efforts déployés pour réduire leur utilisation dans des incidents violents.

La nécessité de mesures mondiales

La lutte contre la violence ne peut plus relever uniquement de politiques nationales. Au contraire, elle doit être menée vigoureusement à l'échelle mondiale également, par l'intermédiaire d'Etats regroupés, d'organismes internationaux et de réseaux internationaux d'organisations gouvernementales et non gouvernementales. Ces efforts internationaux doivent viser à exploiter les aspects positifs de la mondialisation pour le bien général, tout en cherchant à en limiter les aspects négatifs.

du développement, le modèle écologique montre également comment différents facteurs peuvent être la cause de la violence à différents stades de la vie.

Des liens complexes

Certains facteurs de risque correspondent à un type particulier de violence, mais, plus généralement, les divers types de violence ont plusieurs facteurs de risque en commun. Les normes culturelles courantes, la pauvreté, l'isolement social et des facteurs tels que l'alcoolisme, la toxicomanie et l'accès à des armes à feu sont des facteurs de risque pour plus d'un type de violence. En conséquence, il n'est pas inhabituel que certaines personnes à risque soient exposées à plus d'un type de violence. Ainsi, les femmes exposées à la violence physique de la part de leur partenaire intime risquent également d'être victimes de la violence sexuelle (18).

Il n'est pas inhabituel non plus de détecter des liens entre différents types de violence. La recherche montre que l'exposition à la violence familiale n'est pas étrangère au fait de devenir victime ou auteur de violence à l'adolescence et à l'âge adulte (49). Les enfants rejetés, négligés ou qui souffrent de l'indifférence de leurs parents risquent plus d'adopter des comportements agressifs et antisociaux, voire violents, à l'âge adulte (50–52). Des liens ont été établis entre le comportement suicidaire et plusieurs types de violence, y compris les mauvais traitements à enfant (53, 54), la violence exercée par le partenaire intime (33, 55), les agressions sexuelles (53) et les sévices infligés aux personnes âgées (56, 57). Au Sri Lanka, le taux de suicides baisse en temps de guerre, puis remonte une fois le conflit violent terminé (58). Dans bien des pays qui ont connu des conflits violents, le taux de violence interpersonnelle reste élevé même après la cessation des hostilités, notamment parce que la violence est plus acceptée socialement et parce qu'il est facile de se procurer des armes.

Les liens entre la violence et l'interaction entre les facteurs individuels et le contexte économique, social et culturel plus général donnent à penser qu'en s'attaquant aux facteurs de risque aux différents niveaux du modèle écologique, on contribuera peut-être à faire reculer plus d'un type de violence.

Comment peut-on prévenir la violence?

Les deux premières étapes du modèle de la santé publique fournissent des informations importantes sur les populations où des interventions préventives sont nécessaires, ainsi que sur les facteurs de risque et les facteurs protecteurs sur lesquels il faut se pencher. Un des principaux objectifs de la santé publique est de mettre ces connaissances en pratique.

Types de prévention

Les interventions de santé publique se caractérisent généralement par trois paliers de prévention :

- La prévention primaire, qui vise à prévenir la violence avant qu'elle se produise.
- La prévention secondaire, qui met l'accent sur les réponses les plus immédiates à la violence, comme les soins préhospitaliers, les services des urgences ou, après un viol, le traitement des maladies sexuellement transmissibles.
- La prévention tertiaire, qui concerne les soins à long terme après la violence, comme des tentatives de rééducation et de réinsertion pour atténuer les traumatismes ou réduire le handicap à long terme associé à la violence.

Ces trois paliers de prévention se caractérisent par leur aspect temporaire, que la prévention intervienne avant que se produise la violence, immédiatement après ou à plus long terme. Bien qu'ils visent habituellement les victimes de violence et qu'ils interviennent dans le cadre de soins, les efforts de prévention secondaire et tertiaire sont également considérés comme très pertinents par rapport aux auteurs de violence et on y recourt dans le cadre judiciaire en réponse à la violence.

Les chercheurs spécialistes de la prévention de la violence optent de plus en plus pour une définition de la prévention axée sur le groupe cible. Cette définition regroupe les interventions comme suit (59) :

- Les interventions universelles, qui visent certains groupes ou la population en général, sans tenir compte des risques individuels ; il s'agit, par exemple, de programmes sur la prévention de la violence enseignés à tous les élèves d'une école ou à des enfants d'âge

particulier et de campagnes médiatiques menées dans toute la communauté.

- Des interventions choisies, qui visent les personnes que l'on considère plus exposées à la violence (qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque en la matière) ; l'éducation parentale offerte aux parents isolés à faible revenu est un exemple de ce type d'intervention.
- Les interventions indiquées, qui visent les personnes ayant déjà manifesté un comportement violent ; il s'agit notamment du traitement des auteurs de violence familiale.

A ce jour, de nombreux efforts, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement, portent sur les réponses secondaires et tertiaires à la violence. Naturellement, la priorité est donnée aux remèdes à apporter aux conséquences immédiates de la violence, à l'aide aux victimes et au châtement des auteurs de violence. Ces réponses, qui sont importantes et pas assez développées, devraient s'accompagner d'un plus grand investissement dans la prévention primaire. Non seulement une réponse globale à la violence protège et aide les victimes de violence, mais elle encourage également la non-violence, fait reculer les actes de violence, et change la situation propice à la violence au départ.

Des réponses aux multiples facettes

Parce que la violence est un problème aux multiples facettes qui a des origines biologiques, psychologiques, sociales et environnementales, il faut s'y attaquer à plusieurs niveaux à la fois. Le modèle écologique joue un double rôle à cet égard : chaque niveau du modèle représente un niveau de risque et peut également être considéré comme un point d'intervention essentiel.

Pour réagir à la violence à divers niveaux, il faut :

- prendre des mesures par rapport aux facteurs de risque individuels et modifier directement les comportements individuels ;
- influencer sur les relations interpersonnelles proches et s'efforcer de créer un milieu familial sain, et offrir une aide professionnelle aux familles dysfonctionnelles ;
- surveiller les lieux publics tels que les écoles, les lieux de travail, d'autres établissements et le

voisinage, et régler les problèmes qui risquent de déboucher sur de la violence ;

- remédier à l'inégalité des sexes et aux attitudes et pratiques culturelles néfastes ;
- s'attaquer aux facteurs économiques, sociaux et culturels plus généraux qui contribuent à la violence et prendre des mesures pour les modifier, y compris pour combler le fossé entre les riches et les pauvres et pour assurer un accès équitable aux biens, aux services et aux possibilités.

Documenter les mesures efficaces

En règle générale, en ce qui concerne l'approche de santé publique par rapport à la violence, tous les efforts, petits et grands, devraient être évalués rigoureusement. Il est fort utile pour tout le monde de documenter les réponses existantes et d'encourager une évaluation strictement scientifique des interventions menées dans différents cadres. Cette démarche est particulièrement nécessaire pour d'autres qui essaient de déterminer quelles seront pour eux les meilleures réactions face à la violence et les stratégies qui peuvent contribuer à changer la situation.

Il est également fort utile de réunir tous les éléments disponibles et l'expérience aux fins d'intercession, car cela démontre aux décideurs que l'on peut faire quelque chose. Plus important encore, ils en retirent des idées précieuses quant aux mesures qui peuvent réduire la violence.

Intervention de santé publique équilibrée

Il faut du temps pour obtenir des résultats lorsque l'on mène des recherches rigoureuses. La tentation de n'investir que dans des approches éprouvées ne devrait pas empêcher d'appuyer d'autres approches prometteuses. Il s'agit, en l'occurrence, d'approches qui ont été évaluées mais qui doivent encore être mises à l'essai dans divers cadres et avec différents groupes de population.

Il est bon aussi de tester divers programmes et d'utiliser les initiatives et idées de communautés locales. La violence est un problème beaucoup trop pressant pour que l'on retarde des interventions de santé publique en attendant d'avoir acquis des connaissances parfaites.

Les normes culturelles

Dans différentes régions du monde, la spécificité culturelle et les traditions sont parfois avancées pour justifier des pratiques sociales particulières qui perpétuent la violence. L'oppression des femmes est un des exemples les plus souvent cités, mais on peut en donner beaucoup d'autres.

Dans tous les efforts de prévention, il faut faire preuve de sensibilité et de respect par rapport aux normes culturelles – de sensibilité parce que, souvent, les gens sont passionnément attachés à leurs traditions, et de respect parce que la culture est souvent une source de protection contre la violence. On sait par expérience qu'il est important, lorsque l'on conçoit et met en œuvre des programmes, de consulter dès le départ puis de façon continue des chefs religieux et traditionnels, des groupes laïques et des personnalités de la communauté, par exemple, des guérisseurs traditionnels.

Agir contre la violence à tous les niveaux

Le succès à long terme de la prévention de la violence dépendra de plus en plus d'approches globales à tous les niveaux.

Niveau local

Au niveau local, on retrouve parmi les partenaires des fournisseurs de soins de santé, la police, des éducateurs, des travailleurs sociaux, des employeurs et des représentants du gouvernement. Il y a beaucoup à faire à ce niveau pour promouvoir la prévention de la violence. Des programmes pilotes et des projets de recherche à petite échelle permettent d'essayer des idées et, plus important sans doute, de donner l'occasion à des partenaires de s'habituer à travailler ensemble. Des structures telles que des groupes de travail ou des commissions, qui réunissent les différents secteurs et maintiennent des contacts officiels et officieux, sont essentielles au succès de ce type de collaboration.

Niveau national

Des partenariats multisectoriels sont très souhaitables, tant au niveau national que local. Différents ministères, et pas seulement ceux qui ont compétence en matière d'application de la loi, de services

sociaux et de santé, peuvent beaucoup contribuer à la prévention de la violence. Les ministères de l'éducation sont des partenaires évidents, étant donné l'importance des interventions dans les écoles. Les ministères du travail peuvent beaucoup faire pour réduire la violence en milieu de travail, notamment en collaboration avec les syndicats et les employeurs (voir encadré 1.3). Les ministères de la défense peuvent influencer positivement sur l'attitude par rapport à la violence de nombreux jeunes gens qui se trouvent sous les drapeaux, en encourageant la discipline, en mettant l'accent sur les codes d'honneur et en faisant bien comprendre que les armes peuvent être meurtrières. Les organisations et les chefs religieux ont un rôle à jouer dans leur travail pastoral et, le cas échéant, en offrant leurs bons offices dans la médiation de problèmes particuliers.

Niveau mondial

Comme le montrent, par exemple, la réponse internationale face au SIDA et les secours qui s'organisent en cas de catastrophe, la coopération et l'échange d'informations entre organisations à l'échelle mondiale peuvent se révéler très positifs, à l'instar des partenariats à l'échelle nationale et locale. En tant qu'organisme des Nations Unies chargé de la santé, l'OMS a manifestement un rôle important à jouer à cet égard à l'échelle planétaire. Cependant, d'autres organismes internationaux ont également beaucoup à offrir dans leur domaine de spécialisation, comme le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (pour ce qui est des droits de l'homme), le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (réfugiés), l'UNICEF (bien-être des enfants), le Fonds des Nations Unies pour la femme et le Fonds des Nations Unies pour la population (santé des femmes), le Programme des Nations Unies pour le développement (développement humain), l'Institut interrégional de recherche des Nations Unies sur la criminalité et la justice (criminalité) et la Banque mondiale (financement et gouvernance), pour n'en nommer que quelques-uns. Des donateurs internationaux, des programmes bilatéraux, des organisations non gouvernementales et des organisations religieuses participent déjà à des activités de prévention de la violence dans le monde.

ENCADRE 1.3**Une approche globale de la prévention de la violence au travail**

La violence en milieu de travail est une des principales causes de décès et de traumatismes dans beaucoup de régions du monde. Aux Etats-Unis d'Amérique, les statistiques officielles classent les homicides au deuxième rang des causes de décès en milieu de travail – après les accidents de la route – pour les hommes et au premier rang pour les femmes. Dans l'Union européenne, quelque trois millions de travailleurs (2 % de la population active) ont été victimes de violence physique au travail. Il ressort d'études portant sur des travailleuses immigrées philippines que beaucoup, notamment parmi celles qui travaillent comme aides ménagères ou dans l'industrie du spectacle, sont victimes de violence dans leur travail de façon disproportionnée.

La violence au travail est non seulement physique mais aussi psychologique. Beaucoup de travailleurs subissent des brimades, sont victimes de harcèlement sexuel, de menaces, de mesures d'intimidation et d'autres formes de violence psychologique. Au Royaume-Uni, la recherche montre que 53 % des employés font l'objet de brimades au travail et que 78 % sont témoins de ce type de comportement. En Afrique du Sud, on rapporte que les hostilités en milieu de travail sont « anormalement élevées » et une étude récente montre que 78 % des personnes interrogées ont subi des brimades à un moment ou à un autre en milieu de travail.

Des actes de violence répétés, qui vont de persécutions à des menaces en passant par le harcèlement sexuel, le tout pour humilier et rabaisser les personnes visées, risquent aussi, à force, de dégénérer en cas très sérieux. En Suède, on estime que ce type de comportement est un facteur dans 10 à 15 % des suicides.

Les coûts

La violence en milieu de travail perturbe aussitôt, et souvent durablement, les relations interpersonnelles et tout l'environnement de travail, et elle a un coût qui se présente comme suit :

- Coûts directs, qui découlent notamment :
 - d'accidents;
 - de maladies;
 - d'une invalidité et du décès;
 - de l'absentéisme;
 - du roulement du personnel.
- Coûts indirects, y compris :
 - perte d'efficacité au travail;
 - baisse de la qualité des produits ou des services et ralentissement de la production;
 - diminution de la compétitivité.
- Coûts plus invisibles, y compris :
 - dégradation de l'image d'une organisation;
 - baisse de la motivation et du moral;
 - perte de loyauté envers l'organisation;
 - diminution de la créativité;
 - environnement moins propice au travail.

Les réponses

Pour lutter contre la violence dans d'autres cadres, une approche globale est nécessaire. La violence au travail ne se résume pas à un problème individuel qui survient de temps en temps. Il s'agit, en fait, d'un problème structurel dont les causes socio-économiques, culturelles et organisationnelles sont bien plus vastes.

ENCADRE 1.3 (suite)

La réaction traditionnelle à la violence au travail, qui repose exclusivement sur l'application de règlements, ne suffit pas à remédier à bon nombre de situations en milieu de travail. L'approche globale, qui met l'accent sur les causes de la violence en milieu de travail, vise à faire en sorte que la santé, la sécurité et le bien-être des travailleurs deviennent partie intégrante du développement de l'organisation.

Le type de programme systématique et ciblé destiné à prévenir la violence au travail qui est de plus en plus adopté comprend les éléments suivants :

- la collaboration active des organisations syndicales et patronales dans la formulation de politiques et de programmes de lutte contre la violence en milieu de travail;
- une réglementation et des lignes directrices complémentaires émanant du gouvernement national et de l'administration locale;
- la diffusion d'études de cas portant sur de bonnes méthodes de prévention de la violence au travail;
- l'amélioration de l'environnement de travail, des styles de gestion et de l'organisation du travail;
- plus de possibilités de formation;
- une aide notamment psychologique aux victimes.

En établissant un lien direct entre la santé et la sécurité, d'une part, et la gestion et le développement d'une organisation, d'autre part, cette approche globale permet d'agir rapidement et de manière durable pour éliminer la violence en milieu de travail.

Problèmes pour les décideurs nationaux

S'il est possible, dans une large mesure, de prévenir la violence, on peut se demander pourquoi plus d'efforts ne sont pas consentis dans ce sens, notamment à l'échelle nationale ou provinciale, ou encore au niveau des États.

Un des grands obstacles est tout simplement l'ignorance. Pour beaucoup de décideurs, l'idée que la violence constitue un problème de santé publique est nouvelle et, en fait, assez contraire à leur conviction qu'il s'agit d'un problème de criminalité. C'est tout particulièrement le cas pour les formes moins visibles de la violence, comme les mauvais traitements infligés aux enfants, aux femmes et aux personnes âgées. L'idée que l'on peut prévenir la violence est, elle aussi, nouvelle pour eux et certains en doutent. Pour beaucoup de gouvernants, une société non violente semble utopique ; autrement dit, il est beaucoup plus réaliste de partir de l'idée d'un degré de violence « acceptable », en particulier dans les rues où ils vivent. Pour d'autres, paradoxalement, c'est l'inverse qui est vrai : comme

la violence est en grande partie cachée, distante ou sporadique, la paix et la sécurité leur semblent prédominer. Tout comme on tient la propreté de l'air pour acquise tant que le ciel ne se remplit pas de smog, on ne s'intéresse à la violence que lorsqu'elle arrive à notre porte. Il n'est donc guère surprenant que certaines des solutions les plus novatrices viennent des administrations municipales et communautaires, c'est-à-dire de ceux qui côtoient le problème de façon quotidienne.

La faisabilité des actions envisageables est également problématique. Les décideurs ne sont pas assez nombreux à voir que l'on peut prévenir bien des formes de violence. Beaucoup trop d'entre eux pensent que les approches traditionnelles de la justice pénale sont les seules qui « marchent ». Or, cette attitude revient à occulter tous les types de violence que l'on rencontre dans la société. Elle fait aussi que l'on continue de se concentrer sur certaines formes de violence très visibles, notamment la violence chez les jeunes, et de prêter beaucoup moins attention à d'autres types de violence, comme la violence perpétrée par les partenaires intimes et les mauvais traitements

infligés aux enfants et aux personnes âgées, au sujet desquels la justice pénale réagit moins et de façon moins efficace.

La détermination pose également un problème. La violence est un sujet extrêmement délicat et bien des pays hésitent à prendre des mesures qui remettent en question des attitudes ou des pratiques courantes. Il faut beaucoup de courage politique pour essayer de nouvelles approches dans des domaines tels que le maintien de l'ordre et la sécurité publique.

Dans les trois cas, les professionnels de la santé publique, les établissements d'enseignement, les organisations non gouvernementales et les organisations internationales ont un rôle important à jouer pour ce qui d'aider les gouvernements à mieux connaître les interventions possibles et à y croire. Cela comprend, d'une part, défendre des idées en utilisant l'éducation et des données scientifiques et, d'autre part, servir de partenaire ou de consultant pour contribuer à l'élaboration de politiques et à la conception ou à la mise en œuvre d'interventions.

Conclusion

La santé publique se préoccupe de la santé et du bien-être des populations de manière globale. Or, la violence nuit considérablement à ce bien-être. L'objectif de la santé publique est de créer partout dans le monde des communautés sûres et en bonne santé. Il est primordial aujourd'hui de persuader tous les secteurs – à l'échelle mondiale, nationale et communautaire – d'adhérer à cet objectif. Les responsables de la santé publique peuvent beaucoup contribuer à l'établissement de politiques et de plans nationaux en matière de prévention de la violence et à la formation de partenariats intersectoriels importants. Ils peuvent aussi veiller à ce que l'on alloue les moyens nécessaires aux efforts de prévention.

Les responsables de la santé publique n'ont pas à guider toutes les mesures de prévention et de réaction en matière de violence, et ils ne le peuvent d'ailleurs pas, mais ils ont un rôle important à jouer. Les données dont disposent, entre autres, les organismes de santé publique, la compréhension

obtenue grâce à des méthodes scientifiques et la volonté de trouver des réponses efficaces sont autant d'atouts importants que le domaine de la santé publique apporte à la riposte mondiale face à la violence.

Bibliographie

1. Mercy JA et al. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, 1993, 12 :7–29.
2. WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence : a public health priority*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document non publié WHO/EHA/SPL.POA.2).
3. Walters RH, Parke RD. Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence. In : Berkowitz L, ed. *Advances in experimental social psychology*. Vol. 1. New York, (Etats-Unis d'Amérique) Academic Press, 1964 :231–276.
4. Dodge KA, Coie JD. Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, 53 :1146–1158.
5. Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Current Issues in Public Health*, 1995, 1 :2–9.
6. Kruger J et al. A public health approach to violence prevention in South Africa. In : van Eeden R, Wentzel M. *The dynamics of aggression and violence in South Africa*. Pretoria (Afrique du Sud), Human Sciences Research Council, 1998 :399–424.
7. Houry D et al. Emergency department documentation in cases of intentional assault. *Annals of Emergency Medicine*, 1999, 34 :715–719.
8. WHO multi-country study of women's health and domestic violence. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1999 (document non publié WHO/FCH/GWH/02/01)
9. Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé (publié en collaboration avec les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis), 2001 (document non publié WHO/NMH/VIP/01.02).
10. Sethi D, Krug E. *Guidance for surveillance of injuries due to landmines and unexploded ordnance*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2000 (document non publié WHO/NMH/PVI/00.2).
11. Saltzman LE et al. *Intimate partner surveillance : uniform definitions and recommended data elements*, Version 1.0. Atlanta, Géorgie (Etats-Unis d'Amérique), National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

12. *Uniform data elements for the national fatal firearm injury reporting system*. Boston, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard Injury Control Research Center, Harvard School of Public Health, 2000.
13. *Data elements for emergency departments*. Atlanta, Géorgie (Etats-Unis d'Amérique), National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1997.
14. Dahlberg LL, Toal SB, Behrens CB. *Measuring violence-related attitudes, beliefs, and behaviors among youths : a compendium of assessment tools*. Atlanta, Géorgie (Etats-Unis d'Amérique), Centers for Disease Control and Prevention, 1998.
15. *Putting women first : ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2001 (document non publié WHO/FCH/GWH/01.01).
16. *Annuaire des statistiques sanitaires mondiales, 1996*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1998.
17. Anderson RN. Deaths : leading causes for 1999. *National Vital Statistics Reports*, 2001, 49 :1-87.
18. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
19. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women : findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
20. Rodgers K. Wife assault : the findings of a national survey. *Juristat Bulletin Service*, 1994, 14 :1-22.
21. El-Zanaty F et al. *Egypt demographic and health survey, 1995*. Calverton, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Macro International, 1996.
22. Randall M et al. Sexual violence in women's lives : findings from the women's safety project, a community-based survey. *Violence Against Women*, 1995, 1 :6-31.
23. Ellsberg MC et al. Candies in hell : women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51 :1595-1610.
24. Mooney J. *The hidden figure : domestic violence in North London*. Londres (Royaume-Uni), Middlesex University, 1993.
25. Watts C et al. Withholding sex and forced sex : dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6 :57-65.
26. Grufman M, Berg-Kelly K. Physical fighting and associated health behaviours among Swedish adolescents. *Acta Paediatrica*, 1997, 86 :77-81.
27. Kann L et al. Youth risk behavior surveillance : United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49 :1-104 (CDC Surveillance Summaries, SS-5).
28. Gofin R, Palti H, Mandel M. Fighting among Jerusalem adolescents : personal and school-related factors. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27 :218-223.
29. Miller TR, Cohen MA. Costs of gunshot and cut/stab wounds in the United States, with some Canadian comparisons. *Accident Analysis and Prevention*, 1997, 29 :329-341.
30. Clayton D, Barcel A. Coût de la mortalité par suicide au Nouveau-Brunswick, 1996. *Maladies chroniques au Canada*, 1999, 20 :89-95.
31. Buvinic M, Morrison A. *Violence as an obstacle to development*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque interaméricaine de développement, 1999 :1-8 (Technical Note 4 : Economic and social consequences of violence).
32. Kaplan SJ et al. Adolescent physical abuse : risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155 :954-959.
33. Kaslow NJ et al. Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African-American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66 :533-540.
34. Pederson W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimization : a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91 :565-581.
35. Holmes MM et al. Rape-related pregnancy : estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175 :320-325.
36. Kakar F et al. The consequences of landmines on public health. *Prehospital Disaster Medicine*, 1996, 11 :41-45.
37. Toole MJ. Complex emergencies : refugee and other populations. In : Noji E. *The public health consequences of disasters*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Oxford University Press, 1997 :419-442.
38. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations : the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49 :604-616.
39. Bronfenbrenner V. *The ecology of human development : experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard University Press, 1979.

40. Garbarino J. *Adolescent development : an ecological perspective*. Columbus, Ohio (Etats-Unis d'Amérique), Charles E. Merrill, 1985.
41. Tolan H, Guerra G. *What works in reducing adolescent violence : an empirical review of the field*. Boulder, Colorado (Etats-Unis d'Amérique), University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.
42. Chaulk R, King PA. *Violence in families : assessing prevention and treatment programs*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Academy Press, 1998.
43. Heise LL. Violence against women : an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4 :262–290.
44. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11 :79–103.
45. Carp RM. *Elder abuse in the family : an interdisciplinary model for research*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Springer, 2000.
46. Reiss AJ, Roth JA. *Violence in families : understanding and preventing violence. Panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 1*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Academy Press, 1993 :221–245.
47. Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence : implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. In : Howell JC et al., eds. *Sourcebook on serious, violent and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1995 :213–237.
48. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of serious delinquency in adolescence and early adulthood : a synthesis of longitudinal research. In : Loeber R, Farrington DP. *Serious and violent juvenile offenders : risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1998 :86–105.
49. Maxfield MG, Widom CS. The cycle of violence : revisited 6 years later. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1996, 150 :390–395.
50. Farrington DP. The family backgrounds of aggressive youths. In : Hersov LA, Berger M, Shaffer D. *Aggression and antisocial behavior in childhood and adolescence*. Oxford (Royaume-Uni), Pergamon Press, 1978 :73–93.
51. McCord J. A forty-year perspective on the effects of child abuse & neglect. *Child Abuse and Neglect*, 1983, 7 :265–270.
52. Widom CS. Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology*, 1989, 27 :251–272.
53. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 2001, 135 :17–36.
54. Brown J et al. Childhood abuse and neglect : specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38 :1490–1496.
55. Stark E, Flitcraft A. Killing the beast within : woman battering and female suicidality. *International Journal of Health Services*, 1995, 25 :43–64.
56. Bristowe E, Collins JB. Family-mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1 :45–54.
57. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse : a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1 :65–74.
58. Somasundaram DJ, Rajadurai S. War and suicide in Northern Sri Lanka. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995, 91 :1–4.
59. Tolan PH, Guerra NG. Prevention of juvenile delinquency : current status and issues. *Journal of Applied and Preventive Psychology*, 1994, 3 :251–273.

CHAPITRE 2

Les jeunes et la violence

Contexte

La violence chez les jeunes est une des formes de violence les plus visibles dans la société. Dans le monde entier, la presse écrite et parlée fait tous les jours état des actes de violence des gangs, de la violence dans les écoles ou de la violence perpétrée par des jeunes dans les rues. Presque partout, les principales victimes et les principaux auteurs de ce type de violence sont eux-mêmes des adolescents et des jeunes adultes (1). Les homicides et les agressions non mortelles auxquels des jeunes sont parties contribuent beaucoup au fardeau mondial des décès prématurés, des traumatismes et de l'invalidité (1, 2).

En plus de marquer psychologiquement ses auteurs, la violence des jeunes nuit considérablement non seulement à ses victimes, mais aussi à leur famille, à leurs amis et à leur communauté. On en voit les effets non seulement sur les décès, la maladie et l'invalidité, mais également sur la qualité de vie. La violence dans laquelle sont impliqués des jeunes fait nettement augmenter les coûts des services de santé et des services sociaux, réduit la productivité, entraîne une dépréciation des biens, perturbe divers services essentiels et, de manière générale, sape le tissu social.

On ne peut considérer le problème de la violence chez les jeunes séparément des autres problèmes de comportement. Les jeunes violents ont tendance à commettre divers délits. Souvent, ils manifestent aussi d'autres problèmes, comme l'absentéisme, l'abandon scolaire et la toxicomanie, le fait de mentir constamment, de conduire dangereusement et de présenter de forts pourcentages de maladies sexuellement transmissibles. Cependant, tous les jeunes violents n'ont pas de problèmes importants en dehors de leur violence et tous les jeunes à problèmes ne sont pas nécessairement violents (3).

Il existe des liens étroits entre la violence chez les jeunes et d'autres formes de violence. Des enfants ou des adolescents témoins de violence familiale ou victimes de violence physique ou sexuelle, par exemple, risquent de considérer qu'il est acceptable de recourir à la violence pour régler des problèmes (4, 5). Une exposition prolongée à des conflits armés peut également contribuer à une culture générale de la terreur qui fait augmenter l'incidence

de la violence chez les jeunes (6–8). Il est essentiel, pour élaborer des politiques et des programmes de prévention de la violence efficaces, de comprendre les facteurs qui font que les jeunes risquent plus d'être les victimes ou les auteurs de violence.

Aux fins du présent rapport, on entend par jeunes la population des 10 à 29 ans. Cependant, on trouve souvent des taux élevés de victimes et d'auteurs de violence jusque dans la tranche des 30 à 35 ans, et ce groupe de jeunes adultes plus âgés devrait également être pris en considération, si l'on veut essayer de comprendre et de prévenir la violence chez les jeunes.

Ampleur du problème

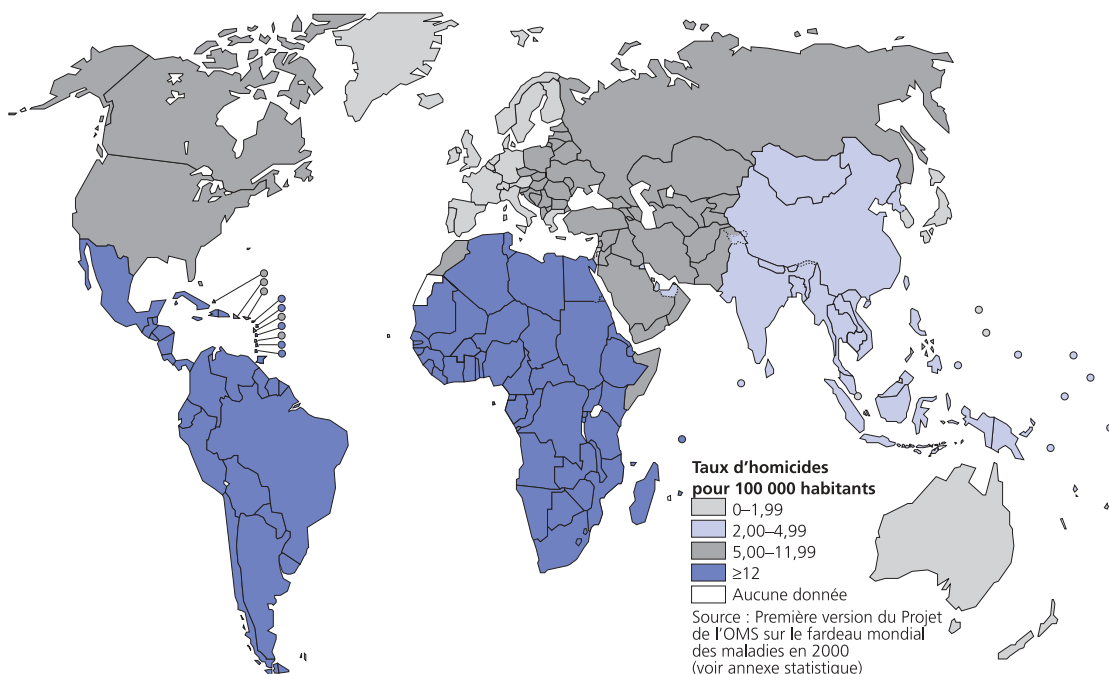
Taux d'homicides chez les jeunes

On estime qu'en l'an 2000, quelque 199 000 jeunes ont été victimes d'homicides dans le monde (9,2 pour 100 000 habitants). Autrement dit, la violence interpersonnelle tue en moyenne, par jour, 565 enfants, adolescents et jeunes adultes âgés de 10 à 29 ans. Les taux d'homicides varient considérablement d'une région à l'autre, allant de 0,9 pour 100 000 dans les pays à revenu élevé d'Europe et dans certaines régions d'Asie et du Pacifique, à 17,6 pour 100 000 en Afrique et 36,4 pour 100 000 en Amérique latine (voir figure 2.1).

On note aussi des variations importantes entre les pays en ce qui concerne le taux d'homicides chez les jeunes (voir tableau 2.1). Parmi les pays pour lesquels l'OMS dispose de données, c'est en Amérique latine que les taux sont les plus élevés (par exemple, 84,4 pour 100 000 en Colombie et 50,2 pour 100 000 au Salvador), ainsi que dans les Caraïbes (par exemple, 41,8 pour 100 000 à Porto Rico), dans la Fédération de Russie (18,0 pour 100 000) et dans quelques pays de l'Europe du Sud-Est (par exemple, 28,2 pour 100 000 en Albanie). En dehors des États-Unis d'Amérique, où le taux s'élève à 11,0 pour 100 000, la plupart des pays où le taux d'homicides chez les jeunes est supérieur à 10,0 pour 100 000 sont, soit des pays en développement, soit des pays qui connaissent des changements socio-économiques rapides.

Les pays où le taux d'homicides chez les jeunes est faible se trouvent principalement en Europe

FIGURE 2.1

Taux estimatifs d'homicides chez les jeunes de 10 à 29 ans, 2000^a

^a Les taux ont été calculés par Région de l'OMS et par niveau de revenu des pays puis regroupés par ordre d'importance.

occidentale – par exemple, la France (0,6 pour 100 000), l'Allemagne (0,8 pour 100 000) et le Royaume-Uni (0,9 pour 100 000) – ou en Asie, comme le Japon (0,4 pour 100 000). Plusieurs pays ont moins de 20 homicides chez les jeunes par an.

Presque partout, le taux d'homicides parmi les jeunes est sensiblement moins élevé parmi les femmes que parmi les hommes, ce qui donne à penser qu'être de sexe masculin constitue un facteur de risque démographique important. Le ratio taux d'homicides parmi les jeunes hommes au taux parmi les jeunes femmes est généralement plus élevé dans les pays où la proportion d'hommes dans la population est élevée. Ainsi, ce ratio est de 13,1 pour 1 en Colombie, de 14,6 pour 1 au Salvador, de 16,0 pour 1 aux Philippines et de 16,5 pour 1 au Venezuela. Lorsque cette proportion est inférieure, le taux l'est aussi habituellement – comme en Hongrie (0,9 pour 1), aux Pays-Bas et en République de Corée (1,6 pour 1). Les variations entre pays pour ce qui est du taux d'homicides féminin sont nettement inférieures à celles du taux masculin.

On dispose de peu de conclusions épidémiologiques sur les homicides parmi les jeunes dans les pays et régions pour lesquels les données de l'OMS sur la mortalité sont inexistantes ou incomplètes. Lorsqu'il existe des données fiables sur les homicides parmi les jeunes, comme dans plusieurs études sur des pays africains (dont le Nigéria, l'Afrique du Sud et la République-Unie de Tanzanie) et sur des pays asiatiques et du Pacifique, comme la Chine (y compris Taïwan) et Fidji (9-16), on signale des schémas épidémiologiques similaires, à savoir :

- une nette prépondérance de victimes d'homicides de sexe masculin ;
- des variations sensibles de taux entre les pays et entre les régions.

Tendances des homicides chez les jeunes

Entre 1985 et 1994, le taux d'homicides chez les jeunes a augmenté dans beaucoup de régions du monde, tout particulièrement parmi les jeunes de 10 à 24 ans. On relève aussi des différences importantes entre les sexes ainsi qu'entre les pays et les régions.

En général, le taux d'homicides chez les jeunes de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans a davantage augmenté que le taux dans le groupe des 10 à 14 ans. Les taux masculins augmentaient plus que les taux féminins (voir figure 2.2), et l'augmentation du taux d'homicides chez les jeunes était plus marquée dans les pays en développement et dans les économies en transition. En outre, cette augmentation était généralement liée à une plus grande utilisation d'armes à feu dans les attaques (voir figure 2.3).

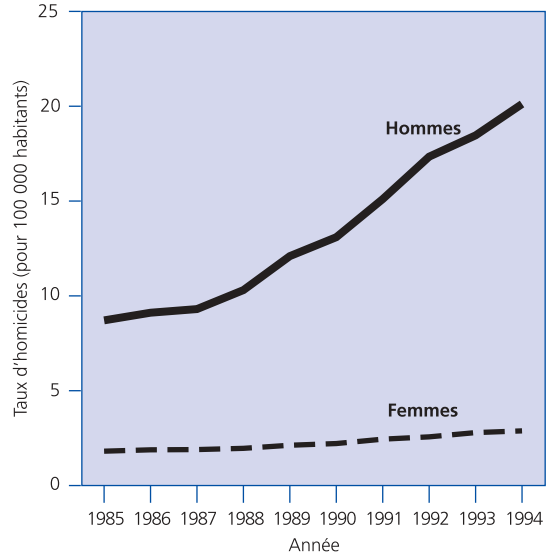
Le taux d'homicides chez les jeunes a beaucoup augmenté en Europe de l'Est et dans l'ancienne Union soviétique après l'effondrement du communisme, à la fin des années 1980 et au début des années 1990, tandis qu'il est resté faible et stable de manière générale en Europe occidentale. Entre 1985 et 1994, dans le groupe des 10 à 24 ans, ce taux a augmenté de plus de 250 % dans la Fédération de Russie, passant de 7,0 à 18,0 pour 100 000, et on enregistrait une hausse de 125 % en Lettonie, où le taux est passé de 4,4 à 9,9 pour 100 000. Parallèlement, dans bon nombre de ces pays, on assistait à une forte augmentation de la proportion de décès résultant de blessures par balle. Ainsi, en Azerbaïdjan, en Lettonie et dans la Fédération de Russie, elle a plus que doublé.

En revanche, au cours de la même décennie, au Royaume-Uni, le taux d'homicides dans le groupe des 10 à 24 ans a augmenté de 37,5 %, passant de 0,8 à 1,1 pour 100 000. En France, le taux d'homicides chez les jeunes a augmenté parallèlement de 28,6 %, passant de 0,7 à 0,9 pour 100 000. En Allemagne, il a progressé de 12,5 %, passant de 0,8 à 0,9 pour 100 000 entre 1990 et 1994. Les taux d'homicides chez les jeunes ont donc augmenté au cours de cette période, mais la proportion d'homicides par arme à feu s'est maintenue à 30 % chez les jeunes.

Des différences notables ont été relevées dans les tendances des homicides chez les jeunes entre 1985 et 1994 sur le continent américain. Au Canada, où un tiers environ des homicides chez les jeunes sont des homicides par arme à feu, le taux a diminué de 9,5 %, passant de 2,1 à 1,9 pour 100 000. Aux Etats-Unis, la tendance était exactement inverse, puisque plus de 70 % des homicides chez les jeunes étaient par arme à feu et que les homicides ont augmenté de

FIGURE 2.2

Tendances mondiales des taux d'homicides parmi les jeunes hommes et les jeunes femmes âgés de 10 à 24 ans, 1985–1994^a

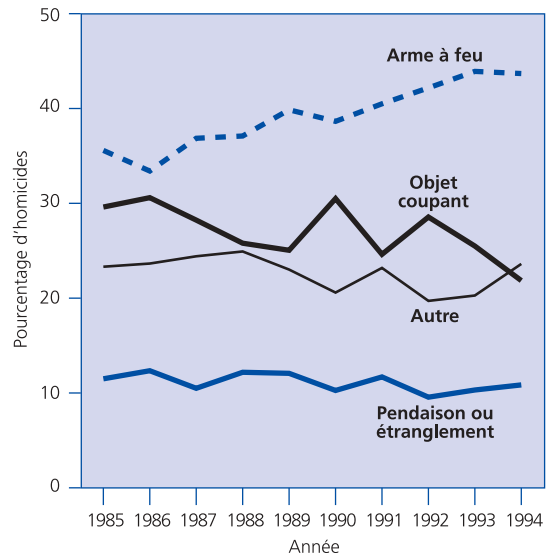


^a D'après les données de l'OMS sur la mortalité fournies par 66 pays.

77 %, passant de 8,8 à 15,6 pour 100 000. Parallèlement, au Chili, les taux sont restés faibles et stables, à environ 2,4 pour 100 000. Au Mexique, où des armes à feu sont utilisées dans la moitié

FIGURE 2.3

Tendances des méthodes d'attaque utilisées dans les homicides chez les jeunes âgés de 10 à 24 ans, 1985–1994^a



^a D'après les données de l'OMS sur la mortalité fournies par 46 pays.

environ des homicides chez les jeunes, les taux sont restés élevés et stables, passant de 14,7 à 15,6 pour 100 000. En revanche, en Colombie, les homicides ont augmenté de 159 % chez les jeunes, passant de 36,7 à 95,0 pour 100 000 (80 % des cas, à la fin de cette période, faisant intervenir des armes à feu), et de 132 % au Venezuela, où ils sont passés de 10,4 à 24,1 pour 100 000.

En Australie, le taux d'homicides chez les jeunes a baissé, passant de 2,0 à 1,5 pour 100 000 entre 1985 et 1994, tandis que chez les voisins néo-zélandais, il a plus que doublé dans le même intervalle, passant de 0,8 à 2,2 pour 100 000. Au Japon, les taux sont restés faibles pendant ce temps, se maintenant aux environs de 0,4 pour 100 000.

Violence non mortelle

Dans certains pays, les données relatives aux homicides parmi les jeunes peuvent se lire parallèlement à des études sur la violence non mortelle. Ces comparaisons donnent une idée plus complète du problème de la violence chez les jeunes. Il ressort d'études sur la violence non mortelle que, pour tout homicide chez les jeunes, on dénombre de 20 à 40 victimes de la violence des jeunes qui reçoivent des soins hospitaliers et dont les blessures ne sont pas mortelles. Dans certains pays, comme Israël, la Nouvelle-Zélande et le Nicaragua, la proportion est encore plus grande (17–19). En Israël, chez les moins de 18 ans, l'incidence annuelle des traumatismes résultant d'actes violents qui nécessitent des soins aux urgences est de

TABLEAU 2.1

Taux d'homicides chez les jeunes âgés de 10 à 29 ans, par pays ou région : année la plus récente pour laquelle on dispose de données^a

Pays ou région	Année	Nombre total de décès	Taux d'homicides pour 100 000 habitants âgés de 10 à 29 ans			
			Total	Hommes	Femmes	Rapport hommes-femmes
Albanie	1998	325	28,2	53,5	5,5	9,8
Argentine	1996	628	5,2	8,7	1,6	5,5
Arménie	1999	26	1,9	3,1	— ^b	— ^c
Australie	1998	88	1,6	2,2	1,0	2,3
Autriche	1999	7	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Azerbaïdjan	1999	194	6,7	12,1	— ^b	— ^c
Bélarus	1999	267	8,8	13,2	4,3	3,1
Belgique	1995	37	1,4	1,8	— ^b	— ^c
Bosnie-Herzégovine	1991	2	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Brésil	1995	20 386	32,5	59,6	5,2	11,5
Bulgarie	1999	51	2,2	3,2	— ^b	— ^c
Canada	1997	143	1,7	2,5	0,9	2,7
Chili	1994	146	3,0	5,1	— ^b	— ^c
Chine	1996	16	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
RAS de Hong Kong						
Zones rurales et urbaines choisies	1999	778	1,8	2,4	1,2	2,1
Colombie	1995	12 834	84,4	156,3	11,9	13,1
Costa Rica	1995	75	5,5	8,4	— ^b	— ^c
Croatie	1999	21	1,6	— ^b	— ^b	— ^c
Cuba	1997	348	9,6	14,4	4,6	3,2
République tchèque	1999	36	1,2	1,4	— ^b	— ^c
Danemark	1996	20	1,5	— ^b	— ^b	— ^c
Equateur	1996	757	15,9	29,2	2,3	12,4
Salvador	1993	1 147	50,2	94,8	6,5	14,6
Estonie	1999	33	7,7	13,3	— ^b	— ^c
Finlande	1998	19	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
France	1998	91	0,6	0,7	0,4	1,9
Géorgie	1992	4	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Allemagne	1999	156	0,8	1,0	0,6	1,6
Grèce	1998	25	0,9	1,4	— ^b	— ^c
Hongrie	1999	41	1,4	1,4	1,5	0,9
Irlande	1997	10	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Israël	1997	13	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Italie	1997	210	1,4	2,3	0,5	4,5
Jamaïque	1991	2	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Japon	1997	127	0,4	0,5	0,3	1,7
Kazakstan	1999	631	11,5	18,0	5,0	3,6
Koweït	1999	14	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Kirghizistan	1999	88	4,6	6,7	2,4	2,8
Lettonie	1999	55	7,8	13,1	— ^b	— ^c
Lituanie	1999	59	5,4	8,4	— ^b	— ^c
Maurice	1999	4	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Mexique	1997	5 991	15,3	27,8	2,8	9,8
Pays-Bas	1999	60	1,5	1,8	1,2	1,6
Nouvelle-Zélande	1998	20	1,8	— ^b	— ^b	— ^c
Nicaragua	1996	139	7,3	12,5	— ^b	— ^c
Norvège	1997	11	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Panama (zone du canal exclue)	1997	151	14,4	25,8	— ^b	— ^c
Paraguay	1994	191	10,4	18,7	— ^b	— ^c

TABLEAU 2.1 (suite)

Pays ou région	Année	Nombre total de décès	Taux d'homicides pour 100 000 habitants âgés de 10 à 29 ans			
			Total	Hommes	Femmes	Rapport hommes-femmes
Philippines	1993	3 252	12,2	22,7	1,4	16,0
Pologne	1995	186	1,6	2,3	0,8	2,7
Portugal	1999	37	1,3	2,1	— ^b	— ^c
Porto Rico	1998	538	41,8	77,4	5,3	14,5
République de Corée	1997	282	1,7	2,1	1,3	1,6
République de Moldavie	1999	96	7,7	12,8	— ^b	— ^c
Roumanie	1999	169	2,3	3,5	1,1	3,1
Fédération de Russie	1998	7 885	18,0	27,5	8,0	3,4
Singapour	1998	15	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Slovaquie	1999	26	1,5	2,4	— ^b	— ^c
Slovénie	1999	4	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Espagne	1998	96	0,8	1,2	0,4	2,9
Suède	1996	16	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Suisse	1996	17	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Tadjikistan	1995	124	5,5	9,7	— ^b	— ^c
Thaïlande	1994	1 456	6,2	10,0	2,2	4,4
Ex-République yougoslave de Macédoine	1997	6	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Trinité-et-Tobago	1994	55	11,4	15,4	— ^b	— ^c
Turkménistan	1998	131	6,9	12,4	— ^b	— ^c
Ukraine	1999	1 273	8,7	13,0	4,3	3,1
Royaume-Uni	1999	139	0,9	1,4	0,4	3,9
Angleterre et Pays de Galles	1999	91	0,7	1,0	0,3	3,4
Irlande du Nord	1999	7	— ^b	— ^b	— ^b	— ^c
Ecosse	1999	41	3,1	5,3	— ^b	— ^c
Etats-Unis d'Amérique	1998	8 226	11,0	17,9	3,7	4,8
Uruguay	1990	36	3,6	4,5	— ^b	— ^c
Ouzbékistan	1998	249	2,6	3,8	1,3	3,0
Venezuela	1994	2 090	25,0	46,4	2,8	16,5

RAS : Région administrative spéciale.

^a Année la plus récente pour laquelle on dispose de données entre 1990 et 2000 pour les pays dont la population est ≥ 1 million d'habitants.

^b Moins de 20 décès signalés; taux non calculé.

^c Ratio des taux non calculé si moins de 20 décès signalés pour les hommes ou les femmes.

196 pour 100 000, comparé au taux d'homicides chez les jeunes, qui est de 1,3 pour 100 000 chez les garçons et de 0,4 pour 100 000 chez les filles (19).

A l'instar de la violence mortelle chez les jeunes, la majorité des victimes d'actes violents n'entraînant pas la mort qui sont soignées dans les hôpitaux sont de sexe masculin (20–26), encore que la proportion hommes-femmes soit sensiblement inférieure à celle des cas mortels. Ainsi, il ressort d'une étude réalisée à Eldoret, au Kenya, que la proportion hommes-femmes parmi les victimes de

violence non mortelle est de 2,6 pour 1 (22). Elle est de 3 pour 1 environ en Jamaïque et de 4 à 5 pour 1 en Norvège (23, 24).

En général, les taux de traumatismes non mortels résultant d'actes violents augmentent considérablement au milieu de l'adolescence et dans les premières années de l'âge adulte. Il ressort d'une enquête auprès des ménages réalisée à Johannesburg, en Afrique du Sud, que 3,5 % des victimes de violence étaient âgées de 13 ans ou moins, comparé à 21,9 % qui étaient âgées de 14 à 21 ans et à 52,3 % qui étaient âgées de 22 à 35 ans (27). Des études menées en Jamaïque, au Kenya, au Mozambique et dans plusieurs villes du Brésil, du Chili, de Colombie, du Costa Rica, du Salvador et du Venezuela font également apparaître des taux élevés de traumatismes violents n'entraînant pas la mort chez les adolescents et les jeunes adultes (22, 28, 29).

Comparés à la violence mortelle chez les jeunes, les traumatismes violents n'entraînant pas la mort résultent beaucoup moins d'agressions avec des armes à feu et plus de coups de pied et de poing et de l'utilisation d'autres armes, comme des couteaux et des ma-

traques. Au Honduras, 52 % des agressions non mortelles contre des jeunes faisaient intervenir des armes autres que des armes à feu. Par ailleurs, il ressort d'une étude colombienne que des armes à feu sont utilisées dans 5 % seulement des agressions non mortelles, contre plus de 80 % dans les homicides chez les jeunes (25, 30). En Afrique du Sud, les blessures par balle représentent quelque 16 % des traumatismes violents soignés dans les hôpitaux, contre 46 % pour les homicides (31). Cependant, des comparaisons directes entre pays et sous-groupes

TABLEAU 2.2
Comportements intimidants parmi les jeunes âgés de 13 ans, 1997–1998

Pays	As-tu intimidé tes camarades au cours de ce trimestre?		
	Non %	Parfois %	Une fois par semaine %
Autriche	26,4	64,2	9,4
Belgique (région flamande)	52,2	43,6	4,1
Canada	55,4	37,3	7,3
République tchèque	69,1	27,9	3,0
Danemark	31,9	58,7	9,5
Angleterre	85,2	13,6	1,2
Estonie	44,3	50,6	5,1
Finlande	62,8	33,3	3,8
France	44,3	49,1	6,6
Allemagne	31,2	60,8	7,9
Grèce	76,8	18,9	4,3
Groenland	33,0	57,4	9,6
Hongrie	55,8	38,2	6,0
Israël	57,1	36,4	6,6
Lettonie	41,2	49,1	9,7
Lituanie	33,3	57,3	9,3
Irlande du Nord	78,1	20,6	1,3
Norvège	71,0	26,7	2,3
Pologne	65,1	31,3	3,5
Portugal	57,9	39,7	2,4
République d'Irlande	74,2	24,1	1,7
Ecosse	73,9	24,2	1,9
Slovaquie	68,9	27,3	3,9
Suède	86,8	11,9	1,2
Suisse	42,5	52,6	5,0
Etats-Unis d'Amérique	57,5	34,9	7,6
Pays de Galles	78,6	20,0	1,4

à l'intérieur des pays à partir de données sur la violence non mortelle enregistrées par des services de santé peuvent induire en erreur. Il se peut, par exemple, que les différences entre les taux de personnes qui se présentent aux urgences avec des blessures par balle reflètent tout simplement des différences dans les soins pré-hospitaliers et les soins médicaux d'urgence d'un endroit à l'autre.

Comportements à risque

Se battre, intimider autrui et porter des armes sont autant de comportements à risque importants en ce qui concerne la violence chez les jeunes. La plupart des études relatives à ces comportements portent sur des élèves du primaire et du secondaire, qui sont très

différents des enfants et des adolescents ayant quitté ou abandonné l'école. Il est donc probable que l'on ne peut en appliquer les résultats que de manière limitée aux jeunes qui ne sont plus scolarisés.

Il est très courant, dans bien des régions du monde, que les enfants d'âge scolaire se battent (32–38). Un tiers environ des élèves déclarent s'être battus, et les garçons sont deux à trois fois plus nombreux que les filles dans ce cas. Il est fréquent aussi que l'on s'intimide entre enfants d'âge scolaire (39, 40). Il ressort d'une étude des comportements liés à la santé visant les enfants d'âge scolaire de 27 pays que, dans la plupart des pays, la majorité des enfants de 13 ans cherchent à intimider autrui pendant une partie du temps au moins (voir tableau 2.2) (40). Hormis le fait qu'il s'agit de formes d'agression, l'intimidation et les bagarres peuvent également déboucher sur des formes de violence plus graves (41).

Le port d'armes, qui constitue un comportement à risque important, est une activité surtout masculine chez les jeunes d'âge scolaire. On note toutefois des variations importantes dans la prévalence du port d'armes signalé par les adolescents de différents pays. Au Cap, en Afrique du Sud, 9,8 % des garçons et 1,3 % des filles élèves du secondaire ont déclaré porter des couteaux à l'école dans les quatre semaines précédant l'enquête (42). En Ecosse, 34,1 % des garçons et 8,6 % des filles âgés de 11 à 16 ans ont déclaré avoir porté une arme au moins une fois dans leur vie, le pourcentage étant plus élevé chez les consommateurs de drogue que chez les autres (43). Aux Pays-Bas, 21 % des élèves du secondaire ont admis posséder une arme et 8 % avaient apporté des armes à l'école (44). Aux Etats-Unis, il ressort d'une enquête nationale réalisée auprès des élèves de la neuvième à la douzième année que 17,3 % d'entre eux avaient porté une arme dans les 30 jours précédents et que 6,9 % l'avaient portée à l'intérieur de l'école (32).

La dynamique de la violence chez les jeunes

Les types de comportement, y compris la violence, changent au cours de la vie d'une personne. Pendant l'adolescence et les premières années de l'âge adulte,

la violence ainsi que d'autres types de comportement s'expriment souvent davantage (45). En comprenant quand et dans quelles conditions le comportement violent se produit généralement dans le développement d'une personne, il sera sans doute plus facile d'imaginer des interventions et de formuler des politiques de prévention ciblées sur les groupes d'âge les plus critiques (3).

Comment la violence commence-t-elle chez les jeunes?

La violence peut se développer de façons différentes chez les jeunes. Certains enfants manifestent dans la petite enfance des problèmes de comportement qui dégénèrent peu à peu en formes d'agressivité plus graves avant et pendant l'adolescence. De 20 % à 45 % des garçons et de 47 % à 69 % des filles qui commettent des délits graves à l'âge de 16–17 ans sont sur ce que l'on appelle un « cheminement de développement persistant tout au long de la vie » (3, 46–50). Les jeunes qui entrent dans cette catégorie commettent les actes violents les plus graves et persistent souvent dans leur comportement violent à l'âge adulte (51–54).

Des études longitudinales ont été réalisées afin de comprendre comment l'agressivité peut se prolonger de l'enfance à l'adolescence, puis de l'adolescence à l'âge adulte et créer un schéma de délinquance qui persiste pendant toute la vie d'une personne. Plusieurs études ont montré que l'agressivité pendant l'enfance est un bon prédicteur de la violence à l'adolescence et dans les premières années de l'âge adulte. Il ressort d'une étude réalisée à Örebro, en Suède (55), que les deux tiers d'un échantillon composé d'un millier de jeunes gens qui manifestaient un comportement violent jusqu'à l'âge de 26 ans, s'étaient déjà caractérisés par leur agressivité à l'âge de 10 et de 13 ans, comparé au tiers environ de l'ensemble des garçons. De même, dans une étude de suivi menée à Jyväskylä, en Finlande, sur près de 400 jeunes (56), l'évaluation de l'agressivité par les pairs à l'âge de 8 ans et de 14 ans donnait une bonne idée de la violence jusqu'à l'âge de 20 ans.

Il semble aussi qu'il y ait une continuité dans le comportement agressif entre l'adolescence et l'âge

adulte. Il ressort d'une étude réalisée à Columbus, dans l'Ohio (Etats-Unis), que 59 % des jeunes arrêtés pour délit avec violence avant l'âge de 18 ans étaient de nouveau arrêtés adultes, et que 42 % des délinquants adultes étaient condamnés pour au moins un délit grave avec violence, comme un homicide ou des voies de fait aggravées (57). Une plus grande proportion de personnes arrêtées dans leur jeunesse pour des délits avec actes de violence graves étaient de nouveau arrêtées à l'âge adulte que ce n'était le cas pour les jeunes arrêtés pour des délits accompagnés de violence mineure. Une étude du développement de la délinquance à Cambridge, en Angleterre, montre que le tiers des jeunes gens condamnés pour des délits avec violence avant l'âge de 20 ans étaient de nouveau condamnés entre l'âge de 21 ans et de 40 ans, comparé à 8 % seulement de ceux qui n'ont pas été condamnés pour des délits violents à l'adolescence (58).

L'existence d'un cheminement de développement persistant tout au long de la vie aide à expliquer la continuité dans le temps de comportements agressifs et violents. Cela signifie que certains individus persistent à avoir une tendance sous-jacente plus importante que d'autres à des comportements agressifs ou violents. Autrement dit, les personnes relativement plus agressives à un certain âge ont aussi tendance à être relativement plus agressives par la suite, même si leur niveau de violence absolu peut varier.

On peut également assister à une progression dans le temps d'un type d'agressivité à un autre. Ainsi, dans une étude longitudinale réalisée à Pittsburgh, en Pennsylvanie (Etats-Unis), auprès de plus de 1 500 garçons qui avaient été étudiés à l'âge de 7, 10 et 13 ans, Loeber et al. expliquent qu'en général, l'agressivité durant l'enfance tournera en bagarres de gangs puis à la violence dans la jeunesse (59).

Cependant, les délinquants perpétuels ne représentent qu'une petite proportion des personnes violentes. La plupart des jeunes gens violents ont des comportements violents sur des périodes beaucoup plus courtes. Ils sont ce que l'on appelle les « délinquants limités à l'adolescence ». Il ressort de

l'enquête nationale sur les jeunes réalisée aux États-Unis – à partir d'un échantillon national de jeunes âgés de 11 à 17 ans en 1976, qui ont été suivis jusqu'à l'âge de 27 à 33 ans – que, bien qu'une faible proportion de jeunes ait continué de commettre des actes violents jusque dans l'âge adulte, les trois-quarts des jeunes qui avaient commis des actes violents graves avaient cessé de se comporter de manière violente après un à trois ans (3). La majorité des jeunes qui deviennent violents sont des délinquants limités à l'adolescence qui, en fait, manifestent peu ou pas d'agressivité ou d'autres comportements à problème pendant leur enfance (3).

Facteurs situationnels

Parmi les délinquants limités à l'adolescence, certains facteurs situationnels peuvent jouer un rôle important dans le déclenchement du comportement violent. Une analyse de la situation – qui explique les interactions entre l'agresseur et la victime en puissance dans une situation donnée – montre comment le potentiel de violence risque de se concrétiser. Voici des exemples de facteurs situationnels :

- les motifs du comportement violent ;
- le lieu du comportement ;
- la présence d'alcool ou d'armes ;
- la présence de personnes autres que la victime et l'auteur de la violence ;
- l'existence d'autres actes (comme un cambriolage) propices à la violence.

Les raisons de la violence chez les jeunes varient selon l'âge des participants et selon que d'autres sont présents. Il ressort d'une étude sur la délinquance réalisée à Montréal, au Canada, que lorsque les auteurs de violence étaient adolescents ou dans la jeune vingtaine, la moitié environ des agressions violentes personnelles étaient motivées par la recherche de l'exaltation, souvent avec des co-auteurs, et la moitié par des objectifs rationnels ou utilitaires (60). Dans tous les crimes, cependant, la principale motivation passait de la recherche d'émotions fortes chez les auteurs de violence adolescents à des motifs utilitaires, avec préméditation, recours à l'intimidation et utilisation d'armes, chez les jeunes adultes (61).

L'enquête nationale sur la jeunesse réalisée aux États-Unis a conclu que les agressions étaient généralement commises en représailles à la suite d'une autre attaque, par vengeance, en réponse à une provocation ou par colère (61). Dans l'étude réalisée à Cambridge précitée, les motifs de bagarres variaient selon que le garçon se battait seul ou avec un groupe (62). Dans les bagarres individuelles, le garçon était généralement provoqué, se mettait en colère et frappait pour faire mal à son adversaire ou pour libérer des tensions intérieures. Dans les bagarres de groupe, les garçons intervenaient souvent pour aider des amis ou parce qu'ils étaient attaqués, mais rarement parce qu'ils étaient en colère. Toutefois, les bagarres de groupe étaient plus sérieuses dans l'ensemble. Elles portaient d'incidents mineurs qui avaient dégénérés, se passaient habituellement dans des bars ou dans la rue et sans que les participants utilisent des armes la plupart du temps. De plus, elles se terminaient par des blessures et par l'intervention de la police.

L'ébriété est un facteur situationnel immédiat important qui peut provoquer des réactions violentes. Il ressort d'une étude suédoise que les trois-quarts environ des délinquants violents et la moitié des victimes de violence environ étaient en état d'ivresse au moment de l'incident, et dans l'étude de Cambridge, bon nombre des garçons se battaient après avoir bu (62, 63).

La tendance à être impliqué dans toute une gamme d'infractions ainsi que des problèmes de comportement constituent une caractéristique intéressante chez les jeunes délinquants violents qui risquent de les exposer davantage à des situations menant à la violence. En général, ces jeunes sont versatiles plutôt que spécialisés dans les types d'infraction qu'ils commettent. En fait, les jeunes violents commettent habituellement plus d'infractions sans violence que d'infractions avec violence (64–66). Dans l'étude de Cambridge, les délinquants violents condamnés âgés de moins de 21 ans avaient déjà près de trois fois plus de condamnations pour des infractions sans violence que pour des infractions avec violence (58).

Quels sont les facteurs de risque?

Facteurs individuels

Au niveau individuel, les facteurs qui influent sur le risque de comportement violent sont, notamment, biologiques, psychologiques et comportementaux. Il arrive qu'ils se manifestent dans l'enfance ou à l'adolescence. En outre, la famille, les pairs et d'autres facteurs sociaux et culturels peuvent avoir une certaine incidence sur eux.

Caractéristiques biologiques

En ce qui concerne les facteurs biologiques possibles, des études ont été consacrées aux traumatismes et aux complications liés à la grossesse et à l'accouchement, ceux-ci pouvant être à l'origine de dommages neurologiques, eux-mêmes causes éventuelles de violence. Dans une étude réalisée à Copenhague, au Danemark, Kandel & Mednick (67) ont suivi plus de 200 enfants nés entre 1959 et 1961. Leur recherche montre que des complications à l'accouchement constituent un facteur de prévision d'arrestation pour violence jusqu'à l'âge de 22 ans. Quelque 80 % des jeunes arrêtés pour infraction avec violence avaient connu des complications à l'accouchement, comparé à 30 % parmi ceux arrêtés pour des infractions contre des biens et 47 % parmi les jeunes sans casier judiciaire. En revanche, les complications pendant la grossesse ne permettaient pas vraiment de prédire la violence.

Fait intéressant, les complications pendant l'accouchement étaient fortement liées à une violence future lorsqu'un des parents avait souffert de troubles psychiatriques (68). Dans ces cas, 32 % des garçons dont la naissance avait présenté des complications importantes étaient arrêtés pour violence, comparé à 5 % chez ceux dont la naissance avait présenté peu ou pas de complications. Malheureusement, ces résultats n'ont pas été reproduits par Denno dans le Projet biosocial de Philadelphie (69), étude portant sur près de 1 000 enfants afro-américains de cette ville de Pennsylvanie (Etats-Unis) qui ont été suivis de la naissance à 22 ans. Il se peut donc que les complications pendant la grossesse et à l'accouchement permettent de prédire la violence seulement ou principalement lorsqu'elles s'ajoutent à d'autres problèmes au sein de la famille.

Une faible fréquence cardiaque, étudiée principalement chez les garçons, est associée à la recherche de sensations et à la prise de risques, deux caractéristiques qui peuvent prédisposer les garçons à l'agressivité et à la violence, le but étant de stimuler et de faire monter l'excitation (70–73). Cependant, des fréquences cardiaques élevées, notamment chez les nourrissons et les jeunes enfants, sont liées à l'angoisse, à la peur et aux inhibitions (71).

Caractéristiques psychologiques et comportementales

L'hyperactivité, l'impulsivité, la mauvaise maîtrise du comportement et des problèmes d'attention figurent parmi les grands facteurs liés à la personnalité et au comportement qui permettent de prévoir la violence chez les jeunes. Toutefois, la nervosité et l'angoisse ont également une incidence négative sur la violence. Dans une étude de suivi menée sur plus de 1 000 enfants, à Dunedin, en Nouvelle-Zélande, les garçons déjà condamnés pour des actes violents avant l'âge de 18 ans risquaient beaucoup plus d'avoir mal su maîtriser leur comportement (par exemple, impulsivité et manque de persévérance) entre 3 à 5 ans, comparé aux garçons sans condamnation ou condamnés pour des infractions sans violence (74). Dans la même étude, il y avait une nette corrélation inverse entre les facteurs liés à la personnalité, comme la retenue (par exemple, la prudence et le fait d'éviter de s'agiter) et l'émotivité négative (par exemple, la nervosité et l'aliénation) à l'âge de 18 ans et les condamnations pour violence (75).

Des études longitudinales réalisées à Copenhague, au Danemark (68), à Örebro, en Suède (76), à Cambridge, en Angleterre (77) et à Pittsburgh, en Pennsylvanie (Etats-Unis) (77), font également apparaître des liens entre ces traits de personnalité, d'une part, et les condamnations pour violence et la violence déclarée par l'intéressé, d'autre part. L'hyperactivité, une grande audace ou des comportements à risque, et une faible concentration et des problèmes d'attention avant l'âge de 13 ans annonçaient tous nettement de la violence jusque dans les premières années de l'âge adulte. Dans les études réalisées à Cambridge et aux Etats-Unis, une forte

anxiété et une grande nervosité avaient un effet négatif sur la violence.

On a toujours conclu à un lien entre une faible intelligence et de piètres résultats scolaires, d'une part, et la violence chez les jeunes, d'autre part (78). Dans le projet de Philadelphie (69), de mauvais scores aux tests de quotient intellectuel (QI) verbal et fonctionnel à l'âge de 4 et de 7 ans, et de mauvais scores aux tests scolaires standardisés à l'âge de 13–14 ans faisaient augmenter la probabilité d'arrestations pour violence jusqu'à l'âge de 22 ans. Par ailleurs, il ressort d'une étude réalisée à Copenhague, au Danemark, sur plus de 12 000 garçons nés en 1953, qu'un faible QI à 12 ans permettait nettement de prévoir la violence enregistrée par la police entre 15 et 22 ans. Le lien entre un faible QI et la violence était plus marqué chez les garçons appartenant à des groupes socio-économiques inférieurs.

L'impulsivité, des problèmes d'attention, une faible intelligence et un faible niveau d'instruction sont autant de facteurs qui peuvent être liés à des déficiences dans les fonctions d'exécution du cerveau, situées dans les lobes frontaux. Ces fonctions d'exécution sont les suivantes : soutien de l'attention et concentration, raisonnement abstrait et formation de concepts, formulation d'objectifs, anticipation et planification, conscience et autorégulation efficace du comportement, et inhibitions par rapport à des comportements inappropriés ou impulsifs (79). Fait intéressant, dans une autre étude réalisée à Montréal, sur plus de 1 100 enfants étudiés à l'âge de 6 ans, puis suivis à partir de l'âge de 10 ans, les fonctions d'exécution à l'âge de 14 ans évaluées à partir de tests cognitifs neuropsychologiques ont nettement permis d'établir la distinction entre les garçons violents et non violents (80). Ce lien était indépendant de facteurs familiaux tels que le statut socio-économique, l'âge des parents à la première naissance, leur niveau d'instruction, ou une séparation ou un divorce au sein de la famille.

Facteurs relationnels

Les facteurs de risque individuels en ce qui concerne la violence chez les jeunes, comme ceux décrits ci-dessus, n'existent pas isolément d'autres facteurs de risque. Les facteurs associés aux relations interper-

sonnelles des jeunes – avec leur famille, leurs amis et leurs pairs – peuvent également beaucoup influencer sur le comportement agressif et violent et modeler les traits de personnalité qui, à leur tour, peuvent contribuer à un comportement violent. C'est pendant l'enfance que l'influence de la famille est généralement la plus grande à cet égard, alors qu'à l'adolescence, ce sont les amis et les pairs qui exercent une influence de plus en plus importante (81).

Influences familiales

Le comportement des parents et le milieu familial jouent un rôle essentiel dans le développement d'un comportement violent chez les jeunes. Une supervision et une surveillance qui laissent à désirer et des châtiments corporels sévères pour punir des enfants sont des prédicteurs importants de la violence pendant l'adolescence et les premières années de l'âge adulte. Dans son étude de 250 garçons de Boston, au Massachusetts (Etats-Unis), McCord (82) conclut qu'une piètre supervision parentale, une agressivité parentale et une discipline sévère à l'âge de 10 ans font nettement augmenter le risque de condamnations ultérieures pour violence et ce, jusqu'à l'âge de 45 ans.

Eron, Huesmann & Zelli (83) ont suivi près de 900 enfants à New York, dans l'Etat de New York (Etats-Unis). Ils ont conclu que des châtiments corporels sévères infligés par les parents à l'âge de 8 ans laissent prévoir non seulement des arrestations pour violence jusqu'à l'âge de 30 ans, mais également – pour les garçons – la sévérité des châtiments qu'ils infligeraient à leurs propres enfants et la violence qu'ils feraient subir à leur épouse. Dans une étude portant sur plus de 900 enfants maltraités et près de 700 témoins, Widom a démontré que la violence physique et la négligence enregistrées pendant l'enfance laissent prévoir des arrestations ultérieures pour violence – indépendamment d'autres prédicteurs tels que le sexe, l'appartenance ethnique et l'âge (84). D'autres études arrivent aux mêmes conclusions (77, 85, 86).

La violence à l'adolescence et à l'âge adulte est très liée, elle aussi, à des conflits parentaux pendant la petite enfance (77, 82) et à un attachement insuffisant entre parents et enfants (87, 88). Voici

ENCADRE 2.1**Profil des gangs**

On trouve des bandes de jeunes dans toutes les régions du monde. Elles sont de toute taille et de toute nature, allant de regroupements principalement sociaux à des réseaux criminels organisés, toutes semblant répondre à un besoin élémentaire, qui est d'appartenir à un groupe et de se créer une identité.

Dans la région de Western Cape, en Afrique du Sud, on dénombre quelque 90 000 membres de gangs, tandis qu'à Guam, on relevait environ 110 gangs permanents en 1993, une trentaine d'entre eux étant des gangs durs. A Port Moresby, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, quatre grandes associations criminelles aux nombreuses ramifications ont été signalées. On compte entre 30 000 et 35 000 membres de gangs au Salvador et un nombre similaire au Honduras, tandis qu'aux Etats-Unis, quelque 31 000 gangs étaient actifs en 1995 dans environ 4800 villes. En Europe, il existe des gangs en plus ou moins grand nombre sur tout le continent, mais ils sont particulièrement puissants dans les pays en transition économique, comme la Fédération de Russie.

Le phénomène des gangs est avant tout masculin, encore que, dans des pays comme les Etats-Unis, des filles forment leurs propres gangs. Les membres des gangs ont de 7 à 35 ans, mais ce sont surtout des adolescents ou de jeunes adultes. Ils viennent généralement de quartiers défavorisés et de milieux urbains ou suburbains ouvriers et à faible revenu. Souvent, les membres des gangs ont abandonné l'école et occupent des emplois mal rémunérés ou qui requièrent peu de qualifications. Dans les pays à revenu moyen ou élevé, beaucoup de gangs se composent de gens appartenant à des minorités ethniques ou raciales qui sont probablement très marginalisées sur le plan social.

Le mot « gang » est synonyme de comportement violent. Des études montrent qu'une fois dans un gang, les jeunes deviennent plus violents et se livrent à des activités plus risquées et souvent illégales. A Guam, plus de 60 % des crimes avec violence signalés à la police sont commis par des jeunes, la plupart du temps au cours d'activités menées par les gangs durs de l'île. A Brême, en Allemagne, les actes de violence commis par des membres de gangs représentent près de la moitié des délits violents signalés. Dans une étude longitudinale portant sur près de 1000 jeunes de Rochester, dans l'Etat de New York, aux Etats-Unis, environ 30 % de l'échantillon appartenaient à des gangs, mais ils étaient responsables de 70 % environ des crimes avec violence déclarés par leurs auteurs et de 70 % du trafic de stupéfiants.

Une combinaison complexe de facteurs conduit des jeunes à choisir la vie des gangs. Ces derniers semblent proliférer dans des endroits où l'ordre social établi s'est désagrégé et où d'autres formes de comportement culturel commun font défaut. Entre autres facteurs socio-économiques, communautaires et interpersonnels qui encouragent les jeunes à rejoindre des gangs figurent :

- un manque de possibilité de mobilité économique ou sociale au sein d'une société qui encourage agressivement la consommation;
- un relâchement local dans le maintien de l'ordre public;
- une interruption de la scolarité, à quoi s'ajoutent de faibles taux de rémunération pour une main-d'œuvre non qualifiée;
- une absence de conseils, de supervision et de soutien de la part des parents et d'autres membres de la famille;
- des châtiments corporels sévères ou une victimisation à la maison;
- des pairs qui appartiennent déjà à un gang.

En s'attaquant vraiment à ces facteurs sous-jacents qui encouragent l'éclosion de gangs de jeunes et en proposant d'autres exutoires culturels sûrs à leurs membres éventuels, on peut éliminer une proportion importante des crimes avec violence commis par des jeunes ou auxquels des jeunes sont parties.

d'autres facteurs : un grand nombre d'enfants dans la famille (65, 77), une mère qui a eu son premier enfant très jeune, peut-être même à l'adolescence (77, 89, 90), et un faible degré de cohésion familiale (91). En l'absence d'un soutien social par ailleurs, bon nombre de ces facteurs peuvent influencer sur le fonctionnement et le comportement affectif et social des enfants. Ainsi, McCord (87) a démontré que les délinquants violents avaient moins de chances que les délinquants non violents d'avoir connu une affection parentale ainsi qu'une bonne discipline et une bonne supervision.

La structure familiale joue également un rôle important dans l'agressivité et la violence ultérieures. Il ressort d'études réalisées en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et aux États-Unis que les enfants qui grandissent dans une famille monoparentale risquent plus de devenir violents (74, 77, 92). Ainsi, dans une étude réalisée en Angleterre, en Écosse et au Pays de Galles qui portait sur 5 300 enfants, la séparation des parents entre leur naissance et leurs 10 ans faisait augmenter le risque de condamnation pour violence jusqu'à l'âge de 21 ans (92). Dans l'étude de Dunedin, en Nouvelle-Zélande, le fait de vivre avec un seul parent à l'âge de 13 ans laissait prévoir des condamnations pour violence jusqu'à l'âge de 18 ans (74). Le soutien et les ressources économiques probablement plus limités dans ces situations peuvent expliquer pourquoi l'éducation en pâtit souvent et le risque d'être impliqué dans des actes de violence augmente chez les jeunes.

En général, le faible statut socio-économique de la famille est associé à la violence future. Par exemple, dans une enquête nationale sur les jeunes réalisée aux États-Unis, la prévalence des agressions et des vols signalés par leurs jeunes auteurs appartenant à des classes socio-économiques inférieures était deux fois supérieure environ à ce qu'elle était parmi les jeunes des classes moyennes (93). À Lima, au Pérou, on a conclu à un lien entre le faible niveau d'instruction de la mère et la forte densité de logements, d'une part, et la violence chez les jeunes, d'autre part (94). Il ressort d'une étude réalisée auprès de jeunes adultes à Sao Paulo, au Brésil, qu'après correction en fonction du sexe et de

l'âge, le risque d'être victime de violence était nettement plus élevé pour les jeunes des classes socio-économiques inférieures que chez ceux de classes supérieures (95). Des études réalisées au Danemark (96), en Nouvelle-Zélande (74) et en Suède (97) arrivent à des conclusions similaires.

Étant donné l'importance de la supervision parentale, de la structure familiale et du statut économique dans la détermination de la prévalence de la violence chez les jeunes, il faudrait s'attendre à une augmentation de cette violence lorsque les familles sont désintégrées par des guerres ou des épidémies, ou à cause de mutations sociales rapides. Prenons le cas des épidémies. Environ 13 millions d'enfants dans le monde ont perdu un de leurs parents ou les deux des suites du SIDA, et plus de 90 % de ces enfants vivent en Afrique subsaharienne où des millions d'autres deviendront probablement orphelins dans les toutes prochaines années (98). En frappant des personnes en âge de procréer, le SIDA fait tellement d'orphelins que beaucoup de communautés ne peuvent plus s'en remettre à des structures traditionnelles pour s'occuper de ces enfants. Il est donc probable que l'épidémie de SIDA aura des incidences très négatives sur la violence chez les jeunes, notamment en Afrique, où les taux de violence chez les jeunes sont déjà extrêmement élevés.

Influence des pairs

L'influence des pairs à l'adolescence est généralement considérée comme positive et importante dans le développement des relations interpersonnelles, mais elle peut également avoir des incidences négatives. Ainsi, le fait d'avoir des amis délinquants est associé à la violence chez les jeunes (88). Les résultats des études menées dans des pays développés (78, 88) corroborent ceux de l'étude réalisée à Lima, au Pérou (94), où l'on a conclu à une corrélation entre le comportement violent et le fait d'avoir des amis qui se droguent. L'orientation causale de cette corrélation – à savoir : est-on délinquant violent avant ou après avoir eu des amis délinquants? – n'est cependant pas claire (99). Dans leur étude, Elliott & Menard concluent que la délinquance crée des liens avec des pairs et que, parallèlement, ces liens avec des pairs délinquants entraînent une délinquance (100).

Facteurs communautaires

Les communautés dans lesquelles vivent les jeunes exercent une influence importante sur leur famille, la nature des groupes de pairs et la façon dont ils peuvent être exposés à des situations qui débouchent sur de la violence. D'une manière générale, les garçons qui vivent en milieu urbain risquent plus d'avoir un comportement violent que ceux qui vivent en milieu rural (77, 88, 93). Dans les zones urbaines, ceux qui vivent dans des quartiers où les taux de criminalité sont élevés sont plus violents que ceux qui vivent dans d'autres quartiers (77, 88).

Gangs, armes à feu et stupéfiants

La présence de gangs (voir encadré 2.1), d'armes à feu et de stupéfiants dans une localité est un mélange détonant qui fait augmenter la probabilité de violence. Aux États-Unis, par exemple, la présence de ces trois éléments dans certains quartiers semble expliquer en grande partie pourquoi le taux d'arrestations de jeunes pour homicide a plus que doublé entre 1984 et 1993, passant de 5,4 à 14,5 pour 100 000 (97, 101, 102). D'après Blumstein, cette augmentation est liée à celle que l'on a enregistrée parallèlement dans les ports d'armes, dans le nombre de gangs et dans les bagarres entourant la vente de crack (103). Dans l'étude de Pittsburgh susmentionnée, le fait de commencer à vendre des stupéfiants coïncidait avec une nette augmentation du port d'armes, 80 % des jeunes de 19 ans qui vendaient des drogues dures, comme la cocaïne, portant également une arme à feu (104). A Rio de Janeiro, au Brésil, où la majorité des victimes et des auteurs d'homicides sont âgés de 25 ans ou moins, le trafic de stupéfiants est responsable d'une forte proportion des homicides, des conflits et des traumatismes (105). Dans d'autres régions d'Amérique latine et des Caraïbes, des gangs de jeunes impliqués dans le trafic de stupéfiants se montraient plus violents que ceux qui ne l'étaient pas (106).

Intégration sociale

Le degré d'intégration sociale au sein de la communauté influe également sur le taux de violence chez les jeunes. Le capital social est un concept qui vise à mesurer cette intégration dans la communauté. Il

renvoie, grosso modo, aux règles, aux normes, aux obligations, à la réciprocité et à la confiance qui existent dans les relations et les institutions sociales (107). Les jeunes qui vivent dans des endroits où le capital social fait défaut ont tendance à avoir de mauvais résultats scolaires et risquent plus d'abandonner complètement l'école (108).

Moser & Holland (109) ont étudié cinq communautés urbaines pauvres en Jamaïque. Ils ont conclu à une relation cyclique entre la violence et la destruction du capital social. Quand des violences communautaires éclataient, la mobilité à l'intérieur de la localité concernée était limitée, les possibilités d'emploi et d'éducation se réduisaient, les entreprises hésitaient à investir dans la région et il était plus improbable que la population locale construise de nouvelles maisons ou répare ou améliore des propriétés existantes. Cette réduction du capital social – la méfiance accrue découlant de la destruction de l'infrastructure, des aménagements et des possibilités – a fait augmenter le risque de comportement violent, notamment chez les jeunes. Il ressort d'une étude des relations entre le capital social et les taux de criminalité dans divers pays pour la période allant de 1980 à 1994, que le degré de confiance entre les membres de la communauté influait fortement sur l'incidence de crimes violents (107). Wilkinson, Kawachi & Kennedy (110) ont démontré qu'il existe un rapport entre des indices de capital social reflétant une faible cohésion sociale et une grande méfiance interpersonnelle, d'une part, et des taux d'homicides supérieurs et une plus grande inégalité économique, d'autre part.

Facteurs sociétaux

Plusieurs facteurs sociétaux peuvent créer des conditions propices à la violence chez les jeunes. Toutefois, une bonne partie des faits liés à ces facteurs reposent sur des études transversales ou écologiques et ils servent plus à repérer des associations importantes que des causes directes.

Évolution démographique et sociale

Une évolution démographique rapide dans la population des jeunes, la modernisation, l'émigration, l'urbanisation et un changement dans les

politiques sociales sont autant d'éléments qui ont un lien avec une augmentation de la violence chez les jeunes (111). Dans les endroits qui ont connu des crises économiques puis subi des politiques d'ajustement structurel, comme en Afrique et dans certaines régions d'Amérique latine, les salaires réels ont souvent beaucoup baissé, les lois destinées à protéger les syndicats ont été affaiblies ou abandonnées, et l'infrastructure de base ainsi que les services sociaux se sont dégradés sensiblement (112, 113). La pauvreté est fortement concentrée dans les villes, qui enregistrent des taux de croissance démographique élevés parmi les jeunes (114).

Dans leur analyse démographique de la jeunesse en Afrique, Lauras-Locoh & Lopez-Escartin (113) expliquent que les tensions entre la population de jeunes qui croît rapidement et une infrastructure qui se détériore, ont entraîné des révoltes scolaires et estudiantines. Diallo Co-Trung (115) a découvert une situation similaire de grèves et de rébellions estudiantines au Sénégal, où la population des moins de 20 ans a doublé entre 1970 et 1988, pendant une récession économique et l'application de politiques d'ajustement structurel. Dans une enquête sur la jeunesse réalisée en Algérie, Rarbo (116) a conclu que la croissance démographique rapide conjuguée à l'urbanisation accélérée a créé une situation, y compris le chômage et des logements nettement insuffisants, qui a débouché sur une frustration extrême, a attisé la colère et a exacerbé les tensions chez les jeunes. En conséquence, il y avait plus de risques que ces derniers commettent des larcins et recourent à la violence, notamment sous l'influence de pairs.

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, Dinnen (117) a décrit l'évolution de « bandes de vauriens » (criminels) dans le contexte plus général de la décolonisation et de l'évolution politique et sociale qui a suivi, y compris la croissance démographique rapide qui ne s'est pas accompagnée d'une croissance économique. Ce phénomène est également préoccupant dans certaines anciennes économies communistes (118) où, avec la montée en flèche du chômage et la réduction sévère de l'aide sociale, les jeunes se sont retrouvés sans les emplois et les revenus auxquels ils ont légitimement droit, et

sans le soutien social nécessaire entre la fin de la scolarité et l'entrée dans le monde du travail. En l'absence d'un tel soutien, certains ont plongé dans le crime et la violence.

Inégalité de revenu

La recherche montre qu'il existe des liens entre la croissance économique et la violence, et entre l'inégalité de revenu et la violence (119). Dans une étude portant sur 18 pays industrialisés et sur la période allant de 1950 à 1980 (6), Gartner conclut que l'inégalité de revenu, calculée en utilisant le coefficient de Gini, a un effet important et positif sur le taux d'homicide. Fajnzylber, Lederman & Loayza (120) arrivent à la même conclusion dans une enquête portant sur 45 pays industrialisés et en développement et visant la période qui va de 1965 à 1995. Le taux de croissance du PIB est lui aussi associé de façon négative au taux d'homicides, mais dans beaucoup de cas, cet effet était compensé par l'accentuation des inégalités de revenu. Unnithan & Whitt en arrivent à des conclusions similaires dans leur étude transnationale (121), à savoir qu'il existe un lien étroit entre l'inégalité de revenu et le taux d'homicides et que ce taux baisse également à mesure que le PIB par habitant augmente.

Structures politiques

La qualité de la gouvernance dans un pays, tant pour ce qui est du régime juridique que des politiques qui offrent une protection sociale, est un facteur déterminant important en ce qui concerne la violence. En particulier, quand une société applique les lois existantes contre la violence, en arrêtant et en poursuivant les délinquants, elle peut dissuader de recourir à la violence. Fajnzylber, Lederman & Loayza (120) concluent que le taux d'arrestation pour homicide a une incidence négative importante sur le taux d'homicides. Dans leur étude, les mesures objectives de la gouvernance, comme le taux d'arrestations, avaient une corrélation négative avec le taux de criminalité, tandis que les mesures subjectives, comme la confiance dans la justice et l'idée que l'on se fait de la qualité de la gouvernance, n'avaient qu'une faible corrélation avec le taux de criminalité.

ENCADRE 2.2**L'impact des médias sur la violence chez les jeunes**

Les enfants et les jeunes sont de gros consommateurs de médias, y compris de divertissements et de publicité. Des études réalisées aux États-Unis montrent que, souvent, les enfants regardent la télévision dès l'âge de 2 ans et qu'entre 8 et 18 ans, le jeune Américain moyen voit quelque 10 000 actes violents par an à la télévision. Ces schémas d'exposition aux médias ne sont pas nécessairement évidents dans d'autres régions du monde, notamment dans celles où la télévision et les films sont moins répandus. Cependant, il ne fait guère de doute que, partout dans le monde, les enfants et les jeunes sont beaucoup exposés aux médias et que ce phénomène va en grandissant. Il est donc important de voir si cette exposition aux médias constitue un facteur de risque possible en ce qui concerne la violence interpersonnelle concernant des jeunes.

Depuis plus de 40 ans, les chercheurs examinent l'incidence des médias sur les comportements agressifs et violents. Plusieurs méta-analyses d'études portant sur l'impact des médias sur l'agressivité et la violence tendent à conclure à un lien positif entre la violence dans les médias et l'agressivité envers autrui. Cependant, on manque d'éléments pour confirmer son incidence sur les formes graves de violence, comme les agressions et les homicides.

Une méta-analyse de 1991 portant sur 28 études relatives à des enfants et à des adolescents exposés à la violence dans les médias et observés dans une libre interaction sociale, concluait que l'exposition à ce type de violence faisait augmenter les comportements agressifs envers les amis, les camarades de classe et les étrangers (132). Une autre méta-analyse, effectuée en 1994, visait 217 études publiées entre 1957 et 1990 qui étaient consacrées à l'incidence de la violence dans les médias sur les comportements agressifs, 85 % de l'échantillon appartenant au groupe d'âge des 6 à 21 ans. Les auteurs concluaient à une nette corrélation positive entre l'exposition à la violence dans les médias et les comportements agressifs, quel que soit l'âge (133).

Bon nombre des études comprises dans ces examens analytiques étaient soit des expériences aléatoires (laboratoire et terrain), soit des enquêtes transversales. Les conclusions des études expérimentales montrent qu'une exposition de courte durée à la violence à la télévision ou dans des films, et particulièrement à des représentations spectaculaires de la violence, produit une intensification à court terme des comportements agressifs. En outre, les effets semblent plus marqués chez les enfants et les jeunes qui ont des tendances agressives et chez ceux qui ont été excités ou provoqués. Cependant, les conclusions ne valent sans doute pas pour des situations réelles. De fait, dans la vie, il existe des influences « incontrôlables », comme dans les expériences, qui peuvent atténuer les comportements agressifs et violents.

Les conclusions des enquêtes transversales font également apparaître une corrélation positive entre la violence dans les médias et différents types d'agressivité, comme les attitudes, les convictions, les comportements et des émotions telles que la colère. Toutefois, l'incidence de la violence dans les médias sur les formes plus graves de comportement violent, comme les agressions et les homicides, est, somme toute, assez infime ($r = 0,06$) (133). De plus, contrairement aux études expérimentales et longitudinales, où il est plus facile d'établir la causalité, les enquêtes transversales ne permettent pas de conclure que l'exposition à la violence dans les médias entraîne des comportements agressifs et violents.

D'autres études longitudinales examinent le lien entre la télévision et l'agressivité interpersonnelle quelques années plus tard. Une étude longitudinale de trois ans portant sur des enfants âgés de 7 à 9 ans qui a été réalisée en Australie, en Finlande, en Israël, en Pologne et aux États-Unis donne des résultats contradictoires (134), et une étude réalisée en 1992 aux Pays-Bas auprès d'enfants du même groupe d'âge ne démontre aucune incidence sur les comportements agressifs (135). Cependant, d'autres études qui suivent des enfants aux États-Unis sur des périodes

ENCADRE 2.2 (suite)

plus longues (de 10 à 15 ans), font apparaître une corrélation positive entre le fait d'avoir regardé la télévision dans l'enfance et une agressivité manifestée dans les premières années de l'âge adulte (3).

Des études dans lesquelles on examine la relation entre les taux d'homicides et l'arrivée de la télévision – principalement en étudiant les taux d'homicides dans les pays avant et après l'arrivée de la télévision – concluent également à une corrélation positive entre les deux (127–131). Cependant, les auteurs de ces études n'ont pas vérifié des variables confusionnelles telles que les différences économiques, l'évolution politique et sociale, et divers autres facteurs qui peuvent influencer sur les taux d'homicides.

Les conclusions scientifiques en ce qui concerne la relation entre la violence dans les médias et la violence chez les jeunes sont donc concluantes pour ce qui est de l'augmentation de l'agressivité à court terme. Toutefois, les conclusions ne sont pas définitives en ce qui a trait aux effets à plus long terme et aux formes plus graves de comportement violent, ce qui donne à penser que des recherches plus approfondies sont nécessaires. En plus de déterminer dans quelle mesure la violence dans les médias est une cause directe de violences physiques graves, la recherche doit également se pencher sur l'influence des médias sur les relations interpersonnelles et sur des traits individuels, comme l'hostilité, l'insensibilité, l'indifférence, le manque de respect et l'incapacité à faire preuve de compassion.

La gouvernance peut donc avoir une incidence sur la violence, notamment en ce qu'elle concerne les jeunes. Dans leur étude de la violence qui frappe divers groupes ethniques à Salvador de Bahia, au Brésil, Noronha et al. (122) concluent que le mécontentement à l'égard de la police, du système judiciaire et des prisons a fait augmenter le recours à une justice parallèle. A Rio de Janeiro, au Brésil, de Souza Minayo (105) conclut que les policiers figurent parmi les principaux auteurs de violence contre les jeunes. Dans les interventions policières – notamment contre les jeunes gens des classes socio-économiques inférieures –, il a relevé des violences physiques et sexuelles, des viols et l'exigence de pots-de-vin. Sanjuán (123) explique que l'impression que la justice dépend de la classe socio-économique à laquelle on appartient, occupe une place importante dans l'apparition d'une culture de la violence parmi les jeunes marginalisés de Caracas, au Venezuela. De même, Aitchinson (124) conclut que, dans l'Afrique du Sud de l'après-apartheid, l'impunité dont bénéficient des personnes qui ont porté atteinte aux droits de l'homme et l'incapacité de la police de changer sensiblement de méthodes contribuent à un sentiment général d'insécurité et fait augmenter le nombre des actions extrajudiciaires violentes.

La protection sociale conférée par l'Etat, qui est un autre aspect de la gouvernance, est également importante. Dans leur étude, Pampel & Gartner (125) utilisent un indicateur qui mesure le développement des institutions nationales chargées de la protection sociale collective. Ils se demandent pourquoi différents pays, dont les groupes d'âge de 15 à 29 ans ont augmenté au même rythme sur un laps de temps donné, n'en montrent pas moins une progression différente de leur taux d'homicides. Pampel & Gartner concluent que des institutions nationales chargées de la protection sociale qui sont solides ont une influence négative sur le taux d'homicides. En outre, de telles institutions pourraient compenser l'incidence sur le taux d'homicides de la croissance du groupe d'âge des 15 à 29 ans, qui affiche habituellement des taux élevés tant pour ce qui est des victimes d'homicides que des auteurs d'homicides.

Messner & Rosenfeld (126) ont examiné l'incidence des efforts visant à protéger des populations vulnérables des forces du marché, y compris de récessions économiques. Ils ont trouvé un lien entre des dépenses sociales plus importantes et une baisse du taux d'homicides, ce qui donne à penser qu'il y a moins d'homicides dans les sociétés dotées de filets de protection économique. Dans

une étude portant sur 21 pays de 1965 à 1988, Briggs & Cutright (7) concluent à une corrélation négative entre les dépenses d'assurance sociale, en proportion du PIB, et les homicides d'enfants âgés de 14 ans au plus.

Influences culturelles

La culture, qui est reflétée dans les normes et valeurs héréditaires d'une société, aide à déterminer comment les gens réagissent à un environnement en mutation. Les facteurs culturels peuvent influencer sur l'ampleur de la violence dans une société, par exemple, en approuvant le recours à la violence comme méthode normale de règlement des conflits et en apprenant aux jeunes à adopter des normes et des valeurs qui avalisent les comportements violents.

Les médias sont un mode de propagation important des images violentes et des valeurs et normes relatives à la violence. Depuis quelques années, les enfants et les jeunes sont beaucoup plus exposés aux diverses formes de médias. Les nouveaux médias, comme les jeux vidéo, les cassettes vidéo et Internet, multiplient les occasions qu'ont les jeunes d'être exposés à la violence. Plusieurs études montrent que l'arrivée de la télévision dans un pays s'accompagne d'une montée de la violence (127–131), encore que ces études ne tiennent généralement pas compte d'autres facteurs qui peuvent influencer parallèlement sur les taux de violence (3). A ce jour, les faits montrent majoritairement que l'exposition à la violence télévisée fait augmenter la probabilité d'un comportement agressif immédiat et qu'elle a une incidence inconnue à plus long terme sur les actes de violence graves (3) (voir encadré 2.2). On manque d'éléments sur l'incidence de certaines nouvelles formes de médias.

Les cultures qui ne proposent pas de solutions non violentes pour régler les conflits semblent avoir des taux de violence chez les jeunes plus élevés. Dans leur étude des gangs de Medellín, en Colombie, Bedoya Marín & Jaramillo Martínez (136) expliquent comment les jeunes de familles à faible revenu sont influencés par la culture de la violence, dans la société en général et dans leur

communauté en particulier. Selon eux, l'acceptation croissante de «l'argent facile», fruit le plus souvent du trafic de stupéfiants, et de tout moyen nécessaire pour l'obtenir, y compris par la corruption de la police, de la justice, de l'armée et de l'administration locale, favorise l'instauration d'une culture de la violence.

Les influences culturelles internationales ont également une incidence sur l'augmentation de la violence juvénile. Dans une enquête sur les gangs de jeunes en Amérique latine et dans les Caraïbes, Rodgers (106) explique que les gangs violents, qui s'inspirent de ceux de Los Angeles, en Californie (Etats-Unis), sont apparus dans des villes du nord et du sud-ouest du Mexique, là où l'immigration en provenance des Etats-Unis est la plus forte. On observe un phénomène similaire au Salvador, dont beaucoup de ressortissants sont expulsés des Etats-Unis depuis 1992. Or, bon nombre de ces expulsés appartenaient à des gangs aux Etats-Unis.

Que peut-on faire pour prévenir la violence chez les jeunes?

Il est important, lorsque l'on conçoit des programmes nationaux de prévention de la violence chez les jeunes, de s'attaquer non seulement aux facteurs cognitifs, sociaux et comportementaux individuels, mais aussi aux systèmes sociaux en place qui déterminent ces facteurs.

Les tableaux 2.3 et 2.4 donnent des exemples de stratégies de prévention de la violence chez les jeunes sous forme de grilles présentant les systèmes écologiques par le biais desquels on peut prévenir la violence aux différents stades de développement, de la petite enfance à l'âge de jeune adulte, où il est probable que les comportements violents ou les risques de comportement violent se manifestent. Les stratégies de prévention présentées dans ces tableaux ne sont pas exhaustives, et elles ne se sont pas nécessairement avérées efficaces. En fait, certaines se sont révélées inefficaces. Ces tableaux visent à illustrer le large éventail de solutions possibles au problème de la violence chez les jeunes et à mettre l'accent sur la nécessité de stratégies différentes à différents stades du développement.

TABLEAU 2.3

Stratégies de prévention de la violence par stade de développement (de la petite enfance à la phase intermédiaire de l'enfance) et contexte écologique

Contexte écologique	Stade de développement		
	Petite enfance (de 0 à 3 ans)	Prime enfance (de 3 à 5 ans)	Phase intermédiaire de l'enfance (de 6 à 11 ans)
Individuel	<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir des grossesses non désirées • Faciliter l'accès à des soins prénatals et postnatals 	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes de développement social^a • Programmes de renforcement préscolaires^a 	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes de développement social^a • Programmes d'information sur la toxicomanie^b
Relationnel (par ex., famille, pairs)	<ul style="list-style-type: none"> • Visites à domicile^a • Formation au rôle de parent^a 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation au rôle de parent^a 	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes d'encadrement • Programmes de partenariat entre la maison et l'école afin d'encourager les parents à participer
Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller les taux de plomb et éliminer les toxines présentes dans les foyers • Offrir plus de garderies et de meilleure qualité 	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller les taux de plomb et éliminer les toxines présentes dans les foyers • Proposer plus de programmes de renforcement préscolaires et de meilleure qualité 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des trajets sûrs pour les enfants qui se rendent à l'école ou à d'autres activités communautaires et qui en reviennent • Améliorer le cadre scolaire, y compris les méthodes pédagogiques, les règlements scolaires et la sécurité • Proposer des programmes d'activités parascolaires pour prolonger la supervision par des adultes • Activités parascolaires
Sociétal	<ul style="list-style-type: none"> • Déconcentrer la pauvreté • Réduire les inégalités de revenu 	<ul style="list-style-type: none"> • Déconcentrer la pauvreté • Réduire les inégalités de revenu • Réduire la violence dans les médias • Campagnes d'information du public 	<ul style="list-style-type: none"> • Déconcentrer la pauvreté • Réduire les inégalités de revenu • Réduire la violence dans les médias • Campagnes d'information du public • Réformer les systèmes éducatifs

^a Contribuent effectivement à réduire la violence chez les jeunes ou à atténuer les facteurs de risque liés à la violence chez les jeunes.

^b Ne contribuent pas à réduire la violence chez les jeunes ou à atténuer les facteurs de risque liés à la violence chez les jeunes.

Approches individuelles

Les interventions les plus courantes contre la violence chez les jeunes visent à renforcer les facteurs de protection associés aux aptitudes, aux attitudes et aux croyances individuelles.

L'adoption de programmes de renforcement préscolaires constitue une bonne stratégie de prévention de la violence en ce qui concerne la petite enfance, même si l'on n'en est en général pas convaincu. Ces programmes familiarisent les jeunes enfants avec les techniques nécessaires pour réussir à l'école, ce qui augmente les chances de réussite scolaire ultérieure. Ils peuvent renforcer les liens de l'enfant avec l'école, l'aider à obtenir de meilleurs résultats et à avoir une meilleure estime de soi (137). Les études de suivi à long terme de prototypes de tels programmes concluent à des retombées positives pour les enfants, y

compris à une participation moindre à des comportements violents ou délinquants par ailleurs (138–140).

Les programmes de développement social destinés à réduire les comportements antisociaux et agressifs chez les enfants et la violence chez les adolescents adoptent diverses stratégies. On y cherche couramment à améliorer l'attitude et les aptitudes sociales avec les pairs et, généralement, à encourager un comportement positif, amical et coopératif (141). Ces programmes, qui peuvent être universels ou ne viser que des groupes à haut risque, sont le plus souvent exécutés dans des contextes scolaires (142, 143). Habituellement, ils mettent l'accent sur un ou plusieurs des aspects suivants (143) :

- gestion de la colère ;
- modification du comportement ;

TABLEAU 2.4

Stratégies de prévention de la violence par stade de développement (adolescence et premières années de l'âge adulte) et contexte écologique

Contexte écologique	Stade de développement	
	Adolescence (de 12 à 19 ans)	Premières années de l'âge adulte (de 20 à 29 ans)
Individuel	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes de développement social^a • Inciter les jeunes présentant de hauts risques de violence à terminer leurs études secondaires^a • Conseils psychosociologiques individuels^b • Programmes de liberté surveillée et de libération conditionnelle comprenant des rencontres avec des détenus qui décrivent la brutalité de la vie carcérale^b • Programmes de foyers dans les établissements psychiatriques ou correctionnels^b • Programmes d'information sur la toxicomanie^b • Programmes de renforcement scolaire • Formation au maniement sans danger des armes à feu^b • Programmes s'inspirant de l'entraînement militaire de base^b • Juger les jeunes délinquants dans des tribunaux pour adultes^b 	<ul style="list-style-type: none"> • Inciter les jeunes adultes à poursuivre des études supérieures • Formation professionnelle
Relationnel (par ex., famille, pairs)	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes d'encadrement^a • Médiation par les pairs ou entraide faisant intervenir des pairs^b • Programmes de placement temporaire en foyer d'accueil pour les délinquants durs ou chroniques • Thérapie familiale^a 	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes visant à renforcer les liens avec la famille, et des emplois pour réduire la participation à des comportements violents
Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des trajets sûrs pour les jeunes qui se rendent à l'école ou à d'autres activités communautaires et qui en reviennent • Améliorer le cadre scolaire, y compris les méthodes pédagogiques, les règlements scolaires et la sécurité • Activités parascolaires • Programmes de prévention antigang^b • Former des personnels de santé afin qu'ils sachent repérer les jeunes à risque élevé pour les orienter vers des services appropriés • Police communautaire • Faire en sorte qu'il soit plus difficile de se procurer de l'alcool • Améliorer les mesures d'urgence, les soins en cas de blessure et l'accès aux services de santé • Racheter des armes à feu^b 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre sur pied des programmes de loisirs pour adultes • Police communautaire • Faire en sorte qu'il soit plus difficile de se procurer de l'alcool • Améliorer les mesures d'urgence, les soins en cas de blessure et l'accès aux services de santé • Racheter des armes à feu^b
Sociétal	<ul style="list-style-type: none"> • Déconcentrer la pauvreté • Réduire les inégalités de revenu • Campagnes d'information du public • Réduire la violence dans les médias • Appliquer les lois interdisant les transferts illégaux d'armes à feu aux jeunes • Encourager à entreposer les armes à feu en lieu sûr • Renforcer et améliorer la police et la justice • Réformer les systèmes éducatifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Déconcentrer la pauvreté • Réduire les inégalités de revenu • Mettre sur pied des programmes de création d'emplois pour les chômeurs chroniques • Campagnes d'information du public • Encourager à entreposer les armes à feu en lieu sûr • Renforcer et améliorer la police et la justice

^a Contribuent effectivement à réduire la violence chez les jeunes ou à atténuer les facteurs de risque liés à la violence chez les jeunes.

^b Ne contribuent pas à réduire la violence chez les jeunes ou à atténuer les facteurs de risque liés à la violence chez les jeunes.

- adoption d'une perspective sociale ;
- développement moral ;
- renforcement des aptitudes sociales ;
- résolution des problèmes sociaux ;
- règlement des conflits.

Il est démontré que ces programmes de développement social peuvent réussir à réduire la violence chez les jeunes et à améliorer les aptitudes sociales (144–146). Les programmes qui insistent sur les compétences et les aptitudes sociales

comptent apparemment parmi les stratégies les plus efficaces de prévention de la violence chez les jeunes (3). Ils semblent également plus efficaces lorsqu'ils sont offerts aux enfants dans un cadre préscolaire ou dans les écoles primaires que dans les écoles secondaires.

Un programme destiné à prévenir l'intimidation qui a été mis en place dans les écoles élémentaires et dans le premier cycle du secondaire à Bergen, en Norvège, est un exemple de programme de développement social qui utilise des techniques comportementales en classe. Grâce à cette intervention, le nombre de cas d'intimidation a été réduit de moitié en deux ans (147). Le programme a été repris en Angleterre, en Allemagne et aux États-Unis, avec des résultats similaires (3).

Voici d'autres interventions ciblées sur des individus qui peuvent donner de bons résultats, encore que l'on ait besoin de plus de données pour en confirmer l'incidence sur les comportements violents et agressifs (137, 148) :

- des programmes visant à prévenir les grossesses non désirées, afin de réduire les mauvais traitements à enfant et les risques de comportement violent ultérieur qu'ils entraînent ;
- pour des raisons similaires, des programmes destinés à faciliter l'accès aux soins prénatals et postnatals ;
- des programmes de renforcement scolaire ;
- des mesures pour inciter les jeunes à haut risque de comportement violent à terminer leurs études secondaires et à suivre des études supérieures ;
- des formations professionnelles pour les jeunes et les jeunes adultes désavantagés.

Voici des exemples de programmes qui ne semblent pas réussir à faire reculer la violence chez les jeunes (3) :

- le soutien psychologique individuel ;
- la formation au maniement sans danger des armes à feu ;
- les programmes de liberté surveillée et de libération conditionnelle qui comprennent des rencontres avec des détenus qui décrivent la brutalité de la vie carcérale ;

- juger les jeunes délinquants dans les tribunaux pour adultes ;
- les programmes de foyers qui ont pour cadre des établissements psychiatriques ou correctionnels ;
- les programmes d'information sur la toxicomanie.

D'après certaines études, les programmes pour jeunes délinquants qui s'inspirent de l'entraînement militaire de base (« boot camps ») se soldent par une augmentation des récidives (3).

Approches relationnelles

D'autres stratégies de prévention courantes abordent la violence chez les jeunes en essayant d'influer sur le type de relations que les jeunes entretiennent avec des personnes avec qui ils ont une interaction régulière. Ces programmes visent des aspects tels que le manque de relations affectives entre parents et enfants, les fortes pressions exercées par les pairs pour inciter les jeunes à adopter des comportements violents et l'absence de relation solide avec un adulte bienveillant.

Visites à domicile

Les visites à domicile sont une des approches familiales utilisées dans la prévention de la violence chez les jeunes. Cette intervention ciblée sur la petite enfance (de 0 à 3 ans) comprend des visites effectuées régulièrement au domicile de l'enfant par une infirmière ou un autre professionnel de la santé. Ce type de programme existe dans de nombreuses régions du monde, y compris en Australie, au Canada, en Chine (Région administrative spéciale (RAS) de Hong Kong), au Danemark, en Estonie, en Israël, en Afrique du Sud, en Thaïlande et aux États-Unis. Il s'agit de fournir à des mères ayant de faibles revenus, à des familles qui attendent leur premier enfant ou qui viennent de l'avoir, à des familles où le risque de mauvais traitements à enfant est plus grand et à des familles présentant également des problèmes de santé, une formation, un soutien, des conseils, une surveillance et une orientation vers des organismes extérieurs (137, 146). Il est avéré que les programmes de visites à domicile contribuent dura-

blement à la réduction de la violence et de la délinquance (138, 149–152). Plus tôt et plus longtemps ils sont offerts dans la vie de l'enfant et plus leurs effets positifs semblent importants (3).

Formation au rôle de parent

Les programmes de formation au rôle de parent visent à améliorer les relations familiales et les techniques d'éducation des enfants et, ainsi, à réduire la violence chez les jeunes. Ils ont notamment pour objectif de resserrer les liens affectifs entre les parents et leurs enfants, d'encourager les parents à utiliser des méthodes d'éducation cohérentes et de les aider à acquérir une maîtrise de soi dans leur rôle parental (146).

Le *Triple-P-Positive Parenting Programme* est un exemple australien de programme de formation complet destiné aux parents (153). Il comprend une campagne médiatique menée dans la population pour atteindre tous les parents et un volet sur les soins de santé qui utilise des consultations avec des médecins de premier recours pour améliorer les compétences parentales. Des interventions intensives sont également proposées aux parents et aux familles dont les enfants présentent des risques de problèmes comportementaux graves. Le programme – ou ses volets – ont été ou sont repris en Chine (RAS de Hong Kong), en Allemagne, en Nouvelle-Zélande, à Singapour et au Royaume-Uni (154).

Il ressort de plusieurs évaluations que la formation au rôle de parent donne de bons résultats et qu'elle contribue durablement à la réduction des comportements antisociaux (155–158). Il ressort d'une étude sur la rentabilité d'interventions précoces destinées à prévenir des crimes et délits graves en Californie, aux États-Unis, que la formation des parents d'enfants qui manifestent un comportement agressif prévient environ 157 crimes et délits graves (par exemple, des homicides, des viols, des incendies criminels et des vols) par million de dollars américains dépensés (159). En fait, les auteurs estimaient que la formation au rôle de parent était trois fois plus rentable que la loi dite des « trois fautes » appliquée en Californie et aux termes de laquelle les récidivistes sont sévèrement punis.

Programmes d'encadrement

On considère qu'une relation chaleureuse et positive avec un adulte qui sert de modèle contribue à protéger de la violence chez les jeunes (3, 146). Les programmes d'encadrement reposant sur cette idée mettent en rapport une jeune personne – en particulier quelqu'un qui risque fort d'avoir un comportement antisocial ou qui grandit dans une famille monoparentale – avec un adulte bienveillant, un mentor, extérieur à la famille (160). Les mentors peuvent être des camarades de classe plus âgés, des enseignants, des conseillers sociopsychologiques, des agents de police ou d'autres membres de la communauté. Ces programmes visent à aider des jeunes à développer des compétences et à offrir une relation suivie avec quelqu'un qui leur sert d'exemple et de guide (143). Ils ne sont pas autant évalués que d'autres stratégies destinées à lutter contre la violence chez les jeunes, mais il semble bien qu'une relation de mentorat positive puisse améliorer sensiblement l'assiduité et les résultats scolaires, faire diminuer le risque de consommation de drogues, améliorer les relations avec les parents et réduire les formes de comportement antisocial rapportées par les intéressés (161).

Approches thérapeutiques et autres

Des approches thérapeutiques sont également utilisées avec les familles afin de prévenir la violence chez les jeunes. Il existe de nombreuses formes de ce type de thérapie, mais toutes visent à améliorer les communications et les interactions entre parents et enfants et à régler les problèmes qui surviennent (143). Certains de ces programmes essaient également d'aider les familles à faire face à des facteurs environnementaux qui contribuent au comportement antisocial et à mieux utiliser les ressources existant dans la communauté. Les programmes de thérapie familiale sont souvent coûteux, mais il semble bien qu'ils contribuent au meilleur fonctionnement de la famille et à la réduction des problèmes de comportement des enfants (162–164). La thérapie pour une famille fonctionnelle (165) et la thérapie multisystémique (166) sont deux approches utilisées aux États-Unis qui se sont révélées avoir des effets positifs à long

terme pour ce qui est de réduire les comportements violents et coupables de jeunes délinquants à moindre coût que d'autres programmes de traitement (3).

Voici d'autres interventions ciblées sur les relations des jeunes qui donnent de bons résultats (3) :

- des programmes de partenariat entre la maison et l'école qui encouragent les parents à participer ;
- une éducation compensatoire, comme des cours pour adultes.

Voici des programmes visant les relations des jeunes qui ne semblent pas contribuer à réduire la violence chez les adolescents (137) :

- la médiation par des pairs, autrement dit, des élèves qui aident d'autres élèves à régler des différends ;
- l'entraide faisant intervenir des pairs ;
- la réorientation du comportement des jeunes et la modification des normes des groupes de pairs, toutes deux essayant de réorienter les jeunes présentant des risques élevés de comportement violent vers des activités classiques, mais qui ont, en fait, des effets négatifs sur les attitudes, les résultats et le comportement (3).

Actions communautaires

On entend par actions communautaires des interventions qui visent à modifier le milieu dans lequel les jeunes se retrouvent entre eux. Améliorer l'éclairage public dans les quartiers où le mauvais éclairage fait augmenter le risque d'agressions violentes, en est un exemple simple. On en sait moins, malheureusement, sur l'efficacité des stratégies communautaires en ce qui concerne la violence chez les jeunes que sur les stratégies qui mettent l'accent sur des facteurs individuels ou sur les relations que les jeunes entretiennent avec autrui.

Police communautaire

Les services de police communautaires ou sélectifs représentent maintenant une stratégie de maintien de l'ordre importante dans bien des régions du monde face à la violence chez les jeunes et à d'autres problèmes de criminalité (167). Cette solution prend de nombreuses formes, mais toutes visent à

former des partenariats communautaires et à régler les problèmes que rencontrent les communautés (168). Dans certains programmes, par exemple, la police collabore avec des professionnels de la santé mentale afin de repérer des jeunes qui ont été témoins, victimes ou auteurs de violence, et de les orienter vers les services appropriés (169). Ce type de programmes repose sur le fait que la police est en contact quotidien avec de jeunes victimes ou auteurs de violence. Ils offrent aux policiers une formation spéciale et les mettent en contact – tôt dans le développement du jeune – avec des professionnels de la santé mentale compétents (168). On n'a pas encore déterminé l'efficacité de ce type de programmes, mais l'approche semble utile.

Des programmes de police communautaire ont été mis en place avec succès à Rio de Janeiro, au Brésil, et à San José, au Costa Rica (170, 171). Une évaluation du programme dans ce dernier pays conclut qu'il existe un lien avec une baisse de la criminalité et du sentiment d'insécurité (171). Ces programmes doivent être évalués plus rigoureusement, mais ils offrent à la population locale une meilleure protection et ils pallient un manque de services de police courants (170).

Accès à l'alcool

Faire en sorte qu'il soit plus difficile de se procurer de l'alcool est une autre stratégie communautaire utilisée pour combattre le crime et la violence. Comme nous l'avons déjà mentionné, l'alcool est un facteur situationnel important qui peut être le déclencheur de la violence. Une étude longitudinale de quatre ans sur l'incidence de ce genre de mesure sur les taux de délit a été réalisée dans une petite région provinciale de Nouvelle-Zélande (172). Plusieurs crimes (homicide et viol) et infractions (propriété et circulation) ont été comparés dans deux villes expérimentales et quatre villes témoins pendant la durée de l'étude. On a enregistré une baisse des crimes et infractions dans les villes expérimentales et une augmentation par rapport aux tendances nationales dans les villes témoins, les taux de criminalité baissant sensiblement pendant deux ans dans les zones où il était plus difficile de se procurer de l'alcool. Cependant,

on ne sait pas très bien dans quelle mesure l'intervention a eu une incidence sur les comportements violents parmi les jeunes et si cette approche peut donner de bons résultats ailleurs.

Activités parascolaires

Les activités parascolaires, comme le sport et les loisirs, les arts, la musique, le théâtre et la production de bulletins, sont l'occasion pour les adolescents de participer à des activités de groupe constructives par le biais desquelles ils gagnent une certaine reconnaissance (3). Dans bien des communautés, cependant, ces activités manquent ou il n'y a pas d'endroit où les enfants puissent aller pour les pratiquer en toute sécurité en dehors des heures d'école (173). Les programmes parascolaires fournissent ces installations aux enfants et aux jeunes. Dans l'idéal, ces programmes devraient être (174) :

- globaux, autrement dit, viser tout l'éventail des facteurs de risque en ce qui concerne la violence des jeunes et la délinquance ;
- appropriés sur le plan du développement ;
- de longue durée.

Essor, à Maputo, au Mozambique (175), est un exemple de programme communautaire destiné à lutter contre la délinquance des adolescents dans deux quartiers à faible revenu. Il vise des adolescents de 13 à 18 ans, et propose des activités sportives et des loisirs afin d'encourager l'extériorisation et l'esprit d'équipe. Les animateurs du programme gardent aussi le contact avec les jeunes en effectuant régulièrement des visites à domicile. On note, dans l'évaluation du programme, une nette amélioration des comportements constructifs et des communications avec les parents sur 18 mois, ainsi qu'une baisse sensible des comportements antisociaux.

Mettre fin à la violence des gangs

Il existe divers programmes communautaires destinés à prévenir la violence des gangs. Entre autres stratégies préventives, on s'efforce d'éliminer les gangs ou d'organiser les communautés touchées par leur violence de manière à ce que les bandes de jeunes agissent différemment et se livrent à moins d'activités criminelles (106). Parmi les stratégies correctives ou de rééducation, citons des program-

mes d'information et de conseils psychosociologiques pour les membres des gangs ainsi que des programmes qui visent à canaliser les activités des gangs dans des directions productives sur le plan social (106). Il y a peu d'indications que les programmes destinés à mettre fin aux activités des gangs, à organiser les communautés ou à offrir des services d'information et de conseils psychosociologiques soient efficaces. Au Nicaragua, les efforts déployés à grande échelle par la police, en 1997, pour mettre fin aux activités des gangs n'ont connu qu'un succès passager, et il se peut qu'ils aient, en fait, exacerbé le problème (176). Les tentatives d'organisation des communautés aux Etats-Unis, à Boston, au Massachusetts, et à Chicago, dans l'Illinois, n'ont pas permis non plus de réduire la violence des gangs, sans doute parce que les communautés concernées n'étaient pas assez intégrées ou soudées pour poursuivre des efforts organisés (177). Les efforts d'information et les conseils psychosociologiques ont eu pour conséquence indésirable et inattendue de renforcer la cohésion au sein des gangs (178). A Medellín, en Colombie, les programmes ont réussi à encourager les membres des gangs à s'investir dans la vie politique et dans des projets de développement social locaux (179), tandis qu'au Nicaragua et aux Etats-Unis, ces programmes de « chance à saisir » n'ont obtenu qu'un succès limité (106).

Autres stratégies

Voici d'autres interventions visant les communautés qui donnent des résultats (148, 180) :

- Surveiller les taux de plomb et éliminer les toxines dans le milieu de vie afin de réduire le risque de lésions cérébrales chez les enfants, ces lésions pouvant expliquer en partie la violence chez les jeunes.
- Offrir plus de centres de garderie et de programmes de renforcement préscolaire, qui doivent aussi être de meilleure qualité, afin de favoriser un bon développement et de faciliter la réussite scolaire.
- S'efforcer d'améliorer le cadre scolaire, y compris en changeant les méthodes pédagogiques et les règlements scolaires, et renforcer la

sécurité, par exemple, en installant des détecteurs de métaux et des caméras de surveillance.

- Créer des trajets sûrs pour les enfants qui se rendent à l'école et à d'autres activités communautaires et qui en reviennent.

Les systèmes de santé peuvent contribuer considérablement à la prévention de la violence chez les jeunes et aux réponses apportées à cette violence :

- en améliorant les réponses concrètes des services des urgences ;
- en facilitant l'accès aux services de santé ;
- en formant des travailleurs de la santé afin qu'ils sachent repérer les jeunes à risque élevé et les orienter vers les services appropriés.

Un type de programme se révèle inefficace pour ce qui est de réduire la violence chez les adolescents. Il s'agit de programmes de rachat d'armes qui consistent à récompenser par de l'argent quiconque remet des armes à feu à la police ou à d'autres organismes communautaires. Il semble que le type d'armes remises ne sont pas utilisées habituellement dans les homicides de jeunes (3).

Approches sociétales

Changer le milieu social et culturel pour faire reculer la violence est la stratégie la moins souvent utilisée pour prévenir la violence chez les jeunes. Cette approche vise à abaisser les obstacles économiques ou sociaux au développement, par exemple, en créant des programmes d'emploi ou en renforçant la justice pénale, ou à modifier les normes et les valeurs culturelles profondément ancrées qui favorisent la violence.

Lutter contre la pauvreté

Les politiques destinées à réduire la concentration de pauvreté dans les zones urbaines aident parfois à combattre la violence chez les jeunes. C'est ce qu'a démontré un projet pilote sur le logement et la mobilité baptisé « Moving to Opportunity » qui a été mené au Maryland, aux Etats-Unis (181). Dans une étude sur l'incidence de ce programme, les familles de quartiers très pauvres de la ville de Baltimore ont été divisées en trois groupes :

- les familles qui avaient reçu des allocations et bénéficié de conseils psychosociologiques et d'autres formes d'assistance afin de déménager dans des communautés moins pauvres ;
- les familles qui avaient reçu des allocations uniquement, mais sans aucune restriction quant à l'endroit où elles iraient vivre en déménageant ;
- les familles qui n'avaient bénéficié d'aucune aide spéciale.

Il ressort de l'étude qu'en donnant la possibilité aux familles d'aller vivre dans des quartiers moins pauvres, on contribuait à réduire sensiblement les comportements violents chez les adolescents (181). Cependant, il est nécessaire de mieux comprendre les mécanismes par lesquels le voisinage et les groupes de pairs influent sur la violence chez les jeunes, afin de bien saisir les conséquences de ces résultats.

S'attaquer à l'utilisation d'armes à feu par les jeunes

Changer le milieu social pour que les enfants et les jeunes sans surveillance n'aient pas accès à des armes à feu est sans doute une stratégie viable pour réduire le nombre de décès imputables à la violence chez les jeunes. Toutefois, les jeunes et d'autres personnes qui ne devraient pas avoir d'armes à feu en leur possession finiront inévitablement par s'en procurer, certains avec des intentions criminelles. D'autres, dont le jugement est altéré par l'alcool ou des drogues, n'auront pas le sens des responsabilités nécessaires lorsque l'on a de telles armes en sa possession.

Dans beaucoup de pays, les jeunes se procurent illégalement des armes. Dans ce cas, une application plus stricte des lois régissant les transferts d'armes illégaux devrait nettement contribuer à réduire la violence avec arme à feu chez les adolescents (182). Cependant, on a très peu de données sur l'efficacité de cette approche.

On peut aussi, face au problème des jeunes qui possèdent des armes meurtrières, légiférer et faire respecter les mesures d'entreposage des armes à feu en lieu sûr. De telles mesures limiteront sans doute directement l'accès inapproprié à de telles armes, car les jeunes auront plus de mal à en sortir de chez eux et, indirectement, parce qu'il sera plus difficile

aussi d'en voler. Le vol est une des principales sources d'approvisionnement en armes à feu des marchés illégaux, et c'est par le vol et les cambriolages que les jeunes se procurent de telles armes en dernier recours, encore que cette méthode ne soit pas nouvelle (182, 183). Pour limiter à plus long terme l'accès non autorisé à des armes dans le cas des enfants et des adolescents, il faudrait mettre au point des armes à feu « intelligentes » qui ne fonctionnent pas si quelqu'un d'autre que leur propriétaire légitime essaie de s'en servir (184). Il peut s'agir d'un système de reconnaissance de l'empreinte de la paume du propriétaire, du fait que l'arme doit se trouver à proximité d'un étui spécial ou de la présence d'une certaine bague.

D'autres interventions destinées à limiter l'utilisation abusive des armes à feu ont été évaluées. En 1977, une loi restrictive sur la délivrance des permis de port d'arme interdisant à quiconque d'autre que les policiers, les agents de sécurité et les propriétaires existants d'armes à feu de posséder de telles armes, a été mise en vigueur à Washington D.C, aux États-Unis. Par la suite, le nombre d'homicides et de suicides par balle a baissé de 25 % (185). Cependant, on ne connaît pas l'incidence de cette loi pour ce qui est de réduire la violence avec arme à feu, notamment chez les jeunes. Dans les années 1990, à Cali et à Bogotá, en Colombie, le port d'armes à feu a été interdit à des moments où l'on savait par expérience que les taux d'homicides étaient plus élevés (186). Il s'agissait notamment des week-ends de paie, des « ponts » de jours fériés et des jours d'élection. Il ressort d'une évaluation qu'il y avait moins d'homicides quand les ports d'armes étaient suspendus (186). Les auteurs de l'étude expliquent que l'interdiction intermittente de port d'armes dans toute une ville contribuerait probablement à prévenir des homicides, en particulier dans des régions du monde où les taux d'homicides sont très élevés.

Autres approches

Voici d'autres stratégies qui visent des facteurs socio-économiques et culturels et qui donnent parfois des résultats en matière de prévention de la violence chez les jeunes, mais qui ne sont pas encore bien évaluées (148, 170) :

- des campagnes d'information du public afin de changer les normes sociales et d'encourager des comportements sociaux positifs ;
- des mesures pour lutter contre la violence dans les médias ;
- des programmes destinés à réduire les inégalités de revenu ;
- des activités et des politiques destinées à atténuer les effets d'une évolution sociale rapide ;
- des efforts destinés à renforcer et à améliorer la police et la justice ;
- des réformes institutionnelles des systèmes éducatifs.

Comme le montre l'examen des facteurs de risque et des stratégies de prévention, la violence chez les jeunes découle d'une combinaison complexe de multiples facteurs, et les efforts visant à atténuer sensiblement ce problème devront être menés sur plusieurs fronts. Comme le montre également l'analyse ci-dessus, plusieurs facteurs – certains individuels, d'autres familiaux et d'autres encore dans le milieu social – accroissent la probabilité d'agressivité et de violence pendant l'enfance, l'adolescence et les premières années de l'âge adulte. Dans l'idéal, les programmes devraient aborder les jeunes par le biais de multiples systèmes d'influence (individuel, familial, communautaire et sociétal), et proposer un continuum d'interventions et d'activités qui couvrent toutes les étapes du développement. Ces programmes peuvent viser des facteurs de risque concomitants, comme les problèmes scolaires, la grossesse chez les adolescentes, l'activité sexuelle sans précautions et la consommation de drogues, et donc répondre aux besoins des jeunes dans de nombreux aspects de leur vie.

Recommandations

Les décès et les traumatismes résultant de la violence chez les jeunes constituent un problème de santé publique important dans de nombreuses régions du monde. Ce problème est plus ou moins grave à l'intérieur des pays et des régions et d'une région ou d'un pays à l'autre. Diverses stratégies de prévention de la violence chez les jeunes sont viables, et certaines s'avèrent particulièrement

efficaces. Cependant, aucune stratégie ne suffit à elle seule pour réduire le lourd fardeau de la violence des jeunes pour la santé. En fait, des approches multiples et concurrentes seront nécessaires et elles devront être adaptées à l'endroit où elles seront appliquées. Ce qui aide à prévenir la violence chez les jeunes au Danemark, par exemple, ne donnera pas forcément de résultats en Colombie ou en Afrique du Sud.

Ces 20 dernières années, on a beaucoup appris sur la nature et les causes de la violence chez les jeunes et sur les méthodes de prévention à cet égard. Bien qu'elles reposent essentiellement sur des travaux réalisés dans des pays développés, ces connaissances servent de base à l'élaboration de programmes qui contribuent à prévenir cette violence. Cependant, il reste beaucoup à apprendre en matière de prévention. Dans l'état actuel des connaissances, les recommandations suivantes, si elles sont suivies d'effet, devraient permettre de mieux comprendre la violence chez les jeunes et de mieux réussir dans sa prévention.

Créer des systèmes de collecte de données

A la base des efforts de prévention, il devrait y avoir des systèmes de collecte de données qui permettent de suivre à tout moment les tendances en matière de comportement violent, de traumatismes et de décès. Ces données fourniront des informations précieuses pour formuler des politiques et des programmes publics destinés à prévenir la violence chez les jeunes et à les évaluer. Il est nécessaire d'adopter, en ce qui concerne la surveillance de la violence chez les jeunes, des approches simples qui puissent être appliquées dans divers contextes culturels. A cet égard, les points suivants devraient être prioritaires.

- Des normes uniformes en ce qui concerne la définition et l'évaluation de la violence chez les jeunes doivent être arrêtées et intégrées dans les systèmes de surveillance des traumatismes et de la violence. Ces normes doivent comprendre des catégories d'âge qui reflètent précisément - les différents risques qu'encourent les jeunes d'être victimes ou auteurs de violence.

- La priorité doit être donnée à la création de systèmes qui permettent de surveiller les décès imputables à la violence dans les régions où les données relatives aux homicides sont actuellement insuffisantes ou inexistantes. Ces régions sont l'Afrique, l'Asie du Sud-Est, la Méditerranée orientale et certaines régions des Amériques et du Pacifique occidental, notamment les parties plus pauvres de ces deux régions.
- Parallèlement à la surveillance, des études spéciales doivent être réalisées afin d'établir la proportion de blessures résultant de la violence qui s'avèrent mortelles, et de classer les blessures mortelles et non mortelles par méthode d'attaque et selon l'âge et le sexe de la victime. Ces données serviront à estimer l'ampleur du problème de violence parmi les jeunes là où l'on ne dispose que d'un type de données, par exemple, sur la mortalité ou la morbidité.
- Il faut encourager tous les pays et régions à créer des centres où l'on rassemblera et comparera des informations courantes relatives à la violence, provenant des services de santé, y compris des services des urgences, de la police et d'autres autorités. Ces centres aideront grandement à formuler et à exécuter des programmes de prévention.

Plus de recherche scientifique

Il est essentiel, pour trouver des réponses rationnelles et efficaces au problème, de réunir des données scientifiques, tant qualitatives que quantitatives, sur les schémas et les causes de violence chez les jeunes. Nous comprenons certes beaucoup mieux le phénomène de la violence, mais il reste des lacunes importantes que la recherche dans les domaines suivants permettrait probablement de combler :

- sur le plan interculturel, sur les causes, le développement et la prévention de la violence chez les jeunes, afin d'expliquer les variations importantes dans l'ampleur de cette violence d'un pays ou d'une région à l'autre ;

- sur la validité des dossiers officiels, des dossiers hospitaliers et des déclarations par les intéressés et de leurs avantages relatifs pour ce qui est de mesurer la violence chez les jeunes ;
- comparer les jeunes qui commettent des délits violents avec les jeunes qui commettent des délits non violents et ceux dont le comportement n'est ni violent ni délinquant ;
- déterminer quels facteurs de risque ont des effets différentiels sur la persistance, l'escalade, la désescalade et la cessation des délits violents à différents âges ;
- cerner les facteurs qui protègent contre la violence des jeunes ;
- sur la part des filles dans la violence chez les jeunes ;
- sur le plan interculturel, sur les influences culturelles et sociétales sur la violence chez les jeunes ;
- dans des études longitudinales mesurant tout un éventail de facteurs de risque et de protection, afin de mieux comprendre le cheminement en matière de développement qui mène à la violence chez les jeunes ;
- permettre de mieux comprendre comment on peut effectivement modifier les facteurs macro-économiques et sociaux pour réduire la violence chez les jeunes.

En plus des besoins précités en matière de recherche :

- Il est nécessaire d'estimer le coût total de la violence chez les jeunes pour la société, afin de mieux évaluer la rentabilité des programmes de prévention et de traitement.
- De nouvelles institutions doivent être chargées d'organiser, de coordonner et de financer la recherche mondiale sur la violence chez les jeunes.

Définir des stratégies de prévention

Jusqu'à présent, la plupart des ressources affectées à la prévention sont allées à des programmes non éprouvés. Beaucoup de ces programmes, qui reposent sur des hypothèses contestables, sont

exécutés sans grande cohérence ou contrôle de la qualité. Pour prévenir et contrôler effectivement la violence chez les jeunes, il faut, avant tout, procéder à une évaluation systématique des interventions. En particulier, les aspects suivants relatifs aux programmes de prévention de la violence chez les jeunes doivent faire l'objet de recherches plus approfondies, sous forme :

- d'études longitudinales destinées à évaluer l'incidence à long terme d'interventions menées pendant la petite enfance et l'enfance ;
- d'évaluations de l'incidence des interventions sur les facteurs sociaux liés à la violence chez les jeunes, comme l'inégalité de revenu et la concentration de la pauvreté ;
- d'études de rentabilité des programmes et politiques de prévention.

Des normes cohérentes sont nécessaires pour les études qui ont pour but d'évaluer l'efficacité des programmes et politiques relatifs à la violence chez les jeunes. Il s'agit notamment de :

- l'application d'un concept expérimental ;
- la preuve d'une réduction statistiquement significative dans l'incidence des comportements violents ou des traumatismes résultant d'actes violents ;
- la répétition à différents endroits et dans différents contextes culturels ;
- la preuve de ce que l'incidence est durable.

Diffuser les connaissances

Il faut redoubler d'efforts pour appliquer ce que l'on a appris sur les causes et la prévention de la violence chez les jeunes. A l'heure actuelle, les connaissances sur ce sujet sont difficilement transmises aux professionnels et décideurs du monde entier, principalement à cause des carences de l'infrastructure des communications. Il serait bon de prêter une attention plus particulière aux domaines suivants, notamment :

- Une coordination mondiale est nécessaire afin de mettre sur pied des réseaux d'organisations servant principalement à faciliter l'échange d'informations, la formation et l'assistance technique.

- Des ressources doivent être allouées à l'application de la technologie Internet. Dans les régions du monde où cela pose des problèmes, il faut encourager l'échange d'informations par d'autres moyens non électroniques.
- Des centres d'information internationaux doivent être créés afin de réunir et de traduire des renseignements pertinents venant de toutes les régions du monde et, notamment, de sources moins connues.
- Des études sont nécessaires afin de savoir comment appliquer au mieux des stratégies et des politiques de prévention de la violence chez les jeunes. Il ne suffit pas de savoir quelles stratégies se révèlent efficaces pour être assuré qu'elles donneront des résultats une fois appliquées.
- Les programmes de prévention de la violence chez les jeunes doivent être intégrés, dans la mesure du possible, aux programmes de prévention des mauvais traitements à enfant et d'autres formes de violence familiale.

Conclusion

Le volume d'informations sur les causes et la prévention de la violence chez les jeunes ne cesse de croître, tout comme la demande mondiale à cet égard. Pour répondre à cette énorme demande, il faudra beaucoup investir afin d'améliorer les mécanismes de surveillance de la santé publique, de procéder aux recherches scientifiques nécessaires et de créer l'infrastructure mondiale voulue pour diffuser et appliquer les connaissances acquises. Si le monde peut relever le défi et fournir les ressources nécessaires, il sera possible, dans un proche avenir, de considérer la violence chez les jeunes comme un problème de santé publique que l'on peut prévenir.

Bibliographie

1. Reza A, Krug EG, Mercy JA. Epidemiology of violent deaths in the world. *Injury Prevention*, 2001, 7:104–111.
2. Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. *Investing in health research and development*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document non publié TDR/GEN/96.1).
3. *Youth violence: a report of the Surgeon General*. Washington D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Public Health Services, 2001.
4. Fagan J, Browne A. Violence between spouses and intimates: physical aggression between women and men in intimate relationships. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 3: Social influences*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Academy Press, 1994:114–292.
5. Widom CS. Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology*, 1989, 244:160–166.
6. Gartner R. The victims of homicide: a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55:92–106.
7. Briggs CM, Cutright P. Structural and cultural determinants of child homicide: a cross-national analysis. *Violence and Victims*, 1994, 9:3–16.
8. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador: socialización y violencia juvenil. [Salvador: socialisation et violence juvénile.] In: Ramos CG. *América Central en los noventa: problemas de juventud*. [L'Amérique centrale dans les années 1990: les problèmes de la jeunesse.] San Salvador, Latin American Faculty of Social Sciences, 1998:151–187.
9. Kahn K et al. Who dies from what? Determining cause of death in South Africa's rural north-east. *Tropical Medicine and International Health*, 1999, 4:433–441.
10. Campbell NC et al. Review of 1198 cases of penetrating trauma. *British Journal of Surgery*, 1997, 84:1737–1740.
11. Phillips R. *The economic cost of homicide to a South African city* [Thèse]. Cape Town (Afrique du Sud), University of Cape Town, 1999.
12. Wygton A. Firearm-related injuries and deaths among children and adolescents in Cape Town, 1992–1996. *South African Medical Journal*, 1999, 89:407–410.
13. Amakiri CN et al. A prospective study of coroners' autopsies in University College Hospital, Ibadan (Nigéria). *Medicine, Science and Law*, 1997, 37:69–75.
14. Nwosu SE, Odesanmi WO. Pattern of homicides in Nigeria: the Ile-Ife experience. *West African Medical Journal*, 1998, 17:236–268.
15. Pridmore S, Ryan K, Blizzard L. Victims of violence in Fiji. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1995, 29:666–670.
16. Lu TH, Lee MC, Chou MC. Trends in injury mortality among adolescents in Taiwan, 1965–94. *Injury Prevention*, 1998, 4:111–115.

17. Chalmers DJ, Fanslow JL, Langley JD. Injury from assault in New Zealand : an increasing public health problem. *Australian Journal of Public Health*, 1995, 19 :149–154.
18. Tercero F et al. On the epidemiology of injury in developing countries : a one-year emergency room-based surveillance experience from León, Nicaragua. *International Journal for Consumer and Product Safety*, 1999, 6 :33–42.
19. Gofin R et al. Intentional injuries among the young : presentation to emergency rooms, hospitalization, and death in Israel. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27 :434–442.
20. Lerer LB, Matzopoulos RG, Phillips R. Violence and injury mortality in the Cape Town metropole. *South African Medical Journal*, 1997, 87 :298–201.
21. Zwi KJ et al. Patterns of injury in children and adolescents presenting to a South African township health centre. *Injury Prevention*, 1995, 1 :26–30.
22. Odero WO, Kibosia JC. Incidence and characteristics of injuries in Eldoret, Kenya. *East African Medical Journal*, 1995, 72 :706–760.
23. Mansingh A, Ramphal P. The nature of interpersonal violence in Jamaica and its strain on the national health system. *West Indian Medical Journal*, 1993, 42 :53–56.
24. Engeland A, Kopjar B. Injuries connected to violence : an analysis of data from injury registry. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 2000, 120 :714–117.
25. Tercero DM. *Características de los pacientes con lesiones de origen violento, atendidos en Hospital Mario Catarino Rivas*. [Caractéristiques des patients présentant des blessures intentionnelles soignés à l'Hôpital Mario Catarino Rivas] San Pedro Sula, Honduras, Secretary of Health, 1999.
26. Kuhn F et al. Epidemiology of severe eye injuries. United States Eye Injury Registry (USEIR) and Hungarian Eye Injury Registry (HEIR). *Ophthalmologist*, 1998, 95 :332–343.
27. Butchart A, Kruger J, Nell V. Neighborhood safety : a township violence and injury profile. *Crime and Conflict*, 1997, 9 :11–15.
28. Neveis O, Bagus R, Bartolomeos K. *Injury surveillance at Maputo Central Hospital*. Abstract for XIth Day of Health, juin 2001. Maputo, 2001.
29. Cruz JM. La victimización por violencia urbana : niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. [Victimisation par la violence : ampleur et facteurs dans les villes latino-américaines et espagnoles] *Revista Panamericana de Salud Publica*, 1999, 5 :4–5.
30. National Referral Centre for Violence. *Forensis 1999 : datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención del hecho violento en Colombia*. [Forensis 1999 : données sur la vie. Outil pour interpréter la violence en Colombie et agir pour la prévenir] Santa Fe de Bogotá, National Institute of Legal Medicine and Forensic Science, 2000.
31. Peden M. Non-fatal violence : some results from the pilot national injury surveillance system. *Trauma Review*, 2000, 8 :10–12.
32. Kann L et al. Youth risk behavior surveillance : United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49 :3–9 (CDC Surveillance Summaries, SS-5, June 9, 2000).
33. Rossow I et al. Young, wet and wild? Associations between alcohol intoxication and violent behaviour in adolescence. *Addiction*, 1999, 94 :1017–1031.
34. Clémense A. Violence and incivility at school : the situation in Switzerland. In : Debarbieux E, Blaya C. *Violence in schools : ten approaches in Europe*. Issy-les-Molineaux (France), Elsevier, 2001 :163–179.
35. Grufman M, Berg-Kelly K. Physical fighting and associated health behaviours among Swedish adolescents. *Acta Paediatrica*, 1997, 86 :77–81.
36. Gofin R et al. Fighting among Jerusalem adolescents : personal and school-related factors. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27 :218–223.
37. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Violence among schoolchildren in Alexandria. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1999, 5 :282–298.
38. Parrilla IC et al. Internal and external environment of the Puerto Rican adolescent in the use of alcohol, drugs and violence. *Boletín Asociación Médica de Puerto Rico*, 1997, 89 :146–149.
39. O'Moore AM et al. Bullying behaviour in Irish schools : a nationwide study. *Irish Journal of Psychology*, 1997, 18 :141–169.
40. Currie C. *Health behaviour in school-aged children : a WHO cross-national study*. Bergen (Norvège), University of Bergen, 1998.
41. Loeber R et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993, 5 :103–133.
42. Flisher AJ et al. Risk-taking behaviour of Cape Peninsula high-school students. Part VII : violent behaviour. *South African Medical Journal*, 1993, 83 :490–494.
43. McKeganey N, Norrie J. Association between illegal drugs and weapon carrying in young people in Scotland : schools' survey. *British Medical Journal*, 2000, 320 :982–984.
44. Mooij T. *Veilige scholen en (pro)sociaal gedrag : evaluatie van de campagne 'De veilige school' in het voortgezet onderwijs*. [Écoles sûres et comportement social positif : évaluation de la campagne

- pour des écoles sûres dans la formation continue/ Nijmegen, Institute for Applied Social Sciences, University of Nijmegen, 2001.
45. Dahlberg LL, Potter LB. Youth violence : developmental pathways and prevention challenges. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 20(1S) :3–14.
 46. D'Unger AV et al. How many latent classes of delinquent/criminal careers? Results from a mixed Poisson regression analysis. *American Sociological Review*, 1998, 103 :1593–1620.
 47. Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. *Recent findings from a program of research on the causes and correlates of delinquency*. Washington, DC, United States Department of Justice, 1995.
 48. Nagin D, Tremblay RE. Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development*, 1999, 70 :1181–1196.
 49. Patterson GR, Yoerger K. A developmental model for late-onset delinquency. *Nebraska Symposium on Motivation*, 1997, 44 :119–177.
 50. Stattin H, Magnusson M. Antisocial development : a holistic approach. *Development and Psychopathology*, 1996, 8 :617–645.
 51. Loeber R, Farrington DP, Waschbusch DA. Serious and violent juvenile offenders. In: Loeber R, Farrington DP. *Serious and violent juvenile offenders : risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1998 :13–29.
 52. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior : a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 1993, 100 :674–701.
 53. Tolan PH. Implications of onset for delinquency risk identification. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1987, 15 :47–65.
 54. Tolan PH, Gorman-Smith D. Development of serious and violent offending careers. In: Loeber R, Farrington DP. *Serious and violent juvenile offenders : risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1998 :68–85.
 55. Stattin H, Magnusson D. The role of early aggressive behavior in the frequency, seriousness, and types of later crime. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57 :710–718.
 56. Pulkkinen L. Offensive and defensive aggression in humans : a longitudinal perspective. *Aggressive Behaviour*, 1987, 13 :197–212.
 57. Hamparian DM et al. *The young criminal years of the violent few*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1985.
 58. Farrington DP. Predicting adult official and self-reported violence. In: Pinard GF, Pagani L. *Clinical assessment of dangerousness : empirical contributions*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press, 2001 :66–88.
 59. Loeber R et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993, 5 :103–133.
 60. LeBlanc M, Frechette M. *Male criminal activity from childhood through youth*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Springer-Verlag, 1989.
 61. Agnew R. The origins of delinquent events : an examination of offender accounts. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 1990, 27 :267–294.
 62. Farrington DP. Motivations for conduct disorder and delinquency. *Development and Psychopathology*, 1993, 5 :225–241.
 63. Wikström POH. *Everyday violence in contemporary Sweden*. Stockholm (Suède), National Council for Crime Prevention, 1985.
 64. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. In: Reiss AJ, Roth JA. *Understanding and preventing violence : panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 3 : Social influences*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Academy Press, 1994 :377–570.
 65. Brennan P, Mednick S, John R. Specialization in violence : evidence of a criminal subgroup. *Criminology*, 1989, 27 :437–453.
 66. Hamparian DM et al. *The violent few : a study of dangerous juvenile offenders*. Lexington, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), DC Heath, 1978.
 67. Kandel E, Mednick SA. Perinatal complications predict violent offending. *Criminology*, 1991, 29 :519–529.
 68. Brennan PA, Mednick BR, Mednick SA. Parental psychopathology, congenital factors, and violence. In: Hodgins S. *Mental disorder and crime*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1993 :244–261.
 69. Denno DW. *Biology and violence : from birth to adulthood*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press, 1990.
 70. Raine A. *The psychopathology of crime : criminal behavior as a clinical disorder*. San Diego, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Academic Press, 1993.
 71. Kagan J. Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist*, 1989, 44 :668–674.

72. Wadsworth MEJ. Delinquency, pulse rates, and early emotional deprivation. *British Journal of Criminology*, 1976, 16 :245–256.
73. Farrington DP. The relationship between low resting heart rate and violence. In: Raine A et al.. *Biosocial bases of violence*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Plenum, 1997 :89–105.
74. Henry B et al. Temperamental and familial predictors of violent and nonviolent criminal convictions : age 3 to age 18. *Developmental Psychology*, 1996, 32 :614–623.
75. Caspi A et al. Are some people crime-prone? Replications of the personality-crime relationship across countries, genders, races, and methods. *Criminology*, 1994, 32 :163–195.
76. Klinteberg BA et al. Hyperactive behavior in childhood as related to subsequent alcohol problems and violent offending : a longitudinal study of male subjects. *Personality and Individual Differences*, 1993, 15 :381–388.
77. Farrington DP. Predictors, causes, and correlates of male youth violence. In: Tonry M, Moore MH. *Youth violence*. Chicago, Illinois (Etats-Unis d'Amérique), University of Chicago Press, 1998 :421–475.
78. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood : a synthesis of longitudinal research. In: Loeber R, Farrington DP. *Serious and violent juvenile offenders : risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1988 :86–105.
79. Moffitt TE, Henry B. Neuropsychological studies of juvenile delinquency and juvenile violence. In: Milner JS. *Neuropsychology of aggression*. Boston, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Kluwer, 1991 :131–146.
80. Seguin J et al. Cognitive and neuropsychological characteristics of physically aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 1995, 104 :614–624.
81. Dahlberg L. Youth violence in the United States : major trends, risk factors, and prevention approaches. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14 :259–272.
82. McCord J. Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979, 37 :1477–1486.
83. Eron LD, Huesmann LR, Zelli A. The role of parental variables in the learning of aggression. In: Pepler DJ, Rubin KJ. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, New Jersey (Etats-Unis d'Amérique), Lawrence Erlbaum, 1991 :169–188.
84. Widom CS. The cycle of violence. *Science*, 1989, 244 :160–166.
85. Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 1993, 114 :68–79.
86. Smith C, Thornberry TP. The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology*, 1995, 33 :451–481.
87. McCord J. Family as crucible for violence : comment on Gorman-Smith et al. (1996). *Journal of Family Psychology*, 1996, 10 :147–152.
88. Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence : implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. In: Howell JC et al.. *Sourcebook on serious, violent, and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1995 :213–237.
89. Morash M, Rucker L. An exploratory study of the connection of mother's age at childbearing to her children's delinquency in four data sets. *Crime and Delinquency*, 1989, 35 :45–93.
90. Nagin DS, Pogarsky G, Farrington DP. Adolescent mothers and the criminal behavior of their children. *Law and Society Review*, 1997, 31 :137–162.
91. Gorman-Smith D et al. The relation of family functioning to violence among inner-city minority youths. *Journal of Family Psychology*, 1996, 10 :115–129.
92. Wadsworth MEJ. Delinquency prediction and its uses : the experience of a 21-year follow-up study. *International Journal of Mental Health*, 1978, 7 :43–62.
93. Elliott DS, Huizinga D, Menard S. *Multiple problem youth : delinquency, substance use, and mental health problems*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Springer-Verlag, 1989.
94. Perales A, Sogi C. Conductas violentas en adolescentes : identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo. [Comportements violents chez les adolescentes : repérer les facteurs de risque afin de mettre en place des programmes de prévention] In: Pimentel Sevilla C. *Violencia, familia y niñez en los sectores urbanos pobres*. [Violence, famille et enfance dans des quartiers urbains pauvres] Lima (Pérou), Cecosam, 1995 :135–154.
95. Gianini RJ, Litvoc J, Neto JE. Agressão física e classe social. [Violence physique et classe sociale] *Revista de Saúde Pública*, 1999, 33 :180–186.
96. Hogh E, Wolf P. Violent crime in a birth cohort : Copenhagen 1953–1977. In: van Dusen KT, Mednick SA. *Prospective studies of crime and delinquency*. Boston, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Kluwer-Nijhoff, 1983 :249–267.

97. Hawkins JD et al. A review of predictors of youth violence. *In*: Loeber R, Farrington DP. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1998 :106–146.
98. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), UNICEF, National Black Leadership Commission on AIDS. *Call to action for "children left behind" by AIDS*. Genève (Suisse), UNAIDS, 1999 (<http://www.unaids.org/publications/documents/children/index.html#young>).
99. Reiss AJ, Farrington DP. Advancing knowledge about co-offending : results from a prospective longitudinal survey of London males. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1991, 82 :360–395.
100. Elliott DS, Menard S. Delinquent friends and delinquent behavior : temporal and developmental patterns. *In*: Hawkins JD. *Delinquency and crime: current theories*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press, 1996 :28–67.
101. Howell JC. *Juvenile justice and youth violence*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1997.
102. Farrington DP, Loeber R. Major aims of this book. *In*: Loeber R, Farrington DP. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1998 :1–9.
103. Blumstein A. Youth violence, guns and the illicit-drug industry. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1995, 86 :10–36.
104. van Kammen WB, Loeber R. Are fluctuations in delinquent activities related to the onset and offset in juvenile illegal drug use and drug dealing? *Journal of Drug Issues*, 1994, 24 :9–24.
105. de Souza Minayo MC. *Fala, galera: juventude, violência e cidadania*. [Esbroufe, galère: jeunesse, violence et citoyenneté] Rio de Janeiro (Brésil), Garamond, 1999.
106. Rodgers D. *Youth gangs and violence in Latin America and the Caribbean: a literature survey*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque mondiale, 1999 (LCR Sustainable Development Working Paper, No. 4).
107. Lederman D, Loayza N, Menéndez AM. *Violent crime: does social capital matter?* Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque mondiale, 1999.
108. Ayres RL. *Crime and violence as development issues in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque mondiale, 1998.
109. Moser C, Holland J. Urban poverty and violence in Jamaica. *In*: *World Bank Latin American and Caribbean studies: viewpoints*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque mondiale, 1997 :1–53.
110. Wilkinson RG, Kawachi I, Kennedy BP. Mortality, the social environment, crime and violence. *Sociology of Health and Illness*, 1998, 20 :578–597.
111. Ortega ST et al. Modernization, age structure, and regional context : a cross-national study of crime. *Sociological Spectrum*, 1992, 12 :257–277.
112. Schneidman M. *Targeting at-risk youth: rationales, approaches to service delivery and monitoring and evaluation issues*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque mondiale, 1996 (LAC Human and Social Development Group Paper Series, No. 2).
113. Lauras-Loch T, Lopez-Escartin N. Jeunesse et démographie en Afrique. *In*: d'Almeida-Topor H et al. *Les jeunes en Afrique: évolution et rôle (XIX^e–XX^e siècles)*. Paris (France), L'Harmattan, 1992 :66–82.
114. *A picture of health? A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1995 (document non publié WHO/FHE/ADH/95.14).
115. Diallo Co-Trung M. La crise scolaire au Sénégal : crise de l'école, crise de l'autorité? *In*: d'Almeida-Topor H et al. *Les jeunes en Afrique: évolution et rôle (XIX^e–XX^e siècles)*. Paris (France), L'Harmattan, 1992 :407–439.
116. Rarrbo K. *L'Algérie et sa jeunesse: marginalisations sociales et désarroi culturel*. Paris (France), L'Harmattan, 1995.
117. Dinnen S. Urban raskolism and criminal groups in Papua New Guinea. *In*: Hazlehurst K, Hazlehurst C. *Gangs and youth subcultures: international explorations*. New Brunswick (Canada), New Jersey (Etats-Unis d'Amérique), Transaction, 1998.
118. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. *Children at risk in Central and Eastern Europe: perils and promises*. Florence (Italie), International Child Development Centre, 1997 (The Monee Project, Regional Monitoring Report, No. 4).
119. Messner SF. Research on cultural and socio-economic factors in criminal violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 1988, 11 :511–525.
120. Fajnzylber P, Lederman D, Loayza N. *Inequality and violent crime*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque mondiale, 1999.
121. Unnithan NP, Whitt HP. Inequality, economic development and lethal violence: a cross-national analysis of suicide and homicide. *International Journal of Comparative Sociology*, 1992, 33 :182–196.
122. Noronha CV et al. Violência, etnia e cor : um estudo dos diferenciais na região metropolitana de Salva-

- dor, Bahia (Brésil). [Violence, groupes ethniques et couleur de peau : étude des différences dans la région métropolitaine de Salvador de Bahia (Brésil)] *Pan American Journal of Public Health*, 1999, 5 :268–277.
123. Sanjuán AM. Juventude e violência em Caracas : paradoxos de um processo de perda da cidadania. [Jeunesse et violence à Caracas : des paradoxes d'une perte de citoyenneté] In : Pinheiro PS. *São Paulo sem medo : um diagnóstico da violência urbana*. [São Paulo sans peur : diagnostic de la violence urbaine.] Rio de Janeiro (Brésil), Garamond, 1998 :155–171.
124. Aitchinson J. Violência e juventude na África do Sul : causas, lições e soluções para uma sociedade violenta. [Violence et jeunesse en Afrique du Sud : causes, leçons et solutions pour une société violente.] In : Pinheiro PS. *São Paulo sem medo : um diagnóstico da violência urbana*. [São Paulo sans peur : diagnostic de la violence urbaine.] Rio de Janeiro (Brésil), Garamond, 1998 :121–132.
125. Pampel FC, Gartner R. Age structure, socio-political institutions, and national homicide rates. *European Sociological Review*, 1995, 11 :243–260.
126. Messner SF, Rosenfeld R. Political restraint of the market and levels of criminal homicide : a cross-national application of institutional-anomie theory. *Social Forces*, 1997, 75 :1393–1416.
127. Centerwall BS. Television and violence : the scale of the problem and where to go from here. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267 :3059–3063.
128. Centerwall BS. Exposure to television as a cause of violence. *Public Communication and Behaviour*, 1989, 2 :1–58.
129. Centerwall BS. Exposure to television as a risk factor for violence. *American Journal of Epidemiology*, 1989, 129 :643–652.
130. Joy LA, Kimball MM, Zabrack ML. Television and children's aggressive behavior. In : Williams TM. *The impact of television : a natural experiment in three communities*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Academic Press, 1986 :303–360.
131. Williams TM. *The impact of television : a natural experiment in three communities*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Academic Press, 1986.
132. Wood W, Wong FY, Chachere G. Effects of media violence on viewers' aggression in unconstrained social interaction. *Psychological Bulletin*, 1991, 109 :307–326.
133. Paik H, Comstock G. The effects of television violence on antisocial behavior : a meta-analysis. *Communication Research*, 1994, 21 :516–546.
134. Huesmann LR, Eron LD, eds. *Television and the aggressive child : a cross-national comparison*. Hillsdale, New Jersey (Etats-Unis d'Amérique), Lawrence Erlbaum, 1986.
135. Wiegman O, Kuttschreuter M, Baarda B. A longitudinal study of the effects of television viewing on aggressive and antisocial behaviours. *British Journal of Social Psychology*, 1992, 31 :147–164.
136. Bedoya Marín DA, Jaramillo Martínez J. *De la barra a la banda*. [De supporter de football à membre de gang] Medellín (Colombie), El Propio Bolsillo, 1991.
137. Kellermann AL et al. Preventing youth violence : what works? *Annual Review of Public Health*, 1998, 19 :271–292.
138. Johnson DL, Walker T. Primary prevention of behavior problems in Mexican-American children. *American Journal of Community Psychology*, 1987, 15 :375–385.
139. Berrueta-Clement JR et al. *Changed lives : the effects of the Perry preschool program on youth through age 19*. Ypsilanti, Michigan (Etats-Unis d'Amérique), High/Scope, 1984.
140. Schweinhart LJ, Barnes HV, Weikart DP. *Significant benefits : the High/Scope Perry preschool project study through age 27*. Ypsilanti, Michigan (Etats-Unis d'Amérique), High/Scope, 1993.
141. Tolan PH, Guerra NG. *What works in preventing adolescent violence : an empirical review of the field*. Boulder, Colorado (Etats-Unis d'Amérique), University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.
142. Richards BA, Dodge KA. Social maladjustment and problem-solving in school-aged children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1982, 50 :226–233.
143. Guerra NG, Williams KR. *A program planning guide for youth violence prevention : a risk-focused approach*. Boulder, Colorado (Etats-Unis d'Amérique), University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1996.
144. Hawkins JD et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153 :226–234.
145. Howell JC, Bilchick S, eds. *Guide for implementing the comprehensive strategy for serious violent and chronic juvenile offenders*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1995.
146. Thornton TN et al. *Best practices of youth violence prevention : a sourcebook for community action*. Atlanta, Géorgie (Etats-Unis d'Amérique), Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
147. Olweus D, Limber S, Mihalic S. *Bullying prevention program*. Boulder, Colorado (Etats-Unis d'Amérique), University of Colorado, Center for the Study

- and Prevention of Violence, 1998 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 9).
148. Williams KR, Guerra NG, Elliott DS. *Human development and violence prevention : a focus on youth*. Boulder, Colorado (Etats-Unis d'Amérique), University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1997.
 149. Lally JR, Mangione PL, Honig AS. The Syracuse University Family Development Research Project : long-range impact of an early intervention with low-income children and their families. *In* : Powell DR. *Annual advances in applied developmental psychology : parent education as an early childhood intervention*. Norwood, New Jersey (Etats-Unis d'Amérique), Ablex, 1988 :79–104.
 150. Seitz V, Rosenbaum LK, Apfel NH. Effects of a family support intervention : a 10-year follow-up. *Child Development*, 1985, 56 :376–391.
 151. Olds DL et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior : 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 :1238–1244.
 152. Farrington DP, Welsh, Colombie britannique (Canada). Delinquency prevention using family-based interventions. *Children and Society*, 1999, 13 :287–303.
 153. Sanders MR. Triple-P-Positive Parenting Program : towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1999, 2 :71–90.
 154. Triple-P-Positive Parenting Program. *Triple P News*, 2001, 4 :1.
 155. Patterson GR, Capaldi D, Bank L. An early starter model for predicting delinquency. *In* : Pepler DJ, Rubin KH. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, New Jersey (Etats-Unis d'Amérique), Lawrence Erlbaum, 1991 :139–168.
 156. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. *Antisocial boys*. Eugene, Oregon (Etats-Unis d'Amérique), Castalia, 1992.
 157. Hawkins JD, Von Cleve E, Catalano RF. Reducing early childhood aggression : results of a primary prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1991, 30 :208–217.
 158. Tremblay RE et al. Parent and child training to prevent early onset of delinquency : the Montreal longitudinal experimental study. *In* : McCord J, Tremblay RE. *Preventing antisocial behavior : interventions from birth through adolescence*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Guilford, 1992 :117–138.
 159. Greenwood PW et al. *Diverting children from a life of crime : measuring costs and benefits*. Santa Monica, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Rand, 1996.
 160. Mihalic SF, Grotmeter JK. *Big Brothers/Big Sisters of America*. Boulder, Colorado (Etats-Unis d'Amérique), University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1997 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 2).
 161. Grossman JB, Garry EM. *Mentoring : a proven delinquency prevention strategy*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), United States Department of Justice, Office of Justice Programs, 1997 (Juvenile Justice Bulletin, No. NCJ 164386).
 162. Shadish WR. Do family and marital psychotherapies change what people do? A meta-analysis of behavior outcomes. *In* : Cook TD et al. *Meta-analysis for explanation : a casebook*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Russell Sage Foundation, 1992 :129–208.
 163. Hazelrigg MD, Cooper HM, Borduin CM. Evaluating the effectiveness of family therapies : an integrative review and analysis. *Psychological Bulletin*, 1987, 101 :428–442.
 164. Klein NC, Alexander JF, Parsons BV. Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency : a model of primary prevention and program evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45 :469–474.
 165. Aos S et al. *The comparative costs and benefits of programs to reduce crime : a review of national research findings with implications for Washington state*. Olympia, Washington (Etats-Unis d'Amérique), Washington State Institute for Public Policy, 1999 (Report No. 99-05-1202).
 166. Henggler SW et al. *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Guilford, 1998.
 167. Goldstein H. *Policing of a free society*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Ballinger, 1977.
 168. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. *Bridging the child welfare and juvenile justice systems*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Institute of Justice, 1995.
 169. Marens S, Schaefer M. Community policing, schools, and mental health. *In* : Elliott DS, Hamburg BA, Williams KR. *Violence in American schools*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press, 1998 :312–347.
 170. Buvinic M, Morrison A, Shifter M. *Violence in Latin America and the Caribbean : a framework for action*.

- Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Inter-American Development Bank, 1999.
171. Jarquin E, Carrillo F. *La económica política de la reforma judicial*. [L'économie politique de la réforme judiciaire.] Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Inter-American Development Bank, 1997.
172. Kraushaar K, Alsop B. *A naturalistic alcohol availability experiment: effects on crime*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Educational Resources Information Center, 1995 (document CG 026 940).
173. Chaiken MR. Tailoring established after-school programs to meet urban realities. In: Elliott DS, Hamburg BA, Williams KR. *Violence in American schools*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press, 1998 :348–375.
174. Chaiken MR, Huizinga D. Early prevention of and intervention for delinquency and related problem behavior. *The Criminologist*, 1995, 20 :4–5.
175. Babotim F et al. *Avaliação 1998 do trabalho realizado pela Essor com os adolescentes de dois bairros de Maputo/Moçambique*. [Evaluation du travail effectué par Essor avec des adolescents de deux districts de Maputo, au Mozambique, 1998.] Maputo (Mozambique), Essor, 1999.
176. Rodgers D. *Living in the shadow of death : violence, pandillas and social disorganization in contemporary urban Nicaragua* [Thèse]. Cambridge (Royaume-Uni), University of Cambridge, 1999.
177. Finestone H. *Victims of change : juvenile delinquency in American society*. Westport, Connecticut (Etats-Unis d'Amérique), Greenwood, 1976.
178. Klein MW. *A structural approach to gang intervention : the Lincoln Heights project*. San Diego, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Youth Studies Center, 1967.
179. Salazar A. Young assassins in the drug trade. *North American Conference on Latin America*, 1994, 27 :24–28.
180. Painter KA, Farrington DP. Evaluating situational crime prevention using a young people's survey. *British Journal of Criminology*, 2001, 41 :266–284.
181. Ludwig J, Duncan GJ, Hirschfield P. Urban poverty and juvenile crime : evidence from a randomized housing-mobility experiment. *Quarterly Journal of Economics*, 2001, 16 :655–680.
182. Sheley JF, Wright JD. *Gun acquisition and possession in selected juvenile samples*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), United States Department of Justice, 1993.
183. Cook PJ, Moore MH. Guns, gun control, and homicide. In: Smith MD, Zahn MA. *Studying and preventing homicide : issues and challenges*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1999 :246–273.
184. Teret SP et al. Making guns safer. *Issues in Science and Technology*, 1998, Summer :37–40.
185. Loftin C et al. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England Journal of Medicine*, 1991, 325 :1615–1620.
186. Villaveces A et al. Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in two Colombian cities. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283 :1205–1209.

CHAPITRE 3

La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs

Contexte

La littérature, les arts et les sciences parlent depuis longtemps de la maltraitance et ce, dans de nombreuses régions du monde. L'infanticide, les mutilations, les abandons et d'autres formes de violence contre les enfants existaient déjà dans les anciennes civilisations (1). L'histoire abonde également en récits sur des enfants en haillons, faibles et mal nourris, rejetés par leur famille et qui doivent se débrouiller seuls, et aussi d'enfants victimes de sévices sexuels.

Il existe depuis longtemps aussi des organismes caritatifs et autres qui se préoccupent du bien-être des enfants et qui se font les avocats de leur protection. Cependant, la profession médicale et le grand public ne se sont pas intéressés à la question de manière générale jusqu'en 1962, avec la publication d'un ouvrage précurseur intitulé *The battered child syndrome*, par Kempe et al. (2).

L'expression « syndrome de l'enfant battu » visait à décrire les manifestations cliniques de violences physiques graves chez les jeunes enfants (2). A présent, quatre décennies plus tard, il est évident que la maltraitance est un problème mondial. Elle prend diverses formes et est profondément ancrée dans les pratiques culturelles, économiques et sociales. Toutefois, pour venir à bout de ce problème mondial, il est nécessaire de bien mieux comprendre comment elle survient dans différents contextes, et de bien cerner ses causes et ses conséquences dans ces contextes.

Définition de la maltraitance des enfants et du manque de soins

Questions culturelles

Toute approche globale de la maltraitance des enfants doit tenir compte des différentes normes et attentes en ce qui concerne le comportement des parents dans les diverses cultures qui peuplent le monde. La culture est le fonds commun de croyances et de comportements d'une société, et des idées que l'on s'y fait de ce que devrait être le comportement des gens. Parmi ces concepts se trouvent des idées sur les actes omis ou commis qui peuvent constituer une maltraitance (3, 4). Autrement dit, la culture aide à définir les principes

généralement acceptés en matière d'éducation et de soin aux enfants.

Différentes cultures définissent de différentes manières ce qui constitue des pratiques parentales acceptables. D'après certains chercheurs, les opinions sur la façon d'élever les enfants divergeraient tellement d'une culture à l'autre qu'il s'avérerait très difficile d'arriver à un accord sur ce qui constitue des pratiques abusives ou négligentes (5, 6). Cependant, les différences culturelles en ce qui concerne la définition de mauvais traitements visent plus certains aspects du comportement parental. Il semble que l'on s'entende dans bien des cultures pour dire que les mauvais traitements à enfant ne devraient pas être permis et que l'on soit quasi unanimes à condamner les méthodes disciplinaires très dures et les sévices sexuels (7).

Types de maltraitance

La Société internationale pour la prévention des mauvais traitements et négligences envers les enfants a comparé dernièrement les définitions que 58 pays donnent des mauvais traitements et conclu à quelques points communs en la matière (7). En 1999, au cours de la consultation de l'OMS sur la prévention de la maltraitance de l'enfant, la définition suivante a été proposée (8) :

« La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. »

Certaines définitions mettent l'accent sur les comportements ou les actes des adultes, tandis que d'autres considèrent qu'il y a mauvais traitements si l'on fait du mal à l'enfant ou que l'on menace de lui en faire (8-13). La distinction entre le comportement – indépendamment du résultat – et l'impact ou le mal fait risque d'être déroutant, si l'intention parentale entre dans la définition. Certains spécialistes considèrent que sont victimes de mauvais traitements des enfants qui souffrent par inadver-

tance des actes d'un parent, tandis que d'autres estiment qu'il faut qu'il y ait intention de faire du mal à l'enfant pour qu'il y ait mauvais traitements. Certaines études consacrées à la maltraitance incluent explicitement la violence contre les enfants dans des cadres institutionnels ou scolaires (14–17).

La définition ci-dessus (8) couvre tout un éventail de mauvais traitements. Le présent chapitre porte principalement sur les actes commis ou omis par les parents ou les tuteurs qui nuisent à l'enfant. Il se penche, plus particulièrement, sur la prévalence, les causes et les conséquences de quatre sous-types de mauvais traitements infligés aux enfants par les personnes qui en ont la charge ; à savoir :

- la violence physique ;
- la violence sexuelle ;
- la violence psychologique ;
- la négligence.

On entend par violence physique infligée aux enfants des actes commis par un tuteur qui entraînent des dommages corporels ou risquent d'en entraîner et on entend par violence sexuelle les actes que commet un tuteur sur la personne d'un enfant pour en retirer un plaisir sexuel.

On entend par violence psychologique le fait de ne pas veiller à offrir un environnement convenable et positif, et de commettre des actes qui nuisent à la santé et au développement affectifs de l'enfant. Parmi ces actes, citons le fait de limiter les mouvements d'un enfant, le dénigrement, le fait de ridiculiser, les menaces et l'intimidation, la discrimination, le rejet et d'autres formes non physiques de traitements hostiles.

La négligence, ou privation ou défaut de soins, renvoie au fait qu'un parent ne veille pas au développement de l'enfant – s'il est en position de le faire – dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie sans danger. La négligence se distingue donc des situations de pauvreté en ceci qu'elle ne survient que dans les cas où la famille ou les tuteurs disposent de ressources raisonnables.

Les manifestations de ces types de maltraitance sont décrites plus en détail à l'encadré 3.1.

Ampleur du problème

Mauvais traitements entraînant la mort

Les données sur le nombre d'enfants qui meurent chaque année des suites de mauvais traitements proviennent principalement des registres des décès et des données sur la mortalité. D'après l'Organisation mondiale de la Santé, en l'an 2000, quelque 57 000 décès étaient attribués à des homicides chez les enfants de moins de 15 ans. Les estimations mondiales relatives aux homicides d'enfants donnent à penser que les nourrissons et les très jeunes enfants sont les plus exposés, le taux dans le groupe des 0 à 4 ans étant plus du double de celui du groupe des 5 à 14 ans (voir annexe statistique).

Le risque de mauvais traitements à enfant entraînant la mort varie selon le niveau de revenu du pays ou de la région. En ce qui concerne les enfants de moins de 5 ans qui vivent dans des pays à revenu élevé, le taux d'homicides est de 2 pour 100 000 pour les garçons et de 1,8 pour 100 000 pour les filles. Dans les pays à revenu faible à moyen, les taux sont deux à trois fois supérieurs – 6,1 pour 100 000 pour les garçons et 5,1 pour 100 000 pour les filles. C'est dans la Région africaine de l'OMS que les taux d'homicides sont les plus élevés en ce qui concerne les enfants de moins de 5 ans – 17,9 pour 100 000 pour les garçons et 12,7 pour 100 000 pour les filles. Et c'est dans les pays à revenu élevé des Régions Europe, Méditerranée orientale et Pacifique occidental de l'OMS qu'ils sont les plus faibles (voir annexe statistique).

Cependant, il n'y a généralement pas enquête ou autopsie après le décès de beaucoup d'enfants, d'où la difficulté de calculer précisément le nombre des décès imputables à des mauvais traitements dans un pays donné. Même dans les pays riches, on a du mal à repérer les cas d'infanticide et à en évaluer l'incidence. De nombreuses erreurs de classement par rapport à la cause de décès mentionnée sur le certificat de décès ont été relevées, par exemple, dans plusieurs Etats des Etats-Unis d'Amérique. Il s'avère souvent, après nouvelle enquête, que des décès attribués à d'autres causes – par exemple, à la mort soudaine du nourrisson ou à des accidents – sont des homicides (18, 19).

ENCADRE 3.1**Manifestations des mauvais traitements à enfants et de la privation de soins**

Les blessures infligées à un enfant par une personne en ayant la charge peuvent prendre de nombreuses formes. Des traumatismes graves ou la mort d'un enfant maltraité résultent souvent d'un traumatisme crânien ou d'une blessure aux organes internes. Les traumatismes crâniens imputables à des violences constituent la cause la plus courante de décès chez les jeunes enfants, les enfants de deux ans et moins étant les plus vulnérables. Parce que l'emploi de la force laisse des traces sur le corps, les contusions relevées sur la peau sont parfois des signes évidents de mauvais traitements. Parmi les manifestations de la maltraitance sur le squelette figurent des fractures multiples à différents stades de résorption, des fractures sur des os qui cassent rarement dans des circonstances normales et des fractures caractéristiques des côtes et des os longs.

Le nourrisson secoué

Secouer les très jeunes enfants est une forme courante de violence. La majorité des enfants secoués ont moins de neuf mois. La plupart des auteurs de ce type de violence sont de sexe masculin, encore que cela tienne peut-être plus au fait que les hommes sont, en moyenne, plus forts que les femmes et qu'ils utilisent généralement plus de force qu'elles, et pas tant au fait qu'ils ont plus tendance que les femmes à secouer les enfants. Si l'on secoue vivement un nourrisson, on risque de provoquer chez lui des hémorragies intracrâniennes, des hémorragies rétinienne et des petites fractures cunéennes des principales articulations des extrémités. Il en va de même si on le secoue et qu'il se cogne la tête sur une surface. Les données montrent que le tiers environ des nourrissons violemment secoués meurent et que la majorité de ceux qui survivent ont des séquelles à long terme, comme une arriération mentale, une infirmité motrice cérébrale ou la cécité.

L'enfant battu

Le syndrome de l'enfant battu est un des syndromes de la maltraitance. L'expression s'applique généralement à des enfants qui présentent à répétition de graves lésions de la peau, du squelette ou du système nerveux. Il s'agit notamment d'enfants chez qui l'on trouve de multiples fractures plus ou moins anciennes, des traumatismes crâniens et des lésions viscérales graves, avec des preuves de coups répétés. Ces cas sont tragiques mais, heureusement, rares.

Violence sexuelle

Il arrive que des enfants soient adressés à des professionnels parce qu'ils présentent des problèmes physiques ou de comportement qui, après enquête plus approfondie, se révèlent résulter de violence sexuelle. Il n'est pas rare que des enfants victimes de violence sexuelle manifestent des symptômes d'infection, des traumatismes de l'appareil génital, des douleurs abdominales, de la constipation, des infections urinaires chroniques ou récurrentes ou des troubles du comportement. Pour détecter des cas de violence sexuelle chez des enfants, il faut avoir de fortes suspicions et être familier des indicateurs verbaux, comportementaux et physiques de la maltraitance. Beaucoup d'enfants confieront spontanément aux personnes qui s'occupent d'eux ou à d'autres qu'ils sont victimes de violence sexuelle, mais il se peut aussi qu'il y ait des signes physiques et comportementaux indirects.

Privation de soins

La négligence parentale prend de nombreuses formes. Ainsi, les parents ne se conforment pas aux recommandations en matière de soins de santé, ils ne font pas soigner l'enfant, ils le privent de nourriture, provoquant chez lui la faim, et ils ne veillent pas à son épanouissement physique. Il arrive aussi qu'ils l'exposent à la drogue et qu'ils le protègent mal des dangers environnementaux. De plus, l'abandon, une supervision insuffisante, une mauvaise hygiène et le fait d'être privé d'éducation sont tous considérés comme des preuves de négligence.

Malgré des erreurs de classement apparemment fort nombreuses, on s'entend pour dire que les mauvais traitements à enfant se révèlent mortels bien plus souvent que les dossiers officiels le suggèrent dans tous les pays où des études sur la mort des nourrissons ont été menées (20–22). Chez les victimes de maltraitance, les traumatismes crâniens, suivis par les traumatismes à l'abdomen, sont les causes les plus fréquentes de décès (18, 23, 24). La suffocation intentionnelle est également souvent citée comme cause de décès (19, 22).

Mauvais traitements n'entraînant pas la mort

Les données relatives aux mauvais traitements infligés aux enfants et à la privation de soins n'entraînant pas la mort proviennent de diverses sources, y compris les statistiques officielles, les recueils d'arrêts et les enquêtes de population. Cependant, ces sources permettent plus ou moins de décrire pleinement l'ampleur du problème.

Les statistiques officielles sont peu révélatrices des schémas de maltraitance. Cela tient en partie au fait que, dans bien des pays, aucun organisme juridique ou social n'est expressément chargé d'enregistrer des rapports de mauvais traitements à enfant et de privation de soins, et à fortiori d'y réagir (7). De plus, la définition légale et culturelle des mauvais traitements et de la privation de soins varie d'un pays à l'autre. Il semble aussi que seule une faible proportion des cas de maltraitance soient signalés aux autorités, même lorsqu'il est obligatoire de rapporter les cas de violence infligée à des enfants (25).

Des séries de cas ont été publiées dans de nombreux pays. Elles jouent un rôle important en ceci qu'elles guident dans les mesures prises localement pour lutter contre la maltraitance et qu'elles permettent de sensibiliser davantage le public et les professionnels (26–32). Les séries de cas peuvent révéler des similitudes entre les expériences de différents pays et suggérer de nouvelles hypothèses. Cependant, elles n'aident pas à calculer l'importance relative de facteurs de risque ou de protection possibles dans différents contextes culturels (33).

Les enquêtes de population sont essentielles pour déterminer l'ampleur véritable des mauvais traite-

ments à enfant n'entraînant pas la mort. Des enquêtes de ce type ont été réalisées dernièrement dans plusieurs pays, dont l'Australie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Chine, le Costa Rica, l'Égypte, l'Éthiopie, l'Inde, l'Italie, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, le Nicaragua, la Norvège, les Philippines, la République de Corée, la Roumanie, l'Afrique du Sud, les États-Unis et le Zimbabwe (12, 14–17, 26, 34–43).

Violence physique

Les estimations de la violence physique contre les enfants établies à partir d'enquêtes de population varient considérablement. Dans une enquête réalisée en 1995 aux États-Unis, il était demandé aux parents comment ils réprimandaient leurs enfants (12). On a calculé à partir de cette enquête que le taux de violence physique était d'environ 49 pour 1 000 enfants en tenant compte des comportements suivants : frapper l'enfant avec un objet, ailleurs que sur les fesses ; donner des coups de pied à l'enfant ; battre l'enfant ; et menacer l'enfant avec un couteau ou une arme à feu.

D'après les études dont on dispose, les taux ne sont pas inférieurs dans beaucoup d'autres pays et il se peut, en fait, qu'ils soient supérieurs aux estimations de la violence physique aux États-Unis. Dernièrement, on en est arrivé entre autres aux conclusions suivantes dans le monde :

- Dans une enquête transversale réalisée auprès d'enfants en Égypte, 37 % des enfants ont déclaré être battus ou attachés par leurs parents et 26 % ont fait état de blessures telles que des fractures, de perte de connaissance ou de handicap permanent consécutif au fait d'avoir été battu ou attaché (17).
- Dans une étude réalisée dernièrement en République de Corée, on interrogeait les parents sur leur comportement à l'égard de leurs enfants. Les deux tiers des parents ont déclaré fouetter leurs enfants et 45 % ont confirmé qu'ils les avaient frappés ou battus et qu'ils leur avaient donné des coups de pied (26).
- Il ressort d'une enquête auprès des ménages menée en Roumanie que 4,6 % des enfants déclaraient subir fréquemment des violences physiques graves, y compris être battus avec

un objet, être brûlés ou être privés de nourriture. Près de la moitié des parents roumains admettaient battre leurs enfants « régulièrement » et 16 %, les frapper avec des objets (34).

- En Ethiopie, 21 % des écoliers des villes et 64 % des écoliers des zones rurales déclaraient avoir des bleus et des bosses sur le corps à la suite de punitions parentales (14).

Des données plus comparables sont tirées du projet d'études mondiales sur la violence dans le milieu familial (World Studies of Abuse in Family Environment, WorldSAFE), qui est une étude transnationale menée en collaboration. Des enquêteurs du Chili, d'Égypte, d'Inde et des Philippines ont appliqué, dans chacun de ces pays, un protocole de base commun à des échantillons de population composés de mères afin d'arriver à des taux d'incidence comparables pour les formes de punition plus modérées et dures utilisées avec les enfants. Plus particulièrement, les chercheurs ont évalué la fréquence des comportements disciplinaires chez les parents, sans qualifier des mesures dures d'abusives, et en utilisant l'Échelle des tactiques de résolution des conflits parents-enfants (9–12, 40). D'autres données ont été recueillies de façon courante dans ces études afin de cerner les facteurs de risque et de protection.

Le tableau 3.1 présente les conclusions des quatre pays qui ont participé à cette étude sur l'incidence relative des comportements disciplinaires des parents déclarés par les intéressés. Les questions posées dans les quatre pays étaient libellées de la même façon. Les résultats sont comparés à ceux d'une enquête nationale réalisée aux États-Unis en utilisant le même instrument (12). Il est évident que les punitions parentales

TABLEAU 3.1

Taux de formes dures ou modérées de châtiments corporels dans les six mois précédents, d'après les déclarations de la mère, étude de WorldSAFE

Type de châtiment	Incidence (%)				
	Chili	Égypte	Inde ^a	Philippines	États-Unis
Châtiments corporels sévères					
A frappé l'enfant avec un objet (pas sur les fesses)	4	26	36	21	4
A levé des privilèges	0	2	10	6	0
A brûlé l'enfant	0	2	1	0	0
A battu l'enfant	0	25	— ^b	3	0
A menacé l'enfant avec un couteau ou une arme à feu	0	0	1	1	0
A étranglé l'enfant	0	1	2	1	0
Châtiments corporels modérés					
A fessé l'enfant (avec la main)	51	29	58	75	47
A frappé l'enfant sur les fesses (avec un objet)	18	28	23	51	21
A giflé l'enfant ou lui a donné une tape sur la tête	13	41	58	21	4
A tiré les cheveux de l'enfant	24	29	29	23	— ^b
A secoué l'enfant ^c	39	59	12	20	9
A frappé l'enfant avec les articulations de la main	12	25	28	8	— ^b
A pincé l'enfant	3	45	17	60	5
A tordu l'oreille de l'enfant	27	31	16	31	— ^b
A obligé l'enfant à s'agenouiller ou à rester dans une position inconfortable	0	6	2	4	— ^b
A mis du poivre de Cayenne dans la bouche de l'enfant	0	2	3	1	— ^b

^a Zones rurales.

^b Question non posée dans l'enquête.

^c Enfants âgés de deux ans et plus.

dures ne se limitent pas à quelques endroits ou à une seule région du monde. Les parents en Égypte, dans les zones rurales de l'Inde et aux Philippines ont souvent déclaré avoir puni leur enfant en le frappant avec un objet sur une partie du corps autre que les fesses au moins une fois au cours des six mois précédents. Ce comportement a également été rapporté au Chili et aux États-Unis, mais dans une bien moindre mesure. Des formes de violence plus graves – comme d'étouffer un enfant, de le brûler ou de le menacer avec un couteau ou une arme à feu – ont été beaucoup moins souvent signalées.

Des déclarations parentales similaires venant d'autres pays confirment que les parents recourent beaucoup aux châtiments corporels contre leurs enfants, quel que soit le pays étudié. En Italie, d'après l'Échelle des tactiques de résolution des conflits, l'incidence de violences graves était de 8 % (39). En Chine (RAS de Hong Kong), Tang estimait

le taux annuel des violences graves infligées à des enfants, d'après les déclarations des parents, à 461 pour 1 000 (43).

Une autre étude, qui compare les taux de violence contre les enfants du primaire en Chine et en République de Corée, utilise également l'Échelle des tactiques de résolution des conflits, mais en interrogeant les enfants au lieu des parents (41). En Chine, le taux de violences graves rapportées par les enfants est de 22,6 %, tandis qu'en République de Corée, il est de 51,3 %.

Des données tirées de l'étude WorldSAFE éclairent aussi au sujet des schémas de formes plus « modérées » de châtiments corporels dans différents pays (voir tableau 3.1). Tout le monde ne s'entend pas pour dire que des punitions modérées sont abusives, encore que certains professionnels et parents les jugent inacceptables. Dans ce domaine, l'étude WorldSAFE laisse entrevoir une plus grande divergence entre les sociétés et les cultures. La fessée est la mesure disciplinaire la plus courante signalée dans tous les pays, à l'exception de l'Égypte, où il est plus courant, entre autres, de secouer les enfants, de les pincer, de les gifler au visage ou de leur donner des tapes sur la tête pour les punir. Les parents des zones rurales indiennes, cependant, ont déclaré gifler leurs enfants et leur donner des tapes sur la tête aussi souvent que sur les fesses, tandis que dans d'autres pays, les parents giflent moins au visage ou donnent moins de tapes sur la tête.

Les formes de punition sévères et plus modérées ne se limitent pas à la famille et au milieu familial. Il arrive souvent que des enseignants et d'autres personnes chargées des enfants leur infligent des punitions sévères à l'école et dans d'autres établissements (voir encadré 3.2).

Violence sexuelle

Les estimations en ce qui concerne la violence sexuelle varient considérablement selon les définitions utilisées et la façon dont les informations sont recueillies. Certaines enquêtes sont menées auprès d'enfants, d'autres, d'adolescents et d'adultes interrogés sur leur enfance, et d'autres encore auprès de parents que l'on interroge sur ce que leurs enfants ont peut-être vécu. Ces trois méthodes peuvent

donner des résultats très différents. Par exemple, l'enquête susmentionnée, menée auprès des familles roumaines conclut que 0,1 % des parents reconnaissent avoir infligé des violences sexuelles à leurs enfants, alors que 9,1 % des enfants déclarent être victimes de violence sexuelle (34). Cet écart peut tenir en partie au fait que l'on a demandé aux enfants d'inclure les violences sexuelles infligées par d'autres gens que leurs parents.

Parmi les études publiées où des adultes parlent rétrospectivement de leur propre enfance, les taux de prévalence de la violence sexuelle chez les hommes vont de 1 % (44) en utilisant une définition restreinte des contacts sexuels avec recours à des pressions ou à la force, à 19 % (38) lorsqu'une définition plus générale est employée. Les taux de prévalence sur une durée de vie des violences sexuelles subies pendant l'enfance et déclarées par des femmes adultes vont de 0,9 % (45), si l'on utilise le mot viol pour définir les violences en question, à 45 % (38), si l'on emploie une définition beaucoup plus générale. Les conclusions d'études internationales réalisées depuis 1980 révèlent un taux de prévalence moyen sur la durée de vie en ce qui concerne les violences sexuelles infligées aux enfants de 20 % chez les femmes et de 5 à 10 % chez les hommes (46, 47).

Ces écarts importants dans les estimations de prévalence publiées peuvent découler de réelles différences entre les risques courants dans différentes cultures ou de différences dans la façon dont les études sont réalisées (46). En incluant les violences infligées par des pairs dans la définition des violences sexuelles infligées aux enfants, la prévalence augmente de 9 % (48) et en incluant les cas où il n'y a pas de contact physique, elle augmente de 16 % environ (49).

Violence affective et psychologique

On accorde encore moins d'attention dans le monde à la violence psychologique infligée aux enfants qu'à la violence physique et sexuelle. Les facteurs culturels semblent beaucoup influencer sur les méthodes non physiques que les parents choisissent pour réprimander leurs enfants et qui, vues sous l'angle d'autres cultures, peuvent être considérées

ENCADRE 3.2**Châtiments corporels**

Les châtiments corporels infligés aux enfants, sous forme de coups de trique ou de fouet, sont acceptés dans la plupart des pays, que ce soit légalement ou socialement. Dans beaucoup, il s'agit d'un phénomène important dans les écoles, dans d'autres institutions et dans le système pénal pour jeunes délinquants.

La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant stipule que les Etats doivent protéger l'enfant contre « toute forme de violence physique ou mentale » pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou d'autres personnes, et le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies a souligné que les châtiments corporels sont incompatibles avec la Convention.

En 1979, la Suède a été le premier pays à interdire d'infliger des châtiments corporels aux enfants, sous quelque forme que ce soit. Depuis lors, dix autres Etats au moins les ont également interdits. Des cours constitutionnelles et des cours suprêmes ont rendu des décisions condamnant le recours aux châtiments corporels dans les écoles et dans le système pénal, y compris en Namibie, en Afrique du Sud, en Zambie et au Zimbabwe, et en l'an 2000, la Cour suprême israélienne a déclaré illégaux tous les châtiments corporels. La constitution éthiopienne de 1994 affirme le droit de l'enfant à ne pas subir de châtiments corporels à l'école et dans les établissements de soins. En outre, la Nouvelle-Zélande, la République de Corée, la Thaïlande et l'Ouganda ont interdit d'infliger des corrections à l'école.

Cependant, il ressort d'enquêtes que les châtiments corporels restent légaux dans au moins soixante pays pour les délinquants juvéniles et dans au moins soixante-cinq pays dans les écoles et autres établissements. Les châtiments corporels infligés à des enfants à la maison sont acceptables juridiquement dans tous les pays sauf onze. Les quelques études de prévalence existantes donnent à penser que ces châtiments restent très courants dans les pays où l'on ne s'est pas attaqué au problème de façon persistante par des réformes juridiques et par l'éducation du public.

Les châtiments corporels sont dangereux pour les enfants. A court terme, ils tuent des milliers d'enfants par an. Beaucoup d'enfants encore sont blessés et nombreux sont ceux qui en gardent des handicaps. A plus long terme, un grand nombre d'études montrent que cette pratique est un facteur important dans le développement de comportements violents et qu'elle est associée à d'autres problèmes pendant l'enfance et plus tard dans la vie.

comme préjudiciables sur le plan psychologique. Il est donc très difficile de définir la violence psychologique. En outre, ses conséquences, quelle qu'en soit la définition, varient considérablement selon le contexte et l'âge de l'enfant.

Il semble courant dans de nombreux pays que les parents crient sur les enfants. Le recours aux insultes et aux injures semble varier davantage. Dans les cinq pays de l'étude WorldSAFE, le taux d'incidence le plus faible pour ce qui est d'avoir injurié des enfants dans les six mois précédents était de 15 % (voir tableau 3.2). Cependant, la pratique consistant à menacer les enfants de les abandonner ou de les enfermer dehors variait considérablement d'un pays à l'autre. Aux Philip-

pinés, par exemple, 48 % des mères déclaraient menacer leurs enfants de les abandonner pour les punir. Au Chili, seules 8 % des mères environ déclaraient recourir à des menaces.

Les données sur l'ampleur du recours à des méthodes disciplinaires non violentes et non abusives par les tuteurs de différentes cultures et régions du monde sont très rares. Les données limitées tirées du projet WorldSAFE laissent penser que la majorité des parents utilisent des méthodes disciplinaires non violentes. Cela comprend expliquer aux enfants pourquoi leur comportement était mauvais et leur dire d'arrêter, leur retirer des privilèges et utiliser d'autres méthodes non violentes pour remédier au problème de comporte-

TABLEAU 3.2

Taux de punitions verbales ou psychologiques dans les six mois précédents, d'après les déclarations de la mère, étude de WorldSAFE

Punitions verbales ou psychologiques	Incidence (%)				
	Chili	Egypte	Inde ^a	Philippines	Etats-Unis
A crié sur l'enfant	84	72	70	82	85
A insulté l'enfant	15	44	29	24	17
A traité l'enfant de tous les noms	3	51	— ^b	0	24
A refusé de parler à l'enfant	17	48	31	15	— ^b
A menacé de jeter l'enfant dehors	5	0	— ^b	26	6
A menacé l'enfant de l'abandonner	8	10	20	48	— ^b
A menacé l'enfant des mauvais esprits	12	6	20	24	— ^b
A enfermé l'enfant dehors	2	1	— ^b	12	— ^b

^a Zones rurales.

^b Question non posée pendant l'enquête.

ment (voir tableau 3.3). Ailleurs, au Costa Rica, par exemple, les parents reconnaissent recourir aux châtiments corporels pour réprimander les enfants mais en déclarant que c'est la méthode qu'ils aiment le moins (50).

Négligence

Beaucoup de chercheurs incluent la négligence ou les dommages causés par une carence de soins de la part des parents dans la définition de la violence (29, 51–53). Des situations comme la faim et la pauvreté sont parfois incluses dans la définition de la négligence. Comme les définitions varient et que les lois relatives au signalement des violences ne stipulent pas toujours que la privation de soins doit être signalée, il est difficile d'estimer l'ampleur du problème dans le monde ou de comparer réellement les taux entre pays. Peu de recherches ont été faites, par exemple, sur les divergences entre les définitions de la privation ou du défaut de soins que donnent les enfants et les parents ou d'autres tuteurs.

Au Kenya, l'abandon et la négligence sont les aspects les plus couramment cités de la maltraitance dans la communauté où l'on a posé la question (51). Dans cette étude, 21,9 % des enfants ont déclaré avoir été négligés par leurs parents. Au Canada, une étude nationale de cas signalés aux services d'aide à l'enfance conclut que, parmi les cas de négligence avérés, 19 % concernaient une négligence physique, 12 % des abandons, 11 % une négligence sur le plan de l'éducation et 48 %, des dommages corporels résultant du manque de supervision des parents (54).

Quels sont les facteurs de risque?

Divers modèles et théories ont été élaborés pour expliquer la violence familiale. Le modèle écologique décrit au chapitre 1 est le modèle explicatif le plus largement adopté. Ce modèle, appliqué aux mauvais traitements infligés aux enfants et à la privation de soins, prend en considération plusieurs facteurs, y compris les caractéristiques de l'enfant et de sa

famille, celles du tuteur ou de l'auteur de violence ou de privation, la nature de la communauté locale et le contexte économique, social et culturel (55, 56).

Les recherches limitées dans ce domaine donnent à penser que certains facteurs de risque sont assez constants d'un pays à l'autre. Il est à noter, toutefois, que ces facteurs, qui sont énumérés ci-dessous, ne sont peut-être associés que d'un point de vue statistique et qu'il n'existe pas entre eux de lien de causalité (6).

Facteurs qui rendent l'enfant plus vulnérable

Il ressort d'un certain nombre d'études, pour la plupart réalisées dans des pays développés, que certaines caractéristiques chez les enfants les exposent davantage à la violence.

Age

Un enfant est plus ou moins exposé à la violence, qu'elle soit physique ou sexuelle ou qu'elle prenne la forme de négligence, selon son âge (14, 17, 57, 58). La plupart des cas où la violence physique entraîne la mort concernent des nourrissons (18, 20, 21, 28). Dans des études sur les décès de nourrissons réalisées à Fidji, en Finlande, en Allemagne et au Sénégal, par exemple, la majorité des victimes avaient moins de 2 ans (20, 24, 28, 59).

Les jeunes enfants sont également exposés à des violences physiques n'entraînant pas la mort, encore que l'âge maximal pour ce type de violence varie d'un pays à l'autre. Par exemple, les taux de violence physique n'entraînant pas la mort sont les plus élevés chez les enfants de 3 à 6 ans en Chine, de 6 à 11 ans

TABLEAU 3.3

Taux de méthodes disciplinaires non violentes utilisées dans les six mois précédents, d'après les déclarations de la mère, étude de WorldSAFE

Punition non violente	Incidence (%)				
	Chili	Egypte	Inde ^a	Philippines	Etats-Unis
A expliqué pourquoi le comportement n'était pas bon	91	80	94	90	94
A levé des privilèges	60	27	43	3	77
A dit à l'enfant d'arrêter	88	69	— ^b	91	— ^b
A donné quelque chose à faire à l'enfant	71	43	27	66	75
A demandé à l'enfant de rester à un endroit	37	50	5	58	75

^a Zones rurales.

^b Question non posée dans l'enquête.

en Inde et de 6 à 12 ans aux Etats-Unis (11, 40, 43). En revanche, les taux de violence sexuelle ont tendance à augmenter à partir de la puberté, les taux les plus élevés concernant des adolescents (15, 47, 60). Cependant, on compte aussi de jeunes enfants parmi les victimes de violence sexuelle.

Sexe

Dans la plupart des pays, les filles risquent plus que les garçons d'être victimes d'infanticide, de violence sexuelle, de privations sur le plan de l'éducation et de la nutrition, et d'être entraînées dans la prostitution forcée (voir également chapitre 6). Les conclusions de plusieurs études internationales montrent que les taux de violence sexuelle sont de 1,5 à 3 fois supérieurs chez les filles (46). Dans le monde, plus de 130 millions d'enfants âgés de 6 à 11 ans ne sont pas scolarisés, dont 60 % de filles (61). Dans certains pays, les filles n'ont pas le droit d'aller à l'école ou on les garde à la maison, où elles aident à s'occuper de leurs frères et sœurs ou contribuent aux revenus de la famille en travaillant.

Apparemment, dans beaucoup de pays, les garçons sont davantage exposés à des châtiments corporels sévères (6, 12, 16, 40, 62). Les filles risquent plus d'être victimes d'infanticide dans bien des endroits, mais on ne sait pas très bien pourquoi les garçons font l'objet de châtiments corporels plus durs. Ce type de punition est peut-être considéré comme une préparation aux rôles et aux responsabilités de l'âge adulte, ou sans doute pense-t-on que les garçons ont besoin de plus de punitions corporelles. De toute évidence, le fossé culturel qui

sépare les sociétés en ce qui concerne le rôle des femmes et les valeurs correspondant aux garçons et aux filles pourraient expliquer beaucoup de ces différences.

Caractéristiques particulières

Les prématurés, les jumeaux et les enfants handicapés risquent plus d'être victimes de violence physique et de privation de soins (6, 53, 57, 63). Les conclusions des études sont contradictoires quant à

l'importance de l'arriération mentale en tant que facteur de risque. Il semble qu'une insuffisance pondérale à la naissance, une naissance prématurée, une maladie ou des handicaps physiques ou mentaux chez le nourrisson ou l'enfant constituent une entrave à la formation d'un attachement et de liens affectifs, ce qui fait que l'enfant est plus exposé à des violences (6). Cependant, ces caractéristiques ne semblent pas constituer des facteurs de risque de violence importants, si l'on considère d'autres risques, comme les variables parentales et sociétales (6).

Caractéristiques de la famille et des personnes s'occupant de l'enfant

La recherche a établi un lien entre certaines caractéristiques relatives à la personne qui s'occupe de l'enfant, parent ou tuteur, et des éléments du milieu familial, d'une part, et la maltraitance et le manque de soins, d'autre part. Si certains facteurs, y compris démographiques, font varier les risques, d'autres concernent les caractéristiques psychologiques et comportementales de cette personne ou les aspects du milieu familial qui risquent de compromettre l'exercice du rôle de parent et de conduire à une maltraitance.

Sexe

Le type de violence détermine en partie le sexe de son auteur. Des études réalisées en Chine, au Chili, en Finlande, en Inde et aux Etats-Unis donnent à penser que les femmes déclarent recourir plus aux châtiments corporels que les hommes (12, 40, 43, 64, 65). Au Kenya, les enfants font plus état de

violence de la part de la mère que du père (51). Cependant, les hommes sont le plus souvent les auteurs de traumatismes crâniens parfois mortels, de fractures résultant de violence et d'autres blessures entraînant la mort (66–68).

Les auteurs d'agression sexuelle contre des enfants, que la victime soit fille ou garçon, sont majoritairement des hommes dans de nombreux pays (46, 69, 70). Il ressort de bien des études que, dans plus de 90 % des cas où la victime est de sexe féminin, l'agresseur est de sexe masculin. Lorsque la victime est de sexe masculin, l'agresseur est de sexe masculin dans 63 % à 86 % des cas (46, 71, 72).

Structure et ressources familiales

Les parents maltraitants sont plus souvent jeunes, célibataires, pauvres et chômeurs, et leur niveau d'instruction est inférieur à celui des parents non maltraitants. Dans les pays en développement comme dans les pays industrialisés, les mères jeunes, célibataires et pauvres comptent parmi les parents qui risquent le plus de se montrer violents envers leurs enfants (6, 12, 65, 73). Aux États-Unis, par exemple, il est trois fois plus probable que les mères célibataires déclarent recourir à des châtiments corporels sévères que les mères de familles biparentales (12). On arrive aux mêmes conclusions en Argentine (73).

Il ressort également d'études réalisées au Bangladesh, en Colombie, au Kenya, en Italie, en Suède, en Thaïlande et au Royaume-Uni qu'un faible niveau d'instruction et des revenus qui ne suffisent pas à répondre aux besoins de la famille font augmenter le risque de violence physique à l'encontre des enfants (39, 52, 62, 67, 74–76), même si l'on note des exceptions à ce schéma dans d'autres pays (14). Il ressort d'une étude sur des familles palestiniennes que le fait de ne pas avoir assez d'argent pour satisfaire aux besoins de l'enfant est une des principales raisons données par les parents pour expliquer les violences psychologiques qu'ils infligent à leurs enfants (77).

Taille de la famille et composition du ménage

La taille de la famille peut également faire augmenter le risque de violence. Ainsi, il ressort d'une étude

menée auprès de parents au Chili que les familles comptant quatre enfants et plus risquent trois fois plus de se montrer violentes envers les enfants que lorsque les parents ont moins d'enfants (78). Cependant, la taille de la famille n'a tout simplement pas toujours d'importance. D'après des données provenant de divers pays, le risque de maltraitance augmente dans les ménages surpeuplés (17, 41, 52, 57, 74, 79). Un milieu familial instable, où la composition du ménage change souvent, des membres de la famille et d'autres personnes allant et venant, est une caractéristique fréquente des cas de privation de soins chronique (6, 57).

Personnalité et caractéristiques comportementales

Dans de nombreuses études, un lien est établi entre plusieurs caractéristiques de la personnalité et du comportement, d'une part, et les mauvais traitements infligés aux enfants et la privation de soins, d'autre part. Les parents qui risquent le plus de se montrer violents physiquement avec leurs enfants ont souvent une faible estime d'eux-mêmes, maîtrisent mal leurs impulsions, ont des problèmes de santé mentale et manifestent des comportements antisociaux (6, 67, 75, 76, 79). Les parents négligents présentent bon nombre de ces problèmes et ont parfois aussi du mal à planifier des événements importants de la vie, comme le mariage, l'arrivée d'enfants et la recherche d'un emploi. Beaucoup de ces caractéristiques, qui compromettent l'exercice du rôle de parent, sont associées à des relations sociales perturbées, à une inaptitude à affronter le stress et à une difficulté de s'adresser aux réseaux d'aide sociale (6).

Il arrive aussi que les parents maltraitants ne soient pas informés et qu'ils aient des attentes peu réalistes par rapport au développement de l'enfant (6, 57, 67, 80). Il ressort de la recherche que ces parents sont plus irrités et contrariés par les humeurs et le comportement de leurs enfants, qu'ils se montrent moins encourageants, affectueux, enjoués et sensibles avec leurs enfants, et qu'ils sont plus autoritaires et hostiles à leur égard (6, 39).

Antécédents de violence

Des études montrent également que des parents qui ont été maltraités pendant leur enfance risquent plus de maltraiter leurs propres enfants (6, 58, 67, 81, 82). Le rapport en l'occurrence est complexe, toutefois (81–83), et certaines enquêtes donnent à penser que la majorité des parents maltraitants n'ont, en fait, pas été maltraités eux-mêmes (58). Des données empiriques amènent à penser qu'il existe bien une relation, mais il se peut que l'on ait exagéré l'importance de ce facteur de risque. Il est possible que d'autres facteurs liés à la maltraitance, comme la jeunesse des parents, le stress, l'isolement, un foyer surpeuplé, la toxicomanie et la pauvreté, soient plus prédictifs.

Violence familiale

On accorde de plus en plus d'attention à la violence perpétrée par un partenaire intime et au lien qui existe avec les mauvais traitements à enfant. Des études réalisées dans des pays aussi distincts sur le plan géographique et culturel que la Chine, la Colombie, l'Égypte, l'Inde, le Mexique, les Philippines, l'Afrique du Sud et les États-Unis concluent toutes à un lien étroit entre ces deux formes de violence (6, 15, 17, 37, 40, 43, 67). Il ressort d'une étude indienne récente que l'existence de violence familiale double le risque de maltraitance (40). Parmi les victimes de maltraitance connues, 40 % ou plus déclarent également l'existence de violence au foyer (84). En fait, il se peut que le lien soit encore plus étroit que cela, car bien des organismes chargés de protéger les enfants ne collectent pas régulièrement de données sur les autres formes de violence familiale.

Autres caractéristiques

Un lien a également été établi entre le stress et l'isolement social du parent, d'une part, et les mauvais traitements infligés aux enfants et la privation de soins, d'autre part (6, 39, 57, 73, 85). Il semble que le stress résultant du changement d'emploi, de la perte de revenu, de problèmes de santé et d'autres aspects du milieu familial peuvent exacerber les conflits familiaux et faire que les membres sont moins capables d'y faire face et de

trouver un soutien. Ceux qui réussissent mieux à trouver un appui social risquent sans doute moins de maltraiter leurs enfants, même s'il existe d'autres facteurs de risque connus. Dans une étude cas-témoins réalisée à Buenos Aires, en Argentine, par exemple, les enfants qui vivaient dans une famille monoparentale risquaient beaucoup plus d'être maltraités que ceux qui vivaient dans une famille biparentale. Cependant, le risque de mauvais traitements était inférieur chez ceux qui étaient plus à même de bénéficier d'une aide sociale (73).

De nombreuses études concluent également à un lien entre les mauvais traitements à enfant et la toxicomanie (6, 37, 40, 67, 76), encore qu'il faille approfondir la recherche pour distinguer les effets indépendants de la toxicomanie de problèmes connexes de pauvreté, de surpeuplement, de troubles mentaux et de problèmes de santé associés à ce comportement.

Facteurs communautaires

Pauvreté

Beaucoup d'études réalisées dans de nombreux pays montrent qu'il existe un lien étroit entre la pauvreté et la maltraitance (6, 37, 40, 62, 86–88). Les taux de violence sont plus élevés dans les communautés où les taux de chômage sont importants et où il y a une concentration de la pauvreté (89–91). Ces communautés se caractérisent également par un roulement de population important et des logements surpeuplés. La recherche montre que la pauvreté chronique nuit aux enfants à cause de son incidence sur le comportement des parents et du peu de ressources communautaires disponibles (92). Généralement, dans les communautés où le taux de pauvreté est élevé, l'infrastructure matérielle et sociale se détériore et il y a moins de ressources et d'aménagements que dans les communautés plus riches.

Capital social

On entend par capital social le degré de cohésion et de solidarité qui existe entre les communautés (85). Les enfants de quartiers où il y a moins de « capital social » ou d'investissements sociaux semblent davantage exposés à un risque de maltraitance et ils présentent plus de problèmes

psychologiques ou de comportement (85). En revanche, il est démontré que les réseaux sociaux et les relations de voisinage ont un effet protecteur sur les enfants (4, 58, 93). Cela vaut même pour les enfants exposés à plusieurs facteurs de risque – comme la pauvreté, la violence, la toxicomanie et le faible niveau d’instruction des parents – qu’un capital social important semble protéger (85).

Facteurs sociétaux

Il semble que tout un éventail de facteurs de société influent beaucoup sur le bien-être des enfants et des familles. Parmi ces facteurs, qui ne sont pas examinés pour l’instant dans la plupart des pays comme étant des facteurs de risque de maltraitance, figurent :

- Le rôle des valeurs culturelles et des forces économiques dans les choix auxquels les familles sont confrontées et dans leurs réactions face à ces forces.
- Les inégalités liées au sexe et au revenu – facteurs présents dans d’autres types de violence et probablement liés eux aussi aux mauvais traitements à enfants.
- Les normes culturelles relatives aux rôles des hommes et des femmes, aux relations parents-enfants et au respect de la vie privée de la famille.
- Les politiques relatives à l’enfant et à la famille – comme celles concernant le congé parental, l’emploi maternel et les garderies.
- La nature et la portée des soins préventifs dispensés aux nourrissons et aux enfants, en ce qu’ils aident à repérer les cas de maltraitance.
- La solidité du régime de sécurité sociale – autrement dit, les sources de soutien qui fournissent un filet de sécurité aux enfants et aux familles.
- La nature et la portée de la protection sociale et la réaction de la justice pénale.
- Des conflits sociaux et des guerres à plus grande échelle.

Bon nombre de ces facteurs culturels et sociaux plus généraux peuvent influencer sur la capacité des parents d’élever leurs enfants, autrement dit, accentuer ou atténuer le stress associé à la vie familiale, et influencer sur les ressources dont disposent les familles.

Les conséquences de la maltraitance des enfants

Fardeau pour la santé

La mauvaise santé résultant des mauvais traitements à enfant représente une part importante du fardeau mondial de la maladie. Certaines conséquences pour la santé ont fait l’objet d’études (21, 35, 72, 94–96), mais d’autres ne retiennent l’attention que depuis peu, comme les troubles psychiatriques et les comportements suicidaires (53, 97, 98). Fait important, il est prouvé maintenant que des maladies importantes de l’adulte, comme la cardiopathie ischémique, le cancer, les affections pulmonaires chroniques, le côlon irritable et la fibromyalgie, sont liées à des violences subies dans l’enfance (99–101). Le mécanisme apparent qui explique ces résultats est l’adoption de facteurs de risque comportementaux, comme le tabagisme, l’alcoolisme, une mauvaise alimentation et le manque d’exercice. La recherche met également en évidence des conséquences directes graves et durables (21, 23, 99–103) (voir tableau 3.4).

De même, beaucoup d’études démontrent qu’il y a des dommages psychologiques à court et à long terme (35, 45, 53, 94, 97). Certains enfants présentent quelques symptômes qui ne prennent pas des proportions inquiétantes sur le plan clinique, ou bien ils atteignent des stades cliniques, mais ils ne sont pas aussi marqués que chez des enfants généralement suivis dans un contexte clinique. D’autres victimes présentent des symptômes psychiatriques graves, comme la dépression, l’angoisse, la toxicomanie, l’agressivité, la honte ou des déficiences intellectuelles. Enfin, certains enfants satisfont à tous les critères de troubles psychiatriques tels que le syndrome de stress post-traumatique, la dépression grave, des troubles anxieux et des troubles du sommeil (53, 97, 98). Ainsi, il ressort d’une étude de cohortes longitudinale récente réalisée à Christchurch, en Nouvelle-Zélande, qu’il existe un lien important entre la violence sexuelle subie pendant l’enfance et des problèmes de santé mentale tels que la dépression, les troubles anxieux et les pensées et comportements suicidaires (97).

Les manifestations physiques, comportementales et affectives de la maltraitance varient d’un

TABLEAU 3.4

Conséquences de la maltraitance pour la santé de l'enfant**Physiques**

Traumatismes à l'abdomen ou au thorax
 Lésions cérébrales
 Ecchymoses et zébrures
 Brûlures
 Lésions du système nerveux central
 Invalidité
 Fractures
 Lacérations et abrasions
 Lésions oculaires

Sexuelles et génésiques

Problèmes de santé génésique
 Dysfonctionnement sexuel
 Maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA
 Grossesse non désirée

Psychologiques et comportementales

Alcoolisme et toxicomanie
 Déficience intellectuelle
 Délinquance, violence et prise de risques
 Dépression et angoisse
 Retards de développement
 Trouble de l'alimentation et du sommeil
 Sentiments de honte et de culpabilité
 Hyperactivité
 Mauvaises relations
 Mauvais résultats scolaires
 Piètre estime de soi
 Trouble de stress post-traumatique
 Troubles psychosomatiques
 Comportement suicidaire et automutilation

Autres conséquences pour la santé à plus long terme

Cancer
 Affection pulmonaire chronique
 Fibromyalgie
 Syndrome du côlon irritable
 Cardiopathie ischémique
 Maladie du foie
 Problèmes de santé génésique tels que l'infertilité

enfant à l'autre, suivant son stade de développement au moment où des mauvais traitements lui sont infligés, la gravité de ces mauvais traitements, la relation entre l'auteur des violences et l'enfant, la période de temps pendant laquelle les mauvais traitements continuent et d'autres facteurs dans l'environnement de l'enfant (6, 23, 72, 95–101).

Fardeau financier

Les coûts financiers associés aux soins à apporter aux victimes à court et à long terme représentent une part importante du fardeau général créé par les

mauvais traitements infligés aux enfants et la privation de soins. Sont compris dans le calcul des coûts directs associés aux traitements, aux consultations hospitalières et médicales et à d'autres services de santé. Tout un éventail de coûts indirects sont liés à une perte de productivité, à une invalidité, à une qualité de vie moindre et à des décès prématurés. S'ajoutent à cela les coûts supportés par la justice pénale et d'autres institutions, ce qui comprend :

- les dépenses liées à l'arrestation et aux poursuites judiciaires engagées contre les délinquants ;
- les coûts pour les organismes sociaux qui examinent les cas de maltraitance qui leur sont signalés et qui protègent les jeunes victimes ;
- les coûts associés aux foyers d'accueil ;
- les coûts pour le système éducatif ;
- les coûts pour le secteur de l'emploi dus à l'absentéisme et à une faible productivité.

Les données dont on dispose à propos de quelques pays développés montrent le fardeau financier potentiel. En 1996, aux États-Unis, on estimait à quelque 12,4 milliards de dollars américains le coût financier associé aux mauvais traitements infligés aux enfants et à la privation de soins (8). Ce chiffre comprenait des estimations de manques à gagner futurs, de coûts éducatifs et les coûts des services de santé mentale pour adultes. Au Royaume-Uni, un chiffre de près de 1,2 milliard de dollars américains a été avancé pour les seuls services sociaux et juridiques immédiats (104). Il est probable que le coût des mesures de prévention est largement inférieur à celui de la maltraitance des enfants et du manque de soins pour les personnes, les familles et la société, à court et à long terme.

Que peut-on faire pour prévenir la maltraitance des enfants et le manque de soins ?

Alors que l'on est quasi unanime à affirmer que la prévention de la maltraitance est une politique sociale importante, étonnamment peu d'études ont été faites pour déterminer l'efficacité des interventions préventives. Quelques interventions,

comme les visites à domicile, ont fait l'objet de travaux minutieux (105–107), mais beaucoup plus en la matière ne sont pas convenablement évaluées (108).

Dans leur immense majorité, les programmes mettent l'accent sur les victimes ou les auteurs de mauvais traitements infligés à des enfants ou de privation de soins. Très peu insistent sur des approches de prévention primaire destinées à empêcher la maltraitance ou le défaut de soins dès le départ. Voici une description des interventions les plus courantes.

Aide à la famille

Formation au rôle de parent

Un certain nombre d'interventions destinées à améliorer les attitudes parentales et à aider les familles ont été mises au point. Ces types de programmes visent généralement à éduquer les parents au sujet du développement de l'enfant et à les aider à mieux savoir gérer le comportement de leurs enfants. La plupart de ces programmes concernent des familles à haut risque ou des familles où il y a déjà eu de mauvais traitements, mais on estime de plus en plus qu'il peut être bénéfique d'éduquer et de former tous les parents et les futurs parents dans ce domaine. À Singapour, par exemple, l'éducation et la formation au rôle de parent commencent à l'école secondaire, avec des cours de «préparation au rôle de parent». Les élèves se familiarisent avec les soins à donner aux enfants et avec le développement de l'enfant. Ils acquièrent également une expérience directe en travaillant avec de jeunes enfants dans des garderies et des centres préscolaires (8).

Dans le cas des familles où des enfants ont déjà été maltraités, le principal objectif est d'éviter que cela se reproduise et de faire en sorte que les enfants ne pâtissent pas de la situation par ailleurs, par exemple, en développant des problèmes affectifs ou en ayant des retards de développement. Les évaluations de programmes d'éducation et de formation au rôle de parent donnent des résultats prometteurs pour ce qui est de réduire la violence chez les jeunes, mais moins d'études portent tout particulièrement sur l'incidence de ces programmes

sur les taux de mauvais traitements infligés aux enfants et de privation de soins. En fait, on se sert des résultats proximaux, comme les aptitudes et les capacités des parents, les conflits parent-enfant et la santé mentale des parents, pour mesurer l'efficacité de bon nombre d'interventions.

Par exemple, Wolfe et al. ont évalué une intervention comportementale destinée à former au rôle de parent qui était conçue expressément pour des familles considérées à risque (109). Des paires mère-enfant étaient réparties de façon aléatoire entre le groupe d'intervention et un groupe témoin. Les mères qui ont bénéficié d'une formation au rôle de parent déclaraient avoir moins rencontré de problèmes de comportement avec leurs enfants et moins de problèmes d'adaptation liés à une maltraitance éventuelle, comparé aux mères du groupe témoin. En outre, une évaluation de suivi faite par des travailleurs sociaux a montré que le risque de maltraitance était moindre chez les mères qui avaient reçu une formation au rôle de parent.

Visite à domicile et autres programmes d'aide à la famille

Les programmes de visite à domicile apportent les ressources communautaires aux familles jusque chez elles. Ce type d'intervention est considéré comme étant un des plus prometteurs en ce qui concerne la prévention d'un certain nombre de conséquences négatives, y compris la violence chez les jeunes (voir chapitre 2) et les mauvais traitements infligés aux enfants (105–107). Pendant les visites à domicile, des renseignements, un soutien et d'autres services sont offerts à la famille afin de l'aider à mieux fonctionner. Plusieurs modèles de visite à domicile ont été mis au point et étudiés. Dans certains, toutes les familles reçoivent des visites à domicile, quel que soit leur statut en matière de risque, tandis que d'autres se concentrent sur les familles à risque de violence, comme les tous nouveaux parents, les parents célibataires et les parents adolescents qui vivent dans des communautés où le taux de pauvreté est élevé.

Dans une enquête portant sur plus de 1 900 programmes de visites à domicile, Wasik & Roberts (110) en identifient 224 qui offraient des services principalement à des enfants maltraités ou privés de

soins. Dans ces programmes, le plus important était le renforcement des compétences parentales et des aptitudes des parents à assumer leur rôle, après quoi venait le soutien affectif. Les familles recevaient généralement une visite par semaine ou toutes les deux semaines, et les services étaient offerts sur une période allant de six mois à deux ans.

Le programme offert par le Parent Centre du Cap, en Afrique du Sud, est un exemple de programmes de ce type. Des visiteurs à domicile sont recrutés dans la communauté, formés par le centre et supervisés par des travailleurs sociaux professionnels. Ils se rendent une fois par mois dans les familles avant la naissance de l'enfant, toutes les semaines pendant les deux mois qui suivent la naissance, puis une fois tous les quinze jours jusqu'à l'âge de deux mois et une fois par mois jusqu'à ce que le bébé ait six mois. Ensuite, les visites continuent ou s'arrêtent, selon l'évaluation du superviseur. Il arrive que l'on oriente les familles vers d'autres organismes afin qu'elles bénéficient d'autres services, si nécessaire.

Olds et al. ont réalisé une des rares études sur les effets à long terme des visites à domicile sur la maltraitance et la privation de soins (106). Ils concluent que, pendant les quinze ans qui suivent la naissance d'un premier enfant, les femmes qui recevaient la visite d'infirmières pendant leur grossesse et les mois suivant l'accouchement risquaient moins de se livrer à des violences sur l'enfant que les femmes qui n'avaient pas bénéficié de telles visites.

Services intensifs pour la préservation de la famille

Ce type de services vise à maintenir la famille ensemble et à empêcher que les enfants soient placés en foyer d'accueil. L'intervention, qui est ciblée sur des familles où il est confirmé qu'un ou plusieurs enfants sont maltraités, est de courte durée – soit de quelques semaines à quelques mois – et intense, de dix à trente heures par semaine étant généralement consacrées à une famille en particulier, à son domicile ou dans un autre endroit que connaît l'enfant. Habituellement, toute une gamme de services est offerte, selon les besoins de la famille.

Ainsi, on lui propose diverses formes de thérapie et des services plus pratiques, comme des allocations logement temporaires.

Homebuilders, programme intensif d'éducation et d'intervention familiale à domicile en période de crise, est un exemple de ce type de programme offert aux États-Unis (111). Les familles dont un ou plusieurs enfants risquent d'être placés de façon imminente dans des foyers d'accueil, sont dirigées vers ce programme par des assistantes sociales. Pendant quatre mois, les familles bénéficient de services intensifs de la part de thérapeutes qui sont de garde 24 heures sur 24. Entre autres services offerts, et ils sont nombreux, on aide les familles à se nourrir et à se loger et on leur permet d'acquérir de nouvelles techniques.

Les évaluations de ce type d'intervention sont limitées et leurs conclusions sont assez peu convaincantes, principalement parce que les programmes offrent tout un éventail de services et que relativement peu d'études comprenaient un groupe témoin. Il semble, d'après certaines données, que les programmes destinés à préserver l'unité familiale aident à éviter d'avoir à placer des enfants, du moins à court terme. Cependant, rien ne montre guère que ce type de services intensifs et de courte durée permette de remédier au dysfonctionnement familial qui est à l'origine du problème. Une méta-analyse de plusieurs programmes intensifs de préservation de la famille conclut que ceux où les participants s'investissent beaucoup, qui utilisent une approche visant à consolider les atouts de la famille et qui comportent un volet d'aide sociale donnent de meilleurs résultats que sans ces éléments (112).

Services de santé

Dépistage par des professionnels de la santé

Les professionnels de la santé ont un rôle clé à jouer dans le repérage, le traitement et l'orientation des cas de maltraitance et de privation de soins ainsi que dans le signalement des cas suspects aux autorités compétentes. Il est essentiel de détecter rapidement les cas de maltraitance, afin de minimiser les conséquences pour l'enfant et de mettre sur pied les services nécessaires dès que possible.

Habituellement, le dépistage consiste à repérer un problème de santé avant l'apparition de signes et de symptômes. Dans le cas des mauvais traitements infligés à des enfants et de privation de soins, le dépistage peut s'avérer difficile, car il faut s'en remettre à des renseignements obtenus directement auprès de leur auteur ou d'observateurs. C'est pourquoi assez peu d'approches du dépistage sont décrites. C'est aussi pourquoi l'accent est mis essentiellement sur des outils permettant aux fournisseurs de soins de santé de reconnaître rapidement les signes de maltraitance et de manque de soins, principalement par une formation et une information renforcées.

Formation des professionnels de la santé

Des études réalisées dans divers pays montrent qu'il est nécessaire que les professionnels de la santé suivent une formation continue en matière de détection et de signalement des premiers signes et symptômes de maltraitance et de défaut de soins (113–115). En conséquence, plusieurs organismes de soins de santé ont mis sur pied des programmes de formation afin d'améliorer la détection et le signalement des mauvais traitements et du défaut de soins, et de faire en sorte que les professionnels de la santé soient plus au courant des services communautaires existants. Aux États-Unis, par exemple, l'American Medical Association et l'American Academy of Pediatrics ont rédigé des lignes directrices en matière de diagnostic et de traitement des enfants maltraités (116) et des cas de violence sexuelle (117). Dans l'État de New York, les professionnels de la santé doivent suivre un cours de deux heures sur le repérage et le signalement de la maltraitance et du défaut de soins pour pouvoir obtenir une autorisation d'exercer (118). Plusieurs pays européens, notamment, ont commencé à mettre plus l'accent sur ce type de formation pour les professionnels de la santé (7, 119–121).

Il n'est pas toujours simple, cependant, de déceler des mauvais traitements à enfant et une privation de soins (122–124). Des techniques d'entrevue et des examens physiques particuliers sont généralement nécessaires. Les professionnels de la santé doivent faire attention au fait que la

famille est présente ou à d'autres facteurs de risque qui pourraient laisser soupçonner une maltraitance.

Certains chercheurs proposent, pour maintenir un processus éducatif continu et dynamique, de mettre en place, à l'intention des professionnels de la santé, un programme de cours à la fois structuré et polyvalent correspondant à leur degré d'implication dans des cas de maltraitance (125). Ainsi, des cours de formation séparés mais regroupés seraient mis au point pour les étudiants en médecine et les médecins en formation, d'une part, et pour les personnes concernées par la maltraitance, d'autre part.

Les évaluations des programmes de formation portent principalement sur la connaissance que les professionnels de la santé ont du comportement des enfants et des signes de maltraitance. On ne connaît pas l'incidence des programmes de formation sur d'autres résultats, comme une amélioration des soins dispensés aux enfants et une meilleure orientation de ceux-ci.

Approches thérapeutiques

Les réponses apportées aux mauvais traitements à enfant et à la privation de soins dépendent de nombreux facteurs, y compris l'âge et le stade de développement de l'enfant et l'existence de facteurs de stress environnementaux. C'est pourquoi divers services thérapeutiques ont été conçus pour être utilisés au niveau individuel. Des programmes thérapeutiques ont été mis en place dans le monde entier, y compris en Argentine, en Chine (RAS de Hong), en Grèce, au Panama, dans la Fédération de Russie, au Sénégal et en Slovaquie (7).

Services d'aide aux victimes

Il ressort d'un examen de programmes de traitement pour enfants victimes de violence physique que l'approche la plus populaire est celle des garderies thérapeutiques, où l'on met l'accent sur l'amélioration des aptitudes cognitives et développementales (126). Les garderies thérapeutiques sont conseillées pour diverses situations liées à la violence, comme les troubles affectifs et comportementaux ainsi que les problèmes d'attachement et les retards cognitifs et de développement. L'approche intègre thérapie et méthodes de traitement particulières dans les

activités quotidiennes de l'enfant au centre de garderie. La plupart des programmes de ce type prévoient une thérapie et une éducation parentales.

Fantuzzo et al. (127) décrit un exemple de méthode particulière de traitement pour les enfants victimes de violence qui sont repliés sur eux-mêmes. Les enfants maltraités d'âge préscolaire qui étaient très repliés sur eux-mêmes étaient placés dans des groupes de jeu avec des enfants qui fonctionnaient mieux sur le plan social. On apprenait à ces derniers à servir d'exemples aux enfants plus repliés sur eux-mêmes et à les encourager à participer aux jeux organisés. Leur tâche consistait notamment à faire les ouvertures verbales et physiques voulues à l'intention des enfants repliés sur eux-mêmes, par exemple, en leur tendant un jouet. On a observé une amélioration du comportement social des enfants repliés sur eux-mêmes, mais les effets à long terme de cette méthode n'ont pas été évalués. La plupart des autres programmes de traitement décrits dans l'étude susmentionnée n'ont guère fait l'objet d'évaluations (126).

Quant aux violences physiques, les manifestations de violence sexuelle peuvent varier considérablement, en fonction d'un certain nombre de facteurs, comme les caractéristiques individuelles de la victime, la relation entre l'agresseur et la victime, et les circonstances des violences infligées. En conséquence, diverses interventions et méthodes de traitement ont été adoptées pour soigner les enfants victimes de violence sexuelle, y compris des thérapies individuelles, familiales et de groupe (128–131). Quelques études suggèrent que la santé mentale des victimes s'améliore à la suite des interventions, mais on dispose de bien moins de précisions sur les autres incidences positives.

Services d'aide aux enfants témoins de violence

Les services destinés aux enfants témoins de violence familiale constituent une des dernières nouveautés en matière de stratégies d'intervention (132–134). La recherche montre que le fait d'être témoin de ce type de violence a de nombreuses conséquences négatives. Par exemple, les enfants dans cette situation risquent

plus de reproduire, à l'âge adulte, des relations dysfonctionnelles dans leur propre famille.

Comme dans le cas des agressions physiques ou sexuelles directes, les enfants qui sont témoins de violence peuvent présenter différents symptômes, y compris des troubles affectifs, des troubles du comportement et des problèmes sociaux ainsi que des retards de développement sur le plan cognitif ou physique. Cependant, certains ne développent aucun problème. Étant donné ces variabilités, différentes stratégies d'intervention et méthodes de traitement ont été mises au point, en tenant compte du stade de développement de l'enfant. Les preuves de l'efficacité de ces programmes sont aujourd'hui limitées et souvent contradictoires. Ainsi, deux évaluations du même programme de thérapie de groupe de dix semaines donnent des résultats différents. Dans l'une, les enfants du groupe d'intervention étaient capables de décrire plus de techniques et de stratégies pour éviter d'être pris dans des conflits violents entre les parents et pour chercher une aide extérieure que les enfants du groupe de référence, tandis que, dans l'autre, aucune différence n'était relevée entre le groupe d'intervention et le groupe témoin (135, 136).

Services d'aide aux adultes maltraités dans leur enfance

Plusieurs études concluent à l'existence d'un lien entre une maltraitance dans l'enfance et divers problèmes, y compris la toxicomanie, les problèmes de santé mentale et l'alcoolisme (96–99, 137). De plus, il arrive que l'on n'indentifie que tardivement les personnes qui ont été victimes de violence pendant l'enfance et que les symptômes ne se déclarent que longtemps après les actes subis. C'est pourquoi l'on assiste depuis peu à une augmentation des services offerts aux adultes qui ont été victimes de violence pendant leur enfance et, plus particulièrement, des aiguillages vers des services de santé mentale. Malheureusement, peu d'évaluations ont été publiées sur l'incidence des interventions pour les adultes qui ont été victimes de mauvais traitements pendant leur enfance. La plupart des études réalisées mettaient l'accent sur les filles victimes de violence de la part de leur père (138).

Recours judiciaires et connexes

Dénonciation obligatoire et signalement volontaire

Dans divers pays, dont l'Argentine, la Finlande, Israël, le Kirghizistan, la République de Corée, le Rwanda, l'Espagne, le Sri Lanka et les États-Unis, la loi fait obligation aux professionnels de la santé de signaler les cas de maltraitance et de privation de soins présumés. Cependant, assez peu de pays se sont dotés de lois faisant obligation de signaler les cas de mauvais traitements à enfant et de défaut de soins. Il ressort d'une enquête mondiale récente que, sur les 58 pays participants, 33 ont de telles lois en vigueur et 20 ont des lois prévoyant le signalement volontaire de ces cas (7).

L'adoption de lois rendant obligatoire le signalement de cas se justifiait par l'idée qu'une détection rapide de la maltraitance aiderait à prévenir des blessures graves, à accroître la sécurité des victimes en leur épargnant d'avoir à dénoncer les sévices, et à favoriser une coordination entre les interventions des services médicaux et juridiques, entre autres.

Au Brésil, il est obligatoire de signaler les cas à un « Conseil de sauvegarde » composé de cinq membres (8). Ces derniers, qui sont élus pour un mandat de deux ans, doivent protéger par tous les moyens sociaux possibles les enfants victimes de mauvais traitements ou de défaut de soins, y compris les foyers d'accueil temporaires et l'hospitalisation. Le Conseil se charge également des aspects judiciaires de la maltraitance et de la privation de soins, comme l'engagement de poursuites contre les auteurs et le retrait de l'autorité parentale.

Les lois obligatoires peuvent aider à recueillir des données, mais on ne sait pas dans quelle mesure elles permettent de prévenir la maltraitance et la privation de soins. Les détracteurs de cette approche ont soulevé diverses questions. Ainsi, ils se demandent si des organismes sociaux à court de fonds peuvent aider l'enfant et la famille, et si, en fait, ils ne font pas plus de mal que de bien en donnant de faux espoirs (139).

Il existe différents types de système de signalement volontaire dans le monde, dans des pays tels que la Barbade, le Cameroun, la Croatie, le Japon, la Roumanie et la République-Unie de Tanzanie (7).

Aux Pays-Bas, les cas présumés de mauvais traitements à enfant peuvent être signalés à titre volontaire à deux organismes publics distincts, à savoir la Commission de protection et d'aide à l'enfance et le Cabinet médical confidentiel. Tous deux ont pour mandat de protéger les enfants contre les mauvais traitements et la privation de soins, et tous deux examinent les cas présumés de maltraitance portés à leur attention. Toutefois, ils n'offrent pas de services directs aux enfants et aux familles, mais les dirigent vers des services compétents (140).

Services de protection de l'enfance

Les organismes qui offrent des services de protection de l'enfance examinent les cas présumés de maltraitance qu'on leur signale et essaient de les corroborer. Les rapports initiaux viennent de diverses sources, y compris du personnel de santé, de la police, d'enseignants et de voisins.

Si les rapports sont avérés, le personnel des services de protection de l'enfance doit choisir un traitement approprié et décider à qui transmettre le dossier. Ces décisions sont souvent difficiles, car il faut concilier diverses exigences parfois concurrentes, comme la nécessité de protéger l'enfant et la volonté de maintenir l'unité familiale. Les services offerts aux enfants et aux familles varient donc beaucoup. Des études ont été publiées sur le processus décisionnel relatif au traitement approprié et sur ses lacunes actuelles, comme l'absence de critères uniformes et précis pour repérer les familles où les enfants risquent d'être maltraités, mais on s'est peu penché sur l'efficacité des services de protection de l'enfance pour ce qui est de faire baisser les taux de maltraitance.

Équipes chargées d'examiner les décès d'enfants

Aux États-Unis, la prise de conscience croissante des sévices graves infligés aux enfants a conduit à charger des équipes d'examiner les décès d'enfants dans de nombreux États (141). Ces équipes multidisciplinaires étudient donc les décès d'enfants en se servant des données et des ressources de la police, du ministère public, des professionnels de la santé, des services de protection de l'enfance et des médecins légistes. D'après les chercheurs, ces

équipes spécialisées ont plus de chances de détecter des signes de mauvais traitements infligés à des enfants et de privation de soins que celles qui n'ont aucune formation. Ce type d'intervention a donc pour objectif, entre autres, de répertorier les décès d'enfants avec plus de précision.

Une classification plus précise permettra sans doute d'obtenir de meilleurs résultats dans les poursuites, grâce à la meilleure qualité des éléments de preuve recueillis. Dans une analyse des données recueillies lors de l'examen de décès d'enfants dans l'Etat de Géorgie, aux Etats-Unis (142), les chercheurs ont conclu que l'examen des décès d'enfants était des plus délicats lorsque l'on enquêtait sur des décès consécutifs à de mauvais traitements et sur des cas de mort subite du nourrisson. Après examen par l'équipe chargée d'étudier les décès d'enfants, 2 % des décès survenus pendant l'année visée qui n'étaient pas classés au départ comme étant liés à des mauvais traitements ou à un défaut de soins, ont ensuite été reclassés comme décès imputables à des mauvais traitements.

Ces équipes ont aussi pour but, par leurs examens, leurs analyses et la mise en place de mesures correctives, de prévenir d'autres décès d'enfants dus à des mauvais traitements, et de promouvoir une meilleure coordination entre les divers organismes et disciplines concernés.

Politiques en matière d'arrestation et de poursuites

Les politiques en matière de justice pénale varient considérablement, car elles reflètent différents points de vue quant au rôle de l'appareil judiciaire en ce qui concerne la maltraitance. La décision d'engager des poursuites contre les auteurs présumés de violence dépend de plusieurs facteurs, y compris la gravité des mauvais traitements infligés, la solidité des preuves, le fait que l'enfant fera ou pas un témoin compétent et l'existence de solutions viables autres que des poursuites (143). Il ressort d'une étude de poursuites criminelles engagées dans des cas de violence sexuelle sur des enfants (144) que 72 % des 451 allégations portées devant la justice sur deux ans concernaient des cas probables de violence sexuelle. Cependant, des

accusations formelles n'ont été portées que dans un peu plus de la moitié de ces cas. Dans une autre étude d'allégations de violence sexuelle sur des enfants (145), le parquet a accepté 60 % des cas qui lui ont été soumis.

Traitement obligatoire des agresseurs

Beaucoup de pays recommandent l'approche qui consiste à ordonner, par la voie des tribunaux, aux auteurs de maltraitance de suivre des traitements. Cependant, les chercheurs sont partagés quant à ce qui est préférable du traitement ordonné ou de l'inscription volontaire à des programmes de traitement. L'idée d'imposer un traitement découle de la conviction qu'en l'absence de répercussions judiciaires, certains agresseurs refuseront de se faire soigner. A l'inverse, certains pensent qu'en imposant légalement à un agresseur de suivre un traitement, on risque en fait de créer chez lui une résistance à ce traitement, et que la participation volontaire des agresseurs est essentielle à la réussite des traitements.

Interventions communautaires

Les interventions communautaires se concentrent souvent sur un certain groupe de population ou bien elles ont lieu dans un cadre particulier, comme les écoles. Il arrive aussi qu'elles soient à plus grande échelle, autrement dit, qu'elles visent plusieurs segments de population, par exemple, voire toute la communauté, et qu'elles fassent appel à de nombreux secteurs.

Programmes scolaires

Les programmes scolaires destinés à prévenir les violences sexuelles à l'encontre des enfants figurent parmi les stratégies préventives les plus largement appliquées et, dans plusieurs pays, ils font partie des programmes scolaires courants. En Irlande, par exemple, le Stay Safe Primary Prevention Programme est maintenant suivi dans presque toutes les écoles primaires, avec l'appui total du Ministère de l'Education et des autorités religieuses (146).

Ces programmes visent généralement à apprendre aux enfants à reconnaître des situations dangereuses et à leur enseigner des techniques pour se protéger contre la violence. L'idée de base est que les enfants

sont maîtres de leur corps et qu'il existe différents types de contact physique. On apprend aux enfants comment dire à un adulte que quelqu'un leur demande de faire quelque chose qui les met mal à l'aise. Les programmes scolaires varient considérablement par leur contenu et leur présentation, et beaucoup font également appel aux parents ou aux personnes qui ont la charge des enfants.

Les chercheurs s'entendent pour dire que les enfants peuvent acquérir des connaissances et des techniques par rapport à la violence, mais ils se demandent s'ils retiennent ces techniques avec le temps et si elles peuvent protéger un enfant dans une situation de violence, notamment si l'agresseur est quelqu'un qu'il connaît bien et en qui il a confiance. Ainsi, il ressort d'une évaluation du programme irlandais susmentionné que les enfants qui l'ont suivi ont sensiblement amélioré leurs connaissances et leurs techniques (146). De plus, il s'est avéré lors du suivi effectué trois mois plus tard qu'ils ont conservé ces techniques.

Une méta-analyse (147) récente conclut que les programmes visant à prévenir la victimisation réussissent assez bien à apprendre aux enfants des concepts et des techniques pour se protéger contre la violence sexuelle. Il semble aussi qu'ils retiennent bien ces informations. Cependant, les auteurs déclarent que, pour prouver la réelle efficacité de ces programmes, il faudrait démontrer que les techniques apprises sont utilisées avec succès dans des situations concrètes.

Campagnes de prévention et de sensibilisation

Des campagnes de prévention et de sensibilisation générales constituent une autre approche de la maltraitance. Ces interventions reposent sur la conviction qu'en sensibilisant davantage le grand public au phénomène et en le lui faisant mieux comprendre, on parviendra à le faire reculer. Cela peut se produire directement – les agresseurs reconnaissant qu'ils se comportent de manière abusive et cherchant à se faire soigner – ou indirectement, les violences étant davantage repérées et dénoncées par les victimes ou par des tiers.

En 1991-1992, une campagne multimédia a été menée aux Pays-Bas (148, 149). L'objectif en était

d'arriver à faire davantage dénoncer la maltraitance, que ce soit par les victimes ou par des personnes en contact étroit avec les enfants, comme les enseignants. La campagne comprenait un documentaire, des courts métrages et des annonces télévisées, une émission de radio et des imprimés tels que des affiches, des autocollants, des brochures et des articles de presse. Des séances de formation régionales étaient proposées aux enseignants. Dans une évaluation de cette intervention, Hoefnagels & Baartman (149) concluent que la campagne médiatique a entraîné une augmentation du nombre de cas signalés, si l'on compare le nombre d'appels téléphoniques reçus sur la ligne nationale de l'aide à l'enfance avant et après la campagne. D'autres études sont cependant nécessaires pour connaître l'incidence de l'augmentation du nombre de cas signalés sur les taux de maltraitance et sur la santé mentale des victimes.

Interventions visant à changer les attitudes et les comportements communautaires

Une autre approche pour prévenir la maltraitance consiste à mettre sur pied des interventions coordonnées visant à changer les attitudes et les comportements communautaires et ce, dans divers secteurs. Les mesures globales prises au Kenya pour lutter contre la maltraitance en sont un exemple (voir encadré 3.3).

Au Zimbabwe, le Centre de formation et d'aide à la recherche a mis en place un programme participatif multisectoriel destiné à lutter contre la violence sexuelle à l'encontre des enfants (8). Le Centre a réuni un groupe de personnes diverses comprenant quelques professionnels des zones urbaines et rurales du pays. Des jeux de rôle, des pièces de théâtre, des tableaux et des séances de discussion ont été utilisés pour amener à exprimer les expériences et les perceptions de la violence sexuelle à l'encontre des enfants afin de réfléchir à ce que l'on pourrait faire pour détecter le problème et le prévenir.

Après cette première étape, le groupe de participants a mis sur pied deux programmes d'action. Le premier, qui était un programme scolaire préparé en collaboration avec les ministères de l'Éducation et de la Culture, couvrait la formation, le renforcement des capacités et la

ENCADRE 3.3**Prévention de la maltraitance au Kenya**

En 1996, une coalition s'est formée au Kenya afin de sensibiliser davantage le public au problème de la maltraitance et d'offrir de meilleurs services aux victimes. Une étude réalisée plus tôt dans quatre régions du pays avait montré que les mauvais traitements à enfant et la privation de soins étaient assez courants au Kenya, mais qu'aucun système d'intervention organisé n'était en place. Les premiers membres de la coalition venaient de ministères clés ainsi que d'organisations non gouvernementales ayant des programmes communautaires. Ensuite se sont joints à eux des représentants du secteur privé, de la police et de la justice ainsi que des principaux hôpitaux.

Tous les membres de la coalition ont suivi une formation sur la maltraitance. Trois groupes de travail ont été chargés de se pencher respectivement sur la formation, les interventions et la protection de l'enfance, chacun d'eux collaborant avec certains organismes publics et non gouvernementaux. Ainsi, le groupe de travail chargé de la formation a travaillé en concertation avec les ministères de l'éducation, de la santé, des affaires intérieures et du travail, et organisé des ateliers pour le personnel des écoles, les professionnels de la santé, les avocats, les travailleurs sociaux et la police. Le groupe chargé des interventions a travaillé de concert avec le Ministère de l'Information et de la Radiodiffusion et avec diverses organisations non gouvernementales afin de produire des émissions de radio et de télévision. Il a également collaboré avec la presse des régions rurales.

Fait important, les enfants eux-mêmes ont participé au projet par le biais de pièces de théâtre, de musique et de concours de rédaction. Ces derniers ont d'abord eu lieu à l'échelle locale, puis au niveau des districts, des provinces et, enfin, du pays. Ces concours font maintenant partie des activités régulières du système scolaire kenyan.

La coalition a également cherché à renforcer le signalement et la gestion des cas de maltraitance. Elle a aidé le service de l'enfance du Ministère des Affaires intérieures à créer une base de données sur les mauvais traitements à enfant et la privation de soins. Elle a aussi aidé à mettre sur pied un réseau juridique pour les enfants maltraités baptisé Children Legal Action Network. En 1998 et 1999, la coalition a organisé des conférences régionales et nationales afin de réunir des chercheurs et des intervenants spécialistes de la maltraitance.

Grâce à tous ces efforts, plus de Kenyans sont maintenant informés du problème de la maltraitance et un système a été mis en place pour répondre aux besoins des victimes et de leur famille.

rédaction de documents à l'intention des psychologues scolaires, des enseignants, du personnel administratif et des enfants. Le second était un programme juridique créé conjointement par le Ministère de la Justice et des Affaires légales et parlementaires. Ce programme, conçu pour les infirmières, les travailleurs des organisations non gouvernementales, la police et d'autres responsables de l'application de la loi, comprenait des cours de formation sur l'attitude à adopter avec les jeunes délinquants sexuels. La formation portait aussi sur la création de tribunaux soucieux des victimes pour les témoins fragiles. En outre, des lignes directrices ont été définies pour le signalement des cas.

Approches sociétales***Politiques et programmes nationaux***

La plupart des mesures de prévention de la maltraitance mettent l'accent sur les victimes et les agresseurs sans nécessairement s'attaquer aux origines du problème. D'aucuns pensent, cependant, qu'en faisant reculer la pauvreté, en relevant le niveau d'instruction, en accroissant les possibilités d'emploi et en offrant plus de services à l'enfance de meilleure qualité, on peut faire baisser considérablement les taux de maltraitance. La recherche menée dans plusieurs pays d'Europe occidentale, ainsi qu'au Canada, en Colombie et dans certaines régions d'Asie et du Pacifique, montre qu'en

proposant des programmes de grande qualité visant les jeunes enfants, on peut compenser des inégalités économiques et sociales et améliorer les résultats pour les enfants (150). On manque cependant de données qui établissent des liens directs entre ce type de programmes et un recul de la maltraitance. Généralement, les études consacrées à ces programmes évaluent des résultats tels que le développement de l'enfant et la réussite scolaire.

Les politiques relatives à la santé génésique peuvent aussi influencer indirectement sur l'ampleur de la maltraitance. D'après certains chercheurs, des politiques libérales en matière de santé génésique donnent le sentiment aux familles de mieux maîtriser leur taille, ce qui est un bien pour les femmes et les enfants. Ainsi, ces politiques confèrent plus de latitude en matière d'emploi maternel et de garderie.

Cependant, la nature et la portée de ces politiques sont également importantes. D'après certains chercheurs, les politiques qui limitent la taille des familles, comme la politique de « l'enfant unique » en Chine, ont pour effet indirect de faire baisser les taux de maltraitance (151), mais d'autres citent le nombre croissant de fillettes abandonnées dans ce pays comme preuve que ces politiques risquent, au contraire, de les faire augmenter.

Traités internationaux

En novembre 1989, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la Convention relative aux droits de l'enfant. Un des principes directeurs en est que les enfants sont des personnes qui ont les mêmes droits que les adultes. Cependant, comme les enfants dépendent des adultes, leur point de vue est rarement pris en considération lorsque les gouvernements décident de politiques. Parallèlement, les enfants constituent souvent le groupe le plus vulnérable en ce qui concerne les activités gouvernementales en matière d'environnement, de conditions de vie, de soins de santé et de nutrition. La Convention relative aux droits de l'enfant énonce des normes et des obligations claires à l'intention de tous les États signataires en matière de protection des enfants.

La Convention relative aux droits de l'enfant figure parmi les conventions et les traités inter-

nationaux ratifiés par le plus grand nombre d'États. Cependant, elle ne parvient pas encore à mettre les enfants à l'abri de mauvais traitements et de privation de soins (voir encadré 3.4).

Recommandations

Les gouvernements, les chercheurs, les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux, le corps enseignant et les professions juridiques, les organisations gouvernementales et d'autres encore qui s'intéressent à la prévention de la maltraitance des enfants et à la privation de soins doivent se pencher sur plusieurs domaines d'intervention importants.

De meilleures évaluations et un meilleur suivi

Les pouvoirs publics devraient suivre les cas de maltraitance et les conséquences néfastes. Pour cela, il peut réunir des rapports sur ces cas, procéder à des enquêtes périodiques ou utiliser d'autres méthodes appropriées, et se faire aider par les établissements d'enseignement, le système de santé et les organisations non gouvernementales. Comme dans beaucoup de pays, les professionnels ne sont pas formés sur la question et les programmes publics manquent, il ne suffira sans doute pas, la plupart du temps, de compter sur des rapports officiels pour sensibiliser davantage le public au problème de la maltraitance. Il est probable, en fait, que des enquêtes de population périodiques seront nécessaires.

De meilleurs systèmes d'intervention

Il est essentiel que des systèmes soient en place et opérationnels pour réagir en cas de maltraitance. Aux Philippines, par exemple, les hôpitaux publics et privés sont les premiers à intervenir en cas de mauvais traitements à enfant, avant la justice pénale nationale (152). De toute évidence, il est indispensable que les enfants bénéficient à toutes les étapes de services spécialisés qui se montrent sensibles à leur situation. Les enquêtes, les évaluations médicales, les soins médicaux et de santé mentale, les interventions familiales et les services juridiques doivent tous être entièrement sûrs pour les enfants et les familles concernés. Dans les pays où des sociétés d'aide à l'enfance privée offrent depuis longtemps ces services, il sera sans doute nécessaire

ENCADRE 3.4**La Convention relative aux droits de l'enfant**

La Convention relative aux droits de l'enfant reconnaît les droits de l'enfant et demande instamment qu'ils soient respectés. Plus particulièrement, l'article 19 demande que des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives soient prises pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, y compris les mauvais traitements et la négligence.

Il est difficile, cependant, d'évaluer précisément l'incidence de la Convention sur la maltraitance. Dans la plupart des pays, la protection des enfants contre la violence relève du droit de la famille, d'où la difficulté à obtenir des renseignements détaillés sur les progrès accomplis par les signataires de la Convention dans la prévention de la maltraitance. En outre, aucune étude mondiale n'a cherché à déterminer avec précision l'impact de la Convention sur ce type de prévention.

Cependant, la Convention a incité à engager des réformes judiciaires et à créer des organismes officiels chargés de superviser les questions touchant les enfants. En Amérique latine, continent pionnier dans le processus mondial de ratification de la Convention et dans la nécessaire réforme du droit, les parlements nationaux ont adopté des lois stipulant que les enfants doivent être protégés contre les situations présentant des risques, y compris de privation de soins, de violence et d'exploitation. En intégrant la Convention dans le droit national, les pays ont reconnu officiellement le rôle clé de la famille dans les soins à l'enfant et dans son développement. Dans le cas de la maltraitance, il en est résulté un changement, puisque l'on est passé de politiques consistant à placer en établissement les enfants maltraités à des politiques en vertu desquelles on aide plus la famille et on retire du milieu familial les auteurs de violence.

En Europe, la Pologne est un des pays qui ont intégré les dispositions de la Convention dans leur droit national. Dans ce pays, des organismes d'Etat locaux sont à présent chargés de fournir aux enfants une aide sociale, psychiatrique et juridique. En Afrique, le Ghana a également modifié son code pénal, durci les peines prévues en cas de viol et d'attentat à la pudeur, et aboli la possibilité d'amendes pour les délits avec violence sexuelle. De plus, les pouvoirs publics ont organisé des campagnes de sensibilisation sur des questions relatives aux droits de l'enfant, y compris à la maltraitance.

Toutefois, seuls quelques pays ont des dispositions juridiques qui visent toutes les formes de violence envers les enfants. En outre, l'absence de coordination entre les différents services ministériels et entre les autorités au niveau local et national, ainsi que d'autres facteurs font que, souvent, les mesures ratifiées sont appliquées de façon fragmentée. En Equateur, par exemple, un organisme national chargé de protéger les mineurs a été créé, mais le système de protection de l'enfance doit être changé avant que l'on puisse faire véritablement respecter les droits de l'enfant. Au Ghana, les réformes judiciaires n'ont qu'un effet limité, car les fonds nécessaires pour diffuser l'information et assurer la formation voulue manquent.

Les organisations non gouvernementales, qui déploient énormément d'efforts pour les droits de l'enfant, ont fait campagne pour que la Convention bénéficie de beaucoup de soutien. Dans bien des pays, dont la Gambie, le Pakistan et le Pérou, les organismes de protection de l'enfance utilisent la Convention pour justifier les appels à plus d'investissements publics dans cette protection et à une participation accrue des secteurs public et privé à la prévention de la maltraitance en général. Au Pakistan, par exemple, la Coalition pour les droits de l'enfant travaille dans la province du nord-est, où elle forme des militants locaux des droits de l'enfant et fait des recherches sur des questions telles que la maltraitance. En utilisant ses propres conclusions et le cadre juridique de la Convention, elle essaie de sensibiliser d'autres organisations communautaires à la question des mauvais traitements.

Plus de pays doivent intégrer les droits de l'enfant dans leurs politiques sociales et donner pour mandat aux administrations locales de faire respecter ces droits. Des données précises sur la violence infligée aux enfants et sur les mesures prises face à ce problème sont également nécessaires, afin que les programmes existants puissent être suivis et que de nouveaux programmes puissent être mis en place efficacement.

de ne surveiller que les soins apportés à l'enfant. Il est important, cependant, que les gouvernements garantissent la qualité et l'existence de services, et les fournissent eux-mêmes s'ils ne sont pas offerts par ailleurs.

Elaboration des politiques

Les pouvoirs publics devraient aider les organismes locaux à offrir des services de protection de l'enfance efficaces. Il se peut que de nouvelles politiques soient nécessaires pour :

- disposer d'une main-d'œuvre convenablement formée ;
- préparer des interventions faisant appel à diverses disciplines ;
- proposer d'autres solutions en matière de placement pour les enfants ;
- assurer l'accès aux ressources en matière de santé ;
- offrir des ressources aux familles.

L'attitude de la justice face aux victimes de maltraitance est un autre élément important sur lequel il faut se pencher. Certains pays ont investi pour améliorer les tribunaux pour enfants, trouver des façons de réduire au minimum la nécessité pour les enfants de témoigner et s'assurer que, lorsqu'un enfant choisit de témoigner devant un tribunal, des personnes soient présentes pour le soutenir.

De meilleures données

Dans la plupart des régions du monde, le manque de bonnes données sur l'ampleur et les conséquences de la maltraitance freine l'élaboration d'interventions appropriées. Sans bonnes données locales, il est difficile également de sensibiliser réellement à la maltraitance et de développer les compétences nécessaires pour faire face au problème dans les professions des services juridiques, sociaux et de santé. Une étude systématique de la maltraitance dans chaque pays est essentielle, et les chercheurs devraient être encouragés à utiliser les méthodes d'évaluation déjà éprouvées ailleurs, afin que des comparaisons interculturelles puissent être faites de manière utile et que l'on examine les raisons des variations entre pays.

Plus de recherche

Méthodes disciplinaires

D'autres recherches sont nécessaires pour étudier en détail les différences qui existent d'une culture à l'autre dans la définition des comportements disciplinaires acceptables. Connaître les différences culturelles en matière de discipline à l'égard des enfants peut aider tous les pays à formuler des définitions raisonnables de la maltraitance et à s'attaquer aux problèmes de divergences culturelles qui les concernent. Il est fort possible que ces différences interculturelles expliquent certaines des manifestations inhabituelles des mauvais traitements à enfant signalées dans les publications médicales (153). Certaines données précitées laissent à penser qu'il existe très probablement un consensus plus général qu'auparavant entre cultures sur les méthodes disciplinaires jugées inacceptables et abusives. Il est nécessaire, cependant, d'approfondir la recherche afin de déterminer s'il est possible de parvenir aussi à un plus large consensus en ce qui concerne les méthodes disciplinaires très dures.

Privation de soins

Il est tout à fait nécessaire également de se pencher davantage sur le problème de la privation de soins à enfant. Comme ce problème est étroitement associé à un faible niveau d'instruction et aux faibles revenus, il est important de bien savoir faire la différence entre la privation de soins infligée par les parents et les privations dues à la pauvreté.

Facteurs de risque

Beaucoup de facteurs de risque semblent jouer de la même façon dans toutes les sociétés. Cependant, certains, qui nécessitent une étude plus approfondie, dépendent apparemment de la culture. S'il semble exister un lien évident entre le risque de maltraitance et l'âge de l'enfant, les taux les plus élevés en ce qui concerne la violence physique correspondent à des âges différents d'un pays à l'autre. Ce phénomène mérite d'être étudié de plus près. En particulier, il est nécessaire de mieux comprendre en quoi les attentes parentales par rapport au comportement de l'enfant varient d'une

culture à l'autre et de savoir quel rôle les caractéristiques propres à l'enfant jouent dans la maltraitance.

D'autres facteurs ont été cités comme étant des facteurs de risque ou de protection dans le cas de la maltraitance, y compris le stress, le capital social, le soutien social, l'existence d'une famille élargie capable d'aider à prendre soin des enfants, la violence familiale et la toxicomanie, et il est nécessaire d'approfondir la recherche à leur sujet.

Il est tout aussi nécessaire de mieux comprendre en quoi des facteurs économiques, sociaux et culturels plus généraux influent sur la vie familiale. Certains pensent qu'en interaction avec les facteurs individuels et familiaux, ces forces produisent des schémas de comportement coercitifs et violents. Cependant, elles sont le plus souvent passées sous silence dans les études consacrées à la maltraitance.

Documenter les mesures efficaces

Assez peu d'études ont été consacrées à l'efficacité des interventions destinées à prévenir les mauvais traitements à enfant et la privation de soins. Il devient donc urgent, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement, d'évaluer rigoureusement bon nombre des interventions préventives décrites ci-dessus. D'autres interventions devraient également être évaluées afin de déterminer leur éventuelle contribution à la prévention des mauvais traitements, comme le versement d'une pension alimentaire pour l'enfant, le congé de maternité et de paternité payé, et les programmes visant la petite enfance. Enfin, il serait bon de définir de nouvelles approches et de les essayer, notamment en matière de prévention primaire.

Mieux former et mieux éduquer les professionnels

Les professionnels de l'éducation et de la santé ont une responsabilité particulière. Les chercheurs en médecine et en santé publique doivent être capables de concevoir et de réaliser des enquêtes sur la maltraitance. Les programmes de cours des étudiants en médecine et des élèves infirmiers, les programmes de formation des diplômés en sciences

sociales et comportementales, et les programmes de formation des enseignants devraient tous comprendre un volet sur la maltraitance et les interventions mises sur pied dans les organisations pour lutter contre ce problème. Dans tous ces domaines, ces professionnels éminents devraient s'efforcer d'attirer des ressources afin de pouvoir offrir ces programmes dans des conditions optimales.

Conclusion

La maltraitance est un problème de santé mondial grave. Bien que la plupart des études faites à ce sujet le soient dans des pays développés, il est nettement démontré que le phénomène est courant dans le monde entier.

Il est possible de faire beaucoup plus face à ce problème et il le faudrait. Dans bien des pays, le public et les professionnels de la santé ne reconnaissent pas la maltraitance. Cependant, même si cela est essentiel à une prévention efficace, reconnaître le problème et y être sensibilisé ne constituent qu'une partie de la solution. Les mesures et les politiques de prévention doivent viser directement les enfants, les personnes qui s'occupent d'eux et le milieu dans lequel ils vivent, afin de prévenir de mauvais traitements éventuels et de traiter efficacement les cas de maltraitance qui surviennent. Les efforts concertés et coordonnés de divers secteurs sont nécessaires en l'occurrence, et les chercheurs et praticiens de la santé publique peuvent jouer un rôle clé en montrant l'exemple en la matière et en facilitant le processus.

Bibliographie

1. Ten Bensel RW, Rheinberger MM, Radbill SX. Children in a world of violence: the roots of child maltreatment. *In*: Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD. *The battered child*. Chicago, Illinois (Etats-Unis d'Amérique), University of Chicago Press, 1997 :3-28.
2. Kempe CH et al. The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 1962, 181 :17-24.
3. Estroff SE. A cultural perspective of experiences of illness, disability and deviance. *In*: Henderson GE et al. *The social medicine reader*. Durham, Caroline du Nord (Etats-Unis d'Amérique), Duke University Press, 1997.

4. Korbin JE. Cross-cultural perspectives and research directions for the 21st century. *Child Abuse & Neglect*, 1991, 15 :67–77.
5. Facchin P et al. *European strategies on child protection: preliminary report*. Padoue (Italie), Epidemiology and Community Medicine Unit, University of Padua, 1998.
6. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Academy of Sciences Press, 1993.
7. Bross DC et al. *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver, Colorado (Etats-Unis d'Amérique), Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine, 2000.
8. *Rapport: consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant, OMS, Genève, 29-31 mars 1999*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Changements sociaux et santé mentale, Prévention de la violence et des traumatismes, 1999 (document non publié WHO/HSC/PVI/99.1).
9. Straus MA. *Manual for the Conflict Tactics Scales*. Durham, New Hampshire (Etats-Unis d'Amérique), Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 1995.
10. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 1979, 41 :75–88.
11. Straus MA, Hamby SL. Measuring physical and psychological maltreatment of children with the Conflict Tactics Scales. In: Kantor K et al. *Out of the darkness: contemporary perspectives on family violence*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1997 :119–135.
12. Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the Parent–Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22 :249–270.
13. Straus MA, Gelles RJ. *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick (Canada), New Jersey (Etats-Unis d'Amérique), Transaction Publishers, 1990.
14. Ketsela T, Kedebe D. Physical punishment of elementary schoolchildren in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 1997, 35 :23–33.
15. Madu SN, Peltzer K. Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (Afrique du Sud). *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :259–268.
16. Shumba A. Epidemiology and etiology of reported cases of child physical abuse in Zimbabwean primary schools. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25 :265–277.
17. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence: parental use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22 :959–973.
18. Kirschner RH, Wilson H. Pathology of fatal child abuse. In: Reece RM, Ludwig S. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001 :467–516.
19. Reece RM, Krous HF. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. In: Reece RM, Ludwig S. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001 :517–543.
20. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :1543–1555.
21. Kotch JB et al. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 1993, 17 :233–247.
22. Meadow R. Unnatural sudden infant death. *Archives of Disease in Childhood*, 1999, 80 :7–14.
23. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. In: Reece RM, Ludwig S. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2^e édition. Philadelphie, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001 :47–80.
24. Vock R et al. Lethal child abuse through the use of physical force in the German Democratic Republic (1 January 1985 to 2 October 1990): results of a multicentre study. *Archiv für Kriminologie*, 1999, 204 :75–87.
25. Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics*, 1999, 104 :168–177.
26. Hahm H, Guterman N. The emerging problem of physical child abuse in South Korea. *Child Maltreatment*, 2001, 6 :169–179.
27. Larner M, Halpren B, Harkavy O. *Fair start for children: lessons learned from seven demonstrations*. New Haven, Connecticut (Etats-Unis d'Amérique), Yale University Press, 1992.
28. Menick DM. Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire: le cas du Sénégal. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :1557–1565.
29. Menick DM. La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbroglie d'un double paradoxe: l'exemple du Cameroun. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25 :109–121.

30. Oral R et al. Child abuse in Turkey : an experience in overcoming denial and description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25 :279–290.
31. Schein M et al. The prevalence of a history of sexual abuse among adults visiting family practitioners in Israel. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :667–675.
32. Shalhoub-Kevrkian N. The politics of disclosing female sexual abuse : a case study of Palestinian society. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23 :1275–1293.
33. Runyan DK. Prevalence, risk, sensitivity and specificity : a commentary on the epidemiology of child sexual abuse and the development of a research agenda. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22 :493–498.
34. Browne K. *Child abuse and neglect in Romanian families : a national prevalence study 2000*. Copenhagen (Danemark), Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, sous presse.
35. Bendixen M, Muss KM, Schei B. The impact of child sexual abuse : a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18 :837–847.
36. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood IJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. I : Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35 :1355–1364.
37. Frias-Armenta M, McCloskey LA. Determinants of harsh parenting in Mexico. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1998, 26 :129–139.
38. Goldman JD, Padayachi UK. The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21 :489–498.
39. Bardi M, Borgognini-Tari SM. A survey of parent-child conflict resolution : intrafamily violence in Italy. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25 :839–853.
40. Hunter WM et al. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology*, 2000, 25 :435–447.
41. Kim DH et al. Children's experience of violence in China and Korea : a transcultural study. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :1163–1173.
42. Krugman S, Mata L, Krugman R. Sexual abuse and corporal punishment during childhood : a pilot retrospective survey of university students in Costa Rica. *Pediatrics*, 1992, 90 :157–161.
43. Tang CS. The rate of child abuse in Chinese families : a community survey in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22 :381–391.
44. Pederson W, Skrondal A. Alcohol and sexual victimization : a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91 :565–581.
45. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France : results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21 :823–832.
46. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18 :409–417.
47. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4 :31–53.
48. Fergusson DM, Mullen PE. *Childhood sexual abuse : an evidence-based perspective*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1999.
49. Russell DEH. *The secret trauma : incest in the lives of girls and women*. New York, (Etats-Unis d'Amérique), Basic Books, 1986.
50. Lopez SC et al. Parenting and physical punishment : primary care interventions in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2000, 8 :257–267.
51. *Awareness and views regarding child abuse and child rights in selected communities in Kenya*. Nairobi (Kenya), Réseau africain pour la prévention et la protection contre l'abus et la négligence de l'enfant, 2000.
52. Sumba RO, Bwibo NO. Child battering in Nairobi, Kenya. *East African Medical Journal*, 1993, 70 :688–692.
53. Wolfe DA. *Child abuse : implications for child development and psychopathology*, 2nd ed. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1999.
54. Troemé N, Wolfe D., *Maltraitance des enfants au Canada : Etude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants. Résultats choisis*. Ottawa (Canada), Ministère de la Santé du Canada, 2001.
55. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations : the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49 :604–616.
56. Belsky J. Child maltreatment : an ecological integration. *American Psychologist*, 1980, 35 :320–335.
57. Dubowitz H, Black MB. Child neglect. In : Reece RM, Ludwig S. *Child abuse : medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001 :339–362.
58. Hunter RS et al. Antecedents of child abuse and neglect in premature infants : a prospective study in a newborn intensive care unit. *Pediatrics*, 1978, 61 :629–635.
59. Haapasalo J, Petäjä S. Mothers who killed or attempted to kill their child : life circumstance,

- childhood abuse, and types of killings. *Violence and Victims*, 1999, 14:219–239.
60. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women : a population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579–1589.
 61. *Equality, development and peace*. New York, Etat de New York (Etats-Unis d'Amérique), Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2000.
 62. Hadi A. Child abuse among working children in rural Bangladesh : prevalence and determinants. *Public Health*, 2000, 114:380–384.
 63. Leventhal JM. Twenty years later : we do know how to prevent child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:647–653.
 64. Vargas NA et al. Parental attitude and practice regarding physical punishment of schoolchildren in Santiago de Chile. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:1077–1082.
 65. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16:823–832.
 66. Jenny C et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:621–626.
 67. Klevens J, Bayón MC, Sierra M. Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:323–332.
 68. Starling SP, Holden JR. Perpetrators of abusive head trauma : comparison of two geographic populations. *Southern Medical Journal*, 2000, 93:463–465.
 69. Levesque RJR. *Sexual abuse of children : a human rights perspective*. Bloomington, Indiana (Etats-Unis d'Amérique), Indiana University Press, 1999.
 70. MacIntyre D, Carr A. The epidemiology of child sexual abuse. *Journal of Child-Centred Practice*, 1999:57–86.
 71. Finkelhor D. *A sourcebook on child sexual abuse*. Londres (Royaume-Uni), Sage, 1986.
 72. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:54–69.
 73. Zununegui MV, Morales JM, Martínez V. Child abuse : socioeconomic factors and health status. *Anales Españoles de Pediatría*, 1997, 47:33–41.
 74. Isaranurug S et al. Factors relating to the aggressive behavior of primary caregiver toward a child. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2001, 84:1481–1489.
 75. Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the “Children of the Nineties” : a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1177–1200.
 76. Lindell C, Svedin CG. Physical abuse in Sweden : a study of police reports between 1986 and 1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36:150–157.
 77. Khamis V. Child psychological maltreatment in Palestinian families. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1047–1059.
 78. Larrain S, Vega J, Delgado I. *Relaciones familiares y maltrato infantil*. [Relations familiales et maltraitance des enfants] Santiago (Chili), Fonds des Nations Unies pour les enfants, 1997.
 79. Tadele G, Tefera D, Nasir E. *Family violence against children in Addis Ababa*. Addis-Ababa (Ethiopie), Réseau africain pour la prévention et la protection contre l'abus et la négligence de l'enfant, 1999.
 80. Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD. *The battered child*. Chicago, Illinois (Etats-Unis d'Amérique), University of Chicago Press, 1997.
 81. Egeland B. A history of abuse is a major risk factor for abusing the next generation. In: Gelles RJ, Loseke DR. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1993:197–208.
 82. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse : how good is the evidence? *Lancet*, 2000, 356:814–819.
 83. Widom CS. Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989, 106:3–28.
 84. Children's Bureau. *The national child abuse and neglect data system 1998*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), United States Department of Health and Human Services, 1999.
 85. Runyan DK et al. Children who prosper in unfavorable environments : the relationship to social capital. *Pediatrics*, 1998, 101:12–18.
 86. Cawson P et al. *The prevalence of child maltreatment in the UK*. Londres (Royaume-Uni), National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2000.
 87. De Paul J, Milner JS, Mugica P. Childhood maltreatment, childhood social support and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:907–920.
 88. Bagley C, Mallick K. Prediction of sexual, emotional and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal study of 290 adolescent women. *Child Maltreatment*, 2000, 5:218–226.
 89. Gillham B et al. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty : their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:79–90.

90. Coulton CJ et al. Community-level factors and child maltreatment rates. *Child Development*, 1995, 66 :1262–1276.
91. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and child maltreatment : a multi-level study. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23 :1019–1040.
92. McLloyd VC. The impact of economic hardship on black families and children : psychological distress, parenting, and socioeconomic development. *Child Development*, 1990, 61 :311–346.
93. Korbin JE et al. Neighborhood views on the definition and etiology of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 12 :1509–1527.
94. Bifulco A, Moran A. *Wednesday's child : research into women's experience of neglect and abuse in childhood, and adult depression*. Londres (Royaume-Uni), Routledge, 1998.
95. Briere JN. *Child abuse trauma : theory and treatment of lasting effects*. Londres (Royaume-Uni), Sage, 1992.
96. Lau JT et al. Prevalence and correlates of physical abuse in Hong Kong Chinese adolescents : a population-based approach. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23 :549–557.
97. Fergusson DM, Horwood MT, Lynskey IJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II : Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996 ; 35 :1365–1374.
98. Trowell J et al. Behavioural psychopathology of child sexual abuse in schoolgirls referred to a tertiary centre : a North London study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 8 :107–116.
99. Anda R et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282 :1652–1658.
100. Felitti V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14 :245–258.
101. McBeth J et al. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences. *Arthritis and Rheumatism*, 1999, 42 :1397–1404.
102. Cooperman DR, Merten DF. Skeletal manifestations of child abuse. In : Reece RM, Ludwig S. *Child abuse : medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001 :123–156.
103. Wattam C, Woodward C. “ ... And do I abuse my children? No!” Learning about prevention from people who have experienced child abuse. In : *Childhood matters : the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse. Vol. 2* : Londres (Royaume-Uni), Her Majesty's Stationery Office, 1996.
104. National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse. *Childhood matters : the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse. Vol. 1*. Londres (Royaume-Uni), Her Majesty's Stationery Office, 1996.
105. Olds D et al. Preventing child abuse and neglect : a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 1986, 78 :65–78.
106. Olds D et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect : fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278 :637–643.
107. The David and Lucile Packard Foundation. Home visiting : recent program evaluations. *The Future of Children*, 1999, 9 :1–223.
108. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update : prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 163 :1451–1458.
109. Wolfe DA et al. Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56 :40–47.
110. Wasik BH, Roberts RN. Survey of home visiting programs for abused and neglected children and their families. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18 :271–283.
111. Kinney J et al. The homebuilder's model. In : Whittaker JK, *Reaching high-risk families : intensive family preservation in human services. Modern applications of social work*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Aldine de Gruyter, 1990 :31–64.
112. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment : a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :1127–1149.
113. Alpert EJ et al. Family violence curricula in US medical schools. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14 :273–278.
114. Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery : will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22 :159–169.
115. Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse : pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :1461–1470.
116. *Child maltreatment*. Washington D.C. (Etats-Unis d'Amérique), American Medical Association, mise à

- jour périodique (diffusé sur Internet à <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4663.html>
117. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*, 1999, 103:186–191.
 118. Reiniger A, Robison E, McHugh M. Mandated training of professionals: a means for improving the reporting of suspected child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:63–69.
 119. Kutlesic V. The McColgan case: increasing the public awareness of professional responsibility for protecting children from physical and sexual abuse in the Republic of Ireland: a commentary. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1999, 8:105–108.
 120. Le Bihan C et al. The role of the national education physician in the management of child abuse. *Santé Publique*, 1998, 10:305–310.
 121. Díaz Huertes JA et al. Abused children: role of the pediatrician. *Anales Españoles de Pediatría*, 2000, 52:548–553.
 122. Finkel MA, DeJong AR. Medical findings in child sexual abuse. In: Reece RM, Ludwig S. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001:207–286.
 123. Jenny C. Cutaneous manifestations of child abuse. In: Reece RM, Ludwig S. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001:23–45.
 124. Leventhal JM. Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:481–491.
 125. Giardino AP, Brayden RM, Sugarman JM. Residency training in child sexual abuse evaluation. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:331–336.
 126. Oates RK, Bross DC. What we have learned about treating child physical abuse: a literature review of the last decade. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:463–473.
 127. Fantuzzo JW et al. Effects of adult and peer social initiations on the social behavior of withdrawn, maltreated preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:34–39.
 128. Finkelhor D, Berliner L. Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. *Journal of the Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1995, 34:1408–1423.
 129. O'Donohue WT, Elliott AN. Treatment of the sexually abused child: a review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1992, 21:218–228.
 130. Vargo B et al. Child sexual abuse: its impact and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1988, 33:468–473.
 131. Beutler LE, Williams RE, Zetzer HA. Efficacy of treatment for victims of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:156–175.
 132. Groves BM. Mental health services for children who witness domestic violence. *The Future of Children*, 1999, 9:122–132.
 133. Pelcovitz D, Kaplan SJ. Child witnesses of violence between parents: psychosocial correlates and implications for treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1994, 3:745–758.
 134. Pynoos RS, Eth S. Special intervention programs for child witnesses to violence. In: Lystad M. *Violence in the home: interdisciplinary perspectives*. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Bruner/Mazel, 1986:196–211.
 135. Jaffe P, Wilson S, Wolfe D. Promoting changes in attitudes and understanding of conflict among child witnesses of family violence. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 1986, 18:356–380.
 136. Wagar JM, Rodway MR. An evaluation of a group treatment approach for children who have witnessed wife abuse. *Journal of Family Violence*, 1995, 10:295–306.
 137. Dube SR et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:3089–3096.
 138. Cahill C, Llewelyn SP, Pearson C. Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: a review. *British Journal of Clinical Psychology*, 1991, 30:1–12.
 139. Hyman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1781–1787.
 140. Roelofs MAS, Baartman HEM. The Netherlands. Responding to abuse: compassion or control? In: Gilbert N. *Combating child abuse: international perspectives and trends*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Oxford University Press, 1997.
 141. Durfee MJ, Gellert GA, Tilton-Durfee D. Origins and clinical relevance of child death review teams. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:3172–3175.
 142. Luallen JJ et al. Child fatality review in Georgia: a young system demonstrates its potential for identifying preventable childhood deaths. *Southern Medical Journal*, 1998, 91:414–419.
 143. Myers JEB. *Legal issues in child abuse and neglect practice*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1998.

144. Martone M, Jaudes PK, Cavins MK. Criminal prosecution of child sexual abuse cases. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20 :457–464.
145. Cross TP, Whitcomb D, DeVos E. Criminal justice outcomes of prosecution of child sexual abuse : a case-flow analysis. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19 :1431–1442.
146. MacIntyre D, Carr A. Evaluation of the effectiveness of the Stay Safe primary prevention programme for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23 :1307–1325.
147. Rispens J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization : a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21 :975–987.
148. Hoefnagels C, Mudde A. Mass media and disclosures of child abuse in the perspective of secondary prevention : putting ideas into practice. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :1091–1101.
149. Hoefnagels C, Baartman H. On the threshold of disclosure : the effects of a mass media field experiment. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21 :557–573.
150. Boocock SS. Early childhood programs in other nations : goals and outcomes. *The Future of Children*, 1995, 5 :94–114.
151. Hesketh T, Zhu WX. Health in China. The one-child family policy : the good, the bad, and the ugly. *British Medical Journal*, 1997, 314 :1685–1689.
152. Ramiro L, Madrid B, Amarillo M. *The Philippines WorldSAFE Study (Final report)*. Manille (Philippines), International Clinical Epidemiology Network, 2000.
153. Socolar RRS, Runyan DK. Unusual manifestations of child abuse. In : Reece RM, Ludwig S. *Child abuse : medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001 :453–466.

CHAPITRE 4

La violence exercée par des partenaires intimes

Contexte

La violence exercée contre les femmes par un époux ou un partenaire intime de sexe masculin est une des formes les plus courantes de violence. Le contraste est frappant avec les hommes qui, en général, risquent beaucoup plus d'être attaqués par un étranger ou une connaissance que par quelqu'un qui appartient au cercle de leurs proches relations (1–5). Le fait que les femmes aient souvent des liens affectifs avec leurs agresseurs, dont elles dépendent aussi économiquement, a des répercussions importantes sur la dynamique de la violence et sur les approches choisies face à elle.

La violence exercée par le partenaire intime existe dans tous les pays et dans tous les groupes sociaux, économiques, religieux et culturels. Il arrive que les femmes soient violentes dans leurs relations avec les hommes, et les relations homosexuelles ne sont pas exemptes de violence, mais dans l'immense majorité des cas, ce sont des femmes qui sont victimes de violence de la part de leur partenaire masculin (6, 7). C'est pourquoi ce chapitre sera consacré à la question de la violence exercée par les hommes contre leurs partenaires féminines.

Dans le monde entier, les organisations féminines attirent depuis longtemps l'attention sur la violence contre les femmes et sur la violence familiale en particulier. Grâce à leurs efforts, la violence contre les femmes est maintenant un problème dont on se préoccupe à l'échelle internationale. La violence entre partenaires, que l'on a d'abord traitée largement comme un problème de droits de l'homme, est de plus en plus considérée comme un problème de santé publique important.

Ampleur du problème

On entend par violence entre partenaires intimes tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation. Il s'agit, entre autres, des comportements suivants :

- Actes d'agression physique, comme des gifles, des coups de poing, des coups de pied et des volées de coups.

- Violence psychologique, comme le recours à l'intimidation, à l'humiliation et au rabaissement constant.
- Rapports sexuels forcés et autres formes de coercition sexuelle.
- Divers comportements autoritaires ou tyranniques, comme d'isoler une personne de sa famille et de ses amis, de surveiller ses faits et gestes, et de limiter son accès à toute aide ou information.

Lorsque la violence se répète dans la même relation, on parle souvent de « violence grave ».

Il ressort de 48 enquêtes de population réalisées dans le monde que de 10 % à 69 % des femmes déclarent avoir été agressées physiquement par un partenaire intime de sexe masculin à un moment de leur vie (voir tableau 4.1). Le pourcentage de femmes agressées par un partenaire dans les douze mois précédant l'enquête varie de 3 % ou moins en Australie, au Canada et aux États-Unis à 27 % des femmes ayant déjà eu des partenaires, autrement dit, qui ont déjà vécu en couple, à León, au Nicaragua, à 38 % des femmes actuellement mariées en République de Corée ; et à 52 % des Palestiniennes actuellement mariées en Cisjordanie et dans la bande de Gaza. Pour beaucoup de ces femmes, l'agression physique n'était pas un événement isolé mais s'inscrivait dans un schéma de comportement violent.

La recherche donne à penser que la violence physique dans les relations intimes s'accompagne souvent de violence psychologique et, dans un tiers à plus de la moitié des cas, de violence sexuelle (3, 8–10). Ainsi, sur les 613 Japonaises qui avaient été victimes de violence une fois, 57 % avaient subi les trois types de violence, à savoir physique, psychologique et sexuelle. Moins de 10 % de ces femmes n'avaient subi que des violences physiques (8). De même, à Monterrey, au Mexique, 52 % des femmes victimes d'agression physique avaient également été agressées sexuellement par leur partenaire (11). La figure 4.1 illustre par un graphique le chevauchement entre les types de violence subis par les femmes qui ont déjà eu des partenaires à León, au Nicaragua (9).

La plupart des femmes qui sont la cible d'agressions physiques vivent de multiples actes

TABLEAU 4.1

Agressions physiques contre des femmes par un partenaire intime masculin, sélection d'études démographiques, 1982–1999

Pays ou région	Année d'étude	Couverture	Echantillon			Proportion de femmes agressées physiquement par un partenaire (%)		
			Taille	Population étudiée ^a	Age (ans)	Au cours des 12 mois précédents	Dans la relation actuelle	Jamais
Afrique								
Ethiopie	1995	Meskanena Woreda	673	II	≥ 15	10 ^b		45
Kenya	1984–1987	District de Kisii	612	VI	≥ 15		42	
Nigéria	1993	Non spécifié	1 000	I	—			31 ^c
Afrique du Sud	1998	Eastern Cape	396	III	18–49	11		27
		Mpumalanga	419	III	18–49	12		28
		Province du Nord	464	III	18–49	5		19
		Nationale	10 190	III	15–49	6		13
Zimbabwe	1996	Province des Midlands	966	I	≥ 18			17 ^d
Asie et Pacifique occidental								
Australie	1996	Nationale	6 300	I	—	3 ^d	8 ^d	
Bangladesh	1992	Nationale (villages)	1 225	II	<50	19	—	47
	1993	Deux régions rurales	10 368	II	15–49	—	42	—
Cambodge	1996	Six régions	1 374	III	—			16
Inde	1993–1994	Tamil Nadu	859	II	15–39	—	37	—
	1993–1994	Uttar Pradesh	983	II	15–39	—	45	—
	1995–1996	Uttar Pradesh,	6 695	IV	15–65	—	30	—
	1998–1999	cinq districts	89 199	III	15–49	11 ^e	—	19 ^e
	1999	Nationale	9 938	III	15–49	14	—	40/26
Papousie-Nouvelle-Guinée	1982	Nationale,	628	III ^f	—			67
	1984	villages ruraux	298	III ^f	—			56
Philippines	1993	Port Moresby						
		Nationale	8 481	V	15–49			10
		Cagayan de Oro City et province de Bukidnon	1 660	II	15–49			26 ^g
République de Corée	1989	Nationale	707	II	≥ 20	38/12 ^h		
Thaïlande	1994	Bangkok	619	IV	—		20	
Europe								
Pays-Bas	1986	Nationale	989	I	20–60			21/11 ^{c,h}
Norvège	1989	Trondheim	111	III	20–49			18
République de Moldavie	1997	Nationale	4 790	III	15–44	≥ 7		≥ 14
Suisse	1994–1996	Nationale	1 500	II	20–60	6 ⁱ		21 ⁱ
Turquie	1998	Anatolie orientale	599	I	14–75			58 ^c
		et du Sud-Est						
Royaume-Uni	1993	North London	430	I	≥ 16	12 ^c		30 ^c
Amérique latine et Caraïbes								
Antigua	1990	Nationale	97	I	29–45			30 ^d
Barbade	1990	Nationale	264	I	20–45			30 ^{c,i}
Bolivie	1998	Trois districts	289	I	≥ 20	17 ^c		
Chili	1993	Province de Santiago	1 000	II	22–55		26/11 ^h	
	1997	Santiago	310	II	15–49	23		
Colombie	1995	Nationale	6 097	II	15–49		19	
Mexique	1996	Guadalajara	650	III	≥ 15			27
		Monterrey	1 064	III	≥ 15			17
Nicaragua	1995	León	360	III	15–49	27/20 ^h		52/37 ^h
	1997	Managua	378	III	15–49	33/28		69
	1998	Nationale	8 507	III	15–49	12/8 ^h		28/21 ^h

TABLEAU 4.1 (suite)

Pays ou région	Année d'étude	Couverture	Echantillon			Proportion de femmes agressées physiquement par un partenaire (%)		
			Taille	Population étudiée ^a	Age (ans)	Au cours des 12 mois précédents	Dans la relation actuelle	Jamais
Amérique latine et Caraïbes								
Paraguay	1995–1996	Nationale, sauf région du Chaco	5 940	III	15–49			10
Pérou	1997	Métropole de Lima (revenus faibles et moyens)	359	II	17–55	31		
Porto Rico	1995–1996	Nationale	4 755	III	15–49			13 ^j
Uruguay	1997	Deux régions	545	II ^f	22–55	10 ⁱ		
Méditerranée orientale								
Egypte	1995–1996	Nationale	7 121	III	15–49	16 ^g		34 ^j
Israël	1997	Population arabe	1 826	II	19–67	32		
Cisjordanie et Gaza	1994	Population palestinienne	2 410	II	17–65	52/37 ^h		
Amérique du Nord								
Canada	1991–1992	Toronto	420	I	18–64			27 ^c
	1993	Nationale	12 300	I	≥ 18	3 ^{d,i}		29 ^{d,i}
Etats-Unis	1995–1996	Nationale	8 000	I	≥ 18	1.3 ^c		22 ^c

Source : reproduit à partir de la référence 6 avec l'autorisation de l'éditeur.

^a Population étudiée : I = toutes les femmes; II = femmes mariées ou ayant un partenaire actuellement; III = femmes déjà mariées ou ayant déjà eu un partenaire; IV = hommes mariés déclarant s'être montrés violents avec leur épouse; V = femmes, ayant eu des conséquences pour une grossesse; VI = femmes mariées – la moitié avec des conséquences pour une grossesse et l'autre moitié, pas.

^b Au cours des trois derniers mois.

^c Groupe-échantillon comprenant des femmes qui n'avaient jamais eu de relation et qui n'appartenaient donc pas à un groupe exposé.

^d Bien que l'échantillon comprenne toutes les femmes, le taux de violence est indiqué pour les femmes qui ont déjà été mariées ou qui ont déjà eu un ou des partenaires (nombre non précisé).

^e Comprend aussi les agressions commises par d'autres.

^f Techniques d'échantillonnage non aléatoire.

^g L'agresseur peut être un parent ou un ami proche.

^h Uniquement les agressions et la violence physique graves.

ⁱ Agression physique ou sexuelle.

^j Taux de violence exercée par un partenaire parmi les femmes qui ont déjà été mariées ou qui ont déjà eu un partenaire, recalculé à partir des données de l'auteur.

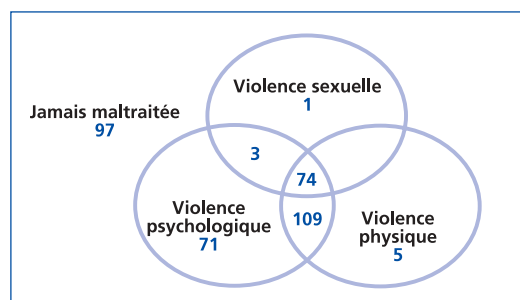
d'agression au fil du temps. Dans l'étude réalisée à León, par exemple, 60 % des femmes victimes de violence au cours de l'année précédente avaient été attaquées plus d'une fois et 20 % avaient subi de graves violences plus de six fois. Parmi les femmes qui signalent des agressions physiques, 70 % font état de violences graves (12). D'après une enquête menée à Londres, en Angleterre, le nombre moyen d'agressions physiques au cours de l'année précédente parmi les femmes actuellement victimes de violence, était de sept (13), tandis qu'aux Etats-Unis, il était de trois, d'après une étude nationale réalisée en 1996 (5).

En général, différents types de violence coexistent dans la même relation. Cependant, les études de prévalence sur la violence familiale sont nouvelles

et, généralement, on ne dispose pas encore de données sur les divers types de violence exercée par

FIGURE 4.1

Chevauchement entre la violence sexuelle, physique et psychologique subie par les femmes à León, au Nicaragua (N= 360 femmes ayant déjà eu un partenaire)



Source : référence 9.

ENCADRE 4.1**Rendre les données relatives à la violence familiale plus comparables**

Différents facteurs influent sur la qualité et la comparabilité des données relatives à la violence familiale, y compris :

- des contradictions dans les définitions de la violence et des mauvais traitements ;
- des variations dans les critères de sélection des participants aux études ;
- des différences résultant des sources de données ;
- la volonté des personnes interrogées de parler franchement et honnêtement d'un vécu par rapport à la violence.

A cause de ces facteurs, il est impossible de comparer directement la plupart des chiffres de prévalence de la violence familiale provenant de différentes études. Ainsi, toutes les études ne séparent pas les différents types de violence, ce qui fait qu'il n'est pas toujours possible de faire la distinction entre des actes de violence physique, sexuelle et psychologique. Certaines études n'examinent que les actes violents survenus dans les 12 mois ou cinq ans précédant, tandis que d'autres évaluent ce qui se passe au cours de toute une vie.

Il y a également des différences considérables entre les populations retenues pour les études. En effet, beaucoup d'études sur la violence familiale comprennent toutes les femmes d'une tranche d'âge donnée, tandis que d'autres interrogent seulement les femmes mariées ou qui l'ont été. L'âge et la situation de famille sont tous deux associés au risque pour une femme d'être maltraitée par un partenaire. Les critères de sélection des participants peuvent donc influencer considérablement sur les estimations de prévalence de la violence dans une population.

Les estimations de prévalence risquent aussi de varier suivant la source des données. Plusieurs études nationales ont produit des estimations de prévalence de la violence familiale, estimations généralement inférieures à celles obtenues à partir d'études plus approfondies mais de moindre envergure portant sur la violence subie par les femmes. Ces études plus approfondies mais de moindre envergure se concentrent généralement plus sur l'interaction entre les interviewers et les personnes interrogées. Elles tendent aussi à couvrir le sujet bien plus en détail que la plupart des enquêtes nationales. Il arrive également que les estimations de prévalence varient entre les deux types d'études à cause de certains des facteurs susmentionnés, y compris les différences entre les populations étudiées et les définitions de la violence.

Améliorer la divulgation

Toutes les études qui portent sur des sujets délicats, comme la violence, sont confrontées au problème suivant : comment faire pour que les gens parlent franchement d'aspects intimes de leur vie. Le libellé des questions et la façon dont elles sont posées comptent beaucoup, de même que le fait que les personnes interrogées se sentent à l'aise pendant l'entrevue. Ce dernier point dépend de facteurs tels que le sexe de l'interviewer, la durée de l'entrevue, la présence de tiers, l'intérêt que manifeste l'interviewer et une attitude neutre de sa part.

Diverses stratégies peuvent faciliter la divulgation, à savoir :

- Donner à la personne interrogée plusieurs occasions pendant l'entrevue de parler de la violence.
- Poser des questions précises sur le comportement, au lieu de poser des questions subjectives telles que : « Avez-vous déjà été victime de violence? »
- Choisir soigneusement les interviewers et les former pour qu'ils aient de bons rapports avec les personnes qu'ils interrogent.

ENCADRE 4.1 (suite)

- Fournir un soutien aux personnes interrogées, afin d'éviter les représailles d'un partenaire ou d'un membre de la famille violent.

Il faut toujours tenir compte de la sécurité des personnes interrogées et des interviewers dans toutes les stratégies visant à améliorer la recherche sur la violence.

L'Organisation mondiale de la Santé a publié dernièrement des lignes directrices sur les questions éthiques et de sécurité dans la recherche consacrée à la violence contre les femmes (15). Des lignes directrices concernant la définition et l'évaluation de la violence et les agressions sexuelles commises par le partenaire sont en préparation afin d'aider à améliorer la comparabilité des données. Certaines de ces lignes directrices existent déjà (16) (voir également Ressources).

un partenaire, sauf en ce qui concerne la violence physique. Les chiffres du tableau 4.1 renvoient donc uniquement aux agressions physiques. Mais, là encore, à cause de différences méthodologiques, les données de ces études par ailleurs bien conçues ne sont pas directement comparables. Les estimations de violence communiquées dépendent beaucoup des définitions employées, de la façon dont les questions sont posées, du degré de confidentialité des entrevues et de la nature de la population étudiée (14) (voir encadré 4.1). En conséquence, les différences entre les pays, surtout quand elles sont assez minimales, résultent très probablement de différences méthodologiques et pas de réels écarts entre les taux de prévalence.

Évaluer la violence exercée par le partenaire

Dans les enquêtes sur la violence exercée par des partenaires, on demande habituellement aux femmes si elles ont subi des violences figurant sur une liste d'actes précis d'agression, y compris si elles ont été giflées ou frappées, si elles ont reçu des coups de pied, ont été rouées de coups ou ont été menacées avec une arme. La recherche montre que des questions précises sur le comportement, comme « Avez-vous déjà été forcée à avoir des relations sexuelles contre votre gré? », donneront des taux plus élevés de réponses positives que des questions où l'on se contente de demander aux femmes si elles ont été « victimes de violence » ou « violées » (17). Ces questions précises sur le comportement permettent également aux chercheurs de juger de la

gravité et de la fréquence relatives de la violence subie. Dans les études, les actes physiques plus graves que le fait de gifler une personne, de la bousculer ou de lui jeter un objet, entrent généralement dans la rubrique des « violences graves », encore que certains observateurs désapprouvent le fait que l'on définisse la gravité uniquement en fonction de l'acte (18).

En se concentrant sur les seuls actes, on risque aussi d'occulter l'atmosphère de terreur qui règne parfois dans les relations violentes. Ainsi, dans une enquête nationale sur la violence contre les femmes réalisée au Canada, le tiers des femmes victimes d'agression physique de la part d'un partenaire déclarent avoir craint pour leur vie à un moment de la relation (19). Bien que les études internationales mettent l'accent sur la violence physique parce qu'il est plus facile de la conceptualiser et de l'évaluer, des études qualitatives donnent à penser que certaines femmes trouvent la violence psychologique et le rabaissement encore plus intolérables que la violence physique (1, 20, 21).

Violence exercée par le partenaire et meurtre

Il ressort de données venant de très divers pays que la violence exercée par les partenaires est à l'origine d'un nombre important de décès de femmes imputables à des meurtres. Des études réalisées en Australie, au Canada, en Israël, en Afrique du Sud et aux États-Unis d'Amérique montrent que de 40 % à 70 % des femmes victimes de meurtre ont été tuées par leur époux ou leur petit ami, souvent dans le

contexte d'une relation suivie violente (22–25). Cela contraste fortement avec la situation des hommes victimes de meurtre. Aux États-Unis, par exemple, seuls 4 % des hommes assassinés entre 1976 et 1996 ont été tués par leur épouse, ex-épouse ou petite amie (26). En Australie, entre 1989 et 1996, le chiffre était de 8,6 % (27).

Dans différents pays, des facteurs culturels et la disponibilité d'armes définissent les profils des meurtres commis par des partenaires intimes. Aux États-Unis, plus de femmes sont tuées par balle que par tous les autres types d'armes combinés (28). En Inde, les armes à feu sont rares, mais il est courant que des femmes soient battues à mort ou tuées par le feu. Souvent, la femme est arrosée de kérosène et sa mort est présentée comme un « accident de cuisine ». Les responsables de la santé publique indiens soupçonnent que bon nombre de meurtres de femmes se cachent dans les statistiques officielles de « brûlures accidentelles ». Une étude réalisée au milieu des années 1980 conclut que, parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans de la métropole de Bombay et d'autres zones urbaines de l'État du Maharashtra, un décès sur cinq est classé sous « brûlures accidentelles » (29).

Conceptions traditionnelles de l'honneur masculin

Dans bien des endroits, l'idée que l'on se fait de l'honneur masculin et de la chasteté féminine met la vie des femmes en danger (voir également le chapitre 6). Par exemple, dans certaines régions de la Méditerranée orientale, l'honneur de l'homme est souvent lié à la « pureté » sexuelle des femmes de sa famille telle qu'elle est perçue. Si une femme est « souillée » sexuellement, que ce soit en étant violée ou en ayant volontairement des relations sexuelles en dehors du mariage, on considère qu'elle salit l'honneur de la famille. Or, dans certaines sociétés, la seule façon de laver l'honneur familial, c'est de tuer la « coupable », qu'il s'agisse d'une femme ou d'une jeune fille. Une étude des décès de femmes imputables à des meurtres dans la ville d'Alexandrie, en Égypte, conclut que 47 % des femmes sont tuées par un parent après avoir été victimes de viol (30).

La dynamique de la violence exercée par le partenaire

Il ressort de la recherche effectuée dernièrement dans des pays industrialisés que les formes de violence exercée par le partenaire ne sont pas les mêmes pour tous les couples qu'opposent des conflits violents. Il semble y avoir au moins deux schémas (31, 32) :

- Une forme de violence croissante et grave caractérisée par de multiples formes de violence, d'actes visant à terroriser et de menaces, et par un comportement de plus en plus possessif et autoritaire de la part de l'agresseur.
- Une forme plus modérée de violence relationnelle, où l'exaspération et la colère continues dégénèrent parfois en agression physique.

D'après les chercheurs, les enquêtes communautaires conviennent mieux pour détecter la deuxième forme plus modérée de violence, aussi appelée « violence conjugale courante », que la première forme, que l'on qualifie de violence grave. Cela explique sans doute pourquoi les enquêtes communautaires sur la violence effectuées dans les pays industrialisés trouvent souvent des preuves substantielles d'agressions physiques commises par des femmes, quand bien même l'immense majorité des victimes portées à l'attention des fournisseurs de services (dans les refuges, par exemple), de la police ou des tribunaux sont des femmes. Bien que des données provenant de pays industrialisés prouvent que des femmes participent à la violence conjugale courante, il n'y a guère d'indication qu'elles soumettent les hommes au même type de violence croissante et grave que l'on voit souvent dans les échantillons cliniques de femmes battues (32, 33).

De même, la recherche donne à penser que les conséquences de la violence exercée par le partenaire diffèrent entre hommes et femmes, tout comme les raisons de cette violence. Il ressort d'études réalisées au Canada et aux États-Unis que les femmes risquent bien plus que les hommes d'être blessées pendant les agressions commises par des partenaires intimes et qu'elles sont victimes de formes de violence plus graves (5, 34–36). Au Canada, les femmes victimes de la violence d'un partenaire risquent trois fois plus d'être blessées,

cinq fois plus de recevoir des soins médicaux et cinq fois plus de craindre pour leur vie que les hommes dans la même situation (36). Lorsque les femmes sont violentes, il est plus probable que ce soit en état de légitime défense (32, 37, 38).

Dans les sociétés plus traditionnelles, on considère que si un homme bat sa femme, c'est qu'il a le droit de lui infliger des châtiments physiques, comme l'indiquent des études réalisées dans des pays aussi divers que le Bangladesh, le Cambodge, l'Inde, le Mexique, le Nigéria, le Pakistan, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, la République-Unie de Tanzanie et le Zimbabwe (39-47). Les justifications culturelles de la violence découlent généralement de l'idée traditionnelle des rôles masculins et féminins. Dans bien des endroits, on s'attend à ce que les femmes s'occupent du foyer et des enfants, et se montrent obéissantes et respectueuses envers leur mari. Si un homme pense que son épouse n'a pas tenu son rôle ou qu'elle a dépassé ses limites – même, par exemple, en demandant de l'argent pour le ménage ou en insistant sur les besoins des enfants –, il arrive qu'il recoure à la violence. Comme le fait remarquer l'auteur de l'étude réalisée au Pakistan : « Batta son épouse pour la corriger ou la punir se justifie d'un point de vue culturel et religieux... Parce que les hommes sont considérés comme les « propriétaires » de leur épouse, ils doivent leur montrer qui est le maître, afin de décourager des transgressions futures. »

On a dressé, à partir de diverses études réalisées dans des pays industrialisés et des pays en développement, une liste remarquablement cohérente d'événements qui risquent de déclencher la violence du partenaire (39-44). En voici des exemples :

- ne pas obéir à l'homme ;
- lui répondre ;
- ne pas avoir préparé le repas à temps ;
- ne pas bien s'occuper des enfants ou du foyer ;
- interroger l'homme sur des questions d'argent ou au sujet de petites amies ;
- aller quelque part sans l'autorisation de l'homme ;
- refuser de coucher avec l'homme ;
- l'homme soupçonne la femme d'infidélité.

Dans beaucoup de pays en développement, les femmes acceptent souvent l'idée que les hommes ont le droit de punir leur épouse, si nécessaire par la force (voir tableau 4.2). En Egypte, plus de 80 % des femmes des zones rurales estiment que battre son épouse est justifié dans certaines circonstances (48). Fait intéressant, refuser de coucher avec son époux est une des raisons que les femmes nomment le plus souvent comme justifiant que celui-ci batte sa femme (48-51). Il n'est donc guère étonnant que cette raison figure également parmi les déclencheurs de la violence qu'elles citent (40, 52-54). Cela a manifestement des conséquences en ce qui concerne l'aptitude des femmes à se protéger de grossesses non désirées et de maladies sexuellement transmissibles.

Les sociétés font souvent la distinction entre une violence « juste » et « injuste » et entre des degrés de violence « acceptables » et « inacceptables ». Certaines personnes – habituellement, les époux et les membres plus âgés de la famille – ont ainsi le droit de punir une femme physiquement, dans certaines limites, pour certaines transgressions. Des tiers n'interviendront que si un homme dépasse ces limites – par exemple, en devenant trop violent ou en battant une femme sans raison « valable » (39, 43, 55, 56).

Cette notion de « motif valable » se retrouve dans beaucoup de données qualitatives sur la violence provenant des pays en développement. Une autochtone du Mexique déclarait ceci : « A mon avis, si la femme est coupable, le mari a le droit de la frapper... Si j'ai fait quelque chose de mal... personne ne devrait me défendre. Mais si je n'ai rien fait de mal, j'ai le droit d'être défendue. » (43) On retrouve des raisonnements similaires chez les participants à des groupes de discussion dans le nord et le sud de l'Inde. « S'il s'agit d'une faute grave », fait remarquer une femme du Tamil Nadu, « le mari a raison de battre sa femme. Pourquoi pas ? Une vache n'obéira pas si on ne la frappe pas. » (47)

Même lorsque la culture elle-même confère aux hommes un contrôle important sur le comportement des femmes, les hommes violents dépassent généralement la norme (49, 57, 58). Ainsi, les statistiques de l'enquête démographique et sanitaire

TABLEAU 4.2

Pourcentage de personnes interrogées qui approuvent l'emploi de la violence physique contre l'épouse, par raison, sélection d'études, 1995–1999

Pays ou région	Année	Personne interrogée	Justification de la violence physique			
			Elle néglige les enfants ou la maison	Elle refuse les relations sexuelles	Il la soupçonne d'adultère	Elle lui répond ou lui désobéit
Brésil (Salvador, Bahia)	1999	H	—	—	19 ^a	—
		F	—	—	11 ^a	—
Chili (Santiago)	1999	H	—	—	12 ^a	—
		F	—	—	14 ^a	—
Colombie (Cali)	1999	H	—	—	14 ^a	—
		F	—	—	13 ^a	—
Egypte	1996	F urbaines	40	57	—	59
		F rurales	61	81	—	78
El Salvador (San Salvador)	1999	H	—	—	5 ^a	—
		F	—	—	9 ^a	—
Ghana ^b	1999	H	—	43	—	—
		F	—	33	—	—
Inde (Uttar Pradesh)	1996	H	—	—	—	10–50
Nouvelle-Zélande	1995	H	1	1	5 ^c	1 ^d
Nicaragua ^e	1999	F urbaines	15	5	22	—
		F rurales	25	10	32	—
Singapour	1996	H	—	5	33 ^f	4
Venezuela (Caracas)	1999	H	—	—	8 ^a	—
		F	—	—	8 ^a	—
Cisjordanie et Gaza ^g	1996	H	—	28	71	57 ^a

Source : reproduit à partir de la référence 6 avec l'autorisation de l'éditeur.

H = homme; F = femme; — indique que la question n'a pas été posée.

^a «Une femme infidèle mérite d'être battue.»

^b De plus, 51 % des hommes et 43 % des femmes étaient d'accord avec l'affirmation suivante : «Le mari a raison de battre sa femme si elle recourt à la planification des naissances sans qu'il le sache.»

^c «Il la surprend au lit avec un autre homme.»

^d «Elle ne fait pas ce qu'on lui dit de faire.»

^e De plus, 11 % des femmes des zones urbaines et 23 % des femmes des zones rurales sont d'accord avec l'affirmation suivante : «Le mari a raison de battre sa femme si elle sort sans sa permission.»

^f «Elle a des relations sexuelles avec un autre homme.»

^g De plus, 23 % pensaient qu'il «est normal de battre une femme» si elle ne respecte pas les parents de son mari.

^h Population palestinienne.

effectuée au Nicaragua montrent que, parmi les femmes victimes de violence physique, 32 % avaient des maris très autoritaires ou tyranniques, contre 2 % seulement parmi les femmes qui ne subissaient pas de violence physique. L'échelle utilisée comprenait divers comportements de la part de l'époux, y compris le fait d'accuser continuellement l'épouse d'être infidèle et de limiter ses contacts avec sa famille et ses amis (49).

Comment les femmes réagissent-elles à la violence?

Les études qualitatives confirment que la plupart des femmes maltraitées ne sont pas des victimes passives

et qu'en fait, elles adoptent des stratégies actives pour renforcer leur sécurité et celle de leurs enfants. Certaines femmes résistent, d'autres s'enfuient, et d'autres encore essaient de maintenir la paix en cédant aux exigences de leur mari (3, 59–61). Ce qui, de l'extérieur, peut ressembler à une absence de réaction positive de la part de la femme est sans doute, en fait, une évaluation calculée de ce qui est nécessaire pour survivre à l'intérieur du mariage et pour se protéger tout en protégeant ses enfants.

La réaction d'une femme à la violence est souvent limitée par les options dont elle dispose (60). Il ressort d'études qualitatives approfondies sur les femmes réalisées aux Etats-Unis, en Afrique, en

Amérique latine, en Asie et en Europe que divers facteurs peuvent faire rester des femmes dans des relations violentes. Il s'agit souvent de la peur de représailles, de l'absence d'aide économique par ailleurs, de l'inquiétude pour les enfants, d'une dépendance affective, d'un manque de soutien de la part de la famille et des amis, et de l'espoir constant que l'homme va changer (9, 40, 42, 62, 63). Dans les pays en développement, les femmes parlent aussi de la stigmatisation liée au fait de ne pas être mariée qui empêche aussi de sortir de relations violentes (40, 56, 64).

La dénégation et la peur d'être rejetées sur le plan social empêchent souvent les femmes de demander de l'aide. Les études montrent qu'environ 20 % à 70 % des femmes maltraitées n'ont jamais parlé de la violence à personne jusqu'à ce qu'elles soient interrogées pour l'étude (voir tableau 4.3). Celles qui cherchent de l'aide s'adressent principalement à des membres de leur famille ou à des amis, plutôt qu'à des organismes. Seule une minorité contacte la police.

Malgré les obstacles, beaucoup de femmes maltraitées finissent par quitter leur partenaire violent, parfois seulement au bout de nombreuses années, une fois que les enfants ont grandi. Dans l'étude réalisée à León, au Nicaragua, par exemple, 70 % des femmes ont fini par quitter leur partenaire violent (65). En moyenne, les femmes passent autour de six ans dans une relation violente, encore que les femmes plus jeunes partent généralement plus tôt (9). D'après les études, un ensemble cohérent de facteurs incitent les femmes à se séparer de façon permanente de leur partenaire violent. Habituellement, la séparation survient lorsque la violence devient assez grave pour qu'elles comprennent que le partenaire ne changera pas ou que la situation commence à visiblement affecter les enfants. Les femmes expliquent également que le soutien logistique et affectif de la famille ou des amis joue un rôle essentiel dans leur décision de mettre fin à la relation (61, 63, 66-68).

D'après la recherche, sortir d'une relation violente est un processus et pas un événement ponctuel. La plupart des femmes partent et reviennent plusieurs fois avant de finalement décider de mettre fin à la relation. Le processus comprend des

périodes de dénégation, de culpabilité et de souffrance avant qu'elles finissent par reconnaître la réalité de la violence et par s'identifier à d'autres femmes qui vivent des situations similaires. C'est alors que commencent le détachement et la guérison par rapport à la relation violente (69). Reconnaître l'existence de ce processus peut aider les gens à mieux comprendre et à moins juger les femmes qui retournent dans des situations violentes.

Malheureusement, quitter une relation violente n'est pas toujours en soi une garantie de sécurité. Il arrive que la violence continue voire qu'elle s'amplifie après que la femme ait quitté son partenaire (70). En fait, en Australie, au Canada et aux États-Unis, une proportion importante d'homicides commis par des partenaires intimes où la victime est une femme se produisent autour du moment où celle-ci essaie de quitter un partenaire violent (22, 27, 71, 72).

Quels sont les facteurs de risque?

Les chercheurs ne s'intéressent que depuis peu aux facteurs individuels et communautaires qui pourraient influencer sur le taux de violence exercée par le partenaire. On sait que la violence contre les femmes existe presque partout, mais il semble que certaines sociétés pré-industrielles soient quasiment exemptes de violence de la part du partenaire (73, 74). Ces sociétés témoignent du fait que les relations sociales peuvent s'organiser de manière à minimiser la violence contre les femmes.

Dans bien des pays, la prévalence de la violence familiale varie considérablement entre des zones voisines. Ces différences locales sont souvent plus grandes que les différences internationales. Ainsi, dans l'État de l'Uttar Pradesh, en Inde, le pourcentage d'hommes qui reconnaissent frapper leur femme varie de 18 % dans le district de Naintal à 45 % dans celui de Banda. Quant à la proportion d'hommes qui contraignent physiquement leur femme à avoir des rapports sexuels, elle varie de 14 % à 36 % suivant le district (voir tableau 4.4). Ces variations incitent à se poser une question intéressante : qu'est-ce qui, dans ces contextes, explique les différences importantes dans les agressions physiques et sexuelles?

Depuis quelque temps, les chercheurs s'intéressent plus à ces questions, encore que la base de recherche actuelle soit insuffisante pour cette tâche. Notre compréhension actuelle des facteurs qui influent sur la prévalence de la violence exercée par des partenaires repose en grande partie sur des études faites en Amérique du Nord dont les conclusions ne valent pas nécessairement dans d'autres contextes. Plusieurs études démographiques ont été réalisées dans les pays en développement, mais leur utilité dans l'analyse des facteurs de risque et de protection est limitée par leur concept transversal et par le nombre restreint de prédicteurs qu'elles examinent. En général, la base de recherche actuelle penche beaucoup plus vers l'étude des facteurs individuels que vers celle des facteurs communautaires ou sociétaux qui peuvent influencer sur la probabilité de violence.

De fait, on s'entend de plus en plus pour dire que la conjugaison de facteurs personnels, circonstanciels, sociaux et culturels débouche sur la violence (55, 75), mais les données dont on dispose pour déterminer les facteurs les plus importants sont encore limitées. Le tableau 4.5 présente succinctement les facteurs qui ont été avancés comme étant liés au risque d'employer la violence contre un partenaire intime. Cependant, il faut considérer ces éléments comme incomplets et tout à fait provisoires. Plusieurs facteurs importants manquent sans doute parce qu'aucune étude n'a examiné leur incidence, alors que d'autres facteurs peuvent tout simplement se révéler être des corrélats de l'agression du partenaire plutôt que des facteurs véritablement déterminants.

Facteurs individuels

Black et al. ont examiné dernièrement les publications nord-américaines en sciences sociales consacrées aux facteurs de risque d'agression physique contre un partenaire intime (76). Ils se sont

TABLEAU 4.4

Variations dans les attitudes des hommes et le recours à la violence déclaré, sélection de districts de l'Uttar Pradesh, en Inde, 1995–1996

District	Taille de l'échantillon (N)	Proportion d'hommes qui :			
		admettent forcer leur femme à avoir des relations sexuelles	sont d'accord que, si une femme désobéit, elle doit être battue	reconnaissent frapper leur femme (%)	ont frappé leur femme dans l'année écoulée (%)
Aligarh	323	31	15	29	17
Banda	765	17	50	45	33
Gonda	369	36	27	31	20
Kanpur Nagar	256	14	11	22	10
Naintal	277	21	10	18	11

Source : reproduit à partir de la référence 6 avec l'autorisation de l'éditeur.

penchés uniquement sur les études dont la méthodologie leur semblait solide et qui utilisaient soit un échantillon communautaire représentatif, soit un échantillon clinique assorti d'un groupe témoin approprié. Il est ressorti de cette analyse un certain nombre de facteurs démographiques et de facteurs liés aux antécédents personnels et à la personnalité qui sont immanquablement liés à la probabilité qu'un homme agresse physiquement une partenaire intime. Parmi les facteurs démographiques, le jeune âge et les faibles revenus revenaient constamment comme étant des facteurs liés à la probabilité qu'un homme utilise la violence physique contre sa partenaire.

Certaines études concluent à une relation entre l'agression physique et des mesures composites du statut socioéconomique et du niveau d'instruction, encore que les données ne soient pas totalement cohérentes. L'étude sur la santé et le développement réalisée à Dunedin, en Nouvelle-Zélande – qui est une des rares études longitudinales faites sur des cohortes de naissance qui se penchent sur la violence exercée contre le partenaire – conclut que la pauvreté familiale pendant l'enfance et l'adolescence, de mauvais résultats scolaires et une délinquance agressive à l'âge de 15 ans laissent tous fortement prévoir des violences à l'encontre des partenaires chez les hommes de 21 ans (77). Cette étude est une des rares à chercher à déterminer si les mêmes facteurs de risque prédisent l'agressivité contre le partenaire chez les femmes comme chez les hommes.

Antécédents de violence familiale

On s'est aperçu que, parmi les facteurs liés aux antécédents personnels, la violence dans la famille d'origine est un facteur de risque particulièrement important chez les hommes en ce qui concerne l'agressivité envers la partenaire. Il ressort de toutes les études réalisées au Brésil, au Cambodge, au Canada, au Chili, en Colombie, au Costa Rica, au Salvador, en Indonésie, au Nicaragua, en Espagne, aux États-Unis et au Venezuela que les taux de violence sont plus élevés parmi les femmes dont le mari a lui-même été frappé enfant ou a vu sa propre mère frappée (12, 57, 76, 78–81). Bien que les hommes qui se montrent violents physiquement envers leur épouse aient souvent un passé violent, tous les garçons qui sont témoins de violence ou qui sont maltraités ne deviennent pas violents eux-mêmes en grandissant (82). La question théorique importante à se poser est la suivante : qu'est-ce qui distingue les hommes qui sont capables de former des relations saines et non violentes, en dépit d'une enfance difficile, des hommes qui deviennent violents?

Consommation d'alcool chez les hommes

Apparemment, la consommation d'alcool chez les hommes est un autre marqueur de risque de violence à l'encontre du partenaire qui revient constamment dans différents contextes (81, 83–85). Dans la méta-analyse de Black et al. susmentionnée, toutes les études qui examinent la consommation d'alcool, notamment excessive, en tant que facteur de risque en ce qui concerne la violence à l'encontre des partenaires, concluent à un lien important, avec des coefficients de corrélation allant de $r = 0,21$ à $r = 0,57$. Les enquêtes de population effectuées au Brésil, au Cambodge, au Canada, au Chili, en Colombie, au Costa Rica, au Salvador, en Inde, en Indonésie, au Nicaragua, en Afrique du Sud, en Espagne et au Venezuela

TABLEAU 4.3

Proportion de femmes victimes de violence physique qui ont cherché de l'aide auprès de différentes sources, sélection d'études démographiques

Pays ou région	Échantillon (N)	Proportion de femmes victimes de violence physique qui :			
		n'ont jamais rien dit à personne (%)	ont contacté la police (%)	ont parlé à des amis (%)	ont parlé à leur famille (%)
Australie ^a	6 300	18	19	58	53
Bangladesh	10 368	68	—	—	30
Canada	12 300	22	26	45	44
Cambodge	1 374	34	1	33	22
Chili	1 000	30	16	14	32 ^b /21 ^c
Egypte	7 121	47	—	3	44
Irlande	679	—	20	50	37
Nicaragua	8 507	37	17	28	34
République de Moldavie	4 790	—	6	30	31
Royaume-Uni	430	38	22	46	31

Source : reproduit à partir de la référence 6 avec l'autorisation de l'éditeur.

^a Femmes agressées au cours des 12 derniers mois.

^b Renvoie à la proportion de femmes qui ont parlé à leur famille.

^c Renvoie à la proportion de femmes qui ont parlé à la famille de leur partenaire.

concluent également à une relation entre le risque pour une femme d'être victime de violence et les habitudes de son partenaire par rapport à la consommation d'alcool (9, 19, 79–81, 86, 87).

Il s'agit, cependant, d'un débat considérable sur la nature de la relation entre la consommation d'alcool et la violence et sur le lien de causalité qui existerait entre ces deux éléments. Beaucoup de chercheurs pensent que l'alcool est un facteur circonstanciel qui fait augmenter la probabilité de violence en atténuant les inhibitions, en faisant agir sans discernement et en rendant incapable d'interpréter des signaux (88). Une consommation excessive d'alcool peut également accroître la violence familiale en envenimant les disputes dans les couples. D'autres font valoir que le lien entre la violence et l'alcool est une question de culture et qu'il n'existe que dans les contextes où l'on s'attend collectivement à ce que la boisson cause ou excuse certains comportements (89, 90). En Afrique du Sud, par exemple, les hommes parlent de consommer de l'alcool de façon préméditée pour avoir le courage de rouer de coups leur partenaire, comme ils s'y sentent obligés socialement (91).

Malgré des opinions contradictoires quant au rôle causal de l'alcoolisme, les faits montrent que les femmes qui vivent avec de gros buveurs risquent beaucoup plus d'être victimes de violence physique

TABLEAU 4.5

Facteurs associés au risque qu'un homme soit violent avec sa partenaire

Type de facteur				
Individuel	Relationnel	Communautaire	Sociétal	
<ul style="list-style-type: none"> • Jeune âge • Normal>Consommation abusive d'alcool • Normal>Dépression • Normal>Troubles de la personnalité • Normal>Mauvais résultats scolaires • Normal>Faible revenu • Normal>Témoin ou victime de violence pendant l'enfance 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflit conjugal • Instabilité conjugale • Domination masculine de la famille • Stress économique • Dysfonctionnement familial 	<ul style="list-style-type: none"> • Sanctions communautaires légères en cas de violence familiale • Pauvreté • Faible capital social 	<ul style="list-style-type: none"> • Normes traditionnelles quant aux rôles des deux sexes • Normes sociales propices à la violence 	

de leur part et que les hommes qui ont bu infligent des violences plus graves au moment de l'agression (57). D'après l'enquête sur la violence contre les femmes au Canada, par exemple, les femmes qui vivent avec de gros buveurs risquent cinq fois plus d'être agressées par leur partenaire que celles qui vivent avec un homme qui ne boit pas (19).

Troubles de la personnalité

Un certain nombre d'études essaient de déterminer si des troubles de la personnalité ou des facteurs liés à la personnalité sont inmanquablement liés à la violence contre le partenaire. Il ressort d'études réalisées au Canada et aux États-Unis que les hommes qui agressent leur épouse sont plus généralement dépendants sur le plan affectif, peu sûrs d'eux-mêmes, se sentent dévalorisés et ont plus de mal à maîtriser leurs impulsions (33). Il est plus probable aussi qu'ils manifestent plus de colère et d'hostilité que les hommes non violents, qu'ils soient déprimés et qu'ils présentent beaucoup de symptômes de troubles de la personnalité, y compris une personnalité antisociale, agressive et limite (76). Bien que les taux de psychopathologie soient généralement plus élevés chez les hommes qui maltraitent leur femme, tous les hommes violents sur le plan physique ne présentent pas ces troubles psychologiques. Il est probable que la proportion d'agressions contre un partenaire lié à une psychopathologie soit assez faible dans des contextes où la violence contre les partenaires est courante.

Facteurs relationnels

A un niveau interpersonnel, les conflits conjugaux ou la discorde dans le couple sont les marqueurs les plus constants de la violence envers le partenaire. Dans toutes les études passées en revue par Black et al. (76), les conflits conjugaux sont de moyennement à fortement liés à l'agression de la partenaire par l'homme. Ce type de conflit se révèle aussi être un prédicteur de la violence à l'encontre des partenaires dans une étude démographique portant sur les deux sexes en Afrique du Sud (87) et un échantillon représentatif d'hommes mariés à Bangkok, en Thaïlande (92). Dans l'étude thaïlandaise, le lien entre les conflits verbaux et l'agression physique contre l'épouse reste très net, même après avoir vérifié le statut socio-économique, le niveau de stress du mari et d'autres aspects relatifs au mariage, comme l'amitié et la stabilité (92).

Facteurs communautaires

Il semble qu'un statut socio-économique élevé protège dans une certaine mesure du risque de violence physique contre un partenaire intime, encore qu'il existe des exceptions (39). Des études réalisées dans divers contextes montrent que, si la violence physique se retrouve dans tous les groupes socio-économiques, les femmes qui vivent dans la pauvreté sont beaucoup plus touchées (12, 19, 49, 78, 79, 81, 92-96).

On ne sait pas encore vraiment pourquoi la pauvreté fait augmenter le risque de violence – que ce soit à cause du faible revenu lui-même ou à cause

d'autres facteurs qui accompagnent la pauvreté, comme le surpeuplement ou le désespoir. Chez certains hommes, vivre dans la pauvreté éveille probablement le stress, l'exaspération et un sentiment de médiocrité, car ils ont l'impression de ne pas être à la hauteur du rôle de pourvoyeur que leur impose la culture. Il se peut aussi que la pauvreté soit le point de départ de désaccords conjugaux ou qu'elle fasse que les femmes ont plus de mal à sortir de relations violentes ou par ailleurs insatisfaisantes. Quels que soient les mécanismes précis, il est probable que la pauvreté serve de « marqueur » dans diverses situations sociales qui, conjuguées, accroissent le risque auquel les femmes sont confrontées (55).

La réaction de la communauté à la violence contre les partenaires influe sans doute sur les niveaux généraux de violence dans celle-ci. Dans une étude comparative de 16 sociétés présentant des taux faibles ou élevés de violence contre les partenaires, Counts, Brown & Campbell concluent que les sociétés qui affichent les plus faibles taux de violence contre les partenaires sont celles où des sanctions communautaires s'appliquent contre ce type de violence et où les femmes maltraitées peuvent se réfugier dans des centres spécialisés ou bénéficient du soutien de leur famille (73). Les sanctions, ou les interdits, communautaires prennent la forme de sanctions judiciaires formelles ou de pressions morales qui incitent les voisins à intervenir lorsqu'une femme est battue. Ce cadre de « sanctions et refuge » conduit à l'hypothèse que la violence à l'encontre des partenaires sera supérieure dans les sociétés où la condition féminine est dans une phase transitoire. Lorsque les femmes ont un très faible statut, la violence n'est pas « nécessaire » pour asseoir l'autorité masculine. En revanche, quand les femmes ont un statut élevé, elles auront probablement assez de pouvoir collectivement pour changer les rôles assignés traditionnellement à chacun des sexes. Donc, la violence à l'encontre des partenaires atteint habituellement son paroxysme lorsque les femmes commencent à assumer des rôles non traditionnels ou qu'elles entrent dans le monde du travail.

Plusieurs autres facteurs communautaires ont été avancés comme influant sans doute de façon

générale sur la violence à l'encontre des partenaires, mais peu d'entre eux ont été éprouvés de manière empirique. Des données sont recueillies sur plusieurs facteurs communautaires dans le cadre d'une étude continue menée dans huit pays sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé (Bangladesh, Brésil, Japon, Namibie, Pérou, Samoa, Thaïlande et République-Unie de Tanzanie), afin d'examiner leur relation éventuelle avec la violence à l'encontre des partenaires. Ces facteurs sont les suivants :

- Taux d'autres crimes avec violence.
- Capital social (voir chapitre 2).
- Normes sociales relatives au respect de la vie privée familiale.
- Normes communautaires relatives à l'autorité masculine sur les femmes.

L'étude éclairera sur la contribution relative des facteurs individuels et communautaires aux taux de violence contre les partenaires.

Facteurs sociétaux et culturels

Les monographies interculturelles cernent un certain nombre de facteurs culturels et sociétaux qui peuvent alimenter la violence. Ainsi, en s'appuyant sur l'analyse statistique de données ethnographiques codées venant de 90 sociétés, Levinson examine les schémas culturels de la brutalité conjugale et, plus précisément, les facteurs qui distinguent constamment les sociétés où il est courant de battre sa femme de celles où cette pratique est rare ou inexistante (74). L'analyse de Levinson donne à penser que la brutalité conjugale se produit plus souvent dans les sociétés où les hommes détiennent le pouvoir économique et décisionnel dans le ménage, où il est difficile aux femmes de divorcer, et où les adultes recourent couramment à la violence pour résoudre leurs conflits. L'absence de groupes de travail composés uniquement de femmes est le deuxième prédicteur en importance dans cette étude sur la fréquence de la brutalité conjugale. Levinson avance l'hypothèse suivante : l'existence de groupes de travail féminins protège contre la brutalité conjugale parce que ces groupes confèrent aux femmes une source stable de soutien social ainsi qu'une indépendance économique par rapport à leur époux et à leur famille.

TABLEAU 4.6

Conséquences pour la santé de la violence exercée par un partenaire intime

Physiques
Traumatismes abdominaux et thoraciques
Ecchymoses et zébrures
Syndromes de douleur chronique
Invalidité
Fibromyalgie
Fractures
Troubles gastro-intestinaux
Syndrome du côlon irritable
Lacérations et ulcérations
Lésions oculaires
Fonctions physiques diminuées
Sexuelles et génésiques
Troubles gynécologiques
Infertilité
Endométrite
Grossesse à complications/fausse couche
Dysfonction sexuelle
Maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA
Avortement dans des conditions insalubres
Grossesse non désirée
Psychologiques et comportementaux
Alcoolisme et toxicomanie
Dépression et angoisse
Troubles du sommeil et de l'alimentation
Sentiments de honte et de culpabilité
Phobies et troubles paniques
Inactivité physique
Mauvaise estime de soi
Syndrome de stress post-traumatique
Troubles psychosomatiques
Tabagisme
Comportement suicidaire et automutilation
Comportement sexuel à risque
Conséquences mortelles
Mortalité liée au SIDA
Mortalité maternelle
Homicide
Suicide

Différents chercheurs proposent d'autres facteurs encore qui pourraient contribuer à des taux de violence contre les partenaires plus élevés. Certains font valoir, par exemple, que la violence à l'encontre des partenaires est plus courante dans des endroits où il y a, ou il vient d'y avoir, la guerre ou d'autres conflits ou encore des bouleversements sociaux. Là où la violence est devenue courante et où l'on se procure facilement des armes, les relations sociales, y compris les rôles des hommes et des femmes, sont souvent perturbées. En ces temps de troubles économiques et sociaux, les femmes sont souvent

plus indépendantes et elles assument plus de responsabilités économiques, tandis que les hommes sont parfois moins à même d'assumer les rôles de protecteurs et de pourvoyeurs que la culture leur assigne. Il est fort possible que ces facteurs accentuent la violence à l'encontre des partenaires, mais les preuves à cet égard demeurent, dans une large mesure, anecdotiques.

D'autres laissent entendre que des inégalités structurelles entre hommes et femmes, des rôles rigides assignés aux uns et aux autres, et des notions de virilité liées à la domination, à l'honneur masculin et à l'agressivité sont autant d'éléments qui contribuent à accroître le risque de violence à l'encontre des partenaires (55). Là encore, bien que ces hypothèses semblent raisonnables, elles restent à démontrer par des faits tangibles.

Les conséquences de la violence exercée par le partenaire intime

Les conséquences de la violence, qui sont profondes, vont au-delà de la santé et du bonheur individuels pour influencer sur le bien-être de communautés entières. Une femme qui vit dans une relation violente perd de sa confiance en soi et de sa capacité à participer à la vie du monde. Des études montrent que les femmes maltraitées ont plus de difficulté à accéder à l'information et aux services, à prendre part à la vie publique et à demander le soutien affectif d'amis et de parents. Fait peu surprenant, ces femmes sont souvent incapables de bien s'occuper d'elles-mêmes et de leurs enfants, d'avoir un emploi et de mener une carrière.

Incidences sur la santé

Un nombre croissant de travaux de recherche révèlent que le fait de partager la vie d'un partenaire violent peut avoir un impact profond sur la santé d'une femme. La violence est liée à quantité de problèmes de santé, tant immédiats qu'ultérieurs. La figure 4.2 résume les conséquences associées à la violence exercée par un partenaire intime telles que les expliquent les publications scientifiques. La violence peut avoir des incidences directes sur la santé, comme des blessures, mais être victime de violence accroît aussi le risque pour une femme

d'être en mauvaise santé par la suite. Tout comme les conséquences du tabagisme et de l'alcoolisme, être victime de violence peut être considéré comme un facteur de risque pour divers maux et maladies.

Les études montrent que des femmes qui ont été victimes de violence physique ou sexuelle, pendant l'enfance ou à l'âge adulte, sont plus souvent malades que les autres, en ce qui concerne les fonctions physiques, le bien-être psychologique et l'adoption d'autres comportements à risque, y compris fumer, ne pas faire d'exercice physique, boire de l'alcool et consommer des drogues (85, 97–103). Les femmes qui sont la cible de violences risquent plus de présenter les caractéristiques suivantes :

- dépression ;
- tentatives de suicide ;
- syndrome de douleur chronique ;
- troubles psychosomatiques ;
- blessure corporelle ;
- troubles gastro-intestinaux ;
- syndrome du côlon irritable ;
- diverses conséquences pour la santé génésique (voir ci-dessous).

Voici les conclusions générales qui ressortent des travaux de recherche actuels sur les conséquences de la violence pour la santé :

- L'incidence de la violence peut persister longtemps après que celle-ci s'est arrêtée (103, 104).
- Plus la violence est grave, plus l'impact sur la santé physique et mentale de la femme est profond (98).
- Les répercussions dans le temps de différents types et de multiples épisodes de violence semblent être cumulatives (85, 99, 100, 103, 105).

Santé génésique

Les femmes qui vivent avec un partenaire violent ont du mal à se protéger de grossesses non désirées ou de maladies. La violence peut conduire directement à une grossesse non désirée ou à des infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection par VIH, par le biais de relations sexuelles forcées, ou indirectement, en empêchant la femme d'utiliser des contraceptifs, y compris des préservatifs (6,

106). Les études montrent de façon constante que la violence familiale est plus courante dans les familles nombreuses (5, 47, 49, 50, 78, 93, 107). Les chercheurs partent donc depuis longtemps du principe que le stress provoqué par la présence de nombreux enfants accroît le risque de violence. Cependant, d'après les données récentes provenant du Nicaragua, la relation serait, en fait, inverse. Au Nicaragua, la violence commence largement avant l'arrivée de nombreux enfants (dans 80 % des cas, la violence commence dans les quatre premières années de mariage), ce qui donne à penser qu'elle serait un facteur de risque pour ce qui est d'avoir une famille nombreuse (9).

La violence survient aussi pendant la grossesse, avec des conséquences non seulement pour la femme mais aussi pour le fœtus qui grandit. Il ressort d'études démographiques réalisées au Canada, au Chili, en Egypte et au Nicaragua que 6 % à 15 % des femmes qui ont déjà des partenaires ont été victimes de violence physique ou sexuelle alors qu'elles étaient enceintes, l'agresseur étant généralement leur partenaire (9, 48, 49, 57, 78). Aux Etats-Unis, on estime le taux de violence pendant la grossesse de 3 % à 11 % chez les femmes adultes, et ce taux atteindrait 38 % chez les mères adolescentes à faible revenu (108–112).

Les études associent la violence pendant la grossesse (6, 110, 113–117) :

- aux fausses couches ;
- au recours tardif aux soins prénatals ;
- aux mortinaissances ;
- aux accouchements et aux naissances prématurés ;
- aux traumatismes du fœtus ;
- à l'insuffisance pondérale à la naissance, cause majeure de décès des nourrissons dans les pays en développement.

La violence familiale est responsable d'une part importante mais largement ignorée de la mortalité maternelle. Il ressort d'une étude récente réalisée dans 400 villages et sept hôpitaux du Pune, en Inde, que 16 % des décès survenant pendant la grossesse étaient imputables à la violence familiale (118). L'étude montre également que, dans cette région, 70 % environ des décès maternels ne sont pas

enregistrés et que la classification de 41 % des décès enregistrés est erronée. Le meurtre commis par un partenaire est également cité comme cause importante de décès maternels au Bangladesh (119) et aux Etats-Unis (120, 121).

La violence à l'encontre des partenaires a également de nombreux liens avec l'épidémie croissante de SIDA. Dans six pays d'Afrique, par exemple, les femmes enceintes refusent de se soumettre au test VIH ou ne reviennent pas demander leurs résultats notamment par peur de l'exclusion et de la violence auxquelles des résultats positifs les exposerait à la maison (122). De même, dans une étude récente sur la transmission du VIH entre hétérosexuels dans l'Ouganda rural, les femmes qui déclaraient avoir été forcées d'avoir des relations sexuelles contre leur volonté au cours de l'année précédente risquaient huit fois plus que les autres d'être infectées par le VIH (123).

Santé physique

De toute évidence, la violence peut causer des traumatismes qui vont de coupures et d'ecchymoses à la mort en passant par une invalidité permanente. D'après les études démographiques, de 40 % à 72 % des femmes victimes de violences physiques infligées par un partenaire sont blessées à un moment de leur vie (5, 9, 19, 62, 79, 124). Au Canada, 43 % des femmes ainsi blessées reçoivent des soins médicaux et 50 % ont besoin d'un arrêt de travail (19).

Cependant, les blessures ne constituent pas le résultat le plus courant sur le plan physique de la violence exercée par le partenaire. Le plus souvent, les femmes maltraitées présentent des « troubles fonctionnels », c'est-à-dire quantité de maux auxquels on ne trouve fréquemment pas de cause médicale identifiable, comme le syndrome du côlon irritable, la fibromyalgie, les troubles gastro-intestinaux et divers syndromes de douleur chronique. Les études relient constamment ces troubles à des antécédents de violence physique ou sexuelle (98, 125–127). Les femmes maltraitées ont également des fonctions physiques amoindries, plus de symptômes physiques et plus de jours d'alitement que les femmes qui ne sont pas maltraitées (97, 98, 101, 124, 125, 128).

Santé mentale

D'après des études réalisées en Australie, au Nicaragua, au Pakistan et aux Etats-Unis, les femmes maltraitées par leur partenaire souffrent plus de dépression, d'anxiété et de phobies que les autres (129–132). La recherche donne également à penser que les femmes maltraitées par leur partenaire risquent plus de se suicider ou de tenter de se suicider que les autres (25, 49, 133–136).

Recours aux services de santé

Étant donné l'impact à long terme de la violence sur la santé des femmes, celles qui ont été ou sont victimes de violence utiliseront probablement plus des services de santé à long terme, ce qui fera augmenter les coûts liés aux soins de santé. Il ressort d'études réalisées au Nicaragua, aux Etats-Unis et au Zimbabwe que les femmes victimes d'agression physique ou sexuelle, que ce soit dans l'enfance ou à l'âge adulte, recourent plus souvent aux services de santé que les autres (98, 100, 137–140). En moyenne, même après avoir vérifié s'il existe des facteurs de confusion, les victimes de violence subissent plus d'interventions chirurgicales, consultent plus les médecins, séjournent plus en milieu hospitalier, vont plus à la pharmacie et consultent plus les services de santé mentale dans leur vie que les autres.

Incidence économique de la violence

En plus de son coût humain, la violence fait peser un énorme fardeau économique sur les sociétés en perte de productivité et en recours accru aux services sociaux. Ainsi, parmi les femmes qui participaient à une enquête menée dans la province de Nagpur, en Inde, 13 % avaient dû renoncer à un travail rémunéré à cause de violences subies. En moyenne, elles avaient perdu sept jours de travail par incident, et 11 % d'entre elles avaient été incapables de s'acquitter de tâches ménagères après avoir été victimes d'actes de violence (141).

Bien que la violence familiale n'influe pas toujours sur la probabilité générale qu'une femme occupe un emploi, elle semble bien influencer sur ses gains et sur sa capacité de conserver un emploi (139, 142, 143). Il ressort d'une étude réalisée à

Chicago, dans l'Illinois, aux États-Unis, que les femmes ayant des antécédents de violence familiale risquent plus de se retrouver au chômage par moment, de changer souvent d'emploi et d'avoir plus de problèmes de santé physique et mentale qui peuvent influencer sur leur performance professionnelle. Leur revenu personnel est également inférieur et il est beaucoup plus probable qu'elles bénéficient de l'aide sociale que les femmes qui ne font pas état d'antécédents de violence familiale (143). De même, une étude réalisée à Managua, au Nicaragua, conclut que les femmes maltraitées gagnent 46 % de moins que celles qui déclarent ne pas être victimes de violence et ce, même après avoir vérifié que d'autres facteurs n'influencent pas sur les gains (139).

Incidence sur les enfants

Les enfants sont souvent présents pendant les altercations conjugales. Dans une étude réalisée en Irlande (62), 64 % des femmes maltraitées déclarent que leurs enfants sont souvent témoins de la violence et, dans une autre étude réalisée à Monterrey, au Mexique, 50 % des femmes victimes de violence font la même déclaration (11).

Les enfants témoins de violence conjugale risquent plus de connaître tout un éventail de problèmes de comportement, y compris l'angoisse, la dépression, les mauvais résultats scolaires, la faible estime de soi, la désobéissance, les cauchemars et les plaintes à propos de la santé physique (9, 144–146). De fait, d'après des études nord-américaines, les enfants témoins de violence entre leurs parents manifestent souvent les mêmes troubles comportementaux et psychologiques que les enfants eux-mêmes victimes de violence (145, 147).

Des faits récents donnent à penser que la violence influe également sur la mortalité infantile de façon directe ou indirecte (148, 149). A León, au Nicaragua, les chercheurs ont conclu, après avoir vérifié s'il existait d'autres facteurs de confusion, que les enfants de femmes victimes de violence physique et sexuelle infligée par un partenaire risquaient six fois plus que les autres de mourir avant l'âge de 5 ans. La violence exercée par le partenaire explique jusqu'au tiers des décès d'en-

fants dans cette région (149). Il ressort d'une autre étude réalisée dans les États indiens du Tamil Nadu et de l'Uttar Pradesh que les femmes battues risquent plus que les autres de perdre un tout jeune enfant ou d'avoir une interruption de grossesse (avortement, fausse couche ou mortinaissance) et ce, même après avoir vérifié s'il existe des prédicteurs établis de la mortalité infantile tels que l'âge de la femme, son niveau d'instruction et le nombre de grossesses précédentes ayant donné lieu à une naissance vivante (148).

Que peut-on faire pour prévenir la violence entre partenaires intimes?

La majorité des travaux effectués à ce jour sur la violence à l'encontre des partenaires l'ont été à l'initiative d'organisations féminines, parfois avec des fonds et une aide des pouvoirs publics. Quand ces derniers s'investissent, comme en Australie, en Amérique latine, en Amérique du Nord et dans certaines régions de l'Europe, c'est généralement parce que la société civile réclame des mesures constructives. En général, la première vague de mesures comprenait des éléments de réforme judiciaire et de formation de la police ainsi que la création de services spécialisés pour les victimes. Quantité de pays ont maintenant adopté des lois sur la violence familiale, mais beaucoup de responsables ne sont toujours pas au courant des nouvelles lois ou ne veulent tout simplement pas les appliquer. Souvent, les fonctionnaires, de justice et police, par exemple, ont les mêmes préjugés que le reste de la société. L'expérience a montré maintes fois que sans efforts constants pour changer la culture et les pratiques institutionnelles, la plupart des réformes politiques et judiciaires n'ont guère d'effet.

Malgré plus de 20 ans de militantisme contre la violence à l'égard des femmes, très peu d'interventions ont été rigoureusement évaluées. De fait, il ressort de l'examen récent de programmes visant à prévenir la violence familiale aux États-Unis effectué par le National Research Council que seules 34 études ont cherché à évaluer les interventions relatives à la violence à l'encontre des partenaires. Sur ces 34 études, dix-neuf portaient sur l'application de la loi, ce qui reflète

la forte tendance dans ce pays à recourir à la justice criminelle pour lutter contre la violence (150). La recherche relative aux interventions menées dans les pays en développement est encore plus limitée. Seule une poignée d'études visaient à un examen critique des interventions actuelles, dont un examen de programmes de prévention de la violence contre les femmes mis en place dans quatre États de l'Inde. De plus, le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme a examiné sept projets réalisés dans cinq régions et financés par le Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour soutenir les actions qui visent à faire disparaître la violence à l'égard des femmes, afin de diffuser les enseignements tirés de ces projets (151).

Aide aux victimes

Dans les pays développés, les centres pour femmes en détresse et les refuges pour femmes battues sont la pierre angulaire des programmes proposés aux victimes de la violence familiale. En 1995, on dénombrait environ 1 800 de ces programmes aux États-Unis, dont 1 200 offraient aux femmes et aux enfants des foyers d'accueil d'urgence, en plus d'un soutien affectif, juridique et matériel (152). Ces centres proposent généralement des groupes de soutien et des thérapies individuelles, une formation professionnelle, des programmes pour les enfants, une aide dans les démarches auprès des services sociaux et les démarches juridiques, et des orientations vers des programmes de désintoxication. En Europe comme aux États-Unis, la plupart des refuges et des centres de détresse ont été créés par des militantes, mais beaucoup sont aujourd'hui gérés par des professionnels et bénéficient de fonds publics.

Depuis le début des années 1980, les refuges et les centres d'aide et d'écoute pour femmes font leur apparition dans de nombreux pays en développement. Dans la plupart des pays, au moins quelques organisations non gouvernementales offrent des services spécialisés aux victimes de violence et elles font campagne en leur nom. Dans certains pays, il existe même des centaines d'organisations de ce type. Cependant, il faut beaucoup d'argent pour entretenir des refuges. Donc, beaucoup de pays en

développement évitent ce modèle et préfèrent mettre en place des lignes d'appel d'urgence ou des centres d'aide et d'écoute sans hébergement qui fournissent une partie des services des foyers d'accueil.

Lorsqu'il n'est pas possible d'avoir un refuge en tant que tel, les femmes trouvent souvent d'autres moyens de faire face aux urgences liées à la violence familiale. Certaines mettent sur pied dans le voisinage un réseau informel de « foyers d'hébergement » où les femmes en détresse peuvent trouver temporairement refuge. Certaines communautés ont désigné leur lieu de culte local – un temple ou une église, par exemple – comme refuge où les femmes peuvent rester avec leurs enfants pendant la nuit pour échapper à un partenaire ivre ou violent.

Recours et réformes judiciaires

Criminaliser la violence

Les années 1980 et 1990 ont vu une vague de réformes judiciaires relatives à la violence physique et sexuelle commise par un partenaire intime (153, 154). Ces dix dernières années, par exemple, 24 pays des Caraïbes et d'Amérique latine ont adopté des lois précises sur la violence familiale (154). Les réformes les plus courantes visent à criminaliser la violence physique, sexuelle et psychologique exercée par des partenaires intimes, soit par de nouvelles lois sur la violence familiale, soit en modifiant le code pénal existant.

Le message que délivrent de telles lois est le suivant : la violence familiale est criminelle et ne saurait être tolérée dans la société. En parler ouvertement est aussi une façon de dissiper l'idée que la violence est une affaire privée et familiale. Hormis le fait d'adopter de nouvelles lois ou d'en élargir d'anciennes, certains pays développés ont tenté des expériences, comme de créer des tribunaux spéciaux chargés des affaires de violence familiale, de former la police et les fonctionnaires de justice et le ministère public, et de fournir des conseillers spéciaux pour aider les femmes dans leurs rapports avec la justice pénale. Il n'y a guère eu d'évaluation rigoureuse de ces mesures jusqu'à présent, mais la United States National Academy of Sciences conclut ceci dans son récent examen des interventions visant la violence familiale : « Il

semble, à voir certaines données, que les unités spécialisées et les réformes globales des services de police, des services du procureur et des tribunaux spécialisés ont permis d'améliorer le sort des femmes et des enfants maltraités. » (150).

Des expériences similaires sont en cours ailleurs, en Inde, par exemple, où les gouvernements des Etats ont institué des cellules d'assistance judiciaire, des tribunaux de la famille, des *lok adalat* (tribunaux populaires) et des *mahilla lok adalat* (tribunaux des femmes). On lit dans une évaluation récente que ces organismes sont avant tout des mécanismes de conciliation qui reposent exclusivement sur la médiation et les conseils afin de favoriser la réconciliation des familles. Cependant, certains estiment que ces institutions sont loin d'être satisfaisantes, même en tant que mécanismes de conciliation, et que les médiateurs ont tendance à faire passer le bien-être des femmes après l'intérêt de l'Etat, à savoir que les familles restent unies (155).

Lois et politiques en matière d'arrestation

Après les services d'aide aux victimes, les mesures visant à changer les méthodes de police sont la forme la plus fréquente d'intervention contre la violence familiale. Au début, on mettait l'accent sur la formation de la police ; mais, quand on s'est aperçu que cela ne suffisait pas à changer l'attitude des policiers, on s'est efforcé de faire adopter des lois rendant obligatoire l'arrestation des auteurs de violence familiale et des politiques obligeant les policiers à intervenir davantage.

Un projet pilote réalisé en 1984 à Minneapolis, dans le Minnesota, aux Etats-Unis, confirme l'intérêt des arrestations comme moyen de réduire la violence familiale. En effet, les arrestations y diminuaient de moitié le risque d'agressions futures sur six mois, comparé aux stratégies consistant à séparer les couples ou à leur conseiller de suivre une thérapie (156). Il a beaucoup été question de ces résultats qui ont entraîné un net changement dans les politiques de la police par rapport à la violence familiale et ce, dans l'ensemble des Etats-Unis.

Toutefois, des projets menés dans cinq autres régions des Etats-Unis afin de reproduire les

résultats obtenus à Minneapolis n'ont pas permis de confirmer la valeur dissuasive des arrestations. Ces nouvelles études concluent qu'en moyenne, les arrestations ne contribuent pas plus à réduire la violence que d'autres mesures policières telles que des avertissements ou des citations à comparaître, des conseils aux couples ou la séparation de ceux-ci (157, 158). Une analyse détaillée de ces études a également abouti à d'autres conclusions intéressantes. Quand l'auteur de la violence est marié, employé ou les deux, l'arrestation réduit le risque d'agressions multiples, mais dans le cas des chômeurs célibataires, l'arrestation a, en fait, entraîné une augmentation de la violence dans certaines villes. L'impact de l'arrestation varie également d'une communauté à l'autre. L'arrestation a un effet dissuasif sur les hommes qui vivent dans des communautés où le taux de chômage est faible, quel que soit leur propre situation professionnelle. En revanche, les suspects qui vivent dans des quartiers où le taux de chômage est élevé se montrent plus violents après avoir été arrêtés que s'ils avaient reçu un simple avertissement (159). Ces conclusions ont amené certains chercheurs à s'interroger sur la sagesse de lois rendant les arrestations obligatoires dans des zones à forte concentration de pauvreté (160).

Autres sanctions

Au lieu de procéder à des arrestations, certaines communautés essaient d'autres méthodes pour décourager le recours à la violence. Ainsi, en s'appuyant sur le droit civil, les tribunaux rendent des ordonnances interdisant à un homme de contacter sa partenaire ou de la maltraiter, lui ordonnant de quitter le domicile, de payer une pension alimentaire ou une pension alimentaire pour enfants, ou exigeant qu'il suive une thérapie ou un traitement de désintoxication.

Les chercheurs concluent que, bien que les victimes trouvent généralement utiles les ordonnances de protection, les faits montrent que celles-ci ne suffisent pas toujours à dissuader les auteurs de violence (161, 162). Dans une étude réalisée dans les villes de Denver et Boulder, au Colorado, aux Etats-Unis, Harrell & Smith (163) concluent que les

ordonnances de protection réussissent pendant un an au moins à prévenir d'autres épisodes de violence familiale, comparé à des situations similaires où aucune ordonnance de protection n'a été rendue. Cependant, les études montrent que la police arrête peu d'hommes qui ne respectent pas les ordonnances de protection, ce qui tend à les rendre moins efficaces pour ce qui est de prévenir la violence (164). D'autres travaux de recherche montrent que les ordonnances de protection contribuent à renforcer l'estime de soi des femmes, mais qu'elles ont peu d'effet sur les hommes au casier judiciaire chargé (165, 166).

Ailleurs, les communautés ont étudié des techniques telles que faire honte en public, mettre des pancartes devant le domicile ou le travail de l'agresseur, ou le condamner à des heures de travail communautaire en punition de son comportement violent. En Inde, des militants organisent souvent des *dharna*, forme de manifestation publique qui a lieu devant la maison ou le lieu de travail des hommes violents afin de leur faire honte (155).

Postes de police entièrement féminins

Certains pays font l'expérience de postes de police entièrement féminins, innovation qui a commencé au Brésil et qui a maintenant gagné toute l'Amérique latine et une partie de l'Asie (167, 168). D'après les évaluations, cette initiative, bien que louable en théorie, rencontre beaucoup de problèmes (155, 168–172). L'existence d'un poste de police entièrement féminin aide certes les femmes maltraitées à se manifester en plus grand nombre, mais souvent, les services qui leur sont nécessaires, comme les conseils juridiques et psychosociologiques, ne sont pas offerts dans ces postes. En outre, l'hypothèse selon laquelle des policières auront plus de compassion envers les victimes ne s'est pas toujours avérée juste et, dans certains endroits, la création de cellules de police spécialisées dans les crimes contre les femmes a fait qu'il est plus facile à d'autres unités de police de rejeter les plaintes de femmes. Les auteurs d'un examen des postes de polices entièrement féminins ouverts en Inde font remarquer que «les femmes victimes de violence doivent parcourir de grandes

distances pour déposer plainte dans des postes de police entièrement féminins et elles ne sont pas assurées de recevoir rapidement la protection de la police locale». Pour être viable, la stratégie doit s'accompagner d'une formation psychosociale des policiers, de mesures d'encouragement à faire ce travail et de la prestation d'un plus grand éventail de services (155, 168, 170).

Traitement des agresseurs

Les programmes de traitement des auteurs de violence à l'encontre d'un partenaire sont une nouveauté américaine qui a maintenant gagné l'Australie, le Canada, l'Europe et plusieurs pays en développement (173–175). La plupart des programmes reposent sur des thérapies de groupe qui permettent d'examiner les rôles des deux sexes et d'enseigner des techniques, y compris de gestion du stress et de la colère, de prendre la responsabilité de ses propres actes et d'exprimer ses sentiments par rapport à autrui.

Ces dernières années, des efforts ont été consentis pour évaluer ces programmes, même s'ils ont été gênés par des difficultés méthodologiques qui continuent de compliquer l'interprétation des résultats. La recherche effectuée aux Etats-Unis donne à penser que la majorité des hommes (de 53 % à 85 %) qui suivent des programmes de traitement restent non violents physiquement pendant deux ans au maximum, les taux baissant sur des périodes de suivi plus longues (176, 177). Cependant, ces taux de succès sont à considérer en tenant compte du pourcentage d'abandon élevé que connaissent ces programmes dans l'ensemble, puisque entre le tiers et la moitié des hommes qui s'y inscrivent ne les terminent pas (176) et que bon nombre de ceux qui sont orientés vers eux ne s'y inscrivent jamais officiellement (178). Ainsi, il ressort d'une évaluation du programme britannique vedette de prévention de la violence que 65 % des hommes ne se présentaient pas à la première séance, 33 % participaient à moins de six séances et seulement 33 % passaient au deuxième volet (179).

Une évaluation récente de programmes proposés dans quatre villes des Etats-Unis conclut que

ENCADRE 4.2**La Ruta Crítica: étude des réponses apportées à la violence familiale**

En 1995, l'Organisation panaméricaine de la Santé a lancé une étude communautaire dans dix pays d'Amérique latine, à savoir le Belize, la Bolivie, le Costa Rica, l'Equateur, le Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua, le Panama et le Pérou. Elle avait pour objet d'enregistrer le processus suivi par une femme victime de violence familiale qui a décidé de rompre le silence et de demander de l'aide. Le nom espagnol de ce processus était *La Ruta Crítica* – le chemin critique –, en référence à la série de décisions et de mesures successivement prises par la femme qui prend conscience de la situation violente qu'elle vit et aux réactions de ceux et celles à qui elle demande de l'aide. Chaque mesure et chaque décision prises par la femme dans son cheminement a des répercussions sur ce que font les autres, y compris les fournisseurs de services et les membres de la communauté, et ce qu'ils font a une incidence sur la mesure suivante que prend la femme.

L'étude s'intéressait donc aux conséquences de la décision d'une femme de demander de l'aide, aux sources auxquelles elle s'adressait, à ses motivations, et aux attitudes et réactions tant des fournisseurs de services institutionnels que des personnes. Cette étude qualitative comprenait plus de 500 entrevues approfondies avec des femmes victimes de violence, plus d'un millier d'entrevues avec des fournisseurs de services, et une cinquantaine de séances de groupes de discussion.

Les femmes victimes de violence ont nommé plusieurs facteurs qui peuvent déclencher la décision d'agir. Par exemple, si la violence s'amplifie et devient plus fréquente, elles comprennent que l'agresseur ne changera pas. Ce qui est important aussi, c'est qu'elles s'aperçoivent que leur vie ou celle de leurs enfants est en danger. Tout comme les facteurs qui incitaient les femmes à agir, ceux qui les empêchaient de demander de l'aide étaient multiples et interdépendants.

Il ressort de l'étude que les considérations économiques semblent avoir plus de poids que les considérations affectives. Beaucoup de femmes, par exemple, se demandaient si elles seraient capables de subvenir à leurs propres besoins et à ceux de leurs enfants. Les femmes interrogées exprimaient souvent des sentiments de culpabilité, se faisaient des reproches et se trouvaient anormales. Elles parlaient aussi de corruption et de stéréotypes sexuels dans le système judiciaire et dans la police. La peur était cependant le principal facteur d'inhibition, car les femmes redoutaient que les conséquences soient pires que de rester dans la relation si elles parlaient à quelqu'un ou s'en allaient.

Il est évident à lire l'étude intitulée *Ruta Crítica* que de nombreux facteurs, tant internes qu'externes, influent sur la décision d'une femme maltraitée d'agir pour mettre un terme à la violence. Le processus est souvent long. Il arrive même qu'il prenne des années, et la femme essaiera plusieurs fois de demander de l'aide auprès d'un certain nombre de sources. Il est rare qu'un seul événement la pousse à agir brusquement. Les faits montrent que, malgré des obstacles énormes, les femmes maltraitées savent souvent se débrouiller pour chercher de l'aide et trouver des moyens d'atténuer la violence qui leur est infligée.

la plupart des femmes maltraitées se sentent « mieux » et « en sécurité » après que leur partenaire a commencé un traitement (177). Cependant, cette étude conclut également qu'au bout de 30 mois, près de la moitié des hommes s'étaient de nouveau montrés violents une fois et 23 % avaient recouru à la violence à de multiples reprises en infligeant de graves blessures, tandis que 21 %

des hommes ne se montraient violents ni physiquement ni verbalement. Au total, 60 % des couples s'étaient séparés et 24 % n'étaient plus en contact.

D'après un examen international effectué dernièrement par des chercheurs de l'Université de North London, en Angleterre (179), les évaluations donnent toutes à penser que les programmes de traitement fonctionnent mieux :

ENCADRE 4.3**Promouvoir la non-violence : quelques exemples de programmes de prévention primaire**

Voici quelques exemples, parmi tant d'autres dans le monde, de programmes novateurs destinés à prévenir la violence entre partenaires intimes.

A Calabar, au Nigéria, la *Girl's Power Initiative* est ciblée sur les jeunes filles. Pendant trois ans, elles se réunissent toutes les semaines afin de parler de différentes questions relatives à la sexualité, à la santé et aux droits des femmes, aux relations et à la violence familiale. Le programme, conçu pour renforcer l'estime de soi et enseigner des techniques d'autoprotection, porte sur des sujets précis, comme les attitudes sociétales qui exposent les femmes au danger de viol et la différence à faire entre l'amour et un béguin.

A Toronto, au Canada, *Education Wife Assault* travaille avec les immigrées et les réfugiées, dans le cadre d'ateliers d'acquisition de techniques, pour les aider à mettre sur pied des campagnes de prévention de la violence adaptées à la culture de leurs communautés. *Education Wife Assault* offre une assistance technique qui permet aux femmes de mener leurs propres campagnes. Parallèlement, le programme offre également un soutien psychologique aux organisatrices afin de les aider à surmonter la discrimination à laquelle sont souvent confrontées les femmes qui font campagne contre la violence familiale parce que certains considèrent que leur action menace la cohésion de la communauté.

Au Mexique, l'Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, organisation non gouvernementale, a créé un atelier pour les adolescents afin d'aider à prévenir la violence dans les relations amicales et amoureuses. Le projet, intitulé « Visages et masques de la violence », utilise des techniques de pédagogie active pour aider les jeunes à réfléchir à leurs attentes et à ce qu'ils pensent de l'amour, du désir et des relations sexuelles, et à comprendre en quoi les jeux de rôles traditionnels peuvent inhiber le comportement, tant chez les hommes que chez les femmes.

A Trinité-et-Tobago, l'organisation non gouvernementale SERVOL (Service bénévole pour tous) propose des ateliers sur 14 semaines aux adolescents pour les aider à développer des relations saines et acquérir des compétences parentales. Le projet aide les jeunes à comprendre en quoi la façon dont ils sont eux-mêmes élevés contribue à façonner leur personnalité et leur apprend comment ne pas répéter les erreurs que leurs parents et d'autres membres de leur famille ont peut-être commises en élevant leurs enfants. Les adolescents apprennent donc à reconnaître et à gérer leurs émotions, et ils sont plus sensibles au fait que des traumatismes physiques et psychologiques subis à un jeune âge peuvent mener à un comportement destructeur plus tard dans la vie.

- s'ils continuent sur des périodes plus longues que courtes ;
- s'ils changent suffisamment l'attitude des hommes pour qu'ils acceptent de parler de leur comportement ;
- si la participation au programme est régulière ;
- s'ils travaillent en tandem avec la justice pénale, qui intervient de manière stricte en cas d'infraction aux conditions du programme.

A Pittsburgh, en Pennsylvanie, aux États-Unis, par exemple, le taux d'absence est passé de 36 % à 6 % entre 1994 et 1997, après que la justice ait commencé à émettre des mandats d'arrestation contre les hommes qui ne se présentaient pas à l'entrevue initiale de leur programme (179).

Interventions des services de santé

Depuis quelques années, on s'efforce de changer la réponse des fournisseurs de soins de santé aux victimes de violence. La plupart des femmes sont en

contact avec le système de santé à un moment de leur vie, pour demander des contraceptifs, par exemple, ou pour accoucher ou faire soigner leurs enfants. Le cadre médical devient donc un endroit important où l'on peut repérer les femmes maltraitées, les aider et, si nécessaire, les orienter vers des services spécialisés. Malheureusement, les études montrent que, dans la plupart des pays, les médecins et les infirmières demandent rarement aux femmes si elles sont maltraitées et ne cherchent même pas à voir des signes évidents de violence (180–186).

Les interventions existantes visent principalement à sensibiliser les fournisseurs de soins de santé, à encourager le dépistage systématique de la violence et à rédiger des protocoles pour la bonne gestion des cas de violence. Un nombre croissant de pays, dont le Brésil, l'Irlande, la Malaisie, le Mexique, le Nicaragua, les Philippines et l'Afrique du Sud, ont mis sur pied des projets pilote de formation des travailleurs de la santé afin de les aider à repérer les cas de violence et à savoir quoi faire (187–189). Plusieurs pays d'Amérique latine ont également intégré à leur politique du secteur de la santé des lignes directrices relatives à la violence familiale (190).

D'après la recherche, c'est en modifiant la procédure de traitement des clients, par exemple, en apposant un tampon sur le dossier du client comme rappel pour le fournisseur de soins ou en intégrant des questions sur la violence sur les fiches de renseignements, que l'on parvient le mieux à changer le comportement des fournisseurs de soins de santé (191, 192).

Il est important aussi de s'attaquer aux croyances et aux attitudes profondément ancrées. En Afrique du Sud, le projet de formation et de prévention de la violence familiale d'Agisanang et son partenaire, l'Unité de développement des systèmes de santé de l'Université de Witwatersrand, ont mis sur pied un cours sur la santé génésique et sur la problématique homme-femme qui comprend un volet important sur la violence familiale. On y utilise des dictons populaires, des chansons de mariage et des jeux de rôles dans un exercice qui a pour but de disséquer des idées courantes sur la violence et les rôles que l'on s'attend à voir jouer par les hommes et les

femmes. Après cet exercice, il y a une discussion sur la responsabilité des infirmières en tant que professionnelles de la santé. Il ressort du questionnaire de sondage rempli par les participants à la fin du cours que ceux-ci ne croyaient plus qu'il est justifié de battre une femme et que la plupart acceptaient l'idée qu'une femme puisse être violée par son mari.

Le dépistage actif de la violence, en interrogeant les clients sur des antécédents possibles de violence infligée par des partenaires intimes, est généralement considéré comme une bonne méthode en la matière. Cependant, les études ne cessent de montrer que, si les femmes se réjouissent d'être interrogées sur la violence sans être jugées par leur interlocuteur (181, 182, 193), il n'y a pas vraiment d'évaluation systématique pour savoir si le dépistage de la violence contribue à améliorer la sécurité des femmes ou à les inciter à prendre plus soin de leur santé et, si tel est le cas, dans quelles conditions (194).

Interventions communautaires

Travail de sensibilisation

Le travail de sensibilisation effectué par les organisations non gouvernementales joue un rôle important face à la violence exercée par les partenaires. Les personnes chargées de cette sensibilisation, qui sont souvent des éducateurs de pairs, vont voir les victimes de la violence chez elles et dans les communautés. Souvent, les organisations non gouvernementales recrutent et forment des gens dans les rangs de leurs anciens clients qui ont eux-mêmes été victimes de violence familiale.

On sait que les projets gouvernementaux et non gouvernementaux emploient des « intervenants », c'est-à-dire des personnes qui donnent aux femmes maltraitées informations et conseils et qui les aident plus particulièrement à ne pas se perdre dans les méandres de la justice, des services de protection de la famille et des autres prestations. Ces personnes, qui se concentrent sur les droits des victimes de la violence, travaillent à partir d'institutions telles que des postes de police, les bureaux de procureurs et les hôpitaux.

Plusieurs programmes de sensibilisation ont été évalués. Dans le cadre du projet intitulé *Domestic*

Violence Matters mis en place dans le quartier d'Islington, à Londres, en Angleterre, des intervenants civils travaillent dans les postes de police locaux et on leur a donné pour tâche de communiquer avec toutes les victimes de violence exercée par un partenaire dans les 24 heures qui suivent leur appel à la police. Une autre initiative lancée à Londres, dans les quartiers de Hammersmith et de Fulham, sous le nom *Domestic Violence Intervention*, allie un programme d'éducation à l'intention des hommes violents et des interventions appropriées auprès de leur partenaire. Il ressort d'un récent examen de ces programmes que le projet d'Islington a permis de réduire le nombre des appels répétés à la police et, par conséquent, de faire reculer la violence. Parallèlement, les femmes recourent plus aux nouveaux services, y compris aux refuges, aux conseils juridiques et aux groupes de soutien. Quant au deuxième projet, il a permis de communiquer avec plus de femmes appartenant à des groupes ethniques minoritaires et des professions libérales que les autres services aux victimes de violence familiale (195).

Interventions communautaires coordonnées

Des conseils de coordination et des forums interorganisations sont de plus en plus populaires comme moyens de suivi des interventions communautaires visant la violence à l'encontre des partenaires intimes, l'objectif étant d'améliorer ces interventions (166) :

- en échangeant des renseignements ;
- en cernant et réglant les problèmes de prestation des services ;
- en encourageant les bonnes pratiques par la formation et la rédaction de lignes directrices ;
- en suivant les cas et en procédant à des vérifications institutionnelles afin d'évaluer les pratiques de différents organismes ;
- en favorisant le travail de sensibilisation et de prévention communautaire.

Ce type d'intervention, qui s'inspire de programmes pilotes originaux mis sur pied en Californie, dans le Massachusetts et dans le Minnesota, aux États-Unis, a été repris dans le reste

de ce pays ainsi qu'au Canada, au Royaume-Uni et dans certaines régions d'Amérique latine.

L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), par exemple, a lancé des projets pilotes dans seize pays d'Amérique latine afin d'essayer cette approche en milieu urbain et rural. En milieu rural siègent aux conseils de coordination des personnes telles que le prêtre local, le maire, des promoteurs de la santé communautaire, des magistrats et des représentantes d'organisations féminines. Le projet de l'OPS a commencé par une étude technique qualitative intitulée *La Ruta Crítica* qui visait à examiner ce qui arrive aux femmes des communautés rurales quand elles demandent de l'aide, et les résultats sont résumés à l'encadré 4.2.

Les interventions communautaires de ce type sont rarement évaluées. Une étude conclut à une augmentation statistiquement significative de la proportion d'appels à la police qui ont abouti à des arrestations, ainsi que de la proportion d'arrestations qui ont débouché sur des poursuites, après que le projet d'intervention communautaire ait été mis en place (196). L'étude conclut aussi à une augmentation sensible de la proportion d'hommes tenus de suivre une thérapie dans chacune des communautés, encore que l'on ne connaisse pas vraiment l'incidence de ces interventions, le cas échéant, sur les taux de violence.

Il ressort d'évaluations qualitatives que beaucoup de ces interventions mettent principalement l'accent sur la coordination des refuges et de la justice pénale, aux dépens d'une plus large participation des communautés religieuses, des écoles, du système de santé et d'autres organismes proposant des services sociaux. Une récente étude de forums interorganisations au Royaume-Uni conclut que, même si les conseils de coordination permettent d'offrir de meilleurs services aux femmes et aux enfants, le travail interorganisations peut avoir l'effet d'un écran de fumée et cacher le fait qu'en réalité, peu de choses changent. Les auteurs de l'étude expliquent que les organisations devraient définir clairement des critères d'auto-évaluation qui couvrent la satisfaction des usagers et les changements réels intervenus dans les polices et les pratiques (197).

Campagnes de prévention

Les organisations féminines utilisent depuis longtemps les campagnes de communication, les médias à petite échelle et d'autres moyens pour essayer de sensibiliser davantage à la violence exercée par les partenaires et de changer les comportements. Les faits montrent que ces campagnes touchent un grand nombre de personnes, mais on n'en a évalué que quelques-unes afin d'en connaître l'efficacité pour ce qui est de changer les attitudes ou les comportements. Dans les années 1990, par exemple, un réseau d'organisations féminines nicaraguayennes a organisé une campagne médiatique annuelle afin de sensibiliser davantage à l'impact de la violence contre les femmes (198). Avec des slogans tels que « *Quiero vivir sin violencia* » (Je veux vivre sans violence), ces campagnes ont mobilisé les communautés contre la violence. De même, de concert avec plusieurs autres organismes des Nations Unies, le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme a financé une série de campagnes régionales contre la violence masculine contre les femmes, sous le titre « Une vie sans violence : c'est notre droit » (199). Le projet de santé multimédia baptisé *Soul City*, en Afrique du Sud, est un des projets de communication évalués. Il combine des feuillets télévisés et radiophoniques diffusés aux heures de grande écoute et d'autres activités éducatives. Un de ses volets porte expressément sur la violence familiale (voir encadré 9.1, chapitre 9). Il ressort de cette évaluation que la population-cible en sait plus sur la violence familiale, qu'elle y est davantage sensibilisée, qu'elle est plus disposée à agir, et que les attitudes et les normes changent.

Programmes scolaires

Malgré un nombre croissant d'initiatives de prévention de la violence qui visent les jeunes, seul un petit nombre concernent précisément le problème de la violence dans les relations intimes. Pourtant, il y a amplement la place pour des documents sur les relations, les rôles des hommes et des femmes, la coercition et le contrôle dans les programmes existants destinés à lutter contre la violence à l'école, l'intimidation, la délinquance et

d'autres problèmes de comportement, ainsi que dans les programmes sur la santé génésique et en matière de sexualité.

Les programmes destinés aux jeunes qui traitent explicitement de la violence dans les relations intimes dépendent généralement d'initiatives lancées par des organismes qui s'efforcent de mettre fin à la violence contre les femmes (voir encadré 4.3). Seule une poignée de ces programmes ont été évalués, dont un programme canadien (200) et deux programmes américains (201, 202). Ces évaluations, pour lesquelles on a utilisé des concepts expérimentaux, ont conclu à des changements positifs dans les connaissances et les attitudes par rapport à la violence dans les relations (voir également 203). Un des programmes américains a donné lieu à une réduction de la violence après un mois. Bien que ses effets sur le comportement se soient dissipés au bout d'un an, son incidence sur les normes de violence au sein de relations intimes, sur les techniques de résolution des conflits et sur les connaissances a perduré (201).

Principes de bonnes pratiques

La sagesse croissante accumulée au fil des années par les fournisseurs de services, les intervenants et les chercheurs au sujet de la violence familiale amène à proposer un ensemble de principes afin de guider les « bonnes pratiques » dans ce domaine. Ces principes sont les suivants :

- Des mesures devraient être prises à l'échelle nationale et locale pour lutter contre la violence.
- La sécurité des femmes et leur participation à la définition et à la réalisation des projets devraient guider toutes les décisions relatives à des interventions.
- Les efforts visant à changer la réaction des institutions, y compris de la police, des travailleurs de la santé et de la justice, devraient aller au-delà de la formation afin de changer les cultures institutionnelles.
- Les interventions devraient couvrir tout un éventail de secteurs et être coordonnées entre elles.

Action à tous les niveaux

Une leçon importante se dégage des efforts déployés pour prévenir la violence, à savoir que les mesures devraient être prises à l'échelle nationale et locale. A l'échelle nationale, il faut en priorité améliorer la condition de la femme, adopter des normes, des politiques et des lois appropriées en ce qui concerne la violence, et créer un environnement social propice à des relations non violentes.

Beaucoup de pays, industrialisés et en développement, ont trouvé utile d'instaurer un mécanisme officiel pour l'élaboration et la réalisation de plans d'action nationaux. Ces plans devraient comprendre des objectifs, des chaînes de responsabilité et des calendriers clairs. Ils devraient aussi bénéficier de ressources suffisantes.

L'expérience donne cependant à penser que les seuls efforts nationaux ne suffisent pas à transformer le paysage de la violence intime. Même dans les pays industrialisés où il existe des mouvements nationaux contre la violence familiale depuis plus de 25 ans, les options qui s'offrent à une femme maltraitée et les réactions qu'elle risque de rencontrer dans des institutions telles que la police, varient encore beaucoup d'une localité à l'autre. Lorsque des gens s'organisent dans la communauté et que des groupes assurent des formations et surveillent les activités des institutions officielles, les victimes de violence sont beaucoup mieux traitées qu'ailleurs (204).

Participation des femmes

Les interventions devraient être conçues de manière à travailler avec les femmes, car elles sont généralement les meilleurs juges de leur situation, et à respecter leurs décisions. De récents examens de divers programmes de prévention de la violence familiale appliqués dans les Etats indiens du Gujarat, du Karnataka, du Madhya Pradesh et du Maharashtra, par exemple, montrent tous que le succès ou l'échec des projets dépend dans une large mesure de l'attitude des organisateurs par rapport à la violence à l'encontre des partenaires intimes et de la place prioritaire qu'ils accordent aux intérêts des femmes dans la planification des interventions et dans leur mise en œuvre (205).

Lorsque l'on planifie des interventions et qu'on les met en œuvre, il faudrait aussi prendre soigneusement en considération la sécurité des femmes. Les interventions où la sécurité et l'autonomie des femmes sont des priorités se révèlent généralement plus fructueuses que les autres. Par exemple, les lois exigeant que les travailleurs de la santé signalent à la police les cas présumés de violence inquiètent certains, car ce type d'intervention prive de tout contrôle et se révèle habituellement improductif. De plus, il risque fort de mettre les femmes en danger et elles seront moins portées à chercher à se faire soigner (206–208). Ces lois transforment également les travailleurs de la santé en auxiliaires de justice, ce qui va à l'encontre de la protection psychologique que le cadre du dispensaire est supposé apporter (150).

Changer les cultures institutionnelles

Les interventions de courte durée visant à sensibiliser les acteurs institutionnels n'apportent habituellement guère de changements durables, à moins que l'on s'efforce vraiment de mobiliser toute l'institution. La nature de la direction de l'organisation, la façon dont le travail est évalué et récompensé, et les croyances et préjugés culturels profondément ancrés revêtent tous une importance considérable à cet égard (209, 210). Dans le cas de la réforme des méthodes du secteur des soins de santé, la formation suffit rarement à elle seule à changer le comportement institutionnel envers les victimes de violence (211, 212). La formation permet certes d'améliorer les connaissances et les méthodes à court terme, mais son incidence se dissipe rapidement en général, à moins que l'on modifie parallèlement les politiques institutionnelles, notamment en ce qui concerne la performance (211, 213).

Approche multisectorielle

Divers secteurs, comme la police, les services de santé, la justice et les services d'aide sociale devraient s'attaquer ensemble au problème des relations violentes. On a toujours eu tendance à concentrer les programmes dans un seul secteur, ce qui donne très souvent de piètres résultats (155).

Recommandations

Les faits montrent la gravité de la violence exercée contre les femmes par des partenaires intimes. Ils montrent aussi qu'il s'agit d'un problème que l'on retrouve dans toutes les régions du monde. En outre, les conséquences néfastes de la violence sur la santé physique et mentale des femmes ainsi que sur leur bien-être général sont de plus en plus documentées. Voici donc les principales mesures recommandées :

- Au cours des dix prochaines années, les gouvernements et les autres donateurs devraient être encouragés à investir beaucoup plus dans la recherche sur la violence exercée par des partenaires intimes.
- Les programmes devraient viser davantage à permettre aux familles, aux cercles d'amis et aux groupes communautaires, y compris aux communautés religieuses, de faire face au problème de la violence exercée par les partenaires.
- Les programmes relatifs à la violence exercée par les partenaires devraient être intégrés à d'autres programmes, comme ceux qui s'attaquent à la violence chez les jeunes, au problème des adolescentes enceintes, à la toxicomanie et à d'autres formes de violence familiale.
- Les programmes devraient mettre plus l'accent sur la prévention primaire de la violence exercée par les partenaires intimes.

Recherche sur la violence exercée par les partenaires intimes

Faute de bien comprendre en théorie les causes de la violence exercée par les partenaires intimes et le rapport entre cette forme de violence et d'autres formes de violence interpersonnelle, il est impossible de trouver une réponse mondiale efficace. Des études sont donc nécessaires sur différents fronts pour mieux comprendre la violence et, notamment :

- Des études où l'on examine la prévalence, les conséquences, les facteurs de risque et les facteurs de protection en matière de violence exercée par les partenaires intimes dans

différents contextes culturels, en utilisant des méthodologies normalisées.

- Des recherches longitudinales sur la trajectoire temporelle du comportement violent des partenaires intimes où l'on cherche à déterminer si et en quoi elle diffère du développement d'autres comportements violents.
- Des études consacrées à l'incidence de la violence sur la vie d'une personne, où l'on se penche sur l'impact relatif de différents types de violence sur la santé et le bien-être et où l'on cherche à déterminer si les effets sont cumulatifs.
- Des études qui examinent la vie d'adultes qui sont en bonne santé et vivent des relations non violentes, malgré des expériences passées connues pour augmenter le risque de violence.

De plus, les interventions doivent faire l'objet de beaucoup plus de recherche, tant pour exercer des pressions auprès des décideurs afin d'obtenir plus d'investissements que pour améliorer la conception et l'exécution des programmes. Au cours de la prochaine décennie, la priorité devrait aller à ce qui suit :

- La documentation des diverses stratégies et interventions utilisées dans le monde pour combattre la violence exercée par des partenaires intimes.
- Des études évaluant le coût économique de la violence exercée par des partenaires intimes.
- L'évaluation des effets à court et à long terme des programmes destinés à prévenir la violence exercée par des partenaires et à lutter contre ce type de violence, y compris les programmes scolaires, les changements apportés aux lois et aux politiques, les services aux victimes de violence, les programmes ciblés sur les auteurs de violence et les campagnes visant à changer les attitudes et les comportements sociaux.

Renforcer les sources de soutien non officielles

Bien des femmes ne demandent pas l'aide des services ou des systèmes officiels qui sont à leur disposition. Il est donc essentiel d'élargir les sources

de soutien non officielles, entre autres sur les lieux de travail, en créant des réseaux de voisinage et des réseaux d'amis, de groupes communautaires et religieux, notamment (6, 61, 183, 214). Selon la réaction de ces groupes informels et de ces personnes, une femme maltraitée par son partenaire décidera ou pas de prendre des mesures ou de s'isoler et de se faire des reproches (214).

Il est tout à fait possible de mettre en place des programmes qui permettent des réponses constructives de la part de la famille et des amis. Ainsi, un programme novateur offert à Iztacalco, au Mexique, s'appuyait sur des manifestations communautaires, des médias à petite échelle – comme des affiches, des brochures et des cassettes audio – et des ateliers pour aider les victimes de violence à parler de ce qu'elles avaient subi et pour expliquer à leurs amis et à leur famille quelle attitude adopter dans ces situations (215).

S'associer à d'autres programmes sociaux

Il y a un chevauchement considérable entre les facteurs qui accroissent le risque de divers comportements problématiques (216). Il semble aussi y avoir une nette continuité entre le comportement agressif pendant l'enfance et une série de problèmes de comportement pendant la jeunesse et les premières années de l'âge adulte (voir chapitre 2). De plus, la recherche se recoupe quant à ce qu'elle a permis d'apprendre sur ces types de violence. Il est manifestement nécessaire d'intervenir rapidement auprès des familles à risque élevé et de leur offrir des services, notamment de soutien, avant que les schémas de comportement dysfonctionnel s'installent et deviennent les précurseurs d'un comportement violent à l'adolescence ou à l'âge adulte.

Malheureusement, il y a peu de coordination à l'heure actuelle entre les programmes ou la recherche sur la violence chez les jeunes, les mauvais traitements à enfant, la toxicomanie et la violence exercée par des partenaires, malgré le fait que tous ces problèmes coexistent régulièrement dans les familles. Si l'on veut vraiment progresser, il faut prêter attention au développement des schémas

de comportement agressif, schémas qui commencent souvent pendant l'enfance. Les mesures de prévention intégrée qui visent les liens entre différents types de violence peuvent réduire certaines formes de violence.

Investir dans la prévention primaire

L'importance de la prévention primaire de la violence exercée par des partenaires intimes est souvent éclipsée par celle d'un grand nombre de programmes qui, naturellement, s'efforcent de faire face aux nombreuses conséquences immédiates de la violence.

Les décideurs et les militants en la matière doivent accorder plus de priorité à la tâche certes immense qui consiste à créer un environnement social propice à l'épanouissement de relations personnelles équilibrées et non violentes. Cet environnement doit reposer sur la nouvelle génération d'enfants, qui devraient arriver à l'âge adulte mieux préparée que leurs parents en général à gérer leurs relations et à résoudre les conflits qui s'y présenteront, avec plus de possibilités d'avenir, et des notions plus appropriées des rapports entre hommes et femmes et du partage du pouvoir entre eux.

Conclusion

La violence exercée par des partenaires intimes est un problème de santé publique important. L'intervention de nombreux secteurs travaillant de concert au niveau communautaire, national et international est nécessaire pour en venir à bout. A chaque niveau, les mesures prises doivent viser notamment à rendre les femmes et les filles plus autonomes, à sensibiliser les hommes au problème, à répondre aux besoins des victimes et à durcir les sanctions pour les agresseurs. Il est essentiel que ces mesures visent également les enfants et les jeunes, et qu'elles mettent l'accent sur le changement des normes communautaires et sociétales. Les progrès accomplis dans chacun de ces domaines contribueront à la réduction générale de la violence exercée par des partenaires intimes.

Bibliographie

1. Crowell N, Burgess AW. *Understanding violence against women*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Academy Press, 1996.
2. Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women : the hidden health burden*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque mondiale, 1994 (Discussion Paper No. 255).
3. Koss MP et al. *No safe haven : male violence against women at home, at work, and in the community*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), American Psychological Association, 1994.
4. Butchart A, Brown D. Non-fatal injuries due to interpersonal violence in Johannesburg-Soweto : incidence, determinants and consequences. *Forensic Science International*, 1991, 52 :35–51.
5. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women : findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000 (NCJ 183781).
6. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
7. *Violence against women : a priority health issue*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (document non publié WHO/FRH/WHO/97.8).
8. Yoshihama M, Sorenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates : experiences of women in Japan. *Violence and Victims*, 1994, 9 :63–77.
9. Ellsberg MC et al. Candies in hell : women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51 :1595–1610.
10. Leibrich J, Paulin J, Ransom R. *Hitting home : men speak about domestic abuse of women partners*. Wellington (Nouvelle-Zélande), New Zealand Department of Justice and AGB McNair, 1995.
11. Granados Shiroma M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer : un análisis desde la perspectiva de género. [Santé génésique et violence contre les femmes : analyse du point de vue sexospécifique]* Nuevo León (Mexique), Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población, 1996.
12. Ellsberg MC et al. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1999, 89 :241–244.
13. Mooney J. *The hidden figure : domestic violence in North London*. Londres (Royaume-Uni), Middlesex University, 1993.
14. Ellsberg M et al. Researching domestic violence against women : methodological and ethical considerations. *Studies in Family Planning*, 2001, 32 :1–16.
15. *Putting women first : ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (document non publié WHO/FCH/GWH/01.01).
16. Saltzman LE et al. *Intimate partner surveillance : uniform definitions and recommended data elements*, Version 1.0. Atlanta, Géorgie (Etats-Unis d'Amérique), National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.
17. Ellsberg M, Heise L, Shrader E. *Researching violence against women : a practical guide for researchers and advocates*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Center for Health and Gender Equity, 1999.
18. Smith PH, Smith JB, Earp JAL. Beyond the measurement trap : a reconstructed conceptualization and measurement of battering. *Psychology of Women Quarterly*, 1999, 23 :177–193.
19. Rodgers K. Wife assault : the findings of a national survey. *Juristat Bulletin Service*, 1994, 14 :1–22.
20. Cabaraban M, Morales B. *Social and economic consequences for family planning use in southern Philippines*. Cagayan de Oro, Research Institute for Mindanao Culture, Xavier University, 1998.
21. Cabrejos MEB et al. *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. [Les chemins suivis par les femmes qui ont rompu le silence : étude qualitative des femmes victimes de violence familiale qui cherchent de l'aide]* Lima (Pérou), Proyecto Violencia Contra las Mujeres y las Niñas et Organisation mondiale de la Santé, 1998.
22. Mouzos J. *Femicide : the killing of women in Australia 1989–1998*. Canberra (Australie), Australian Institute of Criminology, 1999.
23. Juristat. *L'homicide au Canada*. Ottawa (Canada), Statistique Canada, 1998.
24. Gilbert L. Urban violence and health : South Africa 1995. *Social Science and Medicine*, 1996, 43 :873–886.
25. Bailey JE et al. Risk factors for violent death of women in the home. *Archives of Internal Medicine*, 1997, 157 :777–782.

26. Fox JA, Zawitz MW. *Homicide trends in the United States*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Bureau of Justice Statistics, United States Department of Justice, 1999.
27. Carcach C, James M. *Homicide between intimate partners in Australia*. Canberra (Australie), Australian Institute of Criminology, 1998.
28. *When men murder women: an analysis of 1996 homicide data*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Violence Policy Center, 2000.
29. Karkal M. How the other half dies in Bombay. *Economic and Political Weekly*, 24 août 1985 :1424.
30. Mercy JA et al. Intentional injuries. In: Mashaly AY, Graitcer PL, Youssef ZM. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. Le Caire (Egypte), Rose El Youssef New Presses, 1993.
31. Johnson MP. Patriarchal terrorism and common couple violence: two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 1995, 57 :283-294.
32. Johnson MP, Ferraro KJ. Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 2000, 62 :948-963.
33. Kantor GK, Jasinski JL. Dynamics and risk factors in partner violence. In: Jasinski JL, Williams LM. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1998.
34. Morse BJ. Beyond the conflict tactics scale: assessing gender differences in partner violence. *Violence and Victims*, 1995, 10 :251-272.
35. Brush LD. Violent acts and injurious outcomes in married couples: methodological issues in the national survey of family and households. *Gender and Society*, 1990, 4 :56-67.
36. Centre canadien de la statistique juridique. *La violence familiale au Canada: un profil statistique*. Ottawa (Canada), Statistique Canada, 2000.
37. Saunders DG. When battered women use violence: husband-abuse or self-defense? *Violence and Victims*, 1986, 1 :47-60.
38. DeKeseredy WS et al. The meanings and motives for women's use of violence in Canadian college dating relationships: results from a national survey. *Sociological Spectrum*, 1997, 17 :199-222.
39. Schuler SR et al. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 1996, 43 :1729-1742.
40. Zimmerman K. *Plates in a basket will rattle: domestic violence in Cambodia: A summary*. Phnom Penh (Cambodge), Project Against Domestic Violence, 1995.
41. Michau L. Community-based research for social change in Mwanza, Tanzania. In: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington, DC, 9-11 January 1998*. Takoma Park, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Center for Health and Gender Equity, 1998 :4-9.
42. Armstrong A. *Culture and choice: lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe*. Harare (Zimbabwe), Violence Against Women in Zimbabwe Research Project, 1998.
43. Gonzalez Montes S. Domestic violence in Cuetzalan, Mexico: some research questions and results. In: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington, DC, 9-11 January 1998*. Takoma Park, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Center for Health and Gender Equity, 1998 :36-41.
44. Osakue G, Hilber AM. Women's sexuality and fertility in Nigeria. In: Petchesky R, Judd K. *Negotiating reproductive rights*. Londres (Royaume-Uni), Zed Books, 1998 :180-216.
45. Hassan Y. *The haven becomes hell: a study of domestic violence in Pakistan*. Lahore (Pakistan), Shirkat Gah Women's Resource Centre, 1995.
46. Bradley CS. Attitudes and practices relating to marital violence among the Tolai of East New Britain. In: *Domestic violence in Papua New Guinea*. Boroko (Papousie-Nouvelle-Guinée), Papua New Guinea Law Reform Commission, 1985 :32-71.
47. Jejeebhoy SJ. Wife-beating in rural India: a husband's right? *Economic and Political Weekly*, 1998, 33 :855-862.
48. El-Zanaty F et al. *Egypt demographic and health survey 1995*. Calverton, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Macro International, 1996.
49. Rosales J et al. *Encuesta Nicaraguense de demografía y salud, 1998. [Enquête démographique et sanitaire nicaraguayenne, 1998.]* Managua (Nicaragua), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 1999.
50. David F, Chin F. *Economic and psychosocial influences of family planning on the lives of women in Western Visayas*. Iloilo (Philippines), Central Philippines University and Family Health International, 1998.
51. Bawah AA et al. Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in northern Ghana. *Studies in Family Planning*, 1999, 30 :54-66.
52. Wood K, Jewkes R. Violence, rape, and sexual coercion: everyday love in a South African township. *Gender and Development*, 1997, 5 :41-46.

53. Khan ME et al. Sexual violence within marriage. *Seminar* (New Delhi) (Inde), 1996 :32–35.
54. Jenkins C for the National Sex and Reproduction Research Team. *National study of sexual and reproductive knowledge and behaviour in Papua New Guinea*. Goroka (Papousie-Nouvelle-Guinée), Papua New Guinea Institute of Medical Research, 1994.
55. Heise L. Violence against women : an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4 :262–290.
56. Rao V. Wife-beating in rural South India : a qualitative and econometric analysis. *Social Science and Medicine*, 1997, 44 :1169–1179.
57. Johnson H. *Dangerous domains : violence against women in Canada*. Ontario (Canada), International Thomson Publishing, 1996.
58. Romero M. *Violencia sexual y domestica : informe de la fase cuantitativa realizada en el centro de atencion a adolescentes de San Miguel de Allende*. [Violence familiale et sexuelle : rapport de la phase quantitative réalisée au centre de soins pour adolescents de San Miguel de Allende.] Mexico (Mexique), Conseil de la population, 1994.
59. Campbell J et al. Voices of strength and resistance : a contextual and longitudinal analysis of women's responses to battering. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 13 :743–762.
60. Dutton MA. Battered women's strategic response to violence : the role of context. In: Edelson JL, Eisikovits ZC. *Future interventions with battered women and their families*. Londres (Royaume-Uni), Sage, 1996 :105–124.
61. Sagot M. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina : estudios de caso de diez países*. [Le difficile chemin suivi par les femmes victimes de violence familiale en Amérique latine : études de cas de dix pays] Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Organisation panaméricaine de la Santé, 2000.
62. O'Conner M. *Making the links : towards an integrated strategy for the elimination of violence against women in intimate relationships with men*. Dublin (Irlande), Women's Aid, 1995.
63. Short L. Survivor's identification of protective factors and early warning signs in intimate partner violence. In: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women*, Washington, DC, 9–11 January 1998. Takoma Park, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Center for Health and Gender Equity, 1998 :27–31.
64. George A. Differential perspectives of men and women in Mumbai, India on sexual relations and negotiations within marriage. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6 :87–95.
65. Ellsberg M et al. Women's strategic responses to violence in Nicaragua. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, 55 :547–555.
66. Bunge VP, Levett A. *La violence familiale au Canada : un profil statistique*. Ottawa (Canada), Statistique Canada, 1998.
67. Campbell JC, Soeken KL. Women's responses to battering : a test of the model. *Research in Nursing and Health*, 1999, 22 :49–58.
68. Campbell JC. Abuse during pregnancy : progress, policy, and potential. *American Journal of Public Health*, 1998, 88 :185–187.
69. Landenburger KM. The dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1998, 27 :700–706.
70. Jacobson NS et al. Psychological factors in the longitudinal course of battering : when do the couples split up? When does the abuse decrease? *Violence and Victims*, 1996, 11 :371–392.
71. Campbell J. *Assessing dangerousness : violence by sexual offenders, batterers, and child abusers*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1995.
72. Wilson M, Daly M. Spousal homicide. *Juristat Bulletin Service*, 1994, 14 :1–15.
73. Counts DA, Brown J, Campbell J. *Sanctions and sanctuary : cultural perspectives on the beating of wives*. Boulder, Colorado (Etats-Unis d'Amérique), Westview Press, 1992.
74. Levinson D. *Family violence in cross-cultural perspective*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1989.
75. Dutton DG. *The domestic assault of women : psychological and criminal justice perspectives*. Vancouver (Colombie britannique), University of British Columbia Press, 1995.
76. Black DA et al. *Partner, child abuse risk factors literature review*. National Network of Family Resiliency, National Network for Health, 1999 (diffusé sur Internet à <http://www.nnh.org/risk>).
77. Moffitt TE, Caspi A. *Findings about partner violence from the Dunedin multi-disciplinary health and development study, New Zealand*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Institutes of Justice, 1999.
78. Larrain SH. *Violencia puertas adentro : la mujer golpeada*. [La violence derrière les portes closes : les femmes battues] Santiago (Chili), Editorial Universitaria, 1994.
79. Nelson E, Zimmerman C. *Household survey on domestic violence in Cambodia*. Phnom Penh

- (Cambodge), Ministry of Women's Affairs and Project Against Domestic Violence, 1996.
80. Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java, Indonesia*. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.
 81. Moreno Martín F. La violencia en la pareja. [*La violence entre partenaires.*] *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1999, 5 :245–258.
 82. Caeser P. Exposure to violence in the families of origin among wife abusers and maritally nonviolent men. *Violence and Victims*, 1998, 3 :49–63.
 83. Parry C et al. Alcohol-attributable fractions for trauma in South Africa. *Curationis*, 1996, 19 :2–5.
 84. Kyriacou DN et al. Emergency department-based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women. *Annals of Emergency Medicine*, 1998, 31 :502–506.
 85. McCauley J et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123 :737–746.
 86. International Clinical Epidemiologists Network (INCLEN). *Domestic violence in India*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), International Center for Research on Women and Centre for Development and Population Activities, 2000.
 87. Jewkes R et al. The prevalence of physical, sexual and emotional violence against women in three South African provinces. *South African Medical Journal*, 2001, 91 :421–428.
 88. Flanzer JP. Alcohol and other drugs are key causal agents of violence. In: Gelles RJ, Loseke DR. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1993 :171–181.
 89. Gelles R. Alcohol and other drugs are associated with violence – they are not its cause. In: Gelles RJ, Loseke DR. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1993 :182–196.
 90. MacAndrew D, Edgerton RB. *Drunken comportment: a social explanation*. Chicago, Illinois (Etats-Unis d'Amérique), Aldine, 1969.
 91. Abrahams N, Jewkes R, Laubshier R. *I do not believe in democracy in the home: men's relationships with and abuse of women*. Tyberberg, Centre for Epidemiological Research in South Africa, Medical Research Council, 1999.
 92. Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-Western society: an integrated theoretical approach. *Journal of Marriage and the Family*, 1994, 56 :131–146.
 93. Martin SL et al. Domestic violence in northern India. *American Journal of Epidemiology*, 1999, 150 :417–426.
 94. Gonzales de Olarte E, Gavilano Llosa P. Does poverty cause domestic violence? Some answers from Lima. In: Morrison AR, Biehl ML. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque interaméricaine de développement, 1999 :35–49.
 95. Straus M et al. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family*, 1986, 48 :465–479.
 96. Byrne CA et al. The socioeconomic impact of interpersonal violence on women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67 :362–366.
 97. Golding JM. Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples. *Research in Nursing and Health*, 1996, 19 :33–44.
 98. Leserman J et al. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, 1996, 58 :4–15.
 99. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151 :342–347.
 100. Walker E et al. Adult health status of women HMO members with histories of childhood abuse and neglect. *American Journal of Medicine*, 1999, 107 :332–339.
 101. McCauley J et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277 :1362–1368.
 102. Dickinson LM et al. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Archives of Family Medicine*, 1999, 8 :35–43.
 103. Felitti VJ et al. 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*, 1998, 14 :245–258.
 104. Koss MP, Woodruff WJ, Koss PG. Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage. *Behavioral Science and Law*, 1991, 9 :85–96.
 105. Follette V et al. Cumulative trauma: the impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 1996, 9 :25–35.

106. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health : a focus on research*. New York, (Etats-Unis d'Amérique), Conseil de la population, 1995.
107. Najera TP, Gutierrez M, Bailey P. *Bolivia : follow-up to the 1994 Demographic and Health Survey, and women's economic activities, fertility and contraceptive use*. Research Triangle Park, (Caroline du Nord), Family Health International, 1998.
108. Ballard TJ et al. Violence during pregnancy : measurement issues. *American Journal of Public Health*, 1998, 88 :274–276.
109. Campbell JC. Addressing battering during pregnancy : reducing low birth weight and ongoing abuse. *Seminars in Perinatology*, 1995, 19 :301–306.
110. Curry MA, Perrin N, Wall E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics and Gynecology*, 1998, 92 :530–534.
111. Gazmararian JA et al. Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association*, 1996, 275 :1915–1920.
112. Newberger EH et al. Abuse of pregnant women and adverse birth outcome : current knowledge and implications for practice. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267 :2370–2372.
113. Bullock LF, McFarlane J. The birth-weight/battering connection. *American Journal of Nursing*, 1989, 89 :1153–1155.
114. Murphy C et al. Abuse : a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 164 :1567–1572.
115. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy : effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology*, 1994, 84 :323–328.
116. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. Domestic violence during pregnancy and its relationship with birth weight. *Salud Publica Mexicana*, 1996, 38 :352–362.
117. Valladares E et al. *Physical abuse during pregnancy : a risk factor for low birth weight* [Thèse]. Umeå (Suède), Department of Epidemiology and Public Health, Umeå University, 1999.
118. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late : a community-based case–control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1998, 76 :591–598.
119. Fauveau V et al. Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976–85. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1988, 66 :643–651.
120. Dannenberg AL et al. Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1995, 172 :1557–1564.
121. Harper M, Parsons L. Maternal deaths due to homicide and other injuries in North Carolina : 1992–1994. *Obstetrics and Gynecology*, 1997, 90 :920–923.
122. Brown D. In Africa, fear makes HIV an inheritance. *Washington Post*, 30 Juin 1998, Section A :28.
123. Quigley M et al. Case–control study of risk factors for incident HIV infection in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2000, 5 :418–425.
124. Romkens R. Prevalence of wife abuse in the Netherlands : combining quantitative and qualitative methods in survey research. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12 :99–125.
125. Walker EA et al. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis : II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 1997, 59 :572–577.
126. Walker EA et al. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150 :1502–1506.
127. Delvaux M, Denis P, 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*, 1997, 9 :345–352.
128. Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Santé des femmes*, 1998, 4 :41–70.
129. Roberts GL et al. How does domestic violence affect women's mental health? *Santé des femmes*, 1998, 28 :117–129.
130. Ellsberg M et al. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. *American Psychologist*, 1999, 54 :30–36.
131. Fikree FF, Bhatti LI. Domestic violence and health of Pakistani women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1999, 65 :195–201.
132. Danielson KK et al. Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders : evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155 :131–133.
133. Bergman B et al. Suicide attempts by battered wives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 83 :380–384.
134. Kaslow NJ et al. Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African-American women. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology, 1998, 66:533-540.
135. Abbott J et al. Domestic violence against women : incidence and prevalence in an emergency department population. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273 :1763-1767.
 136. Amaro H et al. Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health*, 1990, 80 :575-579.
 137. Felitti VJ. Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *Southern Medical Journal*, 1991, 84 :328-331.
 138. Koss M. The impact of crime victimization of women's medical use. *Journal of Women's Health*, 1993, 2 :67-72.
 139. Morrison AR, Orlando MB. Social and economic costs of domestic violence : Chile and Nicaragua. In: Morrison AR, Biehl ML. *Too close to home : domestic violence in the Americas*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque interaméricaine de développement, 1999 :51-80.
 140. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. Health care utilization and history of trauma among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1997, 12 :165-172.
 141. IndiaSAFE Steering Committee. *IndiaSAFE final report*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), International Center for Research on Women, 1999.
 142. Browne A, Salomon A, Bassuk SS. The impact of recent partner violence on poor women's capacity to maintain work. *Violence Against Women*, 1999, 5 :393-426.
 143. Lloyd S, Taluc N. The effects of male violence on female employment. *Violence Against Women*, 1999, 5 :370-392.
 144. McCloskey LA, Figueredo AJ, Koss MP. The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development*, 1995, 66 :1239-1261.
 145. Edleson JL. Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 14 :839-870.
 146. Jouriles EN, Murphy CM, O'Leary KD. Interspousal aggression, marital discord, and child problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57 :453-455.
 147. Jaffe PG, Wolfe DA, Wilson SK. *Children of battered women*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1990.
 148. Jejeebhoy SJ. Associations between wife-beating and fetal and infant death : impressions from a survey in rural India. *Studies in Family Planning*, 1998, 29 :300-308.
 149. Åsling-Monemi K et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality : a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, sous presse.
 150. Chalk R, King PA. *Violence in families : assessing prevention and treatment programs*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Academy Press, 1998.
 151. Spindel C, Levy E, Connor M. *With an end in sight : strategies from the UNIFEM trust fund to eliminate violence against women*. New York, (Etats-Unis d'Amérique), Fonds de développement des Nations Unies pour la femme, 2000.
 152. Plichta SB. Identifying characteristics of programs for battered women. In: Leinman JM et al. *Addressing domestic violence and its consequences : a policy report of the Commonwealth Fund Commission on Women's Health*. New York, (Etats-Unis d'Amérique), Fonds du Commonwealth, 1998 :45.
 153. 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, 1996.
 154. Mehrotra A. *Gender and legislation in Latin America and the Caribbean*. New York, United Nations Development Programme Regional Bureau for Latin America and the Caribbean, 1998.
 155. Mitra N. *Best practices among response 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.
 156. Sherman LW, Berk RA. The specific deterrent effects of arrest for domestic assault. *American Sociological Review*, 1984, 49 :261-272.
 157. Garner J, Fagan J, Maxwell C. Published findings from the spouse assault replication program : a critical review. *Journal of Quantitative Criminology*, 1995, 11 :3-28.
 158. Fagan J, Browne A. Violence between spouses and intimates : physical aggression between women and men in intimate relationships. In: Reiss AJ, Roth JA. *Understanding and preventing violence : panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 3 : Social influences*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Academy Press, 1994 :115-292.
 159. Marciniak E. *Community policing of domestic violence : neighborhood differences in the effect of arrest*. College Park, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), University of Maryland, 1994.
 160. Sherman LW. The influence of criminology on criminal law : evaluating arrests for misdemeanor

- domestic violence. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1992, 83 :1–45.
161. National Institute of Justice and American Bar Association. *Legal interventions in family violence : research findings and policy implications*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), United States Department of Justice, 1998.
 162. Grau J, Fagan J, Wexler S. Restraining orders for battered women : issues of access and efficacy. *Women and Politics*, 1984, 4 :13–28.
 163. Harrell A, Smith B. Effects of restraining orders on domestic violence victims. In : Buzawa ES, Buzawa CG. *Do arrests and restraining orders work?* Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1996.
 164. Buzawa ES, Buzawa CG. *Domestic violence : the criminal justice response*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1990.
 165. Keilitz S et al. *Civil protection orders : victims' views on effectiveness*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Institute of Justice, 1998.
 166. Littel K et al. *Assessing the justice system response to violence against women : a tool for communities to develop coordinated responses*. Pennsylvanie, Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence, 1998 (diffusé sur Internet à <http://www.vaw.umn.edu/Promise/PP3.htm>).
 167. Larrain S. Curbing domestic violence : two decades of activism. In : Morrison AR, Biehl ML. *Too close to home : domestic violence in the Americas*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque interaméricaine de développement, 1999 :105–130.
 168. Poonacha V, Pandey D. Response to domestic violence in Karnataka and Gujarat. In : Duvvury N. *Domestic violence in India*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), International Center for Research on Women, 1999 :28–41.
 169. Estremadoyro J. *Violencia en la pareja : comisariás de mujeres en el Perú*. [La violence dans le couple : des commissariats de femmes au Pérou] Lima (Pérou), Ediciones Flora Tristan, 1993.
 170. Hautzinger S. *Machos and policewomen, battered women and anti-victims : combatting violence against women in Brazil*. Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Johns Hopkins University, 1998.
 171. Mesquita da Rocha M. Dealing with crimes against women in Brazil. In : Morrison AR, Biehl L. *Too close to home : domestic violence in the Americas*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque interaméricaine de développement, 1999 :151–154.
 172. Thomas DQ. In search of solutions : women's police stations in Brazil. In : Davies M, ed. *Women and violence : realities and responses worldwide*. Londres (Royaume-Uni), Zed Books, 1994 :32–43.
 173. Corsi J. Treatment for men who batter women in Latin America. *American Psychologist*, 1999, 54 :64.
 174. Cervantes Islas F. Helping men overcome violent behavior toward women. In : Morrison AR, Biehl ML. *Too close to home : domestic violence in the Americas*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque interaméricaine de développement, 1999 :143–147.
 175. Axelson BL. Violence against women : a male issue. *Choices*, 1997, 26 :9–14.
 176. Edleson JL. Intervention for men who batter : a review of research. In : Stith SR, Staus MA. *Understanding partner violence : prevalence, causes, consequences and solutions*. Minneapolis, Minnesota (Etats-Unis d'Amérique), National Council on Family Relations, 1995 :262–273.
 177. Gondolf E. *A 30-month follow-up of court-mandated batterers in four cities*. Indiana, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Mid-Atlantic Addiction Training Institute, Indiana University of Pennsylvania, 1999 (diffusé sur Internet à <http://www.iup.edu/maati/publications/30MonthFollowup.shtml>).
 178. Gondolf EW. Batterer programs : what we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12 :83–98.
 179. Mullender A, Burton S. *Reducing domestic violence : what works? Perpetrator programmes*. Londres (Royaume-Uni), Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
 180. Sugg NK et al. Domestic violence and primary care : attitudes, practices, and beliefs. *Archives of Family Medicine*, 1999, 8 :301–306.
 181. Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *Southern Medical Journal*, 1997, 90 :1075–1080.
 182. Friedman LS et al. Inquiry about victimization experiences : a survey of patient preferences and physician practices. *Archives of Internal Medicine*, 1992, 152 :1186–1190.
 183. *Ruta crítica que siguen las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar : análisis y resultados de investigación*. [Les victimes de violence familiale demandent de l'aide : analyse et résultats de recherche] Panama (Panama), Organisation panaméricaine de la Santé, 1998.
 184. Cohen S, De Vos E, Newberger E. Barriers to physician identification and treatment of family violence : lessons from five communities. *Academic Medicine*, 1997, 72(1 Suppl.) :S19–S25.

185. Fawcett G et al. *Detección y manejo de mujeres víctimas de violencia doméstica: desarrollo y evaluación de un programa dirigido al personal de salud*. [Repérage des femmes victimes de violence familiale et intervention: mise en œuvre et évaluation d'un programme destiné aux travailleurs de la santé] Mexico (Mexique), Conseil de la population, 1998.
186. Watts C, 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 :31–35.
187. d'Oliviera AFL, Schraiber L. Violence against women: a physician's concern? In: *Fifteenth FIGO World Congress of Gynaecology and Obstetrics, Copenhagen, Denmark, 3–8 August 1997*. Londres (Royaume-Uni), Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, 1997 :157–163.
188. Leye E, Githaniga A, Temmerman M. *Health care strategies for combating violence against women in developing countries*. Gand (Belgique), International Centre for Reproductive Health, 1999.
189. *Como atender a las mujeres que viven situaciones de violencia doméstica? Orientaciones básicas para el personal de salud*. [Aide aux femmes victimes de violence familiale: directives fondamentales pour le personnel de santé] Managua (Nicaragua), Red de Mujeres Contra la Violencia, 1999.
190. *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. (Etats-Unis d'Amérique), Organisation panaméricaine de la Santé, 1999.
191. Olson L et al. Increasing emergency physician recognition of domestic violence. *Annals of Emergency Medicine*, 1996, 27 :741–746.
192. Freund KM, Bak SM, Blackhall L. Identifying domestic violence in primary care practice. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11 :44–46.
193. Kim J. Health sector initiatives to address domestic violence against women in Africa. In: *Health care strategies for combating violence against women in developing countries*. Gand (Belgique), International Centre for Reproductive Health, 1999 :101–107.
194. Davison L et al. *Reducing domestic violence: what works? Health services*. Londres (Royaume-Uni), Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
195. Kelly L, Humphreys C. *Reducing domestic violence: what works? Outreach and advocacy approaches*. Londres (Royaume-Uni), Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
196. Gamache DJ, Edleson JS, Schock MD. Coordinated police, judicial, and social service response to woman battering: a multiple baseline evaluation across three communities. In: Hotaling GT et al. *Coping with family violence: research and policy perspectives*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1988 :193–209.
197. Hague G. *Reducing domestic violence: what works? Multi-agency fora*. Londres (Royaume-Uni), Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
198. Ellsberg M, Liljestrand J, Winkvist A. The Nicaraguan Network of Women Against Violence: using research and action for change. *Reproductive Health Matters*, 1997, 10 :82–92.
199. Mehrotra A et al. *A life free of violence: it's our right*. New York, (Etats-Unis d'Amérique), Fonds de développement des Nations Unies pour la femme, 2000.
200. Jaffe PG et al. An evaluation of a secondary school primary prevention program on violence in intimate relationships. *Violence and Victims*, 1992, 7 :129–146.
201. Foshee VA et al. The Safe Dates program: one-year follow-up results. *American Journal of Public Health*, 2000, 90 :1619–1622.
202. Krajewski SS et al. Results of a curriculum intervention with seventh graders regarding violence in relationships. *Journal of Family Violence*, 1996, 11 :93–112.
203. Lavoie F et al. Evaluation of a prevention program for violence in teen dating relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 1995, 10 :516–524.
204. Heise L. Violence against women: global organizing for change. In: Edleson JL, Eisikovits ZC. *Future interventions with battered women and their families*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1996 :7–33.
205. *Domestic violence in India*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), International Center for Research on Women, 1999.
206. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion: mandatory reporting of domestic violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1998, 62 :93–95.
207. Hyman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273 :1781–1787.
208. Jezierski MB, Eickholt T, McGee J. Disadvantages to mandatory reporting of domestic violence. *Journal of Emergency Nursing*, 1999, 25 :79–80.

209. Bradley J et al. *Whole-site training : a new approach to the organization of training*. New York, (Etats-Unis d'Amérique), AVSC International, 1998.
210. Cole TB. Case management for domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282 :513–514.
211. McLeer SV et al. Education is not enough : a systems failure in protecting battered women. *Annals of Emergency Medicine*, 1989, 18 :651–653.
212. Tilden VP, Shepherd P. Increasing the rate of identification of battered women in an emergency department : use of a nursing protocol. *Research in Nursing Health*, 1987, 10 :209–215.
213. Harwell TS et al. Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15 :235–242.
214. Kelly L. Tensions and possibilities : enhancing informal responses to domestic violence. In : Edelson JL, Eisidovits ZC. *Future interventions with battered women and their families*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1996 :67–86.
215. Fawcett GM et al. Changing community responses to wife abuse : a research and demonstration project in Iztacalco, Mexico. *American Psychologist*, 1999, 54 :41–49.
216. Carter J. *Domestic violence, child abuse, and youth violence : strategies for prevention and early intervention*. San Francisco, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Family Violence Prevention Fund, 2000.

CHAPITRE 5

La maltraitance des personnes âgées

Contexte

Depuis la nuit des temps, des personnes âgées sont maltraitées par des membres de leur famille. Jusqu'à ce que l'on prenne des mesures pour lutter contre la maltraitance des enfants et la violence familiale, dans le dernier quart du XX^{ème} siècle, ces phénomènes restaient du domaine de la vie privée et étaient cachés du public. D'abord considérée comme un problème de bien-être social puis comme un problème du vieillissement, la maltraitance des personnes âgées, comme les autres formes de violence familiale, est devenue un sujet de préoccupation en matière de santé publique et de justice pénale. Ces deux domaines – la santé publique et la justice pénale – dictent donc dans une large mesure la façon dont on le considère, l'analyse et le traite. Le présent chapitre porte essentiellement sur la maltraitance de personnes âgées par des membres de leur famille ou des personnes qu'elles connaissent, que ce soit chez elles ou dans un cadre résidentiel ou hospitalier. Il ne couvre pas les autres types de violence dont peuvent être victimes les personnes âgées, comme la violence perpétrée par des étrangers, la délinquance urbaine, les guerres de gangs ou les conflits militaires.

Les mauvais traitements infligés aux personnes âgées, ou maltraitance, ont été décrits pour la première fois dans des revues scientifiques britanniques en 1975 sous l'expression « *granny battering* », autrement dit, la violence contre les grands-mères (1, 2). C'est toutefois le Congrès des États-Unis qui s'est le premier saisi du problème d'un point de vue politique et social, après quoi chercheurs et praticiens lui ont emboîté le pas. Dans les années 1980, en Australie, au Canada, en Chine (RAS de Hong Kong), en Norvège, en Suède et aux États-Unis d'Amérique, des études ont été faites et les pouvoirs publics ont pris des mesures. Puis, dans les années 1990, l'Argentine, le Brésil, le Chili, l'Inde, Israël, le Japon, l'Afrique du Sud, le Royaume-Uni et d'autres pays européens ont suivi. Bien que l'on ait d'abord parlé de la maltraitance des personnes âgées dans les pays développés, où l'essentiel de la recherche a été faite, des données anecdotiques et des faits signalés dans certains pays en développement ont montré qu'il

s'agit d'un phénomène universel. Le fait que l'on prenne la question bien plus au sérieux à présent traduit la préoccupation croissante dans le monde à l'égard des droits de l'homme et de l'égalité des sexes, ainsi que de la violence familiale et du vieillissement de la population.

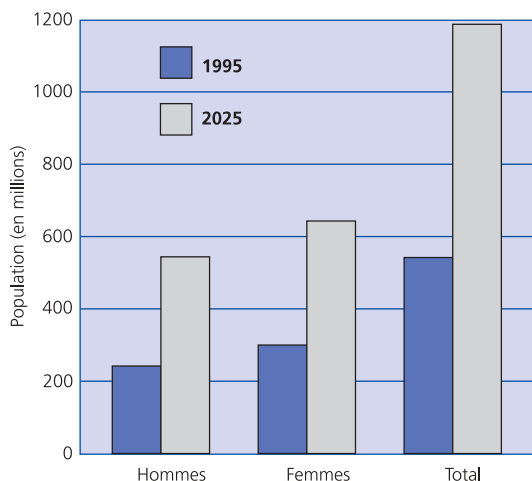
Il est difficile de dire où commence la « vieillesse », ce qui rend aussi malaisées les comparaisons entre études et entre pays. Dans les sociétés occidentales, on considère généralement que le début de la vieillesse coïncide avec l'âge de la retraite, à 60 ou 65 ans. Dans la plupart des pays en développement, cependant, ce concept social fondé sur l'âge de la retraite n'a guère de sens. Dans ces pays, les rôles attribués aux personnes tout au long de leur vie revêtent plus d'importance. La vieillesse est donc l'époque de la vie où les gens ne peuvent plus assumer des rôles familiaux ou professionnels à cause de leur déclin physique.

La maltraitance des personnes âgées inquiète d'autant plus que l'on sait que, dans les prochaines décennies, tant dans les pays développés que dans les pays en développement, le nombre des personnes âgées, ce que les Français appellent « le troisième âge », va considérablement augmenter dans la population. D'ici 2025, le segment de la population mondiale âgée de 60 ans et plus devrait plus que doubler, pour passer de 542 millions de personnes en 1995 à 1,2 milliard de personnes environ (voir figure 5.1). Parallèlement, le nombre total de personnes âgées vivant dans les pays en développement fera plus que doubler lui aussi, pour atteindre 850 millions de personnes (3), soit 12 % de la population du tiers monde. Dans certains pays, y compris la Colombie, l'Indonésie, le Kenya et la Thaïlande, leur nombre devrait même plus que quadrupler. Dans le monde, 1 million de personnes atteignent l'âge de 60 ans tous les mois, dont 80 % dans les pays en développement.

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes dans presque tous les pays de la planète, riches et pauvres (3). Cette différence entre les sexes est, cependant, nettement moindre dans les pays en développement, à cause, principalement, des taux de mortalité maternelle plus élevés et, depuis quelques années, de l'épidémie de SIDA.

FIGURE 5.1

Croissance projetée de la population mondiale âgée de 60 ans et plus, 1995-2025



Source : Division de la population des Nations Unies, 2002.

Cette évolution démographique se produit dans les pays en développement parallèlement à une mobilité croissante et à un changement des structures familiales. L'industrialisation détruit peu à peu de vieux schémas d'interdépendance entre les générations d'une même famille, ce qui se traduit souvent par des difficultés matérielles et affectives pour les personnes âgées. Dans bien des pays en développement, les réseaux familiaux et communautaires qui soutenaient auparavant la génération plus âgée, se sont affaiblis, quand ils n'ont pas été détruits par les mutations économiques et sociales rapides. La pandémie de SIDA touche aussi beaucoup les personnes âgées. Dans certaines régions de l'Afrique subsaharienne, par exemple, un grand nombre d'enfants se retrouvent orphelins quand leurs parents succombent à la maladie. Les personnes âgées, qui s'étaient attendues à ce que leurs enfants les aident dans leur vieillesse, doivent alors s'occuper d'eux, sans plus avoir personne sur qui compter à l'avenir.

Seules 30 % des personnes âgées du monde bénéficieront d'un régime de retraite. En Europe de l'Est et dans les pays de l'ancienne Union soviétique, par exemple, à cause des changements entraînés par le passage d'une économie planifiée à une économie de marché, beaucoup de personnes

âgées se retrouvent sans revenu de retraite et privées des services sanitaires et sociaux que leur assurait l'ancien régime communiste. Dans les économies des pays développés comme des pays en développement, des inégalités structurelles sont souvent la cause, dans la population en général, de faibles salaires, de taux de chômage élevés, de services de santé de piètre qualité, de manque de possibilités de s'instruire et de discrimination à l'encontre des femmes, toutes choses qui tendent à rendre les personnes âgées plus pauvres et plus vulnérables.

Dans les pays en développement, les personnes âgées risquent encore beaucoup de contracter des maladies transmissibles. L'espérance de vie augmentant dans ces pays, elles seront exposées aux mêmes longues maladies, incurables dans la majorité des cas et souvent invalidantes, que l'on connaît surtout dans les pays développés à l'heure actuelle. Elles seront également confrontées à des dangers environnementaux et à des violences probables dans leur société. Cependant, grâce aux progrès de la médecine et de l'aide sociale, bon nombre de personnes âgées vivront plus longtemps sans handicap. Les maladies seront évitées ou leurs conséquences atténuées grâce à de meilleures stratégies de soins. Ces nombreuses personnes âgées seront une bénédiction pour la société, car elles constitueront un grand réservoir d'expériences et de connaissances.

Définition de la maltraitance des personnes âgées

Il est généralement convenu que la maltraitance des personnes âgées est un acte commis ou omis, auquel cas on parle habituellement de « négligence », et qu'elle est soit intentionnelle, soit involontaire. La maltraitance peut être physique ou psychologique, avec des agressions verbales, notamment. Elle peut aussi passer par de mauvais traitements sur le plan financier ou matériel. Quel qu'en soit le type, la maltraitance entraînera certainement des souffrances ou des douleurs inutiles, la perte ou la violation de droits de l'homme et une dégradation de la qualité de vie de la personne âgée (4). Le comportement sera probablement qualifié d'abusif, de négligent ou

d'exploitation selon la fréquence des mauvais traitements, leur durée, leur gravité et leurs conséquences, et surtout, selon le contexte culturel. Chez les Navajos des Etats-Unis, par exemple, le partage des biens matériels avec la famille peut ressembler, aux yeux du chercheur extérieur, à une exploitation économique par des membres de la famille, alors que les anciens de la tribu estiment qu'il s'agit d'un devoir culturel et, en vérité, d'un privilège (5). D'autres tribus indiennes des Etats-Unis considèrent la maltraitance des personnes âgées comme un problème communautaire plus qu'individuel (6).

Voici la définition arrêtée par Action on Elder Abuse au Royaume-Uni (7) et adoptée par l'International Network for the Prevention of Elder Abuse : « On entend par maltraitance des personnes âgées un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée. » On distingue généralement les catégories suivantes de maltraitance :

- Violence physique – infliger des douleurs ou des blessures, utiliser la contrainte physique, ou recourir à des moyens de contention physiques ou médicamenteux.
- Violence psychologique ou morale – infliger des souffrances morales.
- Exploitation financière ou matérielle – exploiter ou utiliser de manière illégale ou impropre les fonds ou les ressources d'une personne âgée.
- Violence sexuelle – contact sexuel non consenti avec une personne âgée.
- Négligence – refuser de s'acquitter d'une obligation de soin ou ne pas s'en acquitter. Cela peut supposer un acte conscient et une intention visant à infliger une détresse physique ou morale à une personne âgée.

Cette définition de la maltraitance des personnes âgées est très influencée par les travaux effectués au Canada, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis. Les études réalisées en Chine (RAS de Hong Kong), en Finlande, en Grèce, en Inde, en Irlande, en Israël, en Norvège, en Pologne et en Afrique du Sud reposent sur une approche très différente du sujet (8). Ainsi,

les chercheurs norvégiens définissent la maltraitance comme un « triangle de violence » qui comprend une victime, un agresseur et des tiers, qui – directement ou indirectement – observent les acteurs principaux. Dans des pays comme la Chine, où l'on insiste sur l'harmonie et le respect au sein de la société, ne pas prendre soin d'une personne âgée est considéré comme un acte de maltraitance à l'égard de cette personne. Si les membres de la famille ne respectent pas les obligations que leur confèrent leurs liens de parenté, à savoir de fournir logement et nourriture, il y a aussi acte de négligence.

Les sociétés traditionnelles

Jadis, beaucoup de sociétés traditionnelles considéraient l'harmonie familiale comme un facteur important régissant les relations familiales. Cette révérence pour la famille était renforcée par les traditions philosophiques et l'intérêt public. Dans la société chinoise, elle s'inscrivait dans un système de valeurs où l'on insistait sur la « piété filiale ». Il n'était pas question de maltraiter les personnes âgées et, en tout cas, on n'en parlait pas. Ces traditions influent toujours sur la société d'aujourd'hui. Il ressort d'études américaines sur les attitudes par rapport à la maltraitance des personnes âgées que les citoyens d'origine coréenne placent la primauté de l'harmonie familiale avant le bien-être individuel et s'en servent comme point de référence pour déterminer si un comportement particulier est abusif ou pas (9). De même, pour les personnes d'origine japonaise, le « groupe » est primordial et le bien-être individuel devrait être sacrifié pour le bien de celui-ci (10).

Retirer aux personnes âgées le rôle de chef de ménage et les priver de leur autonomie au nom de l'affection sont des normes culturelles, même dans des pays où la famille est une institution essentielle et où le sens de l'obligation filiale est fort (11). Cette infantilisation et cette surprotection peuvent entraîner chez la personne âgée un isolement, une dépression et une démoralisation, et on peut les considérer comme une forme de maltraitance. Dans certaines sociétés traditionnelles, les veuves âgées sont abandonnées et leurs biens sont saisis. Dans certaines régions d'Afrique et d'Inde, le rite de passage du deuil pour les veuves comprend des

pratiques qui, ailleurs, seraient certainement considérées comme cruelles, par exemple, des violences sexuelles, l'imposition du lévirat (la coutume oblige le frère du défunt à épouser la veuve sans enfant de celui-ci) et l'expulsion du foyer (12). Dans certains endroits, des accusations de sorcellerie, souvent liées à des événements inexplicables dans la communauté locale, comme un décès ou de mauvaises récoltes, sont portées contre les femmes âgées et isolées (13). En Afrique subsaharienne, bien des femmes âgées accusées de sorcellerie ont dû fuir leur foyer et leur communauté pour aller vivre dans la pauvreté dans des zones urbaines. En République-Unie de Tanzanie, on estime à 500 par an le nombre de femmes âgées accusées de sorcellerie qui sont assassinées (14). Ces actes de violence sont profondément ancrés dans les coutumes sociales et il se peut que, dans l'endroit concerné, on ne les considère pas comme de la « maltraitance de personnes âgées » (voir encadré 5.1).

Lors d'un atelier sur la maltraitance de personnes âgées organisé en Afrique du Sud en 1992, la distinction a été faite entre les *mauvais traitements* (comme l'agression verbale, la négligence active et passive, l'exploitation financière et la surmédication) et la *violence* (y compris la violence physique, psychologique et sexuelle, et le vol) (8). Depuis lors, des groupes de discussion ont été organisés avec des personnes âgées choisies dans trois « townships » noirs historiques d'Afrique du Sud afin de déterminer le degré de connaissance et de compréhension de la maltraitance de personnes âgées au sein de ces communautés. En plus du schéma occidental typique qui comprend la violence physique, verbale, financière et sexuelle ainsi que la négligence, les participants ont souhaité ajouter ceci à la définition :

- perte de respect des anciens, ce qui revenait à de la négligence ;
- accusations de sorcellerie ;
- violence systémique (mauvais traitements dans les dispensaires et dans la bureaucratie).

Les groupes de discussion sont arrivés aux définitions suivantes (15) :

- Violence physique – coups et manque de précautions sur le plan physique.

- Violence psychologique et verbale – discrimination fondée sur l'âge, insultes et paroles blessantes, dénigrement, intimidation, accusations calomnieuses, douleur psychologique et détresse.
- Exploitation financière – extorsion et contrôle de l'argent de la pension, vol de biens et exploitation de personnes âgées pour les obliger à s'occuper de petits-enfants.
- Violence sexuelle – inceste, viol et autres types de coercition sexuelle.
- Négligence – perte de respect des anciens, refus d'affection et manque d'intérêt pour le bien-être de la personne âgée.
- Accusations de sorcellerie – stigmatisation et ostracisme.
- Violence perpétrée par des systèmes – traitement déshumanisant souvent réservé aux personnes âgées dans les dispensaires et les bureaux des pensions, et marginalisation par les pouvoirs publics.

Ces définitions, données par les participants et classées par les chercheurs, sont le fruit de premiers efforts déployés en Afrique du Sud pour s'informer directement auprès de personnes âgées sur la maltraitance de personnes âgées. Elles représentent également la première tentative de classification de la maltraitance de personnes âgées dans un pays en développement, en s'inspirant du modèle occidental mais en y intégrant des facteurs pertinents pour la population autochtone.

Ampleur du problème

Milieu familial

Les pays en développement n'ayant pris conscience du problème que récemment, les données sur la fréquence de la maltraitance de personnes âgées sont tirées de cinq enquêtes réalisées au cours de la dernière décennie dans cinq pays développés (16–20). Les résultats font apparaître un taux de maltraitance de 4 % à 6 % chez les personnes âgées, si l'on prend en compte la violence physique et psychologique, l'exploitation financière et la négligence. Une des difficultés lorsque l'on cherche à faire des comparaisons entre les études réside dans les différences entre les laps de temps visés. Les

ENCADRE 5.1**Sorcellerie : la menace de violence en République-Unie de Tanzanie**

En République-Unie de Tanzanie, quelque 500 femmes âgées accusées de sorcellerie sont assassinées tous les ans. Le problème est particulièrement grave dans la région du Sukumaland, dans le nord du pays. Nombreuses sont les femmes âgées qui fuient leur foyer et leur communauté par peur d'être accusées de sorcellerie et qui finissent démunies dans les zones urbaines.

Les gens croient dans la sorcellerie depuis des siècles dans le Sukumaland, mais elle ne suscite de réactions violentes que depuis quelques années. Cela tient peut-être en partie à la pauvreté accrue et au fait que trop de gens vivent de trop peu de terre, ainsi qu'à un manque général d'éducation. Quand les gens pauvres et sans instruction essaient de comprendre les malheurs qui les assaillent, comme la maladie et la mort, les mauvaises récoltes et les puits asséchés, ils cherchent des boucs émissaires, et la sorcellerie semble expliquer les événements qui échappent à leur entendement ou à leur contrôle.

Des hommes sont parfois accusés de sorcellerie, mais à cause de leur position inférieure dans la société, les femmes sont le plus souvent la principale cible. Voici ce que l'on voit également dans cette région où l'on accuse les femmes de sorcellerie.

- *Les litiges fonciers* sont une cause sous-jacente courante de violence contre les veuves. D'après le droit des successions, la veuve peut continuer de vivre sur la terre de son époux, sans en être propriétaire. Lorsqu'elle meurt, la terre devient propriété des fils de son époux. Des accusations de sorcellerie sont lancées pour se débarrasser des veuves qui ont l'usufruit de la terre et empêchent les descendants d'en hériter.
- *Les guérisseurs traditionnels* sont souvent invités par des membres de la famille ou des voisins à porter des accusations de sorcellerie contre des femmes. Un jeune garçon a tué sa mère après qu'un de ces guérisseurs lui ait dit qu'elle était la cause de ses problèmes.
- *Des mythes* sur l'apparence physique des sorcières – elles auraient les yeux rouges, par exemple – donnent souvent lieu aussi à des accusations de sorcellerie. Bien des vieilles femmes ont les yeux rouges d'avoir passé toute une vie à cuisiner au-dessus de poêles qui fument ou parce qu'elles souffrent de conjonctivite, par exemple.

Les dirigeants communautaires du Sukumaland demandent au gouvernement de montrer fermement l'exemple. Comme le dit l'un d'eux : Il faut éduquer les gens. Ailleurs dans le pays, là où la population est mieux éduquée, nous ne sommes pas confrontés à ce problème.

Jusque récemment, le gouvernement hésitait à reconnaître qu'une partie de la population croyait à la sorcellerie. A présent, le sujet est largement discuté et officiellement condamné. En 1999, le gouvernement tanzanien a fait de la sorcellerie le thème de la Journée internationale de la femme.

Une organisation non gouvernementale locale et HelpAge International prennent également des mesures pour que les femmes âgées soient plus en sécurité en République-Unie de Tanzanie. Ils ont pour objectif de changer les attitudes et les croyances en ce qui concerne la sorcellerie et de s'attaquer à certains problèmes pratiques, comme la pauvreté et les logements insalubres, qui alimentent ces croyances.

Source : reproduit à partir de la référence 14 avec l'autorisation de l'éditeur

études réalisées au Canada, aux Pays-Bas et aux États-Unis font référence à « l'année précédente ». L'étude finlandaise porte sur la maltraitance de personnes âgées à partir de « l'âge de la retraite », tandis que l'étude britannique vise des cas « de ces toutes dernières années ». Le premier lot d'études, au-

trement dit, les études canadienne, néerlandaise et américaine, ne conclut à aucune différence sensible dans les taux de prévalence de la maltraitance par âge ou par sexe, alors que l'étude finlandaise conclut à une plus forte proportion de femmes victimes (7,0 %) que d'hommes victimes (2,5 %). Quant à

l'étude britannique, elle ne fournit pas de ventilation par âge ou par sexe. En raison des différences de méthodologie entre les cinq enquêtes et du nombre relativement faible de victimes, une analyse comparative plus approfondie ne se justifie pas.

Il ressort d'une enquête sur la violence familiale réalisée dernièrement au Canada qu'au cours des cinq années précédant l'enquête, 7 % des personnes âgées avaient subi une forme ou une autre de violence psychologique, 1 % d'exploitation financière et 1 % de violence physique ou d'agression sexuelle dont les auteurs étaient leurs enfants, des soignants ou des partenaires (21). Les hommes (9 %) signalaient plus volontiers que les femmes (6 %) être victimes de violence psychologique ou d'exploitation financière. A cause des différences entre les questionnaires et les périodes d'enquêtes, ces conclusions ne peuvent être comparées à l'étude plus ancienne menée au Canada qui concluait à une proportion de violence psychologique nettement inférieure (1,4 %) et à un taux plus élevé d'exploitation financière (2,5 %) (17).

Milieu institutionnel

Il y a un quart de siècle, la proportion de personnes âgées qui vivaient en établissement dans les pays développés atteignait quelque 9 % (22). Depuis, on s'est orienté vers des soins communautaires et vers l'utilisation d'un milieu résidentiel moins restrictif. Les taux d'utilisation actuels des maisons de retraite vont de 4 % à 7 % dans des pays tels que le Canada (6,8 %), Israël (4,4 %), l'Afrique du Sud (4,5 %) et les Etats-Unis (4 %). Dans la plupart des pays africains, on trouve des personnes âgées dans les salles communes en hospitalisation de longue durée, dans les maisons pour les démunis et les handicapés, et dans certains pays subsahariens, dans des camps de sorcières. L'évolution économique, sociale et culturelle que connaissent certaines sociétés en développement est telle que les familles ne pourront plus s'occuper de leurs parents de santé fragile, ce qui laisse augurer une demande croissante de soins institutionnels. En Chine, il est devenu normal de s'attendre à ce que l'on place les personnes âgées dans des établissements. En Chine de Taïwan, les soins institution-

nels ont rapidement pris le pas sur les soins familiaux dans le cas des personnes âgées (AY Kwan, données non publiées, 2000).

En Amérique latine, les taux de placement en établissement des personnes âgées vont de 1 % à 4 %. Les soins institutionnels ne sont plus considérés comme inacceptables pour une personne âgée, mais comme une autre solution pour les familles. Les *asilos* publics, grands établissements qui ressemblaient aux anciens asiles de pauvres anglais, ont été convertis en unités plus petites dotées de personnel professionnel de nombreuses disciplines. D'autres foyers sont tenus par des communautés religieuses d'origine étrangère. On ne connaît pas les taux de placement en établissement dans les pays de l'ancien bloc d'Europe de l'Est, parce que les autorités de l'époque n'autorisaient pas la publication de telles données.

Malgré le fait qu'il existe beaucoup de publications sur la qualité des soins en milieu institutionnel, et que les cas de maltraitance des personnes âgées sont bien documentés dans les rapports d'enquête des gouvernements, dans les études ethnographiques et les histoires personnelles, on ne dispose pas de données nationales sur la prévalence ou l'incidence de la maltraitance, mais seulement de données locales venant d'études à plus petite échelle. Ainsi, une enquête sur le personnel des maisons de retraite dans un Etat américain a révélé que 36 % du personnel infirmier et général déclarait avoir assisté à au moins un incident de violence physique exercée par d'autres membres du personnel au cours de l'année écoulée, tandis que 10 % reconnaissaient avoir eux-mêmes commis au moins un acte de violence physique. Au moins un incident de violence psychologique contre un pensionnaire avait été observé par 81 % de l'échantillon au cours de l'année précédente, et 40 % admettaient avoir également commis un tel acte (23). Les conclusions donnent à penser que les personnes âgées qui résident en établissement sont peut-être même plus généralement victimes de mauvais traitements qu'on ne l'imagine.

Les taux probables de maltraitance des personnes âgées dans la communauté et en milieu institutionnel sont sans doute plus importants que les

statistiques générales recueillies par les pays sur les actes violents ne l'indiquent. Cette disparité tient en partie au fait que la maltraitance des personnes âgées n'était pas reconnue jusque dans les années 1970. Le décès de personnes âgées, tant en milieu institutionnel que dans la communauté, est souvent attribué à des causes naturelles, accidentelles ou indéterminées, alors qu'en fait, il résulte de comportements violents ou négligents.

Quels sont les facteurs de risque?

La plupart des premiers travaux consacrés à la maltraitance des personnes âgées se limitaient au milieu familial et visaient des pays développés. Pour trouver des explications à ce phénomène, les chercheurs ont puisé dans les publications sur la psychologie, la sociologie et la gérontologie et dans les études sur la violence familiale. Afin de tenir compte de sa complexité et des nombreux facteurs connexes, ils ont utilisé le modèle écologique, qui a d'abord été appliqué à l'étude de la maltraitance des enfants (24) puis, plus récemment, à celle des personnes âgées (25, 26). Le modèle écologique peut tenir compte des interactions entre un certain nombre de systèmes. Comme on l'explique au chapitre 1, le modèle se présente comme une hiérarchie graduée de l'environnement à quatre niveaux, soit individuel, relationnel, communautaire et sociétal.

Facteurs individuels

Au début, les chercheurs ont minimisé le rôle des troubles de la personnalité individuels en tant que facteur causal de la violence familiale, leur préférant des facteurs sociaux et culturels (27). Plus récemment, cependant, la recherche sur la violence familiale a montré que les auteurs de violence agressifs sur le plan physique risquent plus de présenter des troubles de la personnalité et des problèmes liés à l'alcool que la population en général (28). De même, des études limitées à la violence contre des personnes âgées en milieu familial concluent que les agresseurs présentent plus souvent des problèmes de santé mentale et de toxicomanie que les membres de la famille ou les soignants qui ne sont pas violents ou ne manifestent pas de comportement abusif par ailleurs (29–31).

Dans les premières études, les déficiences intellectuelles et physiques de personnes âgées maltraitées sont citées comme des facteurs de risque importants en matière de maltraitance. Cependant, il ressort d'une étude ultérieure portant sur divers cas d'un organisme de services sociaux que les personnes âgées maltraitées n'étaient pas plus affaiblies que celles qui n'étaient pas maltraitées et qu'elles l'étaient peut-être même moins, notamment dans les cas de violence physique et verbale (32). Dans d'autres études, une comparaison d'échantillons de patients souffrant de la maladie d'Alzheimer montre que le degré de déficience ne constitue pas un facteur de risque de maltraitance (33, 34). Cependant, parmi les cas de maltraitance signalés aux autorités, une grande proportion concerne des personnes très âgées et atteintes de lourdes déficiences.

Certains ont avancé que le sexe est un facteur déterminant dans la maltraitance des personnes âgées, étant donné que les femmes âgées ont sans doute été opprimées et économiquement désavantagées tout au long de leur vie (35). Cependant, il semble que les hommes âgés risquent d'être maltraités par leur épouse, leurs enfants adultes et d'autres parents à peu près dans les mêmes proportions que les femmes, selon des études de prévalence communautaires (16, 17).

Il ressort d'une étude de prévalence réalisée de la maltraitance des personnes âgées aux États-Unis que le revenu des personnes âgées n'est pas un facteur important, contrairement aux difficultés financières de l'agresseur. C'est parfois le cas lorsqu'un enfant adulte a un problème de toxicomanie qui le pousse à soutirer de l'argent, voire son chèque de retraite, à la personne âgée. Il arrive aussi que le ressentiment éprouvé par les membres de la famille obligés de dépenser de l'argent pour les soins de la personne âgée joue un rôle dans ce type de maltraitance.

Facteurs relationnels

Dans les premiers modèles théoriques, le niveau de stress des soignants était considéré comme un facteur de risque qui associait la maltraitance des personnes âgées aux soins à apporter à un parent

âgé (36, 37). L'image populaire de la maltraitance dépeint une victime dépendante et un soignant surmené, mais les faits montrent de plus en plus qu'aucun de ces facteurs n'intervient en tant que tel dans les cas de maltraitance. Bien que les chercheurs ne nient pas le rôle du stress, ils le considèrent généralement dans le contexte plus vaste dans lequel la qualité de la relation globale est un facteur déterminant (30, 34, 38). Certaines études où il est question du stress des soignants, de la maladie d'Alzheimer et de la maltraitance des personnes âgées expliquent que la nature de la relation entre le soignant et le soigné *avant que la maltraitance commence* peut être un prédicteur de maltraitance important (34, 39, 40). Aujourd'hui, donc, on pense que le stress peut contribuer à des cas de maltraitance mais qu'il n'explique pas le phénomène à lui seul.

En revanche, des travaux sur des patients atteints de démence montrent que les actes de violence perpétrés par un soigné peuvent « déclencher » chez le soignant une violence réciproque (41). Il se peut que la violence résulte de l'interaction de plusieurs facteurs, dont le stress, les relations entre soignant et soigné, le comportement perturbateur et agressif du soigné, et la dépression du soignant (42).

On a établi un rapport entre les conditions de logement, notamment un logement surpeuplé et l'absence d'espace privé, et les conflits familiaux. Bien qu'il puisse y avoir maltraitance quand l'agresseur et la personne âgée maltraitée ne vivent pas sous le même toit, la personne âgée court plus de risques lorsqu'elle vit avec le soignant.

Les premières théories sur le sujet cherchaient également à établir un lien entre la dépendance et un risque accru de maltraitance. On a commencé par mettre l'accent sur la dépendance de la victime envers le soignant ou l'agresseur, mais on s'est aperçu par la suite, au vu d'interventions, qu'il arrive que les agresseurs dépendent de la personne âgée. Il s'agit habituellement d'enfants adultes que leurs parents âgés logent et dont ils reçoivent une aide financière (32). Dans certains de ces cas, le « tissu d'interdépendance » était évident. Ainsi, un vif attachement affectif entre la victime et l'agresseur gênait souvent les efforts d'intervention.

Facteurs communautaires et sociétaux

Dans presque toutes les études des facteurs de risque, le facteur communautaire que constitue l'isolement social se révèle être important dans la maltraitance des personnes âgées (17, 29, 43, 44). Comme dans le cas des femmes battues, l'isolement des personnes âgées peut être à la fois une cause et une conséquence de la maltraitance. Beaucoup de personnes âgées sont isolées à cause d'infirmités physiques ou mentales. En outre, la perte d'amis et de parents réduit les possibilités d'interaction sociale.

Bien que l'on ne dispose guère, pour l'instant, de preuves empiriques, les facteurs sociétaux sont actuellement considérés comme des facteurs de risques importants en matière de maltraitance des personnes âgées dans les pays en développement comme dans les pays industrialisés. Par le passé, on a généralement vu dans les caractéristiques individuelles ou interpersonnelles des facteurs déterminants éventuels de ce type de violence. On reconnaît maintenant que les normes et les traditions culturelles – comme l'âgisme, le sexisme et une culture de la violence – jouent un rôle sous-jacent important. Les personnes âgées sont souvent dépeintes comme des êtres fragiles, faibles et dépendants, ce qui les rend moins dignes apparemment d'investissements publics voire de soins familiaux que d'autres groupes, et en fait dans le même temps comme des personnes faciles à exploiter.

En ce qui concerne l'Afrique subsaharienne en particulier, les facteurs communautaires et sociétaux sont notamment les suivants (12) :

- les régimes de succession et les droits fonciers patrilinéaires et matrilinéaires, qui influent sur la répartition du pouvoir ;
- le rôle que les sociétés accordent aux femmes ;
- la désagrégation des liens étroits entre les générations d'une même famille, à cause des migrations rurales-urbaines et de l'importance prise par l'éducation institutionnelle ;
- la perte, due à la modernisation, des rôles rituels et d'arbitre familial joués par les personnes âgées.

D'après l'étude sud-africaine susmentionnée portant sur des groupes de discussion, la violence,

notamment familiale, résulte en grande partie du désordre social, exacerbé par la criminalité, l'alcool et la drogue. Un exercice dirigé par sept dirigeants communautaires de sexe masculin du camp de squatters de Tamaho, à Katlehong, en Afrique du Sud, donne des résultats similaires (15). Tout en établissant un lien entre la pauvreté et la violence, ils expliquent comment la vie de famille dysfonctionnelle, le manque d'argent pour couvrir les besoins essentiels et le manque d'instruction et de possibilités d'emploi contribuent tous à une vie de crime, de trafic de drogue et de prostitution chez les jeunes. Dans cette société, les personnes âgées sont considérées comme des cibles de violence et d'exploitation dont la vulnérabilité résulte d'une pauvreté caractérisée par une absence d'aide à la retraite, l'absence de possibilités d'emploi, une mauvaise hygiène, la maladie et la malnutrition.

Les transformations politiques dans l'Europe de l'Est post-communiste ont également créé des conditions qui accentuent le risque de maltraitance des personnes âgées. Parmi les facteurs avancés comme ayant une influence générale sur la santé et le bien-être psychosocial des personnes et, en particulier, des personnes âgées, qui sont donc plus exposées à de mauvais traitements, citons :

- la paupérisation croissante de segments importants de la société ;
- le taux de chômage élevé ;
- un manque de stabilité et de sécurité sociale ;
- l'expression extérieure de l'agressivité, en particulier chez les jeunes.

Dans les sociétés chinoises, on avance plusieurs raisons (45) à la maltraitance des personnes âgées, dont celles-ci :

- le manque de respect de la part de la jeune génération ;
- les tensions entre les structures familiales traditionnelles et nouvelles ;
- la restructuration des réseaux de soutien traditionnels des personnes âgées ;
- la migration des jeunes couples vers de nouvelles villes, les parents âgés restant dans des zones résidentielles du centre-ville qui se détériorent.

Les études sur la maltraitance des personnes âgées mettent généralement l'accent sur les problèmes familiaux ou interpersonnels. Cependant, un modèle intégré qui englobe les perspectives individuelles, interpersonnelles, communautaires et sociétales convient mieux et réduit en partie le gauchissement des études antérieures. Ce modèle tient compte des difficultés rencontrées par les personnes âgées et, en particulier, par les femmes âgées. Souvent, ces personnes vivent dans la pauvreté, sans même le strict nécessaire et sans soutien familial, ce qui les expose encore plus au risque de maltraitance, de négligence et d'exploitation.

Les conséquences de la maltraitance des personnes âgées

Pour les personnes âgées, les conséquences de la maltraitance peuvent être particulièrement graves. Elles sont physiquement plus faibles et plus vulnérables que des adultes plus jeunes, leurs os sont plus fragiles et la convalescence est plus longue pour elles. Même un traumatisme relativement bénin peut provoquer des dommages permanents et graves. Beaucoup de personnes âgées survivent avec des revenus limités, ce qui fait que la perte même d'une petite somme d'argent peut être lourde de conséquences. Elles sont parfois isolées, seules ou malades, auxquels cas elles sont encore plus vulnérables lorsqu'elles sont la cible de fraudes.

Milieu familial

On dispose de très peu d'études empiriques visant à déterminer les conséquences de la maltraitance, même si quantité d'études cliniques et d'études de cas font état des graves troubles émotionnels relevés chez les personnes âgées maltraitées. Il ressort de certaines études menées dans des pays développés que les personnes âgées maltraitées sont plus nombreuses à souffrir de dépression ou de détresse psychologique que celles qui ne le sont pas (31, 46, 47). Comme ces études sont transversales, il est impossible de dire si la dépression ou la détresse existait avant ou si elle est une conséquence des mauvais traitements. D'autres symptômes sont cités comme ayant un rapport avec des cas de maltraitance. Il s'agit, entre autres, de sentiments

d'impuissance, d'aliénation, de culpabilité, de honte, de peur, d'angoisse et de déni, et de la manifestation d'un stress post-traumatique (48, 49). Les participants à l'étude sud-africaine sur les groupes de discussion ont également parlé d'effets sur le plan affectif et de problèmes de santé. L'un d'eux a même parlé de « maladie de cœur » (15).

Dans une étude novatrice réalisée à New Haven, dans le Connecticut, aux Etats-Unis, des données tirées d'une étude annuelle détaillée sur la santé et le bien-être d'un échantillon représentatif de 2 812 personnes âgées ont été versées tous les ans pendant neuf ans dans la base de données de l'organisme local s'occupant de la violence chez les adultes (50). Les renseignements nécessaires à l'enquête de santé étaient enregistrés par des infirmières qui ont vu les personnes âgées dans un hôpital pour recueillir les données la première année, puis tous les trois ans. Les années intermédiaires, les données étaient mises à jour par téléphone. Les données relatives à la maltraitance et à la négligence ont été obtenues par des travailleurs sociaux en utilisant des protocoles existants après avoir donné suite à des plaintes pour mauvais traitements, habituellement en faisant une visite à domicile. Grâce à la base de données fusionnée, les chercheurs ont pu repérer les personnes appartenant à l'échantillon pour qui il avait été confirmé au cours des neuf ans de l'enquête qu'elles avaient été victimes de violence physique ou de négligence. Ensuite, les taux de mortalité ont été calculés, en commençant par la première année de l'enquête puis pour les douze années suivantes, tant pour les personnes victimes de violence ou de négligence que pour les autres. Lorsque l'on a comparé les taux de mortalité des deux groupes, treize ans après le début de l'étude, il est apparu que 40 % des personnes appartenant au groupe pour lequel aucune maltraitance ou négligence n'avait été signalée étaient encore en vie, comparé à 9 % dans le groupe des personnes victimes de violence physique ou de négligence. Après avoir vérifié si d'autres facteurs influençaient sur la mortalité, comme l'âge, le sexe, le revenu, l'état fonctionnel et intellectuel, le diagnostic et le degré de soutien social et n'avoir trouvé aucun lien important à cet égard, les chercheurs ont conclu que les mauvais traitements

entraînent un stress interpersonnel extrême qui peut accroître le risque de décès.

Milieu institutionnel

On a constaté que les personnes âgées sont maltraitées dans des établissements de soins prolongés tels que des maisons de convalescence, des établissements de soins spéciaux, des hôpitaux et des centres de jour, dans presque tous les pays où ces établissements existent. Diverses personnes sont responsables de ces mauvais traitements : un salarié de l'établissement, un autre résident, un visiteur bénévole, des parents ou des amis. Le placement en établissement ne met pas nécessairement fin à la relation violente ou négligente entre la personne âgée et son soignant. Il arrive, en effet, que la violence perdure dans un nouveau cadre.

Il faut faire la distinction entre les actes de violence ou de négligence individuels en milieu institutionnel et la violence institutionnalisée, où le régime de l'établissement lui-même est dominé par la violence ou la négligence. En pratique, toutefois, il est souvent difficile de dire si la violence et la négligence relevées en milieu institutionnel ont des motivations individuelles ou si elles tiennent à des carences des établissements, car il est fréquent que les deux coexistent.

Le spectre de la violence et de la négligence institutionnelles, qui est très large (51), peut être lié à ceci :

- Prestation de soins – par exemple, résistance à l'évolution de la médecine gériatrique, soins moins individualisés, alimentation inadéquate et soins infirmiers déficients (comme le manque d'attention aux escarres).
- Problèmes de personnel – par exemple, stress lié au travail et épuisement professionnel, mauvaises conditions de travail sur le plan matériel, formation insuffisante et problèmes psychologiques dans le personnel.
- Difficultés dans les interactions entre personnel et résidents – par exemple, mauvaises communications, agressivité de la part des résidents et différences culturelles.
- Environnement – par exemple, manque d'intimité élémentaire, installations délabrées,

utilisation de moyens de contention, stimulation sensorielle insuffisante et tendance aux accidents dans l'établissement.

- Politiques organisationnelles – par exemple, politiques favorables à l'établissement, qui donnent peu de choix aux résidents quant à leur vie quotidienne ; attitude bureaucratique ou indifférence à l'égard des résidents ; pénurie de personnel ou roulement important ; fraude sur les biens ou l'argent des résidents ; et absence de conseil des résidents ou des familles des résidents.

Des données anecdotiques provenant d'Inde laissent à penser que la violence institutionnelle est souvent le fait du personnel qui agit en vertu d'une réglementation aveugle – au nom de la discipline ou de soins imposés pour le bien du patient – et exploite la dépendance des personnes âgées. Ce phénomène est, de plus, aggravé par un manque de gestionnaires professionnels.

Dans l'état actuel des connaissances, il est impossible de déterminer l'ampleur de cette situation. Voici les dix principales faiblesses, que le gouvernement des Etats-Unis cite comme étant des catégories générales dans son enquête de 1997 portant sur 15 000 maisons de retraite (52) :

1. Préparation des aliments (21,8 %) ;
2. Evaluation détaillée – évaluation documentée de tous les besoins en matière de soins, y compris médicaux, infirmiers et sociaux (17,3 %) ;
3. Plans de soins intégrés – habituellement sous forme de document précisant les besoins quotidiens d'une personne en matière de soins et qui doit les lui assurer, avec des commentaires sur les progrès et les changements attendus (17,1 %) ;
4. Accidents (16,6 %) ;
5. Escarres (16,1 %) ;
6. Qualité des soins (14,4 %) ;
7. Moyens de contention (13,3 %) ;
8. Tenue des locaux (13,3 %) ;
9. Manque de dignité (13,2 %) ;
10. Prévention des accidents (11,9 %).

Il peut y avoir maltraitance et négligence dans beaucoup de types d'établissements, y compris dans

ceux qui semblent bien soigner les patients. Une des principales conclusions d'un examen d'enquêtes sur des scandales dans des établissements de soins spéciaux est qu'un bon régime ou un régime acceptable peut assez facilement et rapidement se transformer en régime abusif, sans que l'on note de changement depuis l'extérieur (53).

Que peut-on faire pour prévenir la maltraitance des personnes âgées?

La vulnérabilité des personnes âgées

L'incidence de la violence physique et psychologique sur la santé d'une personne âgée est aggravée par le vieillissement et les maladies de vieillesse. Il est plus difficile pour les personnes âgées de sortir d'une relation violente ou de prendre les bonnes décisions à cause des déficiences physiques et intellectuelles qui accompagnent habituellement la vieillesse. Dans certains endroits, les obligations conférées par les liens de parenté et le recours au réseau de la famille élargie pour résoudre les difficultés peuvent également empêcher plus encore les personnes âgées, et notamment les femmes, de fuir des situations dangereuses. Souvent, l'agresseur est la seule compagnie qu'ait l'agressé. Ces considérations, entre autres, font que la prévention de la maltraitance des personnes âgées pose quantité de problèmes aux intervenants. Dans la plupart des cas, le plus grand dilemme est de trouver un équilibre entre le droit de la personne âgée à l'autodétermination et la nécessité d'agir pour mettre fin à la maltraitance.

Interventions nationales

Les efforts déployés dans le monde pour inciter à prendre des mesures sociales contre la maltraitance des personnes âgées à l'échelle nationale et pour faire adopter des lois et d'autres mesures politiques en sont à différents stades. Certains auteurs (54, 55) utilisent le modèle des problèmes sociaux de Blumer (56) pour décrire les étapes de ce processus :

- apparition du problème ;
- légitimation du problème ;
- mobilisation en vue d'intervenir ;
- formulation d'un plan officiel ;
- mise en œuvre du plan.

Les États-Unis sont les plus avancés pour ce qui est d'une intervention nationale, car ils ont entièrement mis sur pied un système de signalement et de traitement des cas de maltraitance des personnes âgées. Ce système fonctionne au niveau des États, le gouvernement fédéral se limitant à financer le National Center on Elder Abuse, qui accorde aux États une assistance technique et des fonds limités pour leurs services de prévention de la maltraitance des personnes âgées. Le National Committee for the Prevention of Elder Abuse, organisation à but non lucratif fondée en 1988, et la National Association of State Adult Protective Services Administrators, créée en 1989, travaillent également à l'échelle nationale.

En Australie et au Canada, certaines provinces ou états ont mis en place des systèmes pour faire face aux cas de maltraitance de personnes âgées, mais aucune politique fédérale officielle n'a été annoncée. La Nouvelle-Zélande a lancé une série de projets pilotes dans l'ensemble du pays. Ces trois pays ont des groupes nationaux. Le New Zealand National Elder Abuse and Neglect Advisory Council a été formé au début des années 1990 afin de donner aux stratégies de soins et de protection des personnes âgées une perspective nationale. L'Australian Network for the Prevention of Elder Abuse, qui existe depuis 1998, sert de point de contact et de lieu d'échange d'information à ceux et celles qui travaillent avec des personnes âgées dans des situations abusives. En 1999, le Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aîné(e)s a été créé avec des objectifs similaires, à savoir trouver des moyens de mettre en place des politiques, des programmes et des services pour venir à bout de la maltraitance des personnes âgées.

Au Royaume-Uni, Action on Elder Abuse, organisme caritatif national, a contribué à ce que le gouvernement s'intéresse à la maltraitance des personnes âgées et à ce que le Ministère de la Santé et l'Inspection des services sociaux publient des documents de politique à ce sujet. La Norvège montre l'exemple parmi les pays scandinaves. Elle a obtenu l'approbation du Parlement pour un projet de services à Oslo et un centre de documentation et de recherche sur la violence, ce dernier en grande

partie grâce à l'action de personnes faisant campagne contre la maltraitance des personnes âgées. D'autres pays européens, dont la France, l'Allemagne, l'Italie et la Pologne, en sont à l'étape de la « légitimation » du modèle de Blumer. Dans ces pays, les activités de prévention de la maltraitance des personnes âgées se limitent pour l'essentiel aux travaux de chercheurs individuels et à quelques programmes locaux.

Le Comité latino-américain pour la prévention de la maltraitance des personnes âgées, qui fait activement campagne pour attirer l'attention sur ce problème dans les pays d'Amérique latine de des Caraïbes, propose des formations dans le cadre de rencontres régionales et nationales. Certains pays, comme Cuba, le Pérou, l'Uruguay et le Venezuela, commencent tout juste à prendre conscience du problème, et les activités s'y résument principalement à des rencontres de professionnels et à des études. D'autres pays de la région, dont l'Argentine, le Brésil et le Chili, sont passés au stade de la légitimation et de l'action.

A Buenos Aires, en Argentine, l'organisation « *Proteger* », qui s'occupe exclusivement de cas de maltraitance de personnes âgées, a été fondée en 1998 parmi d'autres programmes du Ministère de la Promotion du Bien-être social et du Troisième âge. Les professionnels et autres travailleurs participant à ce programme ont reçu une formation de six mois en gérontologie qui portait principalement sur la prévention de la violence et les interventions en cas de maltraitance de personnes âgées. *Proteger* a également un service d'assistance téléphonique gratuit.

Au Brésil, c'est le Ministère de la Justice, de la Santé et du Bien-être qui fournit l'aide publique à la formation en matière de maltraitance des personnes âgées. Au Chili, grâce au travail accompli par la Commission interministérielle pour la prévention de la violence intrafamiliale, une loi sur la lutte contre la violence dans la famille a été adoptée en 1994 (57). Elle couvre tous les actes de violence familiale, y compris ceux visant les personnes âgées.

En Asie, des études réalisées en Chine (RAS de Hong Kong), en Inde, au Japon et République de Corée ont attiré l'attention sur le problème de la

maltraitance des personnes âgées, mais aucune mesure officielle n'a encore été prise dans ces pays en matière de politique ou de programme.

En Afrique du Sud, c'est en 1981 que l'on a parlé pour la première fois de la maltraitance des personnes âgées. En 1994, un programme préventif relatif à la violence institutionnelle a été mis sur pied conjointement par l'Etat et le secteur privé (58). Des militants de la prévention de la maltraitance des personnes âgées se sont faits les apôtres d'une stratégie nationale de lutte contre ce phénomène, à laquelle le gouvernement réfléchit actuellement, et ils ont insisté pour que ce type de violence soit cité dans la déclaration finale de la Conférence de la Communauté pour le développement de l'Afrique australe sur la prévention de la violence contre les femmes, qui a eu lieu à Maseru, au Lesotho, en décembre 2000. La Coalition nigériane pour la prévention de la maltraitance des personnes âgées réunit des organismes et des groupes qui travaillent avec et pour les personnes âgées. Pour beaucoup d'autres pays africains, les mesures destinées à lutter contre la maltraitance des personnes âgées sont reléguées au second plan, derrière des préoccupations apparemment plus pressantes, comme les conflits, la pauvreté et la dette.

En 1997, devant l'expansion rapide des activités organisées dans le monde pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées, l'International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) a été constitué. L'INPEA, qui est représenté sur les six continents, vise à sensibiliser davantage le public, à promouvoir l'éducation et la formation, à faire campagne au nom des personnes âgées maltraitées et négligées, et à encourager la recherche sur les causes, les conséquences, le traitement et la prévention de la maltraitance des personnes âgées. Pendant la phase de constitution de l'INPEA, les ateliers étaient le principal moyen de formation, et le réseau en a organisé à l'occasion de rencontres professionnelles en Australie, au Brésil, au Canada, à Cuba, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis. Un bulletin trimestriel et un site Web ont été créés. L'INPEA a également servi de modèle aux réseaux australien et canadien.

Interventions locales

La plupart des programmes mis en place pour lutter contre le problème de la maltraitance des personnes âgées sont des programmes de pays à revenu élevé. Ils sont généralement exécutés sous les auspices des services sociaux, de systèmes de santé ou de systèmes judiciaires ou encore parallèlement à des programmes visant à combattre la violence familiale. Bien qu'il y ait aussi maltraitance des personnes âgées dans les pays à faible revenu et à revenu moyen, on y trouve peu de programmes particuliers à cet égard. Dans ces pays, ce sont généralement des organismes de services sociaux publics ou non gouvernementaux qui s'occupent des cas de maltraitance de personnes âgées, même si leur personnel n'est pas toujours bien informé sur le sujet. Le Costa Rica, où un programme local solide est en place, fait exception (11). Dans certains pays, il n'y a pas de services sociaux ou de système de santé vers qui se tourner.

Services sociaux

En général, les pays qui offrent des services aux personnes âgées maltraitées, négligées ou exploitées le font par le biais du réseau de services sanitaires et sociaux existants. Ces cas soulèvent souvent des questions médicales, juridiques, éthiques, psychologiques, financières, environnementales et de police. Des lignes directrices et des protocoles ont été définis afin d'aider les intervenants et une formation spéciale leur est généralement proposée. Les soins sont généralement planifiés par des équipes d'intervention dont les membres appartiennent à diverses disciplines. D'ordinaire, ces services travaillent en étroite collaboration avec des groupes de travail qui représentent habituellement des organismes publics ainsi que des organisations bénévoles, privées et caritatives qui offrent des services de consultation, proposent des formations, rédigent des lois-types et repèrent les points faibles du système. Souvent, ces systèmes offrent des services d'assistance téléphonique que l'on peut appeler pour signaler des cas de mauvais traitements (59, 60). Ainsi, il en existe actuellement au Royaume-Uni et dans des localités françaises, allemandes et japonaises (voir encadré 5.2). Seuls les Etats-Unis et un certain nombre de provinces

canadiennes ont créé un système qui a pour seul rôle de traiter les rapports de maltraitance d'adultes. Dans ces services de protection des adultes, les intervenants font une enquête et évaluent les cas signalés, définissent des plans de soins appropriés et suivent les cas jusqu'à leur transfert à des organismes de services aux personnes âgées.

De plus en plus, on envisage d'offrir aux personnes âgées maltraitées des services s'inspirant de ceux mis au point pour les femmes battues. Les foyers d'accueil d'urgence et les groupes de soutien pour personnes âgées maltraitées sont relativement nouveaux. Ils offrent aux victimes de mauvais traitements un cadre où elles peuvent partager leur expérience, trouver la force psychologique d'affronter leurs peurs, leurs

doutes, leur stress et leur angoisse, et où elles peuvent retrouver l'estime de soi. Le programme mis en place par la Fédération finlandaise des foyers et refuges pour mères et enfants, et qui est offert en collaboration avec un centre de soins local et le système de santé finlandais, est un exemple d'adaptation du modèle utilisé dans le cas de la violence familiale à la maltraitance des personnes âgées. Ce projet propose des lits d'urgence dans le centre de soins, un service d'assistance téléphonique que les personnes âgées peuvent appeler pour parler de leurs problèmes et obtenir des conseils, et un groupe de soutien aux victimes qui se réunit deux fois par semaine. Il existe aussi des foyers d'accueil d'urgence de ce type au Canada, en Allemagne, au Japon et aux États-Unis.

ENCADRE 5.2

Le Centre japonais pour la prévention de la maltraitance des personnes âgées

En 1993, au Japon, la Société pour l'étude de la maltraitance des personnes âgées (SEMPA), groupe indépendant composé en majeure partie de travailleurs sociaux et d'universitaires, s'est livrée à une enquête nationale auprès des centres de soins communautaires. Cette enquête a confirmé l'existence de maltraitance des personnes âgées au Japon. À partir des résultats, la SEMPA a décidé qu'un service de consultation téléphonique, similaire à celui offert au Royaume-Uni par Action on Elder Abuse, était la meilleure façon de s'attaquer au problème de la maltraitance des personnes âgées (60).

Avec l'aide financière d'une organisation non gouvernementale nationale, le Centre japonais pour la prévention de la maltraitance des personnes âgées a été fondé en 1996 avec un statut d'organisme à but non lucratif. Ce centre offre un service de consultation téléphonique appelé tout simplement *Service d'assistance téléphonique*, qui est tenu par des bénévoles. Un des membres de la SEMPA, qui dirige une maison de retraite, a offert d'installer un bureau dans une pièce de celle-ci et a apporté son aide par ailleurs. Le service de consultation est annoncé dans les journaux, les centres de soutien et autres organismes.

À présent, le service d'assistance téléphonique offre tout un éventail d'informations ainsi que des conseils juridiques à quiconque en a besoin en cas de problèmes liés à la maltraitance des personnes âgées. On peut même y consulter des professionnels de la santé et des services sociaux.

Au départ, les conseillers qui répondaient au téléphone étaient tous des membres de la SEMPA, mais trois bénévoles extérieurs sont venus grossir l'équipe par la suite. Tous les jours, un ou deux conseillers sont présents. Les nouveaux conseillers suivent une formation approfondie et tous assistent à des réunions mensuelles à la SEMPA, afin d'échanger des renseignements sur la maltraitance des personnes âgées et de revoir leurs études de cas. Il arrive qu'on fasse appel à des professionnels de l'extérieur, si nécessaire, pour s'occuper de cas spéciaux.

Comme son nom l'indique, le service d'assistance téléphonique est exclusivement téléphonique. Si une personne qui appelle a besoin de consulter en personne plutôt que par téléphone, le cas est transmis à un centre d'assistance à domicile local. Le respect de la vie privée, la confidentialité et l'anonymat des personnes qui appellent sont essentiels pour le service d'assistance téléphonique.

Dans les pays à faible revenu qui n'ont pas l'infrastructure de services sociaux nécessaire pour entreprendre ce genre de programmes, des projets locaux peuvent être lancés pour aider les personnes âgées à planifier des programmes, à mettre sur pied leurs propres services et à faire campagne pour que la situation change. Ces activités redonneront également force et estime de soi aux personnes âgées. Au Guatemala, par exemple, des personnes âgées aveugles qui avaient été chassées de chez elles par leur famille ont formé leur propre comité, fondé leur propre foyer d'hébergement et monté des projets locaux d'artisanat et d'autres projets d'activités génératrices de revenu pour financer le foyer en question (61).

Soins de santé

Dans certains pays latino-américains et européens, ainsi qu'en Australie, la profession médicale joue un rôle clé dans la sensibilisation du public au problème de la maltraitance des personnes âgées. Ailleurs, et notamment au Canada et aux États-Unis, les médecins accusent un retard de bien des années sur les travailleurs sociaux et les infirmières. On ne trouve guère en milieu hospitalier de programmes d'intervention pour personnes âgées maltraitées. Lorsqu'il en existe, il s'agit généralement d'équipes de consultation qui interviennent si un cas de maltraitance possible est signalé. Les fournisseurs de soins de santé ont un rôle important à jouer dans les programmes de dépistage de la maltraitance.

On peut penser que les médecins sont les mieux placés pour relever des cas de maltraitance, en partie en raison de la confiance que leur témoignent la plupart des personnes âgées, mais bien des médecins ne diagnostiquent pas les mauvais traitements parce que cela ne fait pas partie de leur formation professionnelle ou théorique et ne figure donc pas sur leur liste de diagnostics différentiels.

Il semble que dans les services des urgences non plus, on n'accorde guère d'attention généralement aux besoins particuliers des personnes âgées. Les professionnels de la santé sont souvent plus à l'aise avec des gens plus jeunes qu'avec des personnes âgées, et les préoccupations de ces dernières sont souvent ignorées. La plupart des services des

urgences n'utilisent pas de protocoles pour détecter la maltraitance chez les personnes âgées et y remédier, et s'intéressent rarement aux signes de maltraitance sur le plan de la santé mentale et du comportement, comme la dépression, les tentatives de suicide, la toxicomanie et l'alcoolisme (62).

Si un médecin ou un autre travailleur de la santé note un des signes suivants, il devrait y avoir une enquête pour savoir si le patient est victime de violence (63, 64) :

- le patient tarde à se faire soigner s'il est blessé ou malade ;
- les explications que donnent le patient ou son soignant pour expliquer les blessures ou la santé défaillante sont vagues ou peu plausibles ;
- le patient et le soignant racontent deux histoires différentes ;
- le patient se présente souvent aux urgences parce que sa maladie chronique s'aggrave, en dépit du plan de soins et des moyens déployés pour le soigner chez lui ;
- les patients âgés atteints de déficience fonctionnelle qui se présentent sans leur principal soignant ;
- les résultats des examens de laboratoire ne corroborent pas l'explication donnée.

Lorsqu'ils examinent un patient (65), le médecin et le travailleur de la santé devraient :

- l'interroger séparément et directement sur des violences physiques, des moyens de contention ou une négligence possibles ;
- interroger séparément l'agresseur éventuel ;
- prêter une attention particulière à la relation entre le patient et son agresseur éventuel ainsi qu'à leur comportement ;
- procéder à une évaluation gériatrique détaillée du patient, y compris des facteurs médicaux, fonctionnels, intellectuels et sociaux ;
- documenter les réseaux sociaux du patient, tant publics que privés.

Le tableau 5.1 propose une liste d'indicateurs qui peuvent se révéler utiles si l'on soupçonne de mauvais traitements. La présence de tout indicateur de ce tableau ne suffit cependant pas à prouver qu'il y a effectivement eu maltraitance.

TABLEAU 5.1

Indicateurs de la maltraitance des personnes âgées

Indicateurs relatifs à la personne âgée				Indicateurs relatifs au soignant
Physiques	Comportementaux ou psychologiques	Sexuels	Financiers	
<ul style="list-style-type: none"> • Se plaint d'agressions physiques • Chutes et blessures inexplicables • Brûlures et ecchymoses à des endroits inhabituels ou d'un type inhabituel • Coupures, marques de doigts ou autres preuves de contention • Trop de prescriptions à répétition ou pas assez de médicaments • Malnutrition ou déshydratation sans cause médicale • Preuve de soins insuffisants ou de mauvaise hygiène • La personne se fait soigner chez différents médecins et dans différents centres médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Changement dans les habitudes alimentaires ou troubles du sommeil • Peur, confusion ou air de résignation • Passivité, repli sur soi-même ou dépression de plus en plus marquée • Sentiment d'impuissance, de désespoir ou angoisse • Déclarations contradictoires ou autre ambivalence ne résultant pas d'une confusion mentale • Hésitation à parler franchement • Évite les contacts physiques, oculaires ou verbaux avec le soignant • La personne âgée est tenue isolée par d'autres 	<ul style="list-style-type: none"> • Se plaint d'agressions sexuelles • Comportement sexuel ne correspondant pas aux relations habituelles ou à la personnalité antérieure de la personne âgée • Changements inexplicables dans le comportement, par exemple, agressivité, repli sur soi-même ou automutilation • Se plaint fréquemment de douleurs abdominales ou présente des saignements vaginaux ou anaux inexplicables • Infections génitales récidivantes, ou ecchymoses autour des seins ou de la zone génitale • Sous-vêtements déchirés ou tâchés, notamment de sang 	<ul style="list-style-type: none"> • Retraits d'argent irréguliers ou atypiques de la personne âgée • Retraits d'argent ne correspondant pas aux moyens de la personne âgée • Modification d'un testament ou changement de titre de propriété pour laisser une maison ou des biens à de nouveaux amis ou des parents • Disparition de biens • La personne âgée ne retrouve pas des bijoux ou des biens personnels • Transactions suspectes sur le compte de la carte de crédit • Manque de confort, alors que la personne âgée pourrait se l'offrir • Problèmes médicaux ou de santé mentale non soignés • Le niveau de soins ne correspond pas au revenu ou aux biens de la personne âgée 	<ul style="list-style-type: none"> • Le soignant semble fatigué ou stressé • Le soignant semble trop intéressé ou pas assez • Le soignant fait des reproches à la personne âgée pour des actes tels que l'incontinence • Le soignant se montre agressif • Le soignant traite la personne âgée comme un enfant ou de manière déshumanisante • Le soignant a un passé de toxicomane ou de violence à l'égard d'autrui • Le soignant ne veut pas que la personne âgée ait un entretien avec quiconque seule • Le soignant est sur la défensive quand on l'interroge, il se montre peut-être hostile ou évasif • Le soignant s'occupe depuis longtemps de la personne âgée

Mesures judiciaires

Malgré l'intérêt croissant que suscite le problème, la plupart des pays n'ont pas adopté de loi particulière sur la maltraitance des personnes âgées. Certains aspects de la maltraitance sont habituellement visés par le droit pénal ou par des lois relatives aux droits civils, aux droits de propriété, à la violence familiale ou à la santé mentale. Pour que des lois détaillées visant tout particulièrement la maltraitance des personnes âgées soient adoptées, il faudrait une volonté bien plus marquée de venir à bout du

problème. Cependant, même lorsqu'il existe de telles lois, il est rare que les cas de maltraitance de personnes âgées donnent lieu à des poursuites. Cela tient principalement au fait que les personnes âgées hésitent généralement à porter plainte contre des membres de leur famille, ou en sont incapables. Cela tient aussi au fait que l'on estime souvent que ce sont de bons témoins peu fiables. Enfin, cela tient également au fait que l'on cache la maltraitance des personnes âgées. Tant que l'on considérera qu'il s'agit uniquement d'un problème de soignant, le

recours à la justice ne donnera probablement guère de résultats.

Seuls les provinces de l'Atlantique au Canada, Israël et un certain nombre d'Etats américains ont des lois qui font obligation de signaler les cas de maltraitance de personnes âgées. Ainsi, dans 43 Etats des Etats-Unis, les professionnels et les autres personnes qui travaillent au contact de personnes âgées sont tenus de signaler les cas éventuels de maltraitance à un organisme public désigné, s'ils ont des « raisons de croire » qu'une personne âgée est victime de mauvais traitements, de négligence et/ou d'exploitation. Le premier de ces Etats a adopté sa loi en 1976 et le dernier, en 1999. La province de Terre-Neuve, au Canada, a adopté dès 1973 une loi sur la protection des adultes, et la dernière des quatre provinces de l'Atlantique à l'avoir imitée à ce sujet est l'Ile-du-Prince-Edouard, qui a adopté la sienne en 1988. La loi israélienne date de 1989. A l'instar des lois obligeant à signaler les cas de mauvais traitements à enfant, toutes ces lois relatives à la maltraitance des personnes âgées ont été adoptées pour éviter que des preuves de mauvais traitements passent inaperçues. La déclaration obligatoire était considérée fort utile, en particulier dans les situations où les victimes ne pouvaient pas le faire elles-mêmes et où les professionnels hésitaient à signaler des cas aux services compétents. La recherche sur l'incidence des déclarations obligatoires n'apporte pas encore de réponse concluante, mais il semble bien que ce n'est pas tant l'obligation juridique de signaler les cas qui importe que d'autres facteurs organisationnels, éthiques, culturels et professionnels (66).

Campagne d'information et de sensibilisation du public

Les campagnes d'information et de sensibilisation du public se révèlent essentielles pour informer la population des pays industrialisés au sujet de la maltraitance des personnes âgées. Il s'agit non seulement de diffuser de nouveaux renseignements mais aussi de changer les mentalités, ce qui constitue une stratégie préventive fondamentale. L'information peut se faire de diverses manières, par exemple, dans le cadre de séances de formation,

de séminaires, de programmes de formation permanente, d'ateliers, et de réunions ou conférences scientifiques. Les personnes ciblées ne seront pas seulement les intervenants des différentes disciplines concernées – de la médecine aux services sociaux, en passant par la santé mentale, les soins infirmiers, la justice pénale et la religion – mais aussi les chercheurs, les éducateurs, les décideurs et ceux qui élaborent les politiques. Un plan de cours typique convenant à la plupart des disciplines comprendra une introduction au sujet de la maltraitance des personnes âgées, une réflexion sur les signes et symptômes de maltraitance, et des détails sur les organisations locales qui peuvent prêter assistance. Des cours de formation plus spécialisés se concentreront sur l'acquisition de compétences en matière d'entrevue et d'évaluation des cas de maltraitance ainsi que sur la planification de programmes de soins. Des cours encore plus avancés dispensés par des spécialistes en la matière sont nécessaires pour couvrir les questions éthiques et juridiques. Des cours portant sur la collaboration avec d'autres professionnels et sur le travail au sein d'équipes multidisciplinaires font également partie aujourd'hui des programmes de formation avancée sur la maltraitance des personnes âgées.

L'information et la sensibilisation du public sont des éléments tout aussi importants de la prévention de la maltraitance et de la négligence. Tout comme dans l'information du public au sujet de la maltraitance des enfants et de la violence perpétrée par les partenaires intimes, l'objectif est d'informer le grand public au sujet des divers types de mauvais traitements, de lui apprendre à en reconnaître les signes et de lui expliquer vers qui se tourner pour obtenir de l'aide. Les gens qui sont souvent en contact avec les personnes âgées sont une cible particulière de ce type d'information. En dehors des membres de la famille et des amis, il s'agit des employés des postes, des caissiers de banque et des personnes qui relèvent les compteurs de gaz et d'électricité. Les programmes d'information visant les personnes âgées elles-mêmes sont généralement plus fructueux si l'information relative à la maltraitance s'inscrit dans des sujets plus généraux, comme les soins de santé ou des conseils pour bien

vieillir. Les associations de personnes âgées, les centres communautaires, les programmes de centres de jour et les groupes d'entraide et de soutien peuvent tous contribuer à cet effort d'information (voir encadré 5.3).

Les médias sont fort utiles pour sensibiliser davantage le public. En présentant des images plus positives des personnes âgées et en leur accordant une plus grande place, ils contribuent à changer les mentalités et à battre en brèche les stéréotypes que l'on véhicule à leur propos. Les participants à l'étude sud-africaine sur les groupes de discussion insistaient sur le fait que les médias ont un rôle important à jouer dans la sensibilisation du public (15), tout en ajoutant que des ateliers communautaires devraient être organisés avec le concours de l'Etat pour mieux faire connaître le problème de la maltraitance. Dans d'autres pays en développement aux ressources limitées, des associations locales peuvent assurer une information de base parallèlement aux soins de santé.

A ce jour, peu de programmes d'intervention ont été évalués, et il est donc impossible de dire quelles approches se sont révélées les plus fructueuses. L'absence de définitions communes, la diversité des explications théoriques, le peu d'intérêt des milieux scientifiques et un manque de fonds pour procéder à des études rigoureuses sont autant d'éléments qui ont nui aux efforts déployés pour évaluer l'efficacité de divers projets.

Une analyse documentaire d'études consacrées à des interventions contre la maltraitance des personnes âgées constate que 117 de ces études ont été publiées en anglais entre 1989 et 1998 (G. Bolen, J. Ploeg & B. Hutchinson, données non publiées, 1999). Aucune d'elles, cependant, ne comprend de groupe de référence ou ne satisfait aux critères d'une étude d'évaluation valide. S'appuyant sur ces constatations, les auteurs de l'examen estiment que rien ne fait suffisamment pencher en faveur d'une intervention en particulier. Six des études examinées répondent davantage aux critères voulus, mais

ENCADRE 5.3

Un programme scolaire canadien pour prévenir la maltraitance des personnes âgées

Santé Canada a mis sur pied, à l'intention des jeunes et des enfants, un projet pédagogique en deux volets sur la maltraitance des personnes âgées. Il s'agit de sensibiliser les enfants à la vieillesse et à ce qu'elle représente, et de créer des possibilités pour les jeunes d'entretenir des relations entre générations. Ce faisant, on espère que les enfants et les jeunes apprendront à respecter davantage les personnes âgées et seront beaucoup moins enclins, aujourd'hui et demain, à les maltraiter.

Le premier volet du projet est un coffret de contes pour enfants de trois à sept ans, avec des jeux et des histoires. Sans traiter directement de la maltraitance des personnes âgées, ce coffret donne des images positives de la vieillesse. Il se révèle également efficace avec des enfants plus âgés qui n'ont qu'une connaissance limitée de l'anglais.

Un programme scolaire, qui a été mis au point au terme de consultations approfondies avec diverses personnes – dont des enseignants, des travailleurs auprès des jeunes, des chefs religieux, des fournisseurs de soins de santé, des jeunes, des personnes qui travaillent avec les personnes âgées et des personnes âgées – est au centre du deuxième volet du projet. Ce programme, qui convient principalement pour des adolescents vise à changer les attitudes négatives profondément ancrées dans la société en ce qui concerne les personnes âgées et le vieillissement et à faire reculer la maltraitance des personnes âgées.

Au Canada également, les écoles de l'Ontario ont inscrit le règlement des conflits parmi les sujets à leur programme, et les enseignants se sont aperçus que l'on peut facilement intégrer dans ce sujet un débat sur la maltraitance des personnes âgées.

elles présentent également de graves faiblesses méthodologiques. Dans ces études, la proportion de cas auxquels il a été remédié avec succès après une intervention particulière varie de 22 % à 75 %.

Recommandations

Bien que l'on comprenne mieux aujourd'hui qu'il y a 25 ans les actes violents perpétrés contre des personnes âgées par des membres de leur famille, par des soignants et par d'autres personnes encore, il est nécessaire d'étoffer la base de connaissances aux fins de politiques, de planification et de programmes. Beaucoup d'aspects du problème restent inconnus, y compris ses causes et ses conséquences, et même son ampleur. Pour l'instant, la recherche sur l'efficacité des interventions n'a pratiquement pas produit de résultats utiles ou fiables.

Les formes les plus insidieuses de maltraitance des personnes âgées résident sans doute dans les attitudes négatives à leur égard et par rapport au fait de vieillir, ainsi que dans les stéréotypes à ces sujets, attitudes que reflète la glorification fréquente de la jeunesse. Tant que la société dévalorisera et marginalisera les personnes âgées, celles-ci perdront de leur identité et resteront fortement exposées à des discriminations et à des abus de toutes sortes.

Il est impératif, en matière de lutte contre la maltraitance des personnes âgées :

- de mieux connaître le problème ;
- de renforcer les lois et les politiques ;
- d'adopter des stratégies de prévention plus efficaces.

Mieux connaître le problème

Il est primordial, dans le monde entier, de mieux comprendre ce qu'est la maltraitance des personnes âgées. En 1990, le Conseil de l'Europe a organisé une conférence générale où l'on a examiné des définitions, des statistiques, des lois et des politiques, et où il a été question de prévention et de traitement ainsi que des sources d'information existantes sur la maltraitance des personnes âgées (67). Un groupe de travail mondial sur la maltraitance des personnes âgées devrait être chargé d'examiner tous ces sujets. Entre autres choses, il pourrait réunir et normaliser des statistiques

mondiales et définir les caractéristiques d'un formulaire de communication de données commun. Il faudrait également étudier le rôle précis de différentes cultures dans la maltraitance des personnes âgées afin de mieux l'expliquer.

Il est urgent que des travaux de recherche débouchent sur des interventions efficaces. Il est nécessaire de voir comment on peut amener les personnes âgées à jouer un rôle plus important dans la conception des programmes de prévention et à participer davantage à ces programmes, ce que l'on a déjà commencé à faire au Canada. Cette démarche pourrait s'avérer particulièrement intéressante dans les pays en développement où l'on peut, en faisant participer les personnes âgées à la conception et à l'exécution des programmes, mieux les sensibiliser à leurs droits et leur permettre de vivre une expérience stimulante, tout en s'attaquant au problème de l'exclusion sociale (3).

Des normes plus rigoureuses sont nécessaires dans la recherche scientifique relative à la maltraitance des personnes âgées. Par le passé, la recherche a trop souvent porté sur de petits échantillons et utilisé une méthodologie peu convaincante, ce qui a parfois donné des résultats contradictoires. Certaines études affirment que l'état mental de l'agresseur et la toxicomanie sont des facteurs de risque, mais elles ne vont pas plus loin dans leurs investigations pour comprendre exactement pourquoi ces facteurs contribuent à la maltraitance ou à la négligence dans certains cas et pas dans d'autres. D'autres études sont également nécessaires pour tirer au clair des données actuellement contradictoires sur les déficiences intellectuelles et physiques des personnes âgées en tant que facteurs de risque de maltraitance.

Causes de la maltraitance

De même, d'autres études sont nécessaires en ce qui concerne le rôle du stress chez les soignants, que l'on a d'abord considéré comme une des principales causes de la maltraitance des personnes âgées. Avec la prévalence croissante de la maladie d'Alzheimer dans le monde et l'augmentation constatée des comportements violents dans les familles dont un membre est malade, il est important de prêter davantage d'attention à la relation entre le soignant

et le soigné. Il est sans doute évident que l'isolement social ou l'absence de soutien contribue à la maltraitance ou à la négligence, mais les victimes de violence dans ces situations veulent rarement participer à des programmes qui encouragent l'interaction sociale, comme les centres pour personnes âgées ou les centres d'activités de jour. Des études qui permettraient de savoir qui sont ces victimes et de connaître leur situation pourraient produire de meilleures solutions.

Il faudrait également étudier le rôle éventuel de l'âgisme, qui est la discrimination envers les personnes âgées et la stigmatisation dont elles font l'objet, dans la maltraitance des personnes âgées, même si certains spécialistes en la matière expliquent que la marginalisation des personnes âgées contribue au problème. Les études interculturelles aideraient probablement à comprendre cet effet.

Il est manifeste que, dans certains pays en développement, des facteurs socioculturels sont directement liés à la maltraitance, comme la croyance dans la sorcellerie et l'abandon des veuves. D'autres pratiques, que l'on cite souvent comme étant des facteurs de causalité importants, doivent être examinées, car aucune recherche n'a encore confirmé ces affirmations.

D'autres facteurs socio-économiques et culturels, comme la pauvreté, la modernisation et les régimes de succession, peuvent être des causes indirectes de maltraitance. L'utilisation du modèle écologique pour expliquer la maltraitance des personnes âgées est encore nouvelle et il faut plus de recherche sur les facteurs qui influent à différents niveaux du modèle.

Incidence de la maltraitance

L'incidence sur la personne âgée est sans doute l'aspect de la maltraitance des personnes âgées auquel on prêt le moins d'attention. Des études longitudinales qui suivent des personnes maltraitées et non maltraitées sur une longue période devraient donc faire partie du programme de recherche. Plus particulièrement, peu d'études se sont penchées sur l'incidence psychologique sur la personne maltraitée. Hormis la dépression, on sait peu de choses sur le traumatisme psychologique subi par les victimes.

Evaluation des interventions

Divers modèles d'interventions ont été mis au point. Certains concernent la déclaration obligatoire des cas, des unités de services de protection, des protocoles de services sociaux, des foyers d'accueil d'urgence, des groupes d'entraide et de soutien, et des équipes de consultation. Très peu, cependant, ont été évalués en utilisant un concept de recherche expérimental ou quasi expérimental, et une recherche évaluative de très bonne qualité devient urgente. Malheureusement, la maltraitance des personnes âgées n'est pas un sujet qui retient l'attention de nombreux chercheurs établis dont les compétences sont cependant bien nécessaires. Si l'on investissait plus de ressources dans des études sur ce phénomène de société, on encouragerait certainement la recherche.

Des lois plus fermes

Droits fondamentaux

Les droits de l'homme doivent être garantis aux personnes âgées dans le monde entier. Il faut donc :

- élargir au groupe que constituent les personnes âgées les lois actuelles sur la violence familiale ou intra-familiale ;
- faire en sorte que le droit pénal et le droit civil visent explicitement la maltraitance, la négligence et l'exploitation des personnes âgées ;
- et que les Etats adoptent de nouvelles lois visant précisément à protéger les personnes âgées.

Traditions abusives

Beaucoup de traditions sont abusives à l'égard des femmes âgées, y compris la croyance à la sorcellerie et à l'abandon des veuves. Il faudra, pour mettre fin à ces coutumes, une grande et longue collaboration entre de nombreux groupes. Afin de contribuer à ce processus :

Des groupes de défense des intérêts, constitués de personnes âgées et de personnes plus jeunes, devraient être formés au niveau national, provincial et local afin de faire campagne pour le changement.

Les programmes publics de santé et de bien-être devraient viser véritablement à atténuer l'incidence négative sur les personnes âgées de nombreux

processus de modernisation et des changements qu'ils entraînent dans la structure familiale.

Les gouvernements nationaux devraient instaurer un régime de retraite satisfaisant, dans tous les pays où il n'en existe pas.

Des stratégies de prévention plus efficaces

A tout le moins, il est nécessaire d'accorder plus d'importance à la prévention primaire. Cela suppose de bâtir une société où les personnes âgées peuvent vivre dans la dignité, où il est pourvu à leurs besoins et où elles ont de réelles possibilités de s'épanouir. Dans les sociétés accablées par la pauvreté, le défi est énorme.

La prévention commence par la sensibilisation. Or, l'éducation et la formation sont deux moyens importants de sensibilisation du public comme des professionnels concernés. Les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux à tous les niveaux, que ce soit dans la communauté ou en milieu institutionnel, devraient recevoir une formation de base pour savoir détecter la maltraitance de personnes âgées. Les médias constituent un autre outil puissant pour sensibiliser davantage le public en général et les autorités au problème et à ses solutions possibles.

Les programmes dans lesquels les personnes âgées elles-mêmes jouent un rôle clé pour ce qui est de la prévention de la maltraitance chez elles comprennent les éléments suivants :

- recrutement et formation de personnes âgées qui rendront visite à d'autres personnes âgées isolées ou leur tiendront compagnie ;
- création de groupes de soutien pour les personnes âgées victimes de maltraitance ;
- mise en place de programmes communautaires afin de stimuler l'interaction sociale et la participation des personnes âgées ;
- constitution de réseaux sociaux de personnes âgées dans les villages, les quartiers ou les unités de logement ;
- collaboration avec les personnes âgées pour créer des programmes d'entraide qui leur permettent d'être productives.

Il est difficile de prévenir la maltraitance des personnes âgées en aidant les agresseurs, et tout particulièrement les enfants adultes, à résoudre

leurs propres problèmes. Voici des mesures qui peuvent se révéler utiles :

- offrir des services de santé mentale et des services de désintoxication ;
- proposer des emplois et des possibilités en matière d'éducation ;
- trouver de nouvelles façons de régler les conflits, en particulier lorsque les personnes âgées ne jouent plus autant leur rôle traditionnel à cet égard.

On peut également faire beaucoup pour prévenir la maltraitance des personnes âgées en milieu institutionnel. Voici des mesures qui peuvent se révéler utiles :

- définir et mettre en œuvre des plans de soins détaillés ;
- former le personnel ;
- établir des politiques et des programmes afin que le personnel souffre moins de stress professionnel ;
- définir et mettre en place des politiques et des programmes visant à améliorer les établissements sur le plan matériel et social.

Conclusion

Le problème de la maltraitance des personnes âgées ne peut être convenablement réglé tant que leurs besoins essentiels en matière d'alimentation, de logement, de sécurité et d'accès aux soins ne sont pas satisfaits. Les pays doivent créer un environnement où le fait de vieillir est accepté comme faisant naturellement partie du cycle de la vie, où les attitudes contre le vieillissement sont découragées, où les personnes âgées ont le droit de vivre dans la dignité – sans être victimes de violence ou d'exploitation – et où elles peuvent participer pleinement à des activités éducatives, culturelles, spirituelles et économiques (3).

Bibliographie

1. Baker AA. *Granny-battering. Modern Geriatrics*, 1975, 5 :20–24.
2. Burston GR. «Granny battering». *British Medical Journal*, 1975, 3 :592.
3. Randal J, German T. *The ageing and development report: poverty, independence, and the world's*

- people. Londres (Royaume-Uni), HelpAge International, 1999.
4. Hudson MF. Elder mistreatment: a taxonomy with definitions by Delphi. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1991, 3 :1–20.
 5. Brown AS. A survey on elder abuse in one Native American tribe. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1 :17–37.
 6. Maxwell EK, Maxwell RJ. Insults to the body civil: mistreatment of elderly in two Plains Indian tribes. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 1992, 7 :3–22.
 7. What is elder abuse? *Action on Elder Abuse Bulletin*, 1995, 11 (mai-juin).
 8. Kosberg JI, Garcia JL. Common and unique themes on elder abuse from a worldwide perspective. In: Kosberg JI, Garcia JL. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, New-York (Etats-Unis d'Amérique), Haworth Press, 1995 :183–198.
 9. Moon A, Williams O. Perceptions of elder abuse and help-seeking patterns among African American, Caucasian American, and Korean American elderly women. *The Gerontologist*, 1993, 33 :386–395.
 10. Tomita SK. Exploration of elder mistreatment among the Japanese. In: Tataru T, ed. *Understanding elder abuse in minority populations*. Philadelphie, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Francis & Taylor, 1999 :119–139.
 11. Gilliland N, Picado LE. Elder abuse in Costa Rica. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2000, 12 :73–87.
 12. Owen M. *A world of widows*. Londres (Royaume-Uni), Zed Books, 1996.
 13. Gorman M, Petersen T. *Violence against older people and its health consequences: experience from Africa and Asia*. Londres (Royaume-Uni), HelpAge International, 1999.
 14. Witchcraft: a violent threat. *Ageing and Development*, 2000, 6 :9.
 15. Keikelame J, Ferreira M. *Mpathekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape Flats*. Le Cap (Afrique du Sud), Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology, 2000.
 16. Pillemer K, Finkelhor D. Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, 1988, 28 :51–57.
 17. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4 :5–58.
 18. Kivelä SL et al. Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4 :1–18.
 19. Ogg J, Bennett GCJ. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 1992, 305 :998–999.
 20. Comijs HC et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46 :885–888.
 21. Centre canadien de la statistique juridique. *La violence familiale au Canada: un profil statistique 2000*. Ottawa (Canada), Santé Canada, 2000.
 22. Kane RL, Kane RA. *Long-term care in six countries: implications for the United States*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), United States Department of Health, Education and Welfare, 1976.
 23. Pillemer KA, Moore D. Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1990, 2 :5–30.
 24. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49 :604–616.
 25. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11 :79–103.
 26. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Springer, 2000.
 27. Gelles RJ. Through a sociological lens: social structure and family violence. In: Gelles RJ, Loeske DR. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1993 :31–46.
 28. O'Leary KD. Through a psychological lens: personality traits, personality disorders, and levels of violence. In: Gelles RJ, Loeske DR. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1993 :7–30.
 29. Wolf RS, Pillemer KA. *Helping elderly victims: the reality of elder abuse*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Columbia University Press, 1989.
 30. Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 1990, 301 :1359–1362.
 31. Bristowe E, Collins JB. Family mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1 :45–54.
 32. Pillemer KA. Risk factors in elder abuse: results from a case-control study. In: Pillemer KA, Wolf RS. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Auburn House, 1989 :239–264.
 33. Paveza GJ et al. Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 1992, 32 :493–497.

34. Cooney C, Mortimer A. Elder abuse and dementia : a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 1995, 41 :276–283.
35. Aitken L, Griffin G. *Gender issues in elder abuse*. Londres (Royaume-Uni), Sage, 1996.
36. Steinmetz SK. *Duty bound : elder abuse and family care*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1988.
37. Eastman M. *Old age abuse : a new perspective*. 2^e édition. San Diego, Californie (Etat-Unis d'Amérique), Singular Publishing Group, Inc., 1994.
38. Reis M, Nahamish D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 1998, 38 :471–480.
39. Hamel M et al. Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *The Gerontologist*, 1990, 30 :206–211.
40. Nolan MR, Grant G, Keady J. *Understanding family care : a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham, Open University Press, 1996.
41. Pillemer KA, Suitor JJ. Violence and violent feelings : what causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 1992, 47 :S165–S172.
42. O'Loughlin A, Duggan J. *Abuse, neglect and mistreatment of older people : an exploratory study*. Dublin (Irlande), National Council on Ageing and Older People, 1998 (Report No. 52).
43. Phillips LR. Theoretical explanations of elder abuse. In : Pillemer KA, Wolf RS. *Elder abuse : conflict in the family*. Dover, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Auburn House, 1989 :197–217.
44. Grafstrom M, Nordberg A, Winblad B. Abuse is in the eye of the beholder. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 21 :247–255.
45. Kwan AY. Elder abuse in Hong Kong : a new family problem for the east? In : Kosberg JI, Garcia JL. *Elder abuse : international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, New York (Etats-Unis d'Amérique), Haworth Press, 1995 :65–80.
46. Phillips LR. Abuse and neglect of the frail elderly at home : an exploration of theoretical relationships. *Advanced Nursing*, 1983, 8 :379–382.
47. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse : a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1 :65–74.
48. Booth BK, Bruno AA, Marin R. Psychological therapy with abused and neglected patients. In : Baumhover LA, Beall SC. *Abuse, neglect, and exploitation of older persons : strategies for assessment and intervention*. Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Health Professions Press, 1996 :185–206.
49. Goldstein M. Elder mistreatment and PTSD. In : Ruskin PE, Talbot JA. *Ageing and post-traumatic stress disorder*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), American Psychiatric Association, 1996 :126–135.
50. Lachs MS et al. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280 :428–432.
51. Bennett G, Kingston P, Penhale B. *The dimensions of elder abuse : perspectives for practitioners*. Londres (Royaume-Uni), Macmillan, 1997.
52. Harrington CH et al. *Nursing facilities, staffing, residents, and facility deficiencies, 1991–1997*. San Francisco, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Department of Social and Behavioral Sciences, University of California, 2000.
53. Clough R. Scandalous care : interpreting public inquiry reports of scandals in residential care. In : Glendenning F, Kingston P. *Elder abuse and neglect in residential settings : different national backgrounds and similar responses*. Binghamton, New York (Etats-Unis d'Amérique), Haworth Press, 1999 :13–28.
54. Leroux TG, Petrunik M. The construction of elder abuse as a social problem : a Canadian perspective. *International Journal of Health Services*, 1990, 20 :651–663.
55. Bennett G, Kingston P. *Elder abuse : concepts, theories and interventions*. Londres (Royaume-Uni), Chapman & Hall, 1993.
56. Blumer H. Social problems as collective behaviour. *Social Problems*, 1971, 18 :298–306.
57. Mehrotra A. *Situation of gender-based violence against women in Latin America and the Caribbean : national report for Chile*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Programme des Nations Unies pour le développement, 1999.
58. Eckley SCA, Vilakas PAC. Elder abuse in South Africa. In : Kosberg JI, Garcia JL. *Elder abuse : international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, New York (Etats-Unis d'Amérique), Haworth Press, 1995 :171–182.
59. *Hearing the despair : the reality of elder abuse*. Londres (Royaume-Uni), Action on Elder Abuse, 1997.
60. Yamada Y. A telephone counseling program for elder abuse in Japan. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11 :105–112.
61. Checkoway B. Empowering the elderly : gerontological health promotion in Latin America. *Ageing and Society*, 1994, 14 :75–95.
62. Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments : conclusions and recommendations. *Annals of Emergency Medicine*, 1992, 21 :79–83.
63. Lachs MS, Pillemer KA. Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332 :437–443.

64. Jones JS. Geriatric abuse and neglect. *In*: Bosker G et al. *Geriatric emergency medicine*. St Louis, Missouri (Etats-Unis d'Amérique), CV Mosby, 1990 :533–542.
65. *Elder mistreatment guidelines : detection, assessment and intervention*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Mount Sinai/Victim Services Agency Elder Abuse Project, 1988.
66. Wolf RS. Elder abuse : mandatory reporting revisited. *In*: Cebik LE, Graber GC, Marsh FH. *Violence, neglect, and the elderly*. Greenwich, Connecticut (Etats-Unis d'Amérique), JAI Press, 1996 :155–170.
67. *La violence envers les personnes âgées*. Strasbourg, Conseil de l'Europe, Comité directeur sur la politique sociale, 1992.

CHAPITRE 6

La violence sexuelle

Contexte

La violence sexuelle existe partout dans le monde. Bien que, dans la plupart des pays, peu de recherches soient consacrées au problème, les données dont nous disposons donnent à penser que, dans certains endroits, près d'une femme sur quatre subit probablement des violences sexuelles de la part d'un partenaire intime (1–3) et un tiers des adolescentes déclarent avoir subi une initiation sexuelle forcée (4–6).

La violence sexuelle a de profondes répercussions sur la santé physique et mentale de la victime. Outre les traumatismes physiques, elle est associée à un risque accru de nombreux problèmes de santé sexuelle et génésique, dont les conséquences se font sentir immédiatement, mais aussi des années après l'agression (4, 7–16). Les conséquences pour la santé mentale sont tout aussi graves que les conséquences physiques et peuvent aussi durer très longtemps (17–24). La mortalité associée à la violence sexuelle peut être due à un suicide, à l'infection à VIH ou à un homicide, soit pendant l'agression en cas de viol avec homicide, soit plus tard dans les « crimes d'honneur » (26). La violence sexuelle peut aussi influencer profondément sur le bien-être social des victimes. Ainsi, certaines victimes sont stigmatisées et mises au ban de la société par leur famille et par d'autres personnes (27, 28).

L'agresseur peut retirer du plaisir de rapports sexuels imposés, mais l'objectif sous-jacent est souvent l'expression d'un pouvoir et d'une domination sur la personne agressée. Souvent, les hommes qui obligent leur épouse à avoir des rapports sexuels pensent agir légitimement parce qu'ils sont mariés avec cette femme.

Le viol de femmes et d'hommes, qui est souvent utilisé comme arme de guerre, comme forme d'attaque contre l'ennemi, caractérise la conquête et l'aviilissement des femmes ou des combattants capturés (29). Il peut aussi servir à punir des femmes qui ont transgressé des codes sociaux ou moraux, par exemple, ceux qui interdisent l'adultère ou l'ivresse en public. Il arrive aussi que des hommes et des femmes soient violés alors qu'ils sont en garde à vue ou en prison.

La violence sexuelle peut être dirigée contre les hommes et les femmes, mais le présent chapitre portera essentiellement sur les diverses formes de violence sexuelle dont sont victimes les femmes, ainsi que sur les violences sexuelles que subissent les jeunes filles aux mains d'autres personnes que leur tuteur ou soignant.

Définition de la violence sexuelle

La violence sexuelle se définit comme suit :

Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail.

La coercition vise le recours à la force à divers degrés. En dehors de la force physique, l'agresseur peut recourir à l'intimidation psychologique, au chantage ou à d'autres menaces – par exemple, la menace de blessures corporelles, de renvoi d'un emploi ou de ne pas obtenir un emploi recherché. La violence sexuelle peut survenir alors que la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement parce qu'elle est ivre, droguée, endormie ou incapable mentalement de comprendre la situation, par exemple.

La violence sexuelle comprend le *viol*, qui se définit ainsi : acte de pénétration, même légère, de la vulve ou de l'anus imposé notamment par la force physique, en utilisant un pénis, d'autres parties du corps ou un objet. Il y a *tentative de viol* si l'on essaie de commettre un tel acte. Lorsqu'il y a viol d'une personne par deux ou plusieurs agresseurs, on parle de *viol collectif*.

La violence sexuelle peut comprendre d'autres formes d'agression dans lesquelles intervient un organe sexuel, notamment le contact imposé entre la bouche et le pénis, la vulve ou l'anus.

Formes et contextes de la violence sexuelle

Divers actes de violence sexuelle peuvent se produire dans différentes situations et différents contextes, dont ceux-ci :

- le viol dans le mariage ou commis par un petit ami ;
- le viol commis par des étrangers ;
- le viol systématique pendant les conflits armés ;
- des avances sexuelles importunes ou du harcèlement sexuel, y compris le fait d'exiger des relations sexuelles contre des faveurs ;
- la violence sexuelle à l'encontre de handicapés physiques ou mentaux ;
- la violence sexuelle exercée contre des enfants ;
- le mariage ou la cohabitation forcé, y compris le mariage d'enfants ;
- la négation du droit d'utiliser la contraception ou de se protéger contre des maladies sexuellement transmissibles ;
- l'avortement forcé ;
- les actes de violence contre l'intégrité sexuelle des femmes, y compris la mutilation génitale féminine et les inspections imposées pour s'assurer de la virginité ;
- la prostitution forcée et la traite d'êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle.

Il n'existe pas de définition universellement acceptée de la traite d'êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle. On désigne par cette expression le déplacement organisé de personnes, habituellement des femmes, entre des pays ou à l'intérieur de pays aux fins de travail sexuel. Cette traite comprend également le fait de contraindre un migrant à se soumettre à un acte sexuel en

contrepartie d'une autorisation d'émigrer ou de dispositions pour sa migration.

La traite d'êtres humains à des fins sexuelles utilise la force physique, la tromperie et la servitude qui découle d'un endettement forcé. Dans la traite de femmes et d'enfants, par exemple, les victimes s'entendent souvent promettre du travail comme domestique ou dans l'industrie des services, mais en fait, elles sont emmenées dans des bordels où leur passeport et autre pièce d'identité sont confisqués. Il arrive qu'elles soient battues et enfermées, et on leur promet parfois la liberté une fois qu'elles auront gagné – en se prostituant – le prix de leur achat ainsi que leurs frais de visa et de voyage (30–33).

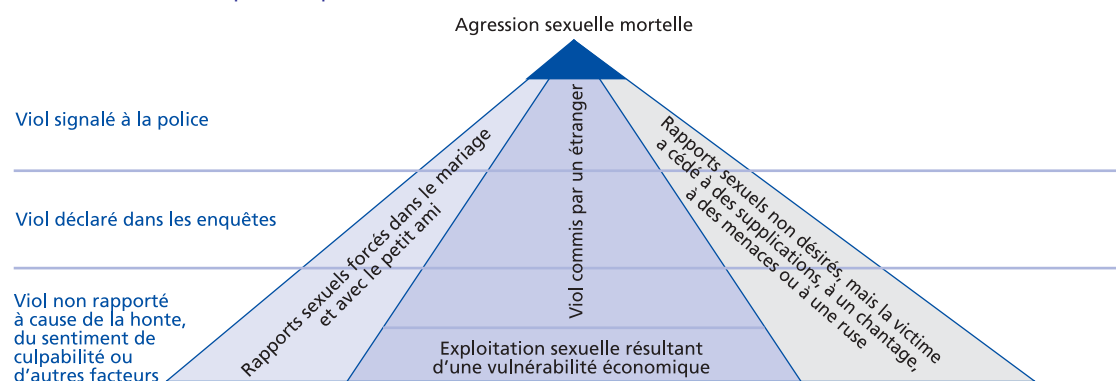
Ampleur du problème

Sources de données

Habituellement, les données sur la violence sexuelle viennent de la police, du milieu clinique, d'organisations non gouvernementales, d'enquêtes et d'études. On peut considérer que ces sources ne permettent de voir que la partie émergée de l'iceberg qu'est le problème mondial de la violence sexuelle (34) (voir figure 6.1). La pointe visible représente les cas signalés à la police. Une partie plus importante peut être révélée par des enquêtes et autre recherche et par le travail des organisations non gouvernementales. Mais sous la surface, demeure une partie du problème importante, quoique non quantifiée.

FIGURE 6.1

Violence sexuelle : l'ampleur du phénomène



En général, la violence sexuelle est un domaine de recherche négligé. Les données disponibles sont insuffisantes et fragmentées. Ainsi, les données de la police sont souvent incomplètes et limitées. Beaucoup de femmes ne signalent pas les violences sexuelles dont elles sont victimes à la police parce qu'elles ont honte, qu'elles ont peur qu'on leur dise que c'est de leur faute, qu'on ne les croit pas ou qu'on les maltraite. Quant aux données des centres médico-légaux, elles risquent de porter surtout sur les cas d'agression sexuelle plus violents. La proportion de femmes qui s'adressent aux services médicaux pour des problèmes immédiats liés à des violences sexuelles est elle aussi assez minime.

Bien que l'on ait beaucoup progressé ces dix dernières années dans l'évaluation du phénomène par le biais de la recherche et d'enquêtes, les définitions utilisées varient considérablement d'une étude à l'autre. On note également des différences importantes entre les cultures dans la volonté de parler de violence sexuelle aux chercheurs. Il faut donc se montrer prudent lorsque l'on fait des comparaisons mondiales de la prévalence de la violence sexuelle

Estimation de la violence sexuelle

Des enquêtes sont menées auprès des victimes de crimes dans de nombreuses villes et de nombreux pays, en utilisant une méthodologie commune pour faciliter les comparaisons, et on y trouve généralement des questions sur la violence sexuelle. Le tableau 6.1 résume les données des enquêtes sur la prévalence des agressions sexuelles au cours des cinq années précédentes (35, 36). D'après ces études, le pourcentage de femmes qui déclarent

TABLEAU 6.1

Pourcentage de femmes âgées de 16 ans et plus qui déclarent avoir été victimes d'une agression sexuelle dans les cinq années précédentes, sélection de villes, 1992–1997

Pays	Population étudiée	Année	Taille de l'échantillon	Proportion de femmes (âgée de 16 ans et plus) victimes d'agression sexuelle dans les cinq années précédentes (%)
Afrique				
Botswana	Gaborone	1997	644	0,8
Egypte	Le Caire	1992	1000	3,1
Afrique du Sud	Johannesburg	1996	1006	2,3
Tunisie	Métropole de Tunis	1993	1087	1,9
Ouganda	Kampala	1996	1197	4,5
Zimbabwe	Harare	1996	1006	2,2
Amérique latine				
Argentine	Buenos Aires	1996	1000	5,8
Bolivie	La Paz	1996	999	1,4
Brésil	Rio de Janeiro	1996	1000	8,0
Colombie	Bogotá	1997	1000	5,0
Costa Rica	San José	1996	1000	4,3
Paraguay	Asunción	1996	587	2,7
Asie				
Chine	Beijing	1994	2000	1,6
Inde	Bombay	1996	1200	1,9
Indonésie	Jakarta et Surabaya	1996	1400	2,7
Philippines	Manille	1996	1500	0,3
Europe de l'Est				
Albanie	Tirana	1996	1200	6,0
Hongrie	Budapest	1996	756	2,0
Lituanie	Điauliai, Kaunas, Klaipėda, Panevėžys, Vilnius	1997	1000	4,8
Mongolie	Oulan-Bator, Zuunmod	1996	1201	3,1

Source : références 35 et 36.

avoir été victimes d'agressions sexuelles va de moins de 2 % dans des endroits comme La Paz, en Bolivie (1,4 %), Gaborone, au Botswana (0,8 %), Beijing, en Chine (1,6 %), et Manille, aux Philippines (0,3 %), à 5 % ou plus à Tirana, en Albanie (6,0 %), Buenos Aires, en Argentine (5,8 %), Rio de Janeiro, au Brésil (8,0 %) et Bogota, en Colombie (5,0 %). Il est à noter que l'on ne fait aucune distinction dans ces chiffres entre les viols commis par des étrangers et ceux commis par des partenaires intimes. Généralement, les enquêtes qui ne font pas cette distinction ou celles qui ne prennent en considération que les viols commis par des étrangers sous-estiment sensiblement la prévalence de la violence sexuelle (34).

En dehors des enquêtes sur la criminalité, quelques enquêtes portant sur des échantillons représentatifs interrogent les femmes sur la violence sexuelle. Par exemple, dans une enquête nationale réalisée aux Etats-Unis, 14,8 % des femmes de plus de 17 ans déclarent avoir été violées, à quoi s'ajoutent 2,8 % de femmes victimes de tentatives de viol, et 0,3 % des femmes de l'échantillon affirment avoir été violées dans l'année précédant l'enquête (37). Une autre enquête effectuée auprès d'un échantillon représentatif de femmes âgées de 18 à 49 ans dans trois provinces d'Afrique du Sud conclut qu'au cours de l'année écoulée, 1,3 % des femmes ont été contraintes, physiquement ou par des menaces verbales, d'avoir des relations sexuelles non consensuelles (34). Dans une enquête réalisée en République tchèque sur un échantillon représentatif de l'ensemble de la population âgée de plus de 15 ans (38), 11,6 % des femmes déclarent qu'on leur a déjà imposé des contacts sexuels et 3,4 % que cela s'est produit plus d'une fois, la forme la plus courante de contact étant des rapports vaginaux.

Violence sexuelle exercée par des partenaires intimes

Dans beaucoup de pays, une proportion importante de femmes qui sont victimes de violence physique le sont également de violences sexuelles. Au Mexique et aux Etats-Unis, les études estiment qu'entre 40 % et 52 % des femmes brutalisées par un partenaire intime sont également contraintes d'avoir des rapports sexuels par ce même partenaire (39, 40). Parfois, la violence sexuelle ne s'accompagne pas de violence physique (1). Dans l'Etat indien de l'Uttar Pradesh, sur un échantillon représentatif de plus de 6 000 hommes, 7 % déclarent avoir usé de violence physique et sexuelle à l'encontre de leur épouse, 22 % affirment utiliser la violence sexuelle sans violence physique et 17 % reconnaissent avoir recouru à la violence physique seule (41).

Le tableau 6.2 résume une partie des données disponibles sur la prévalence de la coercition sexuelle exercée par des partenaires intimes (1-3, 37, 42-53). Les conclusions de ces études montrent qu'il n'est ni rare ni particulier à une région du

monde que des partenaires intimes commettent des agressions sexuelles. Ainsi, 23 % des femmes du North London, en Angleterre, déclarent avoir déjà été victimes d'un viol ou d'une tentative de viol de la part d'un partenaire. On arrive à des chiffres similaires à Guadalajara, au Mexique (23,0 %), à León, au Nicaragua (21,7 %), à Lima, au Pérou (22,5 %) et dans la province des Midlands, au Zimbabwe (25,0 %). La prévalence des agressions sexuelles commises contre des femmes par des partenaires intimes, y compris les tentatives d'agression, est également évaluée dans quelques enquêtes nationales. Ainsi, elle est estimée à 8,0 % au Canada, à 14,2 % en Angleterre, Pays de Galles et Ecosse (combinés), à 5,9 % en Finlande, à 11,6 % en Suisse et à 7,7 % aux Etats-Unis.

Initiation sexuelle forcée

Un nombre croissant d'études, tout particulièrement en Afrique sub-saharienne, montrent que la première expérience sexuelle des jeunes filles est souvent non désirée ou imposée. Ainsi, il ressort d'une enquête cas-témoins portant sur 191 adolescentes (âge moyen : 16,3 ans) patientes d'un centre de consultations prénatales du Cap, en Afrique du Sud, et 353 adolescentes non enceintes du même âge et du même quartier ou de la même école, que 31,9 % des cas de l'étude et 18,1 % du groupe témoin déclarent que la force a été employée pendant leur initiation sexuelle. A la question de savoir quelles seraient les conséquences si elles refusaient d'avoir des relations sexuelles, 77,9 % des jeunes filles de l'échantillon étudié et 72,1 % de celles du groupe témoin répondent avoir peur d'être battues si elles refusent d'avoir des relations sexuelles (4).

Beaucoup d'études portant sur des jeunes femmes et des jeunes hommes font état d'initiation sexuelle imposée et de coercition pendant l'adolescence (voir tableau 6.3 et encadré 6.1). Lorsque l'échantillon des études comprend des hommes et des femmes, la prévalence des viols et de la coercition sexuelle déclarés est plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes (5, 6, 54-60). Par exemple, dans une étude réalisée dans les Caraïbes, près de la moitié des adolescentes

TABLEAU 6.2

Pourcentage de femmes adultes se déclarant victimes de la violence sexuelle exercée par un partenaire intime, sélection d'enquêtes de population, 1989–2000

Pays	Population étudiée	Année de l'étude	Taille de l'échantillon	Pourcentage de femmes agressées dans les 12 derniers mois :		
				tentative de rapports sexuels forcés ou rapports forcés (%)	Tentative de rapports sexuels forcés ou rapports forcés (%)	Rapports sexuels forcés (%)
Brésil ^a	Sao Paulo	2000	94 ^a	2,8	10,1	
	Pernambuco	2000	1 188 ^a	5,6	14,3	
Canada	Nationale	1993	12 300		8,0	
	Toronto	1991--1992	420		15,3 ^a	
Chili	Santiago	1997	310	9,1		
Finlande	Nationale	1997--1998	7 051	2,5	5,9	
Japon ^a	Yokohama	2000	1 287 ^a	1,3	6,2	
Indonésie	Centre de Java	1999--2000	765	13,0		22,0
Mexique	Durango	1996	384	15,0	42,0	
	Guadalajara	1996	650		23,0	
Nicaragua	León	1993	360	17,7	21,7	
	Managua	1997	378			
Pérou ^b	Lima	2000	1 086 ^b	7,1	22,5	
	Cuzco	2000	1 534 ^b	22,9	46,7	
Porto Rico	Nationale	1993--1996	7 079			5,7 ^a
Suède	Teg, Umeå	1991	251		7,5 ^c	
Suisse	Nationale	1994--1995	1 500		11,6	
Thaïlande ^a	Bangkok	2000	1 051 ^a	17,1	29,9	
	Nakorsawan	2000	1 027 ^a	15,6	28,9	
Turquie	Anatolie de l'Est et du Sud-Est	1998	599			51,9 ^a
Royaume-Uni	Angleterre, Ecosse et Pays de Galles	1989	1 007	6,0 ^a	23,0 ^a	14,2 ^d
	North London, Angleterre	1993	430			
Etats-Unis	Nationale	1995--1996	8 000	0,2 ^a	7,7 ^a	
Cisjordanie et Gaza	Palestiniens	1995	2 410	27,0		
Zimbabwe	Province des Midlands	1996	966		25,0	

Source : références 1–3, 37 et 42–53.

^a Résultats préliminaires de l'étude OMS multipays sur la santé des femmes et la violence domestique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (non publiée). La taille de l'échantillon déclarée est le dénominateur du taux de prévalence et pas la taille totale de l'échantillon de l'étude.

^b L'échantillon comprenait des femmes qui n'avaient jamais eu de relation et qui ne risquaient donc pas d'être agressées par un partenaire intime.

^c Les agresseurs étaient apparemment les époux, les petits amis ou des connaissances.

^d Estimation pondérée; le taux de prévalence non pondéré était de 13,9 %.

sexuellement actives déclarent que leurs premiers rapports sexuels étaient imposés, comparé au tiers des adolescents (60). A Lima, au Pérou, le pourcentage de jeunes femmes qui déclarent que leur initiation sexuelle leur a été imposée est près de quatre fois supérieur à celui des jeunes gens dans le même cas (40 % contre 11 %, respectivement) (56).

Viols collectifs

Dans de nombreuses régions du monde, on signale couramment des viols auxquels participent deux agresseurs au moins. L'information systématique sur l'ampleur du problème est cependant insuffisante. A Johannesburg, en Afrique du Sud, des études de surveillance portant sur des femmes patientes de centres médico-légaux après un viol

TABLE 6.3

Pourcentage d'adolescents déclarant avoir vécu une initiation sexuelle forcée, sélection d'enquêtes de population, 1993–1999

Pays ou région	Population étudiée	Année	Echantillon		Pourcentage déclarant que les premiers rapports sexuels étaient forcés (%)	
			Taille ^a	Groupe d'âge (ans)	Filles	Garçons
Cameroun	Bamenda	1995	646	12–25	37,3	29,9
Caraïbes	Neuf pays ^b	1997–1998	15 695	10–18	47,6 ^c	31,9 ^c
Ghana	Trois villes	1996	750	12–24	21,0	5,0
Mozambique	Maputo	1999	1 659	13–18	18,8	6,7
Nouvelle-Zélande	Dunedin	1993–1994	935	Cohorte de naissance ^d	7,0	0,2
Pérou	Lima	1995	611	16–17	40,0	11,0
Afrique du Sud	Transkei	1994–1995	1 975	15–18	28,4	6,4
République-Unie de Tanzanie	Mwanza	1996	892	12–19	29,1	6,9
Etats-Unis	Nationale	1995	2 042	15–24	9,1	—

Source : références 5, 6 et 54–60.

^a Nombre total d'adolescents dans l'étude. Les taux reposent sur le nombre d'adolescents qui ont eu des rapports sexuels.

^b Antigua, Bahamas, Barbade, Iles Vierges britanniques, Dominique, Grenade, Guyana, Jamaïque et Sainte-Lucie.

^c Pourcentage d'adolescents répondant que leurs premiers rapports sexuels étaient forcés ou "plutôt" forcés.

^d Etude longitudinale d'une cohorte née en 1972–1973. Les sujets ont été interrogés à 18 ans puis de nouveau à 21 ans sur leur comportement sexuel courant et passé.

constatent que dans un tiers des cas, il s'agit de victimes de viols collectifs (61). Aux Etats-Unis, les données nationales sur le viol et les agressions sexuelles révèlent que dans une agression sexuelle sur dix environ, il y a plusieurs agresseurs. La plupart de ces agressions sont commises par des personnes que la victime ne connaît pas (62). Cependant, ce schéma diffère de celui que l'on trouve en Afrique du Sud, où les petits amis participent souvent à des viols collectifs.

Traite de femmes et d'enfants à des fins sexuelles

Tous les ans, des centaines de milliers de femmes et de fillettes dans le monde sont achetées et vendues aux fins de prostitution ou d'esclavage sexuel (30–32, 63, 64). Il ressort d'une étude réalisée au Kirghizistan qu'en 1999, environ 4 000 personnes ont été victimes de la traite d'êtres humains dans ce pays, les principales destinations étant la Chine, l'Allemagne, le Kazakhstan, la Fédération de Russie, la Turquie et les Emirats arabes unis. Parmi ces personnes, 62 % déclarent être forcées à travailler sans être payées, tandis que plus de 50 % affirment être brutalisées ou torturées par leurs employeurs (31). Dans un rapport, l'Organisation mondiale contre la torture (OMCT) explique que plus de

200 000 Bangladeshis ont été victimes de la traite des femmes entre 1990 et 1997 (65). Quelque 5 000 à 7 000 femmes et fillettes népalaises sont vendues illégalement en Inde chaque année, et il est aussi question de traite des Thaïlandaises au Japon (32). Il y a aussi un phénomène de traite des femmes à l'intérieur de certains pays, souvent entre les zones rurales et les villes.

L'Amérique du Nord est également une destination importante de la traite internationale. Il ressort d'une étude réalisée sous les auspices de la Central Intelligence Agency (CIA) qu'environ 45 000 à 50 000 femmes et enfants sont victimes chaque année de traite à destination des États-Unis (63). Entre 1996 et 1999, le Département de la Justice des Etats-Unis a engagé des poursuites dans plus de 150 cas de traite d'êtres humains (63). Le problème existe également en Europe. Dans une de ses études, l'Organisation internationale pour les migrations estime que de 10 % à 15 % des prostituées connues en l'an 2000 en Belgique avaient été vendues de force depuis un pays étranger (30). En Italie, il ressort d'une étude portant sur 19 000 à 25 000 prostituées étrangères que 2 000 d'entre elles étaient victimes de la traite d'êtres humains (66). La plupart de ces femmes étaient âgées de moins de 25 ans et beaucoup

ENCADRE 6.1**La violence sexuelle contre les hommes et les garçons**

La violence sexuelle contre les hommes et les garçons est un problème important. Exception faite de la violence sexuelle subie pendant l'enfance, cependant, elle est dans une large mesure négligée dans la recherche. Le viol et d'autres formes de coercition sexuelle dirigés contre les hommes et les garçons se produisent dans divers endroits, y compris au foyer, en milieu de travail, à l'école, dans la rue, dans l'armée et pendant les guerres, ainsi que dans les prisons et pendant les gardes à vue.

Dans les prisons, des rapports sexuels forcés se produisent parfois entre détenus pour établir des hiérarchies de respect et de discipline. Dans beaucoup de pays, on signale également des violences sexuelles perpétrées par des gardiens de prison, des policiers et des soldats. Ainsi, il arrive que l'on contraigne des prisonniers à avoir des rapports sexuels avec d'autres comme forme de « divertissement » ou avec des agents ou des responsables. Ailleurs, des hommes qui ont des rapports homosexuels sont « punis », en étant violés, car leur comportement est perçu comme transgressant les normes sociales.

Ampleur du problème

Les études, réalisées pour la plupart dans des pays développés, montrent que de 5 % à 10 % des hommes déclarent avoir été victimes de violence sexuelle pendant l'enfance. Dans les rares études de population réalisées auprès d'adolescents dans des pays en développement, le pourcentage de garçons qui déclarent avoir été victimes d'agression sexuelle va de 3,6 % en Namibie à 13,4 % en République-Unie de Tanzanie et 20 % au Pérou. Les études menées dans des pays industrialisés comme en développement révèlent également qu'il n'est pas rare que les premiers rapports sexuels soient forcés. On dispose malheureusement de peu de statistiques fiables sur le nombre de garçons et d'hommes violés dans des endroits comme les écoles, les prisons et les camps de réfugiés.

La plupart des experts pensent que les statistiques officielles sous-estiment grandement le nombre d'hommes victimes de viol. Les faits donnent à penser que les hommes victimes d'agressions s'adresseront encore moins probablement que les femmes aux autorités. Cela tient notamment à la honte, au sentiment de culpabilité et à la peur de ne pas être cru ou d'être rendu responsable de ce qui s'est passé. Des mythes et des préjugés fortement ancrés sur la sexualité masculine empêchent également les hommes de parler.

Conséquences de la violence sexuelle

Comme dans le cas des femmes victimes d'agression sexuelle, la recherche donne à penser que les hommes victimes d'agressions sexuelles connaîtront diverses conséquences psychologiques aussitôt après l'agression et à plus long terme, ce qui comprend un sentiment de culpabilité, la colère, l'anxiété, la dépression, le syndrome de stress post-traumatique, un dysfonctionnement sexuel, des troubles somatiques, des troubles du sommeil, un repli sur soi et des tentatives de suicide. En plus de ces réactions, des études portant sur des adolescents concluent également à une association entre le fait d'être victime de viol d'une part, et la toxicomanie, les comportements violents, le vol et l'absentéisme scolaire, d'autre part.

Mesures de prévention et de politique

En ce qui concerne la violence sexuelle contre les hommes, les mesures de prévention et de politique doivent reposer sur une bonne compréhension du problème, de ses causes et des circonstances dans lesquelles il se produit. Dans bien des pays, les lois ne luttent pas suffisamment contre ce phénomène. En outre, souvent, le viol d'un homme n'est pas considéré comme un crime aussi grave que le viol d'une femme.

ENCADRE 6.1 (suite)

Bien des considérations relatives au soutien à apporter aux femmes qui ont été violées -- y compris une compréhension du processus de rétablissement, les besoins les plus urgents après une agression et l'efficacité des services de soutien -- valent aussi pour les hommes. Certains pays ont progressé dans les mesures qu'ils prennent face aux agressions sexuelles perpétrées contre des hommes, en proposant, entre autres, des services d'assistance téléphonique spéciaux, des services de conseils socio-psychologiques et des groupes de soutien aux hommes victimes de telles agressions. Dans bien des endroits, cependant, ces services n'existent pas ou sont très limités. Ainsi, ils se concentrent principalement sur les femmes et peu, voire pas, de conseillers ont une expérience pour ce qui est de parler de leurs problèmes avec les hommes victimes d'agressions sexuelles.

Dans la plupart des pays, il reste beaucoup à faire avant que le problème de la violence sexuelle contre les hommes et les garçons soit véritablement connu et analysé, sans dénégation ou honte. Cette étape nécessaire permettra cependant de prendre des mesures de prévention plus détaillées et de mieux soutenir les victimes.

avaient entre 15 et 18 ans (30, 66). Elles étaient principalement originaires d'Europe centrale et de l'Est, notamment d'Albanie, mais aussi de Colombie, du Nigéria et du Pérou (66).

Violence sexuelle contre les travailleurs du sexe

Qu'ils soient victimes ou pas de la traite d'êtres humains, les travailleurs du sexe sont très exposés à la violence physique et sexuelle, en particulier quand ils travaillent dans l'illégalité (67). Une enquête menée auprès des travailleuses du sexe à Leeds, en Angleterre, ainsi qu'à Glasgow et à Edimbourg, en Ecosse, révèle que 30 % avaient été giflées ou frappées à coups de pied ou de poing par un client dans leur travail, que 13 % avaient été battues, que 11 % avaient été violées et que 22 % avaient été victimes d'une tentative de viol (68). Seules 34 % de celles qui étaient brutalisées par des clients le signalaient à la police. Il ressort d'une enquête menée auprès des travailleurs du sexe au Bangladesh que 49 % des femmes avaient été violées et 59 %, battues par la police dans le courant de l'année écoulée. Les hommes signalaient beaucoup moins de violence (69). En Ethiopie, une étude portant sur les travailleurs du sexe constate également des taux élevés de violence physique et sexuelle de la part des clients, surtout contre les enfants prostitués (70).

Violence sexuelle à l'école, en milieu médical, dans les conflits armés et parmi les réfugiés**Ecoles**

L'école est l'endroit le plus courant où beaucoup de jeunes femmes sont victimes de coercition et de harcèlement sexuels. En 1991, dans un cas de violence extrême, 71 adolescentes ont été violées par des camarades de classe et 19 autres tuées dans un pensionnat à Meru, au Kenya (71). La majeure partie des études dans ce domaine concernent l'Afrique, mais on ne sait pas vraiment si cela reflète une prévalence particulièrement élevée du problème ou, tout simplement, le fait qu'on le remarque plus dans cette région du monde que dans d'autres.

Le harcèlement des filles par les garçons est très probablement un problème mondial. Au Canada, par exemple, 23 % des filles sont victimes de harcèlement sexuel à l'école (72). Cependant, la recherche effectuée en Afrique met en évidence le rôle des enseignants pour ce qui est de faciliter la coercition sexuelle ou de se livrer eux-mêmes à ce type de comportement. Dans un rapport, Africa Rights (28) explique avoir trouvé des cas de maîtres d'école qui sollicitaient des actes sexuels contre de bonnes notes ou le passage en classe supérieure, en République démocratique du Congo, au Ghana, au Nigéria, en Somalie, en Afrique du Sud, au Soudan,

en Zambie et au Zimbabwe. Une enquête nationale récente menée en Afrique du Sud qui comprenait des questions sur des viols subis avant l'âge de 15 ans, conclut que les maîtres d'école étaient responsables de 32 % des viols d'enfant déclarés (34). Au Zimbabwe, une étude rétrospective de cas de violence sexuelle sur enfant signalés sur huit ans (1990–1997) constate des taux élevés de violence sexuelle perpétrée par des enseignants dans des écoles primaires rurales. Bon nombre de victimes étaient des filles âgées de 11 à 13 ans, et les rapports sexuels avec pénétration étaient le type de violence sexuelle le plus fréquent (73).

Milieu médical

Dans bien des endroits, on fait état de violence sexuelle contre les patients dans les établissements de santé (74–79). Une étude portant sur des médecins sanctionnés pour délit sexuel aux États-Unis, par exemple, conclut que le nombre de cas est passé de 42 en 1989 à 147 en 1996, et que la proportion de mesures disciplinaires faisant suite à de tels délits était passée parallèlement de 2,1 % à 4,4 % (76). Cependant, cette augmentation tient peut-être à ce que les victimes sont plus disposées à porter plainte.

Parmi les formes documentées de violence sexuelle contre des patientes, citons la participation du personnel médical à la pratique de la clitoridectomie en Égypte (80), des examens gynécologiques forcés et la menace d'avortements forcés en Chine (81), ainsi que des examens visant à s'assurer de la virginité de jeunes filles en Turquie (82). La violence sexuelle s'inscrit dans un problème plus vaste de violence contre des patientes perpétrée par des travailleurs de la santé que l'on signale dans un grand nombre de pays et que l'on a beaucoup négligé jusque récemment (83–87). Il est également fait état de harcèlement sexuel des infirmières par les médecins (88, 89).

Conflits armés et réfugiés

Le viol est utilisé comme stratégie dans de nombreux conflits. Cela a été le cas en Corée pendant la Seconde Guerre mondiale et au Bangladesh pendant la guerre d'indépendance,

ainsi que dans divers conflits armés, comme en Algérie (90), en Inde (Cachemire) (91), en Indonésie (92), au Libéria (29), au Rwanda et en Ouganda (93). Dans certains conflits armés, par exemple, ceux du Rwanda et des États de l'ex-Yougoslavie, le viol était une stratégie délibérée visant à corrompre les liens communautaires et, donc, l'ennemi perçu, ainsi qu'un moyen de « nettoyage ethnique ». Au Timor oriental, on a parlé de violence sexuelle générale perpétrée contre les femmes par les militaires indonésiens (94).

Dans une étude réalisée à Monrovia, au Libéria, on constate que les femmes de moins de 25 ans étaient plus nombreuses que les femmes plus âgées à rapporter des tentatives de viol et des actes de coercition sexuelle subis pendant un conflit (18 % comparé à 4 %) (29). Les femmes qui étaient obligées de cuisiner pour une faction belligérante couraient des risques nettement plus grands.

Les perturbations socio-économiques qui suivent et peuvent contraindre quantité de gens à se prostituer constituent une autre conséquence inévitable des conflits armés (94), ce qui vaut aussi pour les réfugiés, qu'ils fuient des conflits armés ou des catastrophes naturelles telles que des inondations, des séismes ou des ouragans.

Les réfugiés qui fuient les conflits et d'autres situations menaçantes risquent souvent d'être violés dans leur nouvel environnement. Ainsi, d'après des données du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, parmi les « boat-people » qui fuyaient le Vietnam à la fin des années 1970 et au début des années 1980, 39 % des femmes étaient enlevées et violées par des pirates en mer, et ce chiffre est probablement sous-estimé (27). Dans beaucoup de camps de réfugiés aussi, y compris ceux installés au Kenya et en République-Unie de Tanzanie, le viol est un problème majeur (95, 96).

Formes de violence sexuelle dites « coutumières »

Mariage d'enfants

Le mariage est souvent utilisé pour légitimer diverses formes de violence sexuelle contre les femmes. La coutume qui consiste à marier de jeunes enfants, et en particulier des fillettes, existe dans bon nombre

d'endroits dans le monde. Or, cette coutume, qui est légale dans beaucoup de pays, est une forme de violence sexuelle, puisque les enfants concernés sont incapables de donner ou de refuser leur consentement. La majorité d'entre eux savent peu de chose ou rien sur le sexe avant d'être mariés. Ils redoutent donc souvent ce moment (97) et leurs premières relations sexuelles sont souvent forcées (98).

Les mariages précoces sont très courants en Afrique et en Asie du Sud-Est, mais le phénomène existe aussi au Moyen-Orient et dans certaines régions d'Amérique latine et d'Europe de l'Est (99, 100). En Ethiopie et dans certaines régions d'Afrique occidentale, par exemple, il n'est pas rare de marier des enfants de sept ou huit ans. Au Nigéria, l'âge moyen du premier mariage est 17 ans, mais dans l'Etat de Kebbi, dans le nord du pays, il est d'à peine plus de onze ans (100). On signale également des taux élevés de mariages d'enfants en République démocratique du Congo, au Mali, au Niger et en Ouganda (99, 100).

En Asie du Sud, les mariages d'enfants sont surtout courants dans les zones rurales, mais il y en a aussi dans les zones urbaines (100–102). Au Népal, l'âge moyen du premier mariage est dix-neuf ans. Cependant, 7 % des fillettes sont mariées avant l'âge de dix ans et 40 % avant l'âge de quinze ans (100). En Inde, l'âge médian du premier mariage est de 16,4 ans pour les femmes. Il ressort d'un sondage mené auprès de 5 000 femmes dans l'Etat indien du Rajasthan que 56 % des femmes s'étaient mariées avant l'âge de quinze ans et que, sur ce pourcentage, 17 % étaient mariées avant d'avoir dix ans. Une autre enquête, effectuée dans l'Etat du Madhya Pradesh, conclut que 14 % des filles sont mariées entre l'âge de dix et de quatorze ans (100).

Ailleurs, en Amérique latine, par exemple, on signale des premiers mariages à un âge précoce à Cuba, au Guatemala, au Honduras, au Mexique et au Paraguay (99, 100). En Amérique du Nord et en Europe occidentale, moins de 5 % des mariées ont moins de dix-neuf ans (par exemple, 1 % au Canada, en Suisse et au Royaume-Uni, 2 % en Belgique et en Allemagne, 3 % en Espagne et 4 % aux Etats-Unis) (103).

Autres coutumes propices à la violence

Dans beaucoup d'endroits, des coutumes autres que celle des mariages d'enfants sont sources de violences sexuelles à l'encontre des femmes. Au Zimbabwe, par exemple, la coutume du *ngozi* autorise à donner une fille à une famille pour la dédommager de la mort d'un de ses membres causée par un parent de la fille en question. A la puberté, on s'attend à ce qu'elle ait des rapports sexuels avec le frère ou le père du défunt, afin de produire un fils qui le remplacera. Il y a aussi la coutume du *chimutsa mapfiwa* – héritage de l'épouse – en vertu de laquelle, lorsqu'une femme mariée décède, sa sœur est obligée de la remplacer au domicile conjugal.

Quels sont les facteurs de risque?

A cause de ses multiples formes et contextes, il est difficile d'expliquer la violence sexuelle exercée contre les femmes. Les formes de violence sexuelle et la violence perpétrée par les partenaires intimes se recourent très souvent, et bon nombre des causes sont similaires à celles déjà analysées au chapitre 4. Certains facteurs font qu'une personne risque plus d'être contrainte d'avoir des relations sexuelles, et d'autres, qu'un homme risque plus d'obliger une autre personne à avoir des relations sexuelles. D'autres facteurs encore dans le milieu social – y compris les pairs et la famille – influent sur la probabilité de viol et les réactions à cet acte. D'après la recherche, les divers facteurs ont un effet additif, de sorte que plus les facteurs sont nombreux, plus la probabilité de violence sexuelle augmente. De plus, l'importance d'un facteur particulier peut varier selon le stade de la vie.

Facteurs qui rendent les femmes plus vulnérables

Une des formes les plus courantes de violence sexuelle dans le monde est celle perpétrée par un partenaire intime, d'où la conclusion que le fait d'être mariées ou de cohabiter avec un partenaire est un des facteurs de risque les plus importants pour les femmes pour ce qui est d'être exposées à des agressions sexuelles. Voici d'autres facteurs qui influent sur le risque de violence sexuelle :

- le fait d'être jeune ;

- de consommer de l'alcool ou de la drogue ;
- d'avoir déjà été violée ou victime de violence sexuelle ;
- d'avoir de nombreux partenaires sexuels ;
- de travailler dans l'industrie du sexe ;
- de s'instruire et de devenir plus autonome sur le plan économique, du moins lorsque le partenaire intime est l'auteur de la violence sexuelle ;
- d'être pauvre.

Age

De manière générale, les jeunes femmes risquent plus d'être violées que les femmes plus âgées (24, 62, 104). D'après des données fournies par l'appareil judiciaire et les centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles des pays suivants : Chili, Malaisie, Mexique, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Pérou et Etats-Unis, d'un à deux tiers des victimes d'agressions sexuelles sont âgées de 15 ans ou moins (62, 104). Certaines formes de violence sexuelle sont en très étroite relation avec un jeune âge, en particulier en ce qui concerne la violence qui se produit dans les écoles et les collèges, et avec la traite des femmes à des fins d'exploitation sexuelle.

Consommation d'alcool et de drogue

La consommation d'alcool et d'autres drogues accroît également le risque d'être victime de violence sexuelle. Après avoir consommé de l'alcool ou de la drogue, les femmes ont plus de mal à interpréter les signes de danger et à agir en conséquence pour se protéger. La consommation d'alcool peut aussi placer les femmes dans des endroits où elles risquent plus de rencontrer un agresseur potentiel (105).

Avoir déjà été violée ou victime de violences sexuelles

Certains faits laissent entrevoir un lien entre des expériences de violence sexuelle pendant l'enfance ou l'adolescence et des schémas de victimisation à l'âge adulte (24, 37, 105–108). Il ressort d'une étude nationale américaine de la violence contre les femmes que les femmes qui ont été violées avant l'âge de 18 ans risquaient deux fois plus d'être

violées à l'âge adulte, par rapport à celles qui n'ont pas été violées pendant l'enfance ou l'adolescence (respectivement 18,3 % et 8,7 %) (37). Les effets de la violence sexuelle subie à un jeune âge peuvent également s'étendre à d'autres formes de victimisation et de problèmes à l'âge adulte. Par exemple, une étude cas-témoin australienne sur l'incidence à long terme de la maltraitance conclut à des associations importantes entre la violence sexuelle subie dans l'enfance, d'une part, et le fait d'être violée, d'avoir des problèmes sexuels et mentaux, d'être confrontée à la violence familiale et à d'autres problèmes dans les relations intimes, d'autre part, même après avoir tenu compte de diverses caractéristiques familiales (108). Les conséquences étaient plus négatives pour les personnes qui avaient subi des violences comprenant des rapports sexuels que pour celles qui avaient été victimes d'autres types de coercition.

Multiplés partenaires sexuels

Les jeunes femmes qui ont un plus grand nombre de partenaires sexuels risquent plus d'être victimes de violence sexuelle (105, 107, 109). On ne sait pas très bien, toutefois, si le fait d'avoir plus de partenaires sexuels est une cause ou une conséquence de la violence, y compris de la violence sexuelle subie dans l'enfance. Ainsi, il ressort de l'étude d'un échantillon représentatif d'hommes et de femmes de León, au Nicaragua, que les femmes qui avaient été victimes de viol ou de tentative de viol pendant l'enfance ou l'adolescence auraient probablement plus de partenaires sexuels à l'âge adulte que les femmes qui avaient été maltraitées modérément ou pas du tout (110). Des études longitudinales néo-zélandaise et norvégienne portant sur des jeunes femmes arrivent à des conclusions similaires (107, 109).

Niveau d'instruction

Les femmes plus instruites et donc plus autonomes sont exposées à un plus grand risque de violence sexuelle, tout comme de violence physique, de la part d'un partenaire intime. Il ressort d'une enquête nationale sud-africaine que les femmes sans instruction risquent beaucoup moins d'être confrontées à de la violence sexuelle que celles qui sont plus instruites (34). Au Zimbabwe, les femmes qui travaillent sont

bien plus nombreuses à signaler que leur époux les oblige à avoir des relations sexuelles que les autres (42). L'explication probable est qu'en devenant plus autonomes, les femmes résistent davantage aux normes patriarcales (111), ce qui fait que les hommes recourent à la violence pour reprendre le contrôle. La relation entre l'autonomie et la violence physique est en forme de U renversé, une plus grande autonomie entraînant un plus grand risque jusqu'à un certain niveau au-delà duquel l'autonomie devient un facteur de protection (105, 112). On ne sait pas, cependant, si c'est aussi le cas pour la violence sexuelle.

Pauvreté

Il est possible que les femmes et les filles pauvres risquent plus d'être violées dans leurs activités quotidiennes que les autres, par exemple, en rentrant seules à pied chez elles le soir tard après le travail ou en travaillant dans les champs ou en allant ramasser du petit bois seules. Il se peut aussi que les enfants de femmes pauvres soient moins surveillés en dehors de l'école, car leurs mères doivent travailler et n'ont pas les moyens de payer une garderie. Il est possible également que les enfants eux-même travaillent et soient donc exposés au risque d'exploitation sexuelle.

La pauvreté oblige beaucoup de femmes et de filles à exercer des métiers où le risque de violences sexuelles est assez élevé (113), notamment dans l'industrie du sexe (114). Elle crée également des pressions énormes pour qu'elles trouvent ou conservent un emploi, travaillent dans le commerce et, si elles étudient, pour qu'elles obtiennent de bonnes notes, ce qui les expose à des actes de coercition sexuelle de la part de ceux qui peuvent promettre ces choses (28). Les femmes pauvres sont également plus exposées au risque de violence perpétrée par un partenaire intime, dont la violence sexuelle est souvent une manifestation (41, 115).

Facteurs qui accroissent le risque que des hommes commettent des viols

Les données sur les hommes qui commettent des violences sexuelles sont assez limitées et très polarisées sur les violeurs appréhendés, sauf aux

Etats-Unis, où la recherche se penche aussi sur les étudiants au niveau collégial. Malgré la quantité d'informations limitées sur les hommes violents sur le plan sexuel, il semble que la violence sexuelle existe dans presque tous les pays, avec toutefois des différences de prévalence, dans toutes les classes socio-économiques et dans tous les groupes d'âge dès l'enfance. Les données relatives aux hommes qui commettent des violences sexuelles montrent également que la plupart dirigent leurs actes contre des femmes qu'ils connaissent déjà (116, 117). Parmi les facteurs qui accroissent le risque qu'un homme commette un viol figurent des facteurs liés à la mentalité ainsi que des comportements entraînés par des situations, notamment sociales, propices à l'utilisation de la violence (voir tableau 6.4).

Consommation d'alcool et de drogue

Il est démontré que l'alcool est un facteur désinhibant dans certains types d'agression sexuelle (118), tout comme certaines drogues et, notamment, la cocaïne (119). L'alcool a pour effet psychopharmacologique d'atténuer les inhibitions, d'obscurcir le jugement et d'empêcher d'interpréter les signaux (120). Les liens biologiques entre l'alcool et la violence sont, cependant, complexes (118). La recherche sur l'anthropologie sociale de la consommation d'alcool donne à penser que les liens entre la violence, la boisson et l'ivresse sont appris en société plutôt qu'universels (121). Certains chercheurs soulignent que l'alcool offre parfois une « pause » culturelle, autrement dit, il donne l'occasion d'avoir un comportement antisocial. Ainsi, les hommes ont plus tendance à se montrer violents quand ils ont bu parce qu'ils estiment qu'on ne les tiendra pas responsables de leur comportement. Certaines formes de violence sexuelle collective sont également associées à la boisson. Dans ces contextes, consommer de l'alcool tisse des liens dans un groupe où les inhibitions sont collectivement réduites et où le jugement individuel cède devant celui du groupe.

Facteurs psychologiques

Depuis quelque temps, beaucoup d'études sont consacrées au rôle des variables cognitives parmi l'ensemble de facteurs qui peuvent conduire au

TABLEAU 6.4

Facteurs accroissant le risque que des hommes commettent des viols

Facteurs individuels	Facteurs relationnels	Facteurs communautaires	Facteurs sociétaux
<ul style="list-style-type: none"> • Consommation de drogue et d'alcool • Fantasmes de relations sexuelles coercitives et autres attitudes et croyances propices à la violence sexuelle • Tendances impulsives et antisociales • Préférence pour les relations sexuelles impersonnelles • Hostilité envers les femmes • Victime de violence sexuelle pendant l'enfance • Témoin de violence familiale pendant l'enfance 	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquentation de pairs délinquants et agressifs sur le plan sexuel • Milieu familial caractérisé par la violence physique et peu de ressources • Relations ou milieu familial très patriarcaux • Milieu familial peu favorable sur le plan affectif • Honneur familial plus important que la santé et la sécurité de la jeune femme 	<ul style="list-style-type: none"> • Pauvreté, crise d'identité masculine sous différentes formes • Manque de possibilités d'emploi • Absence de soutien institutionnel de la part de la police et de la justice • Tolérance générale des agressions sexuelles dans la communauté • Sanctions communautaires faibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Normes sociétales propices à la violence sexuelle • Normes sociétales favorables à la supériorité masculine et aux droits des hommes en matière sexuelle • Lois et politiques complaisantes vis-à-vis de la violence sexuelle • Lois et politiques pas assez fermes par rapport à l'égalité des sexes • Taux de criminalité et d'autres formes de violence élevés

viol. Il est démontré que les hommes violents sur le plan sexuel ont plus tendance à considérer les victimes comme responsables du viol et à savoir peu de chose sur l'impact que cet acte a sur elles (122). Il arrive que ces hommes interprètent mal les signaux donnés par les femmes dans des situations sociales et qu'ils n'aient pas les inhibitions nécessaires pour réprimer les associations entre sexe et agression (122, 123). Ils ont des fantasmes sexuels coercitifs (122, 123), généralement encouragés par l'accès à la pornographie (124) et, dans l'ensemble, ils sont plus hostiles envers les femmes que les autres hommes (106, 125, 126). En plus de ces facteurs, ces hommes diffèrent, semble-t-il, des autres en ce qui concerne l'impulsivité et les tendances antisociales (105). Ils ont également tendance à avoir un sens exagéré de la masculinité.

La violence sexuelle est également associée à une préférence pour des relations sexuelles impersonnelles, par opposition à des relations comportant des liens affectifs, avec de nombreux partenaires et à une tendance à affirmer ses propres intérêts au détriment de ceux des autres (125, 127). Ce type de violence est également associé à des attitudes négatives par rapport aux femmes, qui sont considérées comme des adversaires à défier et à conquérir (128).

Facteurs relatifs aux pairs et à la famille

Viol collectif

Certaines formes de violence sexuelle, comme les viols collectifs, sont surtout le fait de jeunes gens

(129). L'agression sexuelle est souvent un signe de virilité dans le groupe et elle est fortement liée à la volonté d'être tenu en haute estime (130). Il existe un lien entre un comportement sexuel agressif chez les jeunes gens et l'appartenance à un gang ou à une bande et au fait d'avoir des pairs délinquants (126, 131). La recherche donne également à penser que les hommes dont des pairs se montrent sexuellement agressifs feront beaucoup plus probablement état de rapports sexuels forcés en dehors du contexte de la bande que des hommes qui n'ont pas de pairs agressifs sur le plan sexuel (132).

Les viols collectifs sont souvent considérés par les hommes qui y participent, et parfois par d'autres aussi, comme légitimes en ceci qu'ils découragent ou punissent des comportements jugés « immoraux » chez des femmes, comme de porter des jupes courtes ou de fréquenter les bars. C'est pourquoi les violeurs n'estiment pas avoir commis de crime. Dans plusieurs régions de Papouasie-Nouvelle-Guinée, il arrive que des femmes soient punies en subissant en public un viol collectif, souvent avec la sanction des anciens (133).

Petite enfance

Les faits donnent à penser que la violence sexuelle est également un comportement appris chez certains hommes, en particulier en ce qui concerne la violence sexuelle envers les enfants. Les études portant sur des garçons victimes de violence sexuelle montrent qu'environ un sur cinq continue

à s'attaquer à des enfants plus tard dans la vie (134). Ces expériences peuvent déboucher sur un schéma de comportement où l'homme justifie régulièrement sa violence, nie mal agir et a des idées fausses et malsaines sur la sexualité.

Des liens ont été établis entre le fait de grandir dans un milieu où règne la violence physique, où l'on est privé de soutien affectif et où l'on se dispute des ressources limitées, d'une part, et la violence sexuelle, d'autre part (105, 126, 131, 135). Ainsi, un lien a été établi entre le comportement sexuel agressif de jeunes gens et le fait d'avoir été témoin de violence familiale et d'avoir un père distant sur le plan affectif et indifférent (126, 131). Les hommes qui ont grandi dans une famille aux structures très patriarcales risquent plus également de devenir violents, de commettre des viols, d'utiliser la coercition sexuelle contre des femmes et de maltraiter leurs partenaires intimes que des hommes élevés dans des foyers plus égalitaires (105).

Honneur familial et pureté sexuelle

La réaction de la famille à la violence sexuelle, quand celle-ci en rend les femmes responsables sans punir les hommes, se concentrant au lieu de cela sur le fait de rétablir l'honneur familial «perdu», est un autre facteur relatif aux relations sociales. Ce type de réaction crée un environnement où un homme peut commettre un viol en toute impunité.

Les familles essaient souvent de protéger leurs femmes contre le viol et il arrive aussi qu'elles fassent prendre des contraceptifs à leurs filles pour empêcher que surviennent des signes visibles, si jamais elles en sont victimes (136), mais il est rare que des pressions sociales s'exercent vraiment pour que l'on contrôle les jeunes gens ou pour les convaincre qu'il est mal d'imposer des rapports sexuels par la force. En fait, dans certains pays, on soutient souvent les membres de la famille pour qu'ils fassent le nécessaire, y compris en recourant au meurtre, pour laver la « honte » associée au viol ou à d'autres transgressions sexuelles. Lors d'un examen de tous les crimes d'honneur commis en Jordanie en 1995 (137), les chercheurs ont constaté que, dans plus de 60 % des cas, la victime mourait tuée par plusieurs balles, le plus souvent

tirées par un frère. Lorsque la victime était une femme célibataire enceinte, le meurtrier était soit acquitté soit condamné à une sentence réduite.

Même si la pauvreté explique souvent les mariages d'enfants, des facteurs tels que le maintien de la pureté sexuelle d'une jeune fille et sa protection contre des relations sexuelles prémaritales, une infection par le VIH et des avances sexuelles importunes sont également des raisons communément données par les familles pour justifier ces unions (100).

Facteurs communautaires

Pauvreté

La pauvreté est liée à la fois à la violence sexuelle elle-même et au risque d'en être victime. Plusieurs auteurs affirment que le lien entre la pauvreté et la perpétration de la violence sexuelle s'établit par le biais de formes de crises de l'identité masculine (95, 112, 138–140). Parlant de la vie dans East Harlem, à New York, aux États-Unis (138), Bourgois explique comment les jeunes gens sentent peser sur eux des modèles « positifs » de masculinité et de structure familiale qui se transmettent de génération en génération, ainsi que des idéaux contemporains en matière de virilité où la consommation matérielle occupe une grande place. Pris au piège dans leurs quartiers insalubres, sans guère de possibilités d'emploi, il est peu probable qu'ils soient à la hauteur de ces modèles ou qu'ils répondent aux attentes en matière de « réussite » masculine. Les idéaux quant à la masculinité sont donc redéfinis de manière à mettre l'accent sur la misogynie, sur la toxicomanie et sur la participation à des crimes (138), à quoi s'ajoutent aussi souvent la xénophobie et le racisme. Les viols collectifs et les conquêtes sexuelles sont normalisés, les hommes retournant leur agressivité contre les femmes qu'ils ne peuvent plus dominer sur un mode patriarcal ou faire vivre sur le plan économique.

Milieu matériel et social

On a généralement peur d'être violé en dehors de chez soi (141, 142), mais l'immense majorité des actes de violence sexuelle se produisent en fait dans le foyer de la victime ou de l'agresseur. Cependant,

l'enlèvement par un étranger est assez souvent le prélude à un viol, et les possibilités d'enlèvement dépendent du milieu matériel.

Cependant, le milieu social au sein d'une communauté est habituellement plus important que l'environnement matériel. Selon que la notion de supériorité masculine et l'idée que l'homme a le droit d'exiger des relations sexuelles seront plus ou moins ancrées dans les croyances communautaires, la probabilité de violence sexuelle sera plus ou moins grande, tout comme la tolérance générale de cette communauté à l'égard des agressions sexuelles et la sévérité des sanctions contre les agresseurs, le cas échéant (116, 143). Ainsi, dans certains endroits, le viol peut même avoir lieu en public, à la vue de passants qui refusent d'intervenir (133). Il arrive aussi que la police traite avec indulgence les plaintes pour viol, notamment si l'agression a eu lieu pendant un rendez-vous galant ou s'il a été commis par le mari. Si la police enquête et qu'une procédure en justice est entamée, il se peut que celle-ci soit entachée d'une grande négligence voire de corruption, par exemple, que des pièces du dossier se « perdent » contre versement d'un pot-de-vin.

Facteurs sociétaux

Entre autres facteurs sociétaux qui influent sur la violence sexuelle, citons les lois et les politiques nationales relatives à l'égalité des sexes en général et à la violence sexuelle en particulier, ainsi que les normes relatives à l'utilisation de la violence. Les divers facteurs interviennent dans une large mesure au niveau local, dans les familles, à l'école, en milieu de travail et dans les communautés, mais les lois et les normes nationales, voire internationales, ont également une incidence.

Lois et politiques

Il y a des différences considérables entre les pays dans la façon dont ils traitent la violence sexuelle. Certains pays ont des lois et des procédures judiciaires qui vont très loin, avec une définition large du viol qui inclut le viol conjugal et des sanctions sévères pour les agresseurs et un soutien affirmé aux victimes. La volonté de prévenir ou de juguler la violence sexuelle transparait également

dans l'importance attachée à la formation de la police et dans l'affectation de moyens policiers suffisants au problème, dans la priorité accordée aux enquêtes sur les affaires d'agression sexuelle et dans les ressources affectées au soutien aux victimes et aux services médico-légaux. A l'opposé, il existe des pays où l'on réagit plus mollement au problème, où il est impossible d'obtenir la condamnation d'un agresseur présumé sur le seul témoignage des femmes, où certaines formes ou circonstances de violence sexuelle sont expressément exclues de la définition juridique, et où les victimes de viol sont vivement découragées de porter l'affaire en justice, puisqu'elles craignent d'être punies pour avoir intenté un procès pour un viol « non prouvé ».

Normes sociales

La violence sexuelle à laquelle se livrent des hommes trouve, dans une large mesure, son origine dans des idéologies relatives aux droits des hommes en matière sexuelle. Ces systèmes de croyances donnent aux femmes très peu de raisons légitimes de refuser des avances sexuelles (139, 144, 145). Par conséquent, beaucoup d'hommes excluent tout simplement la possibilité qu'une femme rejette leurs avances ou qu'elle ait le droit de prendre sa propre décision quant aux rapports sexuels auxquels elle veut participer. Dans bien des cultures, les femmes, comme les hommes, considèrent que le mariage oblige les femmes à être sexuellement disponibles pratiquement sans limites (34, 146), encore que la culture interdise parfois les rapports sexuels à certains moments, par exemple, après l'accouchement ou pendant les menstruations (147).

Les normes sociétales qui entourent l'utilisation de la violence pour parvenir à ses fins sont fortement associées à la prévalence du viol. Dans les sociétés où l'idéologie de la supériorité masculine est fermement ancrée, où l'on insiste sur sa domination, sa force physique et son honneur, les viols sont plus courants (148). Dans les pays qui ont une culture de la violence, ou qui sont en proie à un conflit violent, presque toutes les formes de violence augmentent, y compris la violence sexuelle (148-151).

Tendances mondiales et facteurs économiques

Bon nombre de facteurs qui interviennent à l'échelle nationale ont une dimension internationale. Les tendances mondiales, par exemple celle au libre-échange, s'accompagnent d'une augmentation de la circulation dans le monde de femmes et de jeunes filles aux fins de travail, y compris dans l'industrie du sexe (152). Les programmes économiques d'ajustement structurel, définis par des organismes internationaux, accentuent la pauvreté et le chômage dans plusieurs pays et, par là-même, le risque de traite des femmes à des fins sexuelles et de violence sexuelle (153), ce que l'on remarque en particulier en Amérique centrale, dans les Caraïbes (114) et dans certaines régions d'Afrique (113).

Les conséquences de la violence sexuelle

La force physique n'est pas nécessairement employée dans les viols, raison pour laquelle il n'en résulte pas toujours des traumatismes physiques. Il arrive que des viols entraînent la mort, encore que la prévalence de la mortalité varie considérablement d'un endroit à l'autre du monde. Les conséquences pour la santé génésique, la santé mentale et le bien-être social comptent parmi les conséquences les plus courantes de la violence sexuelle.

Grossesse et complications gynécologiques

Un viol peut se solder par une grossesse, encore que le taux varie d'un endroit à l'autre et dépende notamment de l'emploi de contraceptifs non obstructifs. Il ressort d'une étude éthiopienne récente portant sur des adolescentes qui avaient déclaré avoir été violées que 17 % étaient enceintes après le viol (154), chiffre similaire aux 15 % à 18 % signalés par les centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles au Mexique (155, 156). Une étude longitudinale américaine portant sur plus de 4 000 femmes suivies pendant trois ans conclut que le taux de grossesse national imputable à des viols est de 5,0 % par viol parmi les victimes âgées de 12 à 45 ans, ce qui donne plus de 32 000 grossesses par an (7). Dans bien des pays, les femmes violées sont obligées de porter l'enfant,

l'alternative étant de risquer leur vie dans un avortement clandestin.

L'expérience de rapports sexuels imposés à un jeune âge réduit la possibilité pour une femme de considérer sa sexualité comme quelque chose qu'elle maîtrise. En conséquence, il est moins probable qu'une adolescente qui est contrainte à avoir des rapports sexuels utilisera des préservatifs ou d'autres formes de contraception, d'où le risque accru de grossesses (4, 16, 157, 158). Il ressort d'une étude des facteurs associés à la grossesse chez les adolescentes menée au Cap, en Afrique du Sud, que l'initiation sexuelle imposée est le troisième facteur lié à ce phénomène, par ordre d'importance, après la fréquence des rapports et l'utilisation de moyens de contraception modernes (4). Il arrive aussi que les relations sexuelles forcées se soldent par une grossesse chez les femmes adultes. En Inde, une étude portant sur des femmes mariées révèle que les hommes qui reconnaissent avoir obligé leur épouse à avoir des rapports sexuels risquent 2,6 fois plus de provoquer une grossesse non désirée que les autres (41).

On a toujours constaté un lien entre les complications gynécologiques et les rapports sexuels forcés. Parmi ces complications, citons les saignements et les infections vaginales, les fibromes, la baisse de la libido, l'irritation génitale, des rapports sexuels douloureux, des douleurs pelviennes chroniques et des infections urinaires (8–15). Les femmes qui sont victimes de violence physique et sexuelle de la part de partenaires intimes risquent davantage de connaître des problèmes de santé de manière générale que celles qui subissent uniquement des violences physiques (8, 14).

Maladies sexuellement transmissibles

L'infection à VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles sont des conséquences reconnues des viols (159). La recherche portant sur des femmes en foyer d'accueil montre que celles qui subissent des violences physiques et sexuelles d'un partenaire intime risquent beaucoup plus de contracter des maladies sexuellement transmissibles (160). Dans le cas des femmes qui se retrouvent dans l'industrie du sexe, les risques d'infection à

VIH et autres maladies sexuellement transmissibles sont probablement très élevés. Les liens entre le VIH et la violence sexuelle, et les stratégies de prévention pertinentes, sont examinés à l'encadré 6.2.

Santé mentale

La violence sexuelle est associée à un certain nombre de problèmes de maladie mentale et de comportement dans l'adolescence et à l'âge adulte (17–20, 22, 23, 161). Dans une étude de population, la prévalence de symptômes ou de signes évoquant des troubles psychiatriques était de 33 % chez les femmes victimes de violences sexuelles à l'âge adulte, de 15 % chez les femmes victimes de la violence physique d'un partenaire intime et de 6 % chez les femmes jamais maltraitées (162). La violence sexuelle perpétrée par un partenaire intime aggrave les effets de la violence physique sur la santé mentale.

Les femmes maltraitées qui ont été contraintes d'avoir des rapports sexuels risquent beaucoup plus de souffrir de dépression et de stress post-traumatique que les femmes non maltraitées (14, 18, 22, 23). Le syndrome du stress post-traumatique risque plus de se manifester après un viol si la victime est blessée pendant le viol et si elle souffre ou a déjà souffert de dépression ou d'alcoolisme (24). Une étude française portant sur des adolescentes conclut également à un lien entre le fait d'avoir été violée et des troubles du sommeil, des symptômes de dépression, des plaintes somatiques, la consommation de tabac et des troubles du comportement courants, comme le fait d'avoir un comportement agressif, de commettre des vols et de faire l'école buissonnière (163). En l'absence de thérapie post-traumatique, les effets psychologiques négatifs persisteraient pendant un an au moins après le viol, les problèmes et les symptômes physiques s'atténuant parallèlement (164). Même avec une thérapie, la moitié des femmes continuent de présenter des symptômes de stress (165–167).

Comportement suicidaire

Les femmes victimes d'agressions sexuelles dans leur enfance ou à l'âge adulte risquent plus de se suicider ou de tenter de se suicider que les autres

(21, 168–173). L'association demeure, même après avoir vérifié s'il existe d'autres facteurs liés au sexe, à l'âge, à l'éducation, à des symptômes de stress post-traumatique et à la présence de troubles psychiatriques (168, 174). L'expérience du viol ou de l'agression sexuelle peut entraîner un comportement suicidaire dès l'adolescence. En Éthiopie, 6 % des écolières et collégiennes violées déclarent avoir tenté de se suicider (154). Une étude brésilienne portant sur des adolescents conclut que des violences sexuelles antérieures constituent un prédicteur clé pour plusieurs comportements à risque pour la santé, y compris les pensées suicidaires et les tentatives de suicide (161).

Des expériences de harcèlement sexuel pénible peuvent également entraîner des troubles émotionnels et un comportement suicidaire. Il ressort d'une étude canadienne portant sur des adolescentes que 15 % de celles qui avaient fréquemment des contacts sexuels non désirés avaient manifesté un comportement suicidaire dans les six mois précédents, contre 2 % chez celles qui ne subissaient pas un tel harcèlement (72).

Exclusion sociale

Dans bien des cultures, on estime que les hommes sont incapables de maîtriser leurs pulsions sexuelles et que ce sont les femmes qui provoquent leur désir (144). La réaction des familles et des communautés aux actes de viol dans ces cultures est régie par les idées prédominantes en matière de sexualité et de condition de la femme.

Dans certaines sociétés, la « solution » culturelle au viol veut que la femme épouse le violeur, ce qui préserve l'intégrité de la femme et de sa famille en légitimant l'union (175). Ce genre de « solution » inspire les lois de certains pays, qui autorisent un homme qui commet un viol à ne pas répondre de son crime s'il épouse la victime (100). En dehors du mariage, les familles insistent parfois auprès de la femme pour qu'elle ne dénonce pas le viol ou n'engage pas de poursuites ou pour qu'elle cherche à obtenir une « indemnisation » financière de la part de la famille du violeur (42, 176). Certains hommes rejettent leur épouse si elle a été violée (27) et, dans certains pays, comme nous le disions aupa-

ENCADRE 6.2**Violence sexuelle et VIH/SIDA**

Les rapports sexuels forcés ou violents peuvent accroître le risque de transmission du VIH. En cas de pénétration vaginale forcée, les abrasions et les incisions sont courantes, ce qui facilite l'entrée du virus, lorsqu'il est présent, par la muqueuse vaginale. Les adolescentes risquent tout particulièrement de contracter l'infection à VIH pendant des rapports sexuels forcés, et même pendant des rapports consensuels, parce que leur muqueuse vaginale n'a pas encore acquis la densité cellulaire qui constitue une barrière efficace, plus tard dans l'adolescence. Les victimes de viol anal, qu'il s'agisse de garçons et d'hommes comme de filles et de femmes, risquent beaucoup plus de contracter le VIH que si les rapports sexuels n'étaient pas imposés, car les tissus anaux sont facilement endommagés, ce qui, là encore, facilite l'entrée du virus dans l'organisme.

Les victimes de la violence sexuelle et les personnes exposées au VIH ont en commun un certain nombre de comportements à risque. Par exemple, si une personne a été contrainte d'avoir des rapports sexuels pendant l'enfance ou l'adolescence, il est plus probable qu'elle aura des rapports sans se protéger, qu'elle aura des partenaires multiples, qu'elle travaillera dans l'industrie du sexe et qu'elle se droguera. Les personnes à qui l'on impose des rapports sexuels dans des relations intimes ont souvent du mal à négocier l'utilisation de préservatifs parce que cela pourrait être interprété comme de la méfiance envers leur partenaire ou comme un aveu de promiscuité sexuelle, ou encore parce qu'elles ont peur que leur partenaire devienne violent. La coercition sexuelle chez les adolescents et les adultes est également associée à une dévalorisation de soi et à la dépression, facteurs également associés à de nombreux comportements à risque d'infection à VIH.

Être infecté par le VIH ou avoir quelqu'un qui l'est dans sa famille peut également augmenter le risque d'être victime de la violence sexuelle, en particulier pour les femmes. A cause des stigmates attachés au VIH et au SIDA dans bon nombre de pays, une femme infectée risque d'être chassée de chez elle. De plus, une maladie ou un décès lié au SIDA dans un foyer pauvre peut rendre la situation économique désespérée. Il arrive que des femmes soient contraintes de se prostituer, ce qui les expose davantage au VIH/SIDA et à la violence sexuelle. Il arrive aussi que les orphelins du SIDA, appauvris et sans personne pour s'occuper d'eux, soient obligés de vivre dans la rue, où le risque de violences sexuelles est considérable.

L'éducation est sans doute le principal moyen dont on dispose pour réduire l'incidence de la violence sexuelle et de l'infection à VIH. En ce qui concerne les jeunes surtout, il doit y avoir des interventions globales dans les écoles et autres établissements d'enseignement, dans les groupes de jeunes et sur les lieux de travail. Les programmes scolaires devraient couvrir tous les aspects de la santé sexuelle et génésique, des relations et de la violence. Ils devraient aussi enseigner des connaissances élémentaires, y compris pour que les jeunes sachent comment éviter des situations risquées ou dangereuses, en ce qui concerne la violence, les rapports sexuels et les drogues, et comment négocier un comportement sexuel sans risque.

Pour ce qui est de la population adulte en général, il devrait être possible d'accéder facilement à des renseignements détaillés sur la santé sexuelle et les conséquences de certaines pratiques sexuelles. De plus, des interventions devraient être prévues pour changer les schémas de comportement dangereux et les normes sociales qui nuisent à la communication sur les questions relatives au sexe.

Il est important que les travailleurs de la santé, entre autres les fournisseurs de services, reçoivent une formation intégrée sur les rapports sociaux entre les sexes et la santé génésique, y compris sur la violence sexospécifique et les maladies sexuellement transmissibles telles que l'infection à VIH.

Quant aux victimes de viol, elles devraient être soumises à un dépistage de l'infection à VIH puis dirigées vers les services compétents. De plus, il serait bon d'envisager rapidement après l'agression un traitement prophylactique a posteriori contre le VIH, ainsi que des conseils socio-psychologiques. De même, il serait bon de chercher à savoir si les femmes infectées par le VIH ont été victimes de violences sexuelles. Il faudrait également songer à intégrer dans les programmes de conseils socio-psychologiques volontaires pour le VIH des stratégies de prévention de la violence.

ravant, pour laver l'honneur, la femme doit être chassée ou, dans des cas extrêmes, tuée (26).

Que peut-on faire pour prévenir la violence sexuelle?

Le nombre de mesures prises pour prévenir la violence sexuelle est limité et peu de ces mesures sont évaluées. La plupart des interventions sont définies et mises en œuvre dans des pays industrialisés. On ne sait pas vraiment si elles conviendraient dans d'autres contextes. Les interventions mises sur pied entrent dans les catégories suivantes.

Approches individuelles

Soins et soutien psychologiques

Des conseils, une thérapie et des groupes de soutien s'avèrent utiles après des agressions sexuelles, surtout lorsque des facteurs liés à la violence elle-même ou au processus de rétablissement compliquent la situation. Certains faits montrent qu'un programme de courte durée alliant thérapie cognitive et comportementale suivi peu après l'agression peut contribuer à atténuer plus rapidement le traumatisme psychologique subi (177, 178). Comme nous le mentionnions déjà, les victimes de violence sexuelle se sentent souvent responsables de ce qui leur arrive et il est démontré qu'il est important pour leur rétablissement de traiter ce sujet en psychothérapie (179). Il est nécessaire, cependant, d'évaluer bien plus en détail les programmes de thérapie et de traitement de courte durée proposés après des actes de violence sexuelle.

C'est dans une large mesure le secteur non gouvernemental et, en particulier, les centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles et diverses organisations féminines qui apportent un soutien psychologique formel aux personnes victimes de violences sexuelles. Inévitablement, peu de victimes de violences sexuelles ont accès à ces services. Pour remédier à cette situation, des services d'assistance téléphonique, gratuits si possible, sont mis en place. Ainsi, en Afrique du Sud, un service de ce type, baptisé « Stop Woman Abuse », a répondu à 150 000 appels au cours de ses cinq premiers mois d'existence (180).

Programmes pour les agresseurs

Les quelques programmes existants qui sont ciblés sur les auteurs de violences sexuelles sont généralement destinés à des hommes condamnés pour agression. On les trouve principalement dans des pays industrialisés et on ne les évalue que depuis peu (voir chapitre 4 pour une analyse de ces programmes). Souvent, les hommes qui commettent des violences sexuelles nient leur responsabilité et la violence même des actes commis (146, 181). Pour être efficaces, les programmes qui travaillent avec les agresseurs doivent les amener à reconnaître leur responsabilité et à être considérés publiquement comme responsables de leurs actes (182). Une des façons d'y parvenir consiste à établir une collaboration entre les programmes ciblés sur les hommes auteurs de violences sexuelles et les services d'aide aux victimes ainsi que les campagnes menées contre ce type de violence.

Programmes éducatifs et de préparation à la vie quotidienne

Depuis quelques années, plusieurs programmes de promotion de la santé sexuelle et génésique et, en particulier, ceux qui encouragent la prévention du VIH, abordent la problématique homme-femme et s'attaquent au problème de la violence physique et sexuelle contre les femmes. « Stepping Stones » et « Men As Partners », mis sur pied pour l'Afrique mais utilisés dans de nombreuses régions en développement, constituent deux exemples d'interventions notables (183, 184). Ces programmes, qui ont été conçus pour être utilisés dans des groupes de pairs composés d'hommes et de femmes, sont exécutés sur plusieurs réunions en petit groupe de travail s'appuyant sur des approches d'apprentissage actif. Leur démarche globale aide les hommes, qui pourraient hésiter autrement à participer à des programmes ne portant que sur la violence contre les femmes, à s'investir et à parler de diverses questions relatives à la violence. En outre, même si les hommes sont les auteurs de la violence sexuelle, les programmes évitent soigneusement de les étiqueter comme tels.

Il ressort d'une étude de l'incidence du programme *Stepping Stones* en Afrique et en Asie que

les ateliers ont aidé les hommes qui y participaient à assumer davantage la responsabilité de leurs actes, à entretenir de meilleures relations avec autrui, à respecter davantage les femmes et à mieux communiquer. Grâce au programme, des communautés du Cambodge, de Gambie, d'Afrique du Sud, d'Ouganda et de République-Unie de Tanzanie font état d'une diminution de la violence contre les femmes. Cependant, les évaluations faites à ce jour utilisent généralement des méthodes qualitatives, et des recherches plus approfondies sont nécessaires pour éprouver réellement l'efficacité de ce programme (185).

Approches axées sur le développement

La recherche montre combien il est important, si l'on veut prévenir la violence sexuelle, d'encourager des rapports parents-enfants stimulants où le rôle du père et de la mère sont plus équilibrés (124, 125). Parallèlement, Schwartz (186) a mis au point un modèle de prévention qui adopte une approche développementale, avec des interventions avant la naissance, pendant l'enfance, à l'adolescence et dans les premières années de l'âge adulte. Dans ce modèle, l'élément prénatal comprend des entretiens sur le rôle parental, sur les stéréotypes concernant le rôle des hommes et des femmes, sur le stress, sur les conflits et sur la violence. Pendant l'enfance, les intervenants en matière de santé poursuivent ces sujets et ajoutent la violence sexuelle contre les enfants et l'exposition à la violence dans les médias à la liste des sujets de discussion, tout en encourageant l'utilisation de matériel pédagogique non sexiste. Plus tard dans l'enfance, la promotion de la santé comprend les éléments suivants : modeler des comportements et des attitudes qui évitent des stéréotypes, encourager les enfants à faire la distinction entre des « bons » et des « mauvais » attouchements, et renforcer leur confiance et leur capacité de prendre le contrôle de leur propre corps. Cette intervention permet aussi de parler des agressions sexuelles. A l'adolescence et pendant les premières années de l'âge adulte, les discussions couvrent les mythes qui entourent le viol, les limites de l'activité sexuelle, et la distinction entre rapports sexuels, violence et coercition. Le modèle de

Schwartz a été conçu pour les pays industrialisés, mais certains de ses principes pourraient être appliqués dans les pays en développement.

Interventions des services de santé

Services médico-légaux

Dans bien des pays où les actes de violence sexuelle sont signalés, le secteur de la santé a le devoir de recueillir des preuves médicales et juridiques afin de corroborer le récit des victimes ou d'aider à identifier l'agresseur. La recherche effectuée au Canada donne à penser que la documentation médico-légale peut augmenter les chances d'arrestation, d'inculpation ou de condamnation de l'agresseur (187, 188). Ainsi, une étude constate que les lésions corporelles documentées, notamment du type modéré à grave, sont associées aux chefs d'inculpation, indépendamment du niveau de revenu de la patiente ou du fait qu'elle connaît l'agresseur, qui est une connaissance ou un partenaire intime (188). Cependant, une étude portant sur des femmes patientes d'un hôpital de Nairobi, au Kenya, à la suite d'un viol, met en lumière le fait que, dans de nombreux pays, les victimes de viol ne sont pas examinées par un gynécologue ou un examinateur expérimenté de la police et qu'il n'existe pas de protocoles ou de lignes directrices normalisés en la matière (189).

L'utilisation de protocoles et de lignes directrices normalisés peut nettement améliorer le traitement et le soutien psychologique aux victimes, de même que la qualité des preuves recueillies (190). Des protocoles et des lignes directrices détaillés en ce qui concerne les femmes victimes d'agressions devraient comprendre :

- l'enregistrement d'une description complète de l'incident, avec une énumération de toutes les preuves réunies ;
- un rapport sur le dossier gynécologique et contraceptif de la victime ;
- la documentation normale des résultats d'un examen physique complet ;
- une évaluation du risque de grossesse ;
- le dépistage de maladies sexuellement transmissibles, y compris, si nécessaire le test du VIH, et le traitement de ces maladies ;

- une contraception d’urgence et, lorsque cela est légal, des conseils sur les possibilités d’avortement ;
- un soutien psychologique et une orientation vers les services compétents à cet égard.

Dans certains pays, le protocole fait partie de la procédure d’utilisation de la « trousse d’examen consécutif à une agression sexuelle », qui comprend des instructions et des contenants pour recueillir des preuves, les formulaires prescrits et les documents voulus pour enregistrer le récit de la victime (191). L’examen des victimes de viol est, de par sa nature, extrêmement pénible. L’utilisation d’une vidéo pour expliquer la procédure avant un tel examen semble réduire considérablement le stress dans ces situations (192).

Formation des professionnels de la santé

Les questions relatives à la violence sexuelle doivent être traitées dans la formation de tout le personnel des services de santé, y compris les psychiatres et les conseillers socio-psychologiques, dans la formation de base ainsi que dans les cours spécialisés des cycles supérieurs. Cette formation devrait, en premier lieu, sensibiliser davantage les travailleurs de la santé au problème, mieux les informer à son sujet et leur permettre de savoir mieux détecter les cas de violence, avec sensibilité et efficacité. Cette formation devrait également contribuer à faire baisser le nombre de cas de violences sexuelles dans le secteur de la santé, problème parfois important mais généralement passé sous silence.

Aux Philippines, le Groupe de travail sur les sciences sociales et la santé génésique, organisme financé par le ministère de la Santé qui comprend des médecins, des infirmières et des spécialistes en sciences sociales, a préparé des modules de formation pour les élèves infirmiers et les étudiants en médecine sur la violence sexospécifique. Voici quels sont les objectifs de ce programme (193) :

- Comprendre les origines de la violence par rapport à la culture, au sexe et à d’autres aspects sociaux.
- Repérer les situations, dans les familles ou les foyers présentant un risque élevé de violence, où il serait bon d’entreprendre :

- des interventions primaires, notamment en collaboration avec d’autres professionnels ;
- des interventions secondaires, y compris pour déterminer qui est victime de violence, comprendre la procédure judiciaire de base et savoir comment présenter les preuves, orienter les patients et les suivre, et aider les victimes à réintégrer la société.

Ces modules de formation font partie du programme de cours des futurs médecins et infirmières. Dans le cas des élèves infirmiers, les onze modules sont étalés sur les quatre années de formation théorique, et dans celui des étudiants en médecine, sur les trois dernières années de formation pratique.

Prophylaxie et infection à VIH

Le risque de transmission du VIH au cours d’un viol est très préoccupant, surtout dans les pays à forte prévalence d’infection à VIH (194). On sait que, dans certains contextes, l’utilisation de médicaments anti-rétroviraux après un contact avec le VIH donne d’assez bons résultats. Par exemple, il est démontré que l’administration d’un de ces médicaments, la zidovudine (AZT), aux travailleurs de la santé après qu’ils se soient piqués accidentellement avec une aiguille contaminée, réduit de 81 % le risque de développer ultérieurement une infection à VIH (195).

Le risque moyen d’infection à VIH lors d’un seul rapport vaginal sans protection avec un partenaire infecté est assez faible (environ 1 à 2 pour 1 000 de l’homme à la femme, et d’environ 0,5 à 1 pour 1 000 de la femme à l’homme). En fait, ce risque est du même ordre de grandeur que celui que l’on court en se piquant par accident avec une aiguille contaminée (environ 3 pour 1 000), la prophylaxie après exposition étant maintenant de routine dans ce dernier cas (196). Le risque moyen d’infection au VIH lors d’un coït anal est beaucoup plus élevé, cependant, puisque l’on parle de 5 à 30 pour 1 000. Toutefois, au cours d’un viol, parce que l’agresseur emploie la force, il est nettement plus probable qu’il y aura des lésions macroscopiques ou microscopiques de la muqueuse vaginale, ce qui fait grandement augmenter la probabilité de transmission du VIH (194).

On ne dispose d'aucune information sur la faisabilité ou la rentabilité de traitements prophylactiques systématiques anti-VIH pour les victimes de viol dans des régions manquant de ressources. En tout cas, il est difficile de faire un dépistage du VIH après un viol. Aussitôt après l'agression, beaucoup de femmes ne sont pas en état de bien comprendre les renseignements compliqués qu'on leur donne sur le dépistage du VIH et sur les risques qu'elles courent. Il est difficile aussi de faire un suivi convenable, car bien des victimes ne se présenteront pas aux rendez-vous fixés, probablement à cause de leur état psychologique consécutif à l'agression. Il arrive aussi que le traitement antirétroviral ait des effets secondaires importants qui font que certaines personnes abandonnent en cours de route (195, 197), encore que celles qui pensent courir des risques élevés suivront beaucoup plus probablement leur traitement (197).

Malgré le manque de connaissances sur l'efficacité des traitements prophylactiques anti-VIH après un viol, bon nombre d'organisations les recommandent. Ainsi, les régimes d'assurance maladie proposés dans les pays à revenu élevé les incluent de plus en plus dans leurs forfaits de soins. Il est urgent d'étudier la situation dans les pays à revenus faible et moyen afin de connaître l'efficacité des traitements antirétroviraux après un viol et de voir comment ces traitements pourraient être inclus dans les soins dispensés aux patients.

Centres dispensant des soins complets aux victimes d'agression sexuelle

A cause de la pénurie de médecins dans de nombreux pays, dans certains endroits, on demande à des infirmières qui ont suivi une formation spéciale d'aider les victimes d'agressions sexuelles (187). Au Canada, des infirmières chargées d'examiner les victimes d'agressions sexuelles, sont formées afin de dispenser des soins complets aux victimes de violences sexuelles. Ces infirmières orientent les clients vers un médecin quand une intervention médicale est nécessaire. Dans la province de l'Ontario, au Canada, le premier centre d'aide aux victimes d'agressions sexuelles a ouvert ses portes en 1984 et depuis,

vingt-six autres ont été créés. Ces centres fournissent ou coordonnent divers services, y compris de soins médicaux d'urgence et de suivi médical, de conseils socio-psychologiques, de collecte de preuves médico-légales d'agression, de soutien juridique ainsi que de consultation et d'information communautaires (198). Beaucoup de pays se dotent maintenant de centres qui offrent un éventail de services aux victimes d'agressions sexuelles et qui sont souvent installés dans des endroits comme des hôpitaux ou des postes de police (voir encadré 6.3). Des centres spécialisés de ce type ont l'avantage d'employer un personnel expérimenté qui a reçu la formation voulue. Dans certains endroits, en revanche, il existe des centres intégrés qui proposent des services aux victimes de différentes formes de violence.

Interventions communautaires

Campagnes de prévention

Il arrive qu'on utilise les médias pour essayer de changer les mentalités par rapport à la violence sexuelle, en placardant des affiches sur des panneaux publicitaires et dans les transports en commun, et en diffusant des messages à la radio et à la télévision. C'est ainsi que la télévision est utilisée efficacement en Afrique du Sud et au Zimbabwe. La série télévisée sud-africaine *Soul City*, qui passe à heure de grande écoute, est décrite à l'encadré 9.1 du chapitre 9. Au Zimbabwe, l'organisation non gouvernementale Musasa a pris des initiatives de sensibilisation qui s'appuient sur le théâtre, des réunions et des débats publics, ainsi qu'une série télévisée où des victimes de violence décrivent ce qu'elles ont vécu (199).

D'autres initiatives, en dehors des campagnes médiatiques, sont prises dans de nombreux pays. A Montréal, au Canada, par exemple, l'Institut pour la solidarité internationale des femmes a publié un manuel adapté aux communautés musulmanes qui vise à sensibiliser à des questions relatives à l'égalité des sexes et à la violence contre les femmes et les filles, et à stimuler le débat (200). Ce manuel a fait l'objet d'un essai-pilote en Egypte, en Jordanie et au Liban et il est utilisé au Zimbabwe dans une adaptation pour des contextes non musulmans.

ENCADRE 6.3**Services intégrés dans les hôpitaux malaisiens pour les victimes de viol**

En 1993 était ouvert le premier « centre polyvalent d'aide aux victimes » pour femmes battues dans le service des urgences et des accidentés de l'hôpital de Kuala Lumpur, en Malaisie. Il avait pour objectif de fournir une réponse interorganismes coordonnée à la violence contre les femmes, de manière à permettre aux victimes d'agressions de résoudre au même endroit leurs problèmes médicaux, légaux, psychologiques et sociaux. Au départ, le centre s'occupait exclusivement de violence familiale, mais depuis, il a élargi ses services et prévoit, notamment, des démarches particulières pour les victimes de viol.

A l'hôpital de Kuala Lumpur, une équipe d'intervention d'urgence s'occupe d'une trentaine de cas de viol et d'environ soixante-dix cas de violence familiale par mois. Cette équipe apporte les compétences de l'hôpital même ainsi que celles de divers groupes de femmes, de la police, du service des travailleurs sociaux hospitaliers, du bureau d'aide juridique et du Bureau religieux islamique.

En 1996, le ministère de la Santé malaisien a décidé d'élargir cette stratégie de soins de santé novatrice et de créer des centres similaires dans tous les hôpitaux publics du pays. En trois ans, trente-quatre centres ont été ouverts. Des psychiatres, des conseillers socio-psychologiques et des travailleurs sociaux hospitaliers y entourent les victimes de viol, et certains clients deviennent des patients externes du service psychiatrique de l'établissement. Des travailleurs sociaux qualifiés sont de garde 24 heures sur 24.

Quand le programme des « centres polyvalents d'aide aux victimes » a pris de l'ampleur, divers problèmes sont apparus. Ainsi, il est devenu évident que le personnel hospitalier devait être mieux formé pour faire face à des problèmes de violence sexuelle avec sensibilité. Certains travailleurs hospitaliers rendaient les victimes de viol responsables de la violence qu'elles avaient subie, tandis que d'autres manifestaient une curiosité malsaine à l'égard des victimes au lieu de chercher avant tout à les aider. Les hôpitaux manquaient également de spécialistes de la médecine légale et les places dans les lieux d'accueil sûrs pour les victimes de viol n'étaient pas assez nombreuses. Cerner ces problèmes était une première étape importante vers l'amélioration du programme et la prestation de services de meilleure qualité aux victimes de viol.

Un projet interinstitutions des Nations Unies visant à combattre la violence sexospécifique est mené dans seize pays d'Amérique latine et des Caraïbes (201). La campagne a pour but de :

- sensibiliser davantage aux coûts humains, économiques et sociaux de la violence contre les femmes et les filles ;
- renforcer la capacité des pouvoirs publics d'adopter et d'appliquer des lois contre la violence sexospécifique ;
- renforcer les réseaux d'organisations publiques et privées et mettre en place des programmes de prévention de la violence contre les femmes et les filles.

Initiatives locales prises par des hommes

Il est important, pour prévenir la violence physique et sexuelle contre les femmes, que les hommes prennent une initiative collective. En Australie, en Afrique, en Amérique latine, dans les Caraïbes et en Asie, ainsi que dans bien des régions d'Amérique du Nord et d'Europe, il existe des groupes d'hommes qui luttent contre la violence familiale et le viol. Le point de départ sous-jacent de ce type d'initiative est que les hommes devraient, à titre individuel, prendre des mesures pour moins recourir à la violence (202). Parmi les activités typiques, citons des discussions de groupe, des campagnes d'éducation et des rassemblements, du

travail effectué avec des hommes violents, et des ateliers organisés dans des écoles et des prisons ainsi qu'en milieu de travail. Les actions sont souvent menées en collaboration avec des organisations féminines qui s'investissent dans la prévention de la violence et offrent des services aux femmes maltraitées.

Rien qu'aux Etats-Unis, on dénombre plus de cent groupes d'hommes de ce type, dont beaucoup se concentrent expressément sur la violence sexuelle. Ainsi, à Washington D.C., « *Men Can Stop Rape* » s'efforce de promouvoir d'autres formes de virilité propices à la non-violence et à l'égalité des sexes. Dernièrement, ce groupe a présenté des exposés dans des écoles secondaires, créé des affiches et produit un manuel pour les enseignants. De plus, il publie depuis peu un magazine pour les jeunes (202).

Programmes scolaires

Il est essentiel d'agir dans les écoles, si l'on veut faire reculer la violence sexuelle et d'autres formes de violence. Dans beaucoup de pays, une relation sexuelle entre un enseignant et un élève n'entraîne pas de mesure disciplinaire sévère et les politiques en matière de harcèlement sexuel sont inexistantes ou restent lettre morte. Cependant, ces dernières années, quelques pays ont adopté des lois qui interdisent les relations sexuelles entre enseignants et élèves. Ces mesures contribuent à l'élimination du harcèlement sexuel dans les écoles. Parallèlement, des mesures plus diverses sont également nécessaires, y compris des changements dans la formation et dans le recrutement des enseignants, et une réforme des programmes de cours, afin de transformer les relations entre les deux sexes dans les écoles.

Réponses juridiques et politiques

Signalement et traitement des cas de violence sexuelle

Bon nombre de pays se sont dotés d'un système qui encourage les gens à signaler à la police les cas de violence sexuelle et qui permet aux tribunaux de traiter ces cas plus vite et en faisant preuve de plus de sensibilité. Voici quelques mécanismes

mis en place : unités spécialisées dans la violence familiale, unités spécialisées dans les crimes sexuels, formation sur l'égalité des sexes pour la police et les fonctionnaires de justice, postes de police dotés d'un personnel exclusivement féminin et tribunaux chargés des affaires de viol. Il est question de certains de ces mécanismes au chapitre 4.

La mauvaise volonté que les experts médicaux mettent à témoigner en cour crée parfois des problèmes. Leur attitude tient au fait que, souvent, le rôle des tribunaux est imprévisible, les affaires sont reportées à des dates ultérieures au dernier moment et les témoins doivent attendre longtemps pour déposer brièvement. En Afrique du Sud, pour remédier à cette situation, la Direction générale du ministère public donne pour instruction aux magistrats d'interrompre la procédure dans les affaires de violence sexuelle lorsque l'expert médical arrive afin qu'il puisse témoigner et subir un contre-interrogatoire sans tarder.

Réforme judiciaire

Les lois ont été modifiées dans bien des pays pour :

- élargir la définition du viol ;
- changer les règles régissant la détermination des peines et l'admissibilité des preuves ;
- qu'il n'y ait plus à corroborer le récit des victimes.

En 1983, les lois canadiennes sur le viol ont été modifiées et l'obligation de corroborer le récit du viol n'est plus nécessaire, entre autres. Cependant, il ressort d'une évaluation que les procureurs ignorent généralement cet assouplissement de l'obligation de corroboration et rares sont les cas présentés devant les tribunaux sans preuve médico-légale (203).

Dernièrement, plusieurs pays d'Asie, dont les Philippines, ont mis en vigueur des lois qui redéfinissent de façon radicale le viol et qui font obligation à l'Etat d'aider les victimes. Il en résulte une augmentation sensible du nombre de cas signalés. Pour que la nouvelle législation soit pleinement efficace, il faut également organiser des campagnes afin d'informer le grand public des droits que lui confère la loi.

Afin de s'assurer que des informations non pertinentes ne soient pas admises en cour, le Tribunal pénal international pour l'ancienne Yougoslavie a établi certaines règles dont devraient s'inspirer certains pays pour adopter des lois et des procédures efficaces. L'article 96 du règlement du Tribunal précise que dans les cas d'agression sexuelle, il n'est pas nécessaire que le témoignage de la victime soit corroboré et que sa vie sexuelle passée ne doit pas être dévoilée dans le cadre de la preuve. Le règlement du Tribunal porte également sur le fait que l'accusé peut affirmer que l'acte était consensuel et déclare que le consentement n'est pas un argument acceptable si la victime a été séquestrée, menacée de violences physiques ou psychologiques, soumise à de telles violences ou encore avait des raisons de craindre de telles violences. En outre, le consentement ne peut être retenu comme défense si la victime avait de bonnes raisons de redouter des actes de violence ou des menaces de la part d'un tiers, si elle ne se soumettait pas. Même si le Tribunal autorise l'accusé à avancer l'argument du consentement, celui-ci doit le convaincre que la preuve qu'il fournit à l'appui est pertinente et crédible avant que cette preuve puisse être présentée.

Dans bien des pays, les juges prononcent des sentences très courtes contre les auteurs de violence sexuelle (204, 205). Pour remédier à cela, on a instauré contre les auteurs de viol des peines minimales applicables sauf en cas de circonstances atténuantes.

Traités internationaux

Les traités internationaux jouent un rôle important, car ils fixent les normes des lois nationales et donnent aux groupes locaux un argument pour faire campagne en faveur de réformes judiciaires. Parmi les traités pertinents qui concernent la violence sexuelle et sa prévention, citons :

- la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) ;
- la Convention relative aux droits de l'enfant (1989) et son Protocole facultatif concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants

et la pornographie impliquant des enfants (2000) ;

- la Convention contre la criminalité transnationale organisée (2000) et son Protocole additionnel visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (2000) ;
- la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984).

Plusieurs autres accords internationaux établissent des normes et des limites en matière de comportement, y compris pendant les conflits, qui nécessitent des dispositions dans les lois nationales. Le Statut de Rome de la Cour pénale internationale (1998), par exemple, couvre un large éventail de crimes sexospécifiques, y compris le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée, les grossesses imposées et la stérilisation forcée. Il comprend également certaines formes de violence sexuelle qui constituent une violation ou une infraction grave aux Conventions de Genève de 1949, ainsi que d'autres formes de violence sexuelle qui sont comparables en gravité aux crimes contre l'humanité. L'inclusion des crimes sexospécifiques dans les définitions du Statut marque une étape historique dans l'évolution du droit international (206).

Actions visant à prévenir d'autres formes de violence sexuelle

Traite de personnes à des fins sexuelles

En général, les mesures prises pour prévenir la traite de personnes à des fins sexuelles visent à :

- créer des programmes économiques dans certains pays pour les femmes qui risquent d'être victimes de ce type de traite ;
- informer et sensibiliser afin que les femmes à risque connaissent le danger de traite.

De plus, plusieurs programmes gouvernementaux et d'organisations non gouvernementales mettent en place des services pour les victimes de cette traite (207). A Chypre, le Service de l'immigration et des étrangers s'adresse aux femmes qui arrivent dans le pays pour travailler dans l'industrie du divertissement ou dans le secteur des services d'aide ménagère. Il les avise de leurs droits et

obligations et des formes de protection auxquelles elles peuvent recourir en cas de violence, d'exploitation et d'incitation à la prostitution. Dans l'Union européenne et aux États-Unis, les victimes de traite des personnes disposées à coopérer avec la justice en poursuivant les trafiquants peuvent obtenir des permis de séjour temporaire. En Belgique et en Italie, des foyers d'accueil ont été ouverts pour les victimes de traite des personnes. A Mumbai, en Inde, un centre de lutte contre la traite des femmes a été créé pour faciliter l'arrestation et la poursuite des délinquants, de même que pour aider et informer les victimes de cette traite.

Mutilations génitales féminines

Pour s'attaquer aux pratiques culturelles qui constituent des violences sexuelles, il faut en comprendre le contexte social, économique et culturel. Khafagi explique (208) que ces pratiques – qui comprennent les mutilations génitales féminines – devraient être comprises du point de vue de ceux qui les suivent, ce qui permettrait d'envisager des interventions de prévention respectueuses de la culture locale. Dans le district de Kapchorwa, en Ouganda, le programme REACH a réussi à faire baisser les taux de mutilations génitales féminines. Le programme, que dirige la Sabiny Elders' Association, s'est efforcé d'obtenir l'appui des anciens de la communauté pour séparer la pratique des mutilations génitales féminines des valeurs culturelles qu'elles sont supposées servir. D'autres activités ont été proposées à leur place pour maintenir la tradition culturelle originale (209). L'encadré 6.4 décrit un autre programme appliqué en Égypte qui vise lui aussi à prévenir les mutilations génitales féminines.

Mariages d'enfants

Les mariages d'enfants reposent sur une base culturelle et sont souvent légaux, d'où la difficulté à faire changer les mentalités. Interdire tout simplement les mariages précoces ne suffira pas généralement à empêcher qu'il s'en célèbre. Dans beaucoup de pays, l'enregistrement des naissances est tellement irrégulier qu'il arrive que l'on ne connaisse pas l'âge du premier mariage (100). Des approches qui visent à soulager la pauvreté, facteur

sous-jacent important dans bon nombre de ces mariages, et qui insistent sur des objectifs éducatifs, sur les conséquences pour la santé de maternités précoces et sur les droits de l'enfant ont plus de chances de donner des résultats.

Viol pendant des conflits armés

Des organisations telles que l'Association des veuves du génocide (AVEGA) et le Forum des éducatrices africaines (FEA) ont relancé dernièrement le problème de la violence sexuelle dans les conflits armés. L'AVEGA aide les veuves de guerre et les victimes de viol au Rwanda et le FEA fournit des soins médicaux et des conseils socio-psychologiques aux victimes en Sierra Leone (210).

En 1995, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés a publié des lignes directrices sur la prévention de la violence sexuelle dans les populations de réfugiés et les mesures à prendre contre une telle violence (211). Ces lignes directrices comprennent des dispositions concernant :

- la conception et la planification des camps de manière à limiter le risque de violence ;
- la documentation des cas ;
- l'éducation et la formation du personnel afin qu'il soit en mesure de prévenir la violence sexuelle, de la repérer et d'y réagir ;
- les soins médicaux et autres services de soutien, y compris des mesures pour éviter que les victimes soient encore plus traumatisées.

Les lignes directrices visent également les campagnes de sensibilisation du public, les activités éducatives et la création de groupes de femmes pour signaler la violence et y réagir.

Se fondant sur des mesures prises en Guinée (212) et en République-Unie de Tanzanie (96), l'International Rescue Committee a mis sur pied un programme pour lutter contre la violence sexuelle dans les communautés de réfugiés. Il comprend l'utilisation de méthodes participatives pour l'évaluation de la prévalence de la violence sexuelle et sexospécifique dans les populations de réfugiés, la formation et le déploiement de travailleurs communautaires afin de repérer les cas et de mettre en place des systèmes de prévention appropriés, et des

ENCADRE 6.4**Les mutilations génitales féminines en Egypte**

Beaucoup de femmes mariées égyptiennes présentent des mutilations génitales. L'enquête démographique et de santé réalisée en 1995 conclut que le groupe d'âge dans lequel la pratique est le plus souvent utilisée est celui des 9 à 13 ans. Près de la moitié des mutilations génitales féminines sont pratiquées par des médecins et 32 % par des sage-femmes ou des infirmières. D'après la recherche sociologique, les principales raisons données pour justifier les mutilations génitales féminines sont que l'on veut maintenir la tradition, maîtriser les désirs sexuels des femmes, les rendre « propres et pures » et, plus important, les rendre mariables.

Un mouvement contre les mutilations génitales féminines, né dans une large mesure de la sensibilisation du public suscitée par la Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire en 1994, regroupe des secteurs très divers.

Pour ce qui est de la réaction des responsables et des professionnels de la santé, dans une déclaration commune publiée en 1998, la Société égyptienne de gynécologie et d'obstétrique et la Société égyptienne de traitement de la stérilité affirment que ces mutilations sont à la fois inutiles et dangereuses, et qu'elles constituent un acte contraire à l'éthique médicale. Le Ministre de la Santé et de la Population égyptien a également publié un décret interdisant à quiconque de pratiquer des mutilations génitales féminines.

Les dirigeants religieux du monde musulman ont également exprimé leur opposition à cette pratique. Le grand mufti a publié une déclaration rappelant qu'il n'est fait aucune mention des mutilations génitales féminines dans le Coran et que les paroles (*hadith*) attribuées au prophète Mahomet à leur sujet n'étaient confirmées par aucune preuve. En outre, en 1998, la Conférence sur la population et la santé génésique dans le monde musulman a adopté une recommandation appelant les pays musulmans à mettre fin à toutes les formes de violence contre les femmes, en rappelant que rien dans la loi islamique (*charia*) n'obligeait à exciser les filles.

Des organisations non gouvernementales égyptiennes se sont mobilisées sur la question. Elles diffusent des informations sur les mutilations génitales féminines et incluent le problème, notamment dans leurs programmes de développement communautaire et d'information en matière de santé. Un groupe de travail composé d'une soixantaine d'organisations non gouvernementales a été constitué pour lutter contre cette pratique.

Plusieurs organisations non gouvernementales, qui interviennent souvent par l'intermédiaire de dirigeants communautaires, font maintenant participer activement des hommes à leur campagne et les informent sur les dangers des mutilations génitales féminines. Parallèlement, les jeunes gens sont encouragés à déclarer qu'ils épouseront des femmes qui ne sont pas excisées.

En Haute Egypte, il existe un programme qui est ciblé sur divers groupes sociaux, y compris les dirigeants communautaires, les dirigeants religieux et les membres de professions libérales, et qui a pour but de les former pour qu'ils fassent campagne contre les mutilations génitales féminines. Des conseils socio-psychologiques sont également offerts aux familles qui envisagent de ne pas faire exciser leurs filles et des discussions sont organisées avec des agents de santé pour les dissuader de pratiquer des mutilations génitales féminines.

mesures pour permettre aux dirigeants communautaires et aux autres responsables de poursuivre les agresseurs. Le programme est utilisé dans bien des endroits contre la violence sexuelle et sexospécifique, y compris en Bosnie-Herzégovine, en République démocratique du Congo, au Timor

oriental, au Kenya, en Sierra Leone et dans l'ancienne République yougoslave de Macédoine.

Recommandations

La violence sexuelle est un domaine de recherche qui est généralement négligé dans la plupart des

régions du monde, alors que les faits montrent qu'il s'agit d'un problème de santé publique important. Il reste encore beaucoup à faire pour comprendre le phénomène et le prévenir.

Plus de recherches

L'absence de définition convenue de la violence sexuelle et le manque de données sur la nature et l'ampleur du problème dans le monde contribuent à reléguer le problème au second rang dans l'esprit des décideurs et des donateurs. Des études plus approfondies sont nécessaires sur presque tous les aspects de la violence sexuelle, y compris :

- l'incidence et la prévalence de la violence sexuelle dans différents contextes, en utilisant un outil de recherche standard pour évaluer la coercition sexuelle ;
- les facteurs de risque d'être victime et auteur de violence sexuelle ;
- les conséquences pour la santé et les répercussions sociales de différentes formes de violence sexuelle ;
- les facteurs qui influent sur le rétablissement des victimes après une agression sexuelle ;
- les contextes sociaux des différentes formes de violence sexuelle, y compris la traite de personnes à des fins sexuelles, et les relations entre la violence sexuelle et d'autres formes de violence.

Définir des mesures efficaces

Des interventions doivent également être étudiées afin d'arriver à mieux comprendre ce qui est efficace dans différents contextes pour ce qui est de la prévention de la violence sexuelle ainsi que des soins et de l'aide aux victimes. Les domaines suivants devraient être prioritaires :

- Documenter et évaluer les services et les interventions qui aident les victimes ou travaillent avec les auteurs de violence sexuelle.
- Déterminer les mesures les plus appropriées que puisse prendre le secteur de la santé face à la violence sexuelle, y compris le rôle des thérapies antirétrovirales prophylactiques pour la prévention du VIH après un viol – avec différents groupes de services élémentai-

res recommandés dans différents contextes, en fonction des ressources locales.

- Déterminer ce qui constitue un soutien psychologique approprié dans différents contextes et situations.
- Évaluer les programmes destinés à prévenir la violence sexuelle, y compris les interventions communautaires – notamment celles ciblées sur les hommes – et les programmes scolaires.
- Étudier l'incidence des réformes judiciaires et des sanctions pénales.

Accorder plus d'attention à la prévention primaire

La prévention primaire de la violence sexuelle est souvent écartée au profit de services aux victimes. Les décideurs, les chercheurs, les donateurs et les organisations non gouvernementales devraient donc prêter bien plus attention à ce domaine important, en accordant la priorité à ce qui suit :

- la prévention primaire de toutes les formes de violence sexuelle par le biais de programmes offerts dans les communautés et les écoles ainsi que dans le milieu des réfugiés ;
- un appui aux approches participatives, respectueuses de la culture locale, visant à changer les attitudes et les comportements ;
- un appui aux programmes qui abordent la prévention de la violence sexuelle dans le contexte plus général de la promotion de l'égalité des sexes ;
- des programmes qui visent certaines des causes socio-économiques sous-jacentes de la violence, y compris la pauvreté et le manque d'instruction, par exemple, en offrant des possibilités d'emploi aux jeunes ;
- des programmes visant à améliorer l'éducation des enfants, à rendre les femmes moins vulnérables et à promouvoir des notions de virilité plus égalitaires par rapport aux femmes.

S'attaquer à la violence sexuelle dans le secteur de la santé

Dans bien des endroits, des patients sont victimes de violence sexuelle dans le secteur de la santé, mais on ne reconnaît généralement pas qu'il s'agit d'un

problème. Diverses mesures doivent être prises pour surmonter cette dénégation et affronter le problème, y compris les suivantes (83, 85) :

- intégrer des sujets relatifs à la violence sexuelle et sexospécifique, y compris des considérations éthiques concernant la profession médicale, dans les programmes de formation des médecins, des infirmières et des autres personnels de santé ;
- s'efforcer de trouver des moyens de repérer des cas possibles de violence contre les patients dans les établissements de santé, et enquêter sur ces cas ;
- utiliser les organismes internationaux des professions médicale et infirmière, ainsi que les organisations non gouvernementales (y compris les organisations féminines) pour suivre les cas de violence, réunir des preuves et faire campagne pour que les gouvernements et les services de santé interviennent ;
- établir des codes de bonnes pratiques et des procédures de plainte ainsi que des procédures disciplinaires strictes pour les personnels de santé qui maltraitent des patients dans le contexte de soins de santé.

Conclusion

La violence sexuelle est un problème de santé publique courant et grave qui affecte des millions de personnes chaque année dans le monde. Elle est dictée par de nombreux facteurs qui agissent dans différents contextes économiques, sociaux et culturels. L'inégalité des sexes est au cœur de la violence sexuelle dirigée contre les femmes.

Dans beaucoup de pays, on manque de données sur la plupart des aspects de la violence sexuelle, et il est impératif de faire partout des études sur tous les aspects de ce type de violence. Les interventions sont tout aussi importantes. Elles sont de divers types, mais les interventions essentielles concernent la prévention primaire de la violence sexuelle, ciblée sur les hommes et les femmes, les mesures visant à aider les victimes d'agressions sexuelles, les mesures contribuant à assurer l'interpellation des violeurs et leur condamnation, et les stratégies destinées à changer les normes sociales et à

améliorer la condition féminine. Il est essentiel de définir des interventions pour les endroits démunis de ressources et d'évaluer rigoureusement les programmes mis en place dans les pays industrialisés et dans les pays en développement.

Les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer dans l'aide aux victimes d'agressions sexuelles, tant sur le plan médical que psychologique, et dans la collecte de preuves qui seront utilisées dans les poursuites engagées contre les agresseurs. Le secteur de la santé est beaucoup plus efficace dans les pays où des protocoles et des lignes directrices sont établis pour la gestion des cas et la collecte de preuves, où le personnel est convenablement formé et où il y a une bonne collaboration avec l'appareil judiciaire. Enfin, la ferme volonté et l'engagement des gouvernements et de la société civile, ainsi qu'une réponse coordonnée de divers secteurs, sont nécessaires pour mettre fin à la violence sexuelle.

Bibliographie

1. Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony : domestic violence and women's health in central Java*. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.
2. Ellsberg MC. *Candies in hell : domestic violence against women in Nicaragua*. Umeå (Suède), Umeå University, 1997.
3. Mooney J. The hidden figure : domestic violence in North London. Londres (Royaume-Uni), Middlesex University, 1993.
4. Jewkes R et al. Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine*, 2001, 5 :733-744.
5. Matasha E et al. Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania : need for intervention. *AIDS Care*, 1998, 10 :571-582.
6. Buga GA, Amoko DH, Ncayiyana DJ. Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. *South African Medical Journal*, 1996, 86 :523-527.
7. Holmes MM et al. Rape-related pregnancy : estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175 :320-324.
8. Eby K et al. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 1995, 16 :563-576.

9. Leserman J et al. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent health care visits. *Psychological Medicine*, 1998, 28 :417–425.
10. McCauley J et al. The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123 :737–746.
11. Coker AL et al. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9 :451–457.
12. Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women’s Health Issues*, 1999, 9 :115–120.
13. Plichta SB, Abraham C. Violence and gynecologic health in women less than 50 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 174 :903–907.
14. Campbell JC, Soeken K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women’s health. *Violence Against Women*, 1999, 5 :1017–1035.
15. Collett BJ et al. 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*, 1998, 105 :87–92.
16. Boyer D, Fine D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy. *Family Planning Perspectives*, 1992, 24 :4–11.
17. Briggs L, Joyce PR. What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21 :575–582.
18. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 2001, 31 :1237–1247.
19. Cheasty M, Clare AW, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case-control study. *British Medical Journal*, 1998, 316 :198–201.
20. Darves-Bornoz JM. Rape-related psychotraumatic syndromes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 1997, 71 :59–65.
21. Felitti VJ et al. 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*, 1998, 14 :245–258.
22. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35 :1365–1374.
23. Levitan RD et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship of neurovegetative features, mania, and gender. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155 :1746–1752.
24. Acierno R et al. Risk factors for rape, physical assault, and post-traumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13 :541–563.
25. Miller M. A model to explain the relationship between sexual abuse and HIV risk among women. *AIDS Care*, 1999, 11 :3–20.
26. Mercy JA et al. Intentional injuries. In: Mashaly AY, Graitcer PH, Youssef ZM. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. Le Caire (Egypte), Rose El Youssef New Presses, 1993 :65–84.
27. Mollica RF, Son L. Cultural dimensions in the evaluation and treatment of sexual trauma: an overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 1989, 12 :363–379.
28. Omaar R, de Waal A. Crimes without punishment: sexual harassment and violence against female students in schools and universities in Africa. *African Rights*, juillet 1994 (Discussion Paper No. 4).
29. Swiss S et al. Violence against women during the Liberian civil conflict. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279 :625–629.
30. Migration Information Programme. *Trafficking and prostitution: the growing exploitation of migrant women from central and eastern Europe*. Genève (Suisse), Organisation internationale pour les migrations, 1995.
31. Chauzy JP. *Kyrgyz Republic: trafficking*. Genève (Suisse), Organisation internationale pour les migrations, 20 janvier 2001 (notes de point de presse).
32. Dinan K. *Owed justice: Thai women trafficked into debt bondage in Japan*. New York (Etats-Unis d’Amérique), Human Rights Watch, 2000.
33. *The economics of sex*. Genève (Suisse), Organisation internationale du Travail, 1998 (World of Work, No. 26).
34. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Social Science and Medicine* (in press).

35. *The international crime victim survey in countries in transition: national reports*. Rome (Italie), Institut interrégional de recherche des Nations Unies sur la criminalité et la justice, 1998.
36. *Victims of crime in the developing world*. Rome (Italie), Institut interrégional de recherche des Nations Unies sur la criminalité et la justice, 1998.
37. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000 (NCJ 183781).
38. Weiss P, Zverina J. Experiences with sexual aggression within the general population in the Czech Republic. *Archives of Sexual Behavior*, 1999, 28:265-269.
39. Campbell JC, Soeken KL. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017-1035.
40. Granados Shiroma M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género*. [Santé génésique et violence contre les femmes: analyse d'un point de vue sexospécifique] Nuevo León (Mexique), Asociación Mexicana de Población, Colegio de México, 1996.
41. Martin SL et al. Sexual behaviour and reproductive health outcomes: associations with wife abuse in India. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1967-1972.
42. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57-65.
43. Gillioz L, DePuy J, Ducret V. *Domination et violences envers la femme dans le couple*. Lausanne (Suisse), Payot-Editions, 1997.
44. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Bulletin Service*, 1994, 14:1-22.
45. Randall M et al. Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project, a community-based survey. *Violence Against Women*, 1995, 1:6-31.
46. Morrison A et al. *The socio-economic impact of domestic violence against women in Chile and Nicaragua*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque interaméricaine de développement, 1997.
47. Painter K, Farrington DP. Marital violence in Great Britain and its relationship to marital and non-marital rape. *International Review of Victimology*, 1998, 5:257-276.
48. *Puerto Rico: encuesta de salud reproductiva 1995-1996*. [Porto Rico: Enquête sur la santé génésique, 1995-1996.] San Juan, University of Puerto Rico and Centers for Disease Control and Prevention, 1998.
49. Risberg G, Lundgren E, Westman G. Prevalence of sexualized violence among women: a population-based study in a primary healthcare district. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1999, 27:247-253.
50. Heiskanen M, Piispa M. *Faith, hope and battering: a survey of men's violence against women in Finland*. Helsinki (Finlande), Statistics Finland, 1998.
51. Haj Yahia MM. *The incidence of wife abuse and battering and some demographic correlates revealed in two national surveys in Palestinian society*. Ramallah, Besir Centre for Research and Development, 1998.
52. Ilkkaracan P et al. Exploring the context of women's sexuality in Eastern Turkey. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:66-75.
53. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No.11).
54. Rwenge M. Sexual risk behaviours among young people in Bamenda, Cameroon. *International Family Planning Perspectives*, 2000, 26:118-123.
55. *Estudo CAP nas escolas: conhecimento, atitudes, practicas e comportamento em saude sexual e reproductiva em uma era de SIDA*. [Étude du CAP dans les écoles: connaissances, attitudes, pratiques et comportements face à la santé sexuelle et génésique à l'époque du SIDA] Maputo (Mozambique), Geração Biz et Ministère de la Jeunesse et des Sports, 1999.
56. Caceres CF, Vanoss M, Sid Hudes E. Sexual coercion among youth and young adolescents in Lima, Peru. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:361-367.
57. Abma J, Driscoll A, Moore K. Young women's degree of control over first intercourse: an exploratory analysis. *Family Planning Perspectives*, 1998, 30:12-18.
58. Dickson N et al. First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. *British Medical Journal*, 1998, 316:29-33.
59. *Adolescents*. (Programme brief on the findings from the Operations research and technical assistance, Africa Project II.) Nairobi (Kenya), The Population Council, 1998.
60. Halcón L, Beuhring T, Blum R. *A portrait of adolescent health in the Caribbean, 2000*. Minnea-

- polis, Minnesota (Etats-Unis d'Amérique), University of Minnesota et Organisation panaméricaine de la Santé, 2000.
61. Swart L et al. *Rape surveillance through district surgeons' offices in Johannesburg, 1996–1998: findings, evaluation and prevention implications. South African Journal.*
 62. Greenfeld LA. *Sex offenses and offenders: an analysis of data on rape and sexual assault.* Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics (NCJ 163392).
 63. Richard AO. *International trafficking in women to the United States: a contemporary manifestation of slavery and organized crime.* Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Center for the Study of Intelligence, 1999.
 64. Brown L. *Sex slaves: the trafficking of women in Asia.* Londres (Royaume-Uni), Virago Press, 2001.
 65. Benninger-Budel C et al. *Violence against women: a report.* Genève (Suisse), Organisation mondiale contre la torture, 1999.
 66. Migration Information Programme. *Trafficking in women to Italy for sexual exploitation.* Genève (Suisse), Organisation internationale pour les migrations, 1996.
 67. Barnard M. Violence and vulnerability: conditions of work for streetworking prostitutes. *Sociology of Health and Illness*, 1993, 15:683–705.
 68. Church S et al. Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *British Medical Journal*, 2001, 322:524–525.
 69. Jenkins C. Street sex workers in Dhaka: their clients and enemies. In: *The Proceedings of the International Conference on Violence Against Women and Children, Dhaka, Bangladesh, June 1998.* Dhaka (Bangladesh), 1998.
 70. Ayalew T, Berhane Y. Child prostitution: magnitude and related problems. *Ethiopian Medical Journal*, 2000, 38:153–163.
 71. Perlez J. For the oppressed sex: brave words to live by. *New York Times*, 6 juin 1990.
 72. Bagley C, Bolitho F, Bertrand L. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. *Adolescence*, 1997, 32:361–366.
 73. Nhundu TJ, Shumba A. The nature and frequency of reported cases of teacher-perpetrated child sexual abuse in rural primary schools in Zimbabwe. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1517–1534.
 74. *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos en el Perú.* [Silence et complicité: la violence contre les femmes dans les services publics au Pérou] Lima (Pérou), Committee of Latin America and the Caribbean for the Defense of the Rights of the Woman, and Center for Reproductive Law and Policy, 1998.
 75. McPhedran M. Sexual abuse in the health professions: who's counting? *World Health Statistics Quarterly*, 1996, 49:154–157.
 76. Dehlendorf CE, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex-related offenses. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1883–1888.
 77. Thomasson GO. Educating physicians to prevent sex-related contact with patients. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:419–420.
 78. Lamont JA, Woodward C. Patient–physician sexual involvement: a Canadian survey of obstetrician-gynecologists. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1994, 150:1433–1439.
 79. Fary T, Fisher N. Sexual contact between doctors and patients: almost always harmful. *British Medical Journal*, 1992, 304:1519–1520.
 80. Fayad M. *Female genital mutilation (female circumcision).* Le Caire (Egypte), Star Press, 2000.
 81. *Human rights are women's rights.* Londres (Royaume-Uni), Amnesty International, 1999.
 82. Frank MW et al. Virginity examinations in Turkey: role for forensic physicians in controlling female sexuality. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:485–490.
 83. d'Oliviera AF, Diniz GS, Schraiber BL. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 2002:1681–1685.
 84. Sargent C, Rawlins J. Transformations in maternity services in Jamaica. *Social Science and Medicine*, 1992, 35:1225–1232.
 85. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Science and Medicine*, 1998, 47:1781–1795.
 86. Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K. Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Social Science and Medicine*, 1994, 39:767–780.
 87. Jaffre Y, Prual AM. Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Social Science and Medicine*, 1994, 38:1069–1073.
 88. Shaikh MA. Sexual harassment in medical profession: perspectives from Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2000, 50:130–131.

89. Kisa A, Dziegielewski SF. Sexual harassment of female nurses in a hospital in Turkey. *Health Services Management Research*, 1996, 9 :243–253.
90. Chelala C. Algerian abortion controversy highlights rape of war victims. *Lancet*, 1998, 351 :1413.
91. Asia Watch. *Rape in Kashmir : a crime of war*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Human Rights Watch, 1993.
92. Xiau W. Silent consent : Indonesian abuse of women. *Harvard International Review*, 1999, 21 :16–17.
93. Swiss S, Giller JE. Rape as a crime of war : a medical perspective. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270 :612–615.
94. Pacific Women Against Violence. Violence against East Timor women. *Pacific Women's Network Against Violence Against Women*, 2000, 5 :1–3.
95. Morrell R. *Changing men in Southern Africa*. Pietermaritzburg, Natal (Afrique du Sud), University of Natal Press, 2001.
96. Nduna S, Goodyear L. *Pain too deep for tears : assessing the prevalence of sexual and gender violence among Burundian refugees in Tanzania*. Kibondo, Comité international de secours, 1997.
97. George A. *Sexual behavior and sexual negotiation among poor women and men in Mumbai : an exploratory study*. Baroda (Inde), Sahaj Society for Health Alternatives, 1997.
98. Sharma V, Sujay R, Sharma A. Can married women say no to sex? Repercussions of the denial of the sexual act. *Journal of Family Welfare*, 1998, 44 :1–8.
99. *Early marriage : whose right to choose?* Londres (Royaume-Uni), Forum on Marriage and the Rights of Women and Girls, 2000.
100. UNICEF Innocenti Research Center. Early marriage : child spouses. *Innocenti Digest*, 2001, No. 7.
- Kumari R, Singh R, Dubey A. *Growing up in rural India : problems and needs of adolescent girls*. New Delhi (Inde), Radiant Publishers, 1990.
102. Ahmed EM. *Violence against women : the legal system and institutional responses*. Lahore, Pendjab (Pakistan) AGHS Legal Aid Cell, 1998.
103. Indicators on marriage and marital status. In : *Annuaire démographique, 1997*, 49^{ème} édition. New York (Etats-Unis d'Amérique), Division de la statistique des Nations Unies, 1999.
104. Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence envers les femmes : le fardeau caché de la santé*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque mondiale, 1994 (Article de discussion n° 255).
105. Crowell NA, Burgess AW. *Understanding violence against women*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Academy Press, 1996.
106. Koss M, Dinero TE. Discriminant analysis of risk factors for sexual victimisation among a national sample of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57 :242–250.
107. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviours and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21 :789–803.
108. Fleming J et al. The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23 :145–159.
109. Pederson W, Skrondal A. Alcohol and sexual victimization : a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91 :565–581.
110. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women : a population-based survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :1579–1589.
111. Jewkes R, Penn-Kekana L, Levin J. Risk factors for domestic violence : findings from a South African cross-sectional study. *Social Science and Medicine* (sous presse).
112. Jewkes R. Intimate partner violence : causes and primary prevention. *Lancet*, 2002, 359 :1423–1429.
113. Omorodion FI, Olusanya O. The social context of reported rape in Benin City, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 1998, 2 :37–43.
114. Faune MA. Centroamerica : los costos de la guerra y la paz. [*Amérique centrale : le coût de la guerre et de la paix*] *Perspectivas*, 1997, 8 :14–15.
115. International Clinical Epidemiologists Network. *Domestic violence in India : a summary report of a multi-site household survey*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), International Center for Research on Women, 2000.
116. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health : a focus on research*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Conseil de la population, 1995.
117. *Violence against women : a priority health issue*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1997 (document non publié WHO/FRH/WHD/97.8).
118. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. In : Reiss AJ, Roth JA. *Understanding and preventing violence. Vol. 3. Social influences*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Academy Press, 1993 :377–570.
119. Grisso JA et al. Violent injuries among women in an urban area. *New England Journal of Medicine*, 1999, 341 :1899–1905.
120. Abby A, Ross LT, McDuffie D. Alcohol's role in sexual assault. In : Watson RR. *Drug and alcohol*

- reviews. Vol. 5. *Addictive behaviors in women*. Totowa, New Jersey (Etats-Unis d'Amérique), Humana Press, 1995.
121. McDonald M. *Gender, drink and drugs*. Oxford (Royaume-Uni), Berg Publishers, 1994.
 122. Drieschner K, Lange A. A review of cognitive factors in the aetiology of rape: theories, empirical studies and implications. *Clinical Psychology Review*, 1999, 19 :57–77.
 123. Dean KE, Malamuth NM. Characteristics of men who aggress sexually and of men who imagine aggressing: risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 72 :449–455.
 124. Malamuth NM, Addison T, Koss MP. Pornography and sexual aggression: are there reliable effects and how can we understand them? *Annual Review of Sex Research*, 2000, 11 :26–91.
 125. Malamuth NM. A multidimensional approach to sexual aggression: combining measures of past behavior and present likelihood. *Annals of the New York Academy of Science*, 1998, 528 :113–146.
 126. Ouimette PC, Riggs D. Testing a mediational model of sexually aggressive behavior in nonincarcerated perpetrators. *Violence and Victims*, 1998, 13 :117–130.
 127. Malamuth NM et al. The characteristics of aggressors against women: testing a model using a national sample of college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, 59 :670–681.
 128. Lisak D, Roth S. Motives and psychodynamics of self-reported, unincarcerated rapists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 55 :584–589.
 129. Bourgois P. *In search of respect: selling crack in El Barrio*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press, 1996.
 130. Petty GM, Dawson B. Sexual aggression in normal men: incidence, beliefs and personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 1989, 10 :355–362.
 131. Borowsky IW, Hogan M, Ireland M. Adolescent sexual aggression: risk and protective factors. *Pediatrics*, 1997, 100 :E7.
 132. Gwartney-Gibbs PA, Stockard J, Bohmer S. Learning courtship aggression: the influence of parents, peers and personal experiences. *Family Relations*, 1983, 35 :276–282.
 133. Jenkins C. Sexual behaviour in Papua New Guinea. In: *Report of the Third Annual Meeting of the International Network on Violence Against Women, January 1998*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), International Network on Violence Against Women, 1998.
 134. Watkins B, Bentovim A. The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1992, 33 :197–248.
 135. Dobash E, Dobash R. *Women, violence and social change*. Londres (Royaume-Uni), Routledge, 1992.
 136. Wood K, Maepa J, Jewkes R. *Adolescent sex and contraceptive experiences: perspectives of teenagers and clinic nurses in the Northern Province*. Pretoria (Afrique du Sud), Medical Research Council, 1997 (Rapport technique).
 137. Hadidi M, Kulwicki A, Jahshan H. A review of 16 cases of honour killings in Jordan in 1995. *International Journal of Legal Medicine*, 2001, 114 :357–359.
 138. Bourgois P. In search of masculinity: violence, respect and sexuality among Puerto Rican crack dealers in East Harlem. *British Journal of Criminology*, 1996, 36 :412–427.
 139. Wood K, Jewkes R. “Dangerous” love: reflections on violence among Xhosa township youth. In: Morrell R, ed. *Changing men in Southern Africa*. Pietermaritzburg, Natal (Afrique du sud), University of Natal Press, 2001.
 140. Silberschmidt M. Disempowerment of men in rural and urban East Africa: implications for male identity and sexual behavior. *World Development*, 2001, 29 :657–671.
 141. Madge C. Public parks and the geography of fear. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 1997, 88 :237–250.
 142. Pain RH. Social geographies of women's fear of crime. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 1997, 22 :231–244.
 143. Rozee PD. Forbidden or forgiven? Rape in cross-cultural perspective. *Psychology of Women Quarterly*, 1993, 17 :499–514.
 144. Ariffin RE. *Shame, secrecy and silence: study of rape in Penang*. Penang (Malaisie), Women's Crisis Centre, 1997.
 145. Bennett L, Manderson L, Astbury J. *Mapping a global pandemic: review of current literature on rape, sexual assault and sexual harassment of women*. Melbourne (Australie), University of Melbourne, 2000.
 146. Sen P. *Ending the presumption of consent: non-consensual sex in marriage*. Londres (Royaume-Uni), Centre for Health and Gender Equity, 1999.
 147. Buckley T, Gottlieb A. *Blood magic: the anthropology of menstruation*. Berkeley, Californie (Etats-Unis d'Amérique), University of California, 1998.
 148. Sanday P. The socio-cultural context of rape: a cross-cultural study. *Journal of Social Issues*, 1981, 37 :5–27.

149. Gartner R. The victims of homicide : a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55 :92–106.
150. Briggs CM, Cutright P. Structural and cultural determinants of child homicide : a cross-national analysis. *Violence and Victims*, 1994, 9 :3–16.
151. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador : socialización y violencia juvenil. [El Salvador : socialisation et violence chez les jeunes.] In : Ramos CG. *América Central en los noventa : problemas de juventud. [Amérique centrale dans les années 1990 : les problèmes de la jeunesse]* San Salvador (El Salvador), Latin American Faculty of Social Sciences, 1998 :151–187.
152. Watts C, Zimmerman C. Violence against women : global scope and magnitude. *Lancet*, 2002, 359 :1232–1237.
153. Antrobus P. Reversing the impact of structural adjustment on women's health. In : Antrobus P et al. *We speak for ourselves : population and development*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Panos Institute, 1994 :6–8.
154. Mulugeta E, Kassaye M, Berhane Y. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. *Ethiopian Medical Journal*, 1998, 36 :167–174.
155. *Evaluación de proyecto para educación, capacitación y atención a mujeres y menores de edad en materia de violencia sexual, enero a diciembre 1990. [Evaluation d'un projet d'éducation, de formation et de soins destiné aux femmes et aux mineurs en matière de violence sexuelle, janvier-décembre 1990.]* Mexico (Mexique), Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres, 1990.
156. *Carpeta de información básica para la atención solidaria y feminista a mujeres violadas. [Dossier d'informations de base pour une attention solidaire et féministe aux femmes victimes de viol]* Mexico (Mexique), Centro do Apoyo a Mujeres Violadas, 1985.
157. Roosa MW et al. The relationship of childhood sexual abuse to teenage pregnancy. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59 :119–130.
158. Stock JL et al. Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Family Planning Perspectives*, 1997, 29 :200–227.
159. Jenny C et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *New England Journal of Medicine*, 1990, 322 :713–716.
160. Wingood G, DiClemente R, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19 :270–275.
161. Anteghini M et al. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 28 :295–302.
162. Mullen PE et al. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet*, 1988, i :841–845.
163. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France : results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21 :823–832.
164. Kimerling R, Calhoun KS. Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, 62 :333–340.
165. Foa EB et al. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing post-traumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67 :194–200.
166. Tarrier N et al. Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder : twelve-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175 :571–575.
167. Kilpatrick DG, Edmonds CN, Seymour AK. *Rape in America : a report to the nation*. Arlington, Virginie (Etats-Unis d'Amérique), National Victim Center, 1992.
168. Davidson JR et al. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53 :550–555.
169. Luster T, Small SA. Sexual abuse history and problems in adolescence : exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59 :131–142.
170. McCauley J et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse : unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277 :1362–1368.
171. Nagy S, Adcock AG, Nagy MC. A comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. *Pediatrics*, 1994, 93 :570–575.
172. Romans SE et al. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152 :1336–1342.
173. Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1998, 13 :3–9.
174. Statham DJ et al. Suicidal behaviour : an epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, 1998, 28 :839–855.

175. Heise L. Violence against women: the missing agenda. In: Koblinsky M, Timyan J, Gay J. *The health of women: a global perspective*. Boulder, Colorado (Etats-Unis d'Amérique), Westview Press, 1993.
176. Ahmad K. Public protests after rape in Pakistani hospital. *Lancet*, 1999, 354 :659.
177. Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioural program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63 :948–955.
178. Foa EB, Street GP. Women and traumatic events. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, 62 (Suppl. 17) :29–34.
179. Meyer CB, Taylor SE. Adjustment to rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, 50 :1226–1234.
180. Christofides N. *Evaluation of Soul City in partnership with the National Network on Violence Against Women (NNVAW): some initial findings*. Johannesburg (Afrique du Sud), Women's Health Project, University of the Witwatersrand, 2000.
181. Kelly L, Radford J. Sexual violence against women and girls: an approach to an international overview. In: Dobash E, Dobash R. *Rethinking violence against women*. Londres (Royaume-Uni), Sage, 1998.
182. Kaufman M. Building a movement of men working to end violence against women. *Development*, 2001, 44 :9–14.
183. Welbourn A. *Stepping Stones*. Oxford (Royaume-Uni), Strategies for Hope, 1995.
184. *Men as partners*. New York (Etats-Unis d'Amérique), AVSC International, 1998.
185. Gordon G, Welbourn A. *Stepping Stones and men*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Inter-Agency Gender Working Group, 2001.
186. Schwartz IL. Sexual violence against women: prevalence, consequences, societal factors and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 1991, 7 :363–373.
187. Du Mont J, Parnis D. Sexual assault and legal resolution: querying the medical collection of forensic evidence. *Medicine and Law*, 2000, 19 :779–792.
188. McGregor MJ et al. Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1999, 160 :1565–1569.
189. Chaudhry S et al. Retrospective study of alleged sexual assault at the Aga Khan Hospital, Nairobi. *East African Medical Journal*, 1995, 72 :200–202.
190. Harrison JM, Murphy SM. A care package for managing female sexual assault in genitourinary medicine. *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 1999, 10 :283–289.
191. Parnis D, Du Mont J. An exploratory study of post-sexual assault professional practices: examining the standardised application of rape kits. *Health Care for Women International* (sous presse).
192. Resnick H et al. Prevention of post-rape psychopathology: preliminary findings of a controlled acute rape treatment study. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13 :359–370.
193. Ramos-Jimenez P. *Philippine strategies to combat domestic violence against women*. Manille (Philippines), Social Development Research Center and De La Salle University, 1996.
194. *Violence against women and HIV/AIDS: setting the research agenda*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2001 (document non publié WHO/FCH/GWH/01.08).
195. Case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood: France, United Kingdom, and United States, January 1988 to August 1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1995, 44 :929–933.
196. Ippolito G et al. The risk of occupational HIV in health care workers. *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153 :1451–1458.
197. Wiebe ER et al. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2000, 162 :641–645.
198. Du Mont J, Macdonald S, Badgley R. *An overview of the sexual assault care and treatment centres of Ontario*. Toronto, Ontario (Canada), The Ontario Network of Sexual Assault Care and Treatment Centres, 1997.
199. Njovana E, Watts C. Gender violence in Zimbabwe: a need for collaborative action. *Reproductive Health Matters*, 1996, 7 :46–54.
200. *Safe and secure: eliminating violence against women and girls in Muslim societies*. Montréal, Québec (Canada), Institut pour la solidarité internationale des femmes, 1998.
201. Mehrotra A et al. *Une vie sans violence: c'est notre droit*. New York (Etats-Unis d'Amérique). Fonds de développement des Nations Unies pour les femmes, 2000.
202. Flood M. Men's collective anti-violence activism and the struggle for gender justice. *Development*, 2001, 44 :42–47.

203. Du Mont J, Myhr TL. So few convictions : the role of client-related characteristics in the legal processing of sexual assaults. *Violence Against Women*, 2000, 6 : 1109–1136.
204. *Nouvelles mesures et initiatives pour la mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing*. Les Femmes, la Paix et le Développement, Nations Unies, 2000 (Document final, Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies, Femmes 2000 : Beijing plus cinq). New York (Etats-Unis d'Amérique).
205. *Reproductive rights 2000 : moving forward*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Center for Reproductive Law and Policy, 2000.
206. Bedont B, Martinez KH. Ending impunity for gender crimes under the International Criminal Court. *The Brown Journal of World Affairs*, 1999, 6 : 65–85.
207. Coomaraswamy R. *Intégration des droits fondamentaux des femmes et de l'approche sexospécifique. Violence contre les femmes*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Conseil économique et social des Nations Unies, Commission des droits de l'homme, 2000 (Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes).
208. Khafagi F. Breaking cultural and social taboos : the fight against female genital mutilation in Egypt. *Development*, 2001, 44 : 74–78.
209. *Reproductive health effects of gender-based violence*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Fonds des Nations Unies pour la population, 1998 (diffusé sur Internet à <http://www.unfpa.org/about/report/report98/ppgenderbased.htm>) (Rapport annuel 1998 : programme priorities).
210. *Sierra Leone : rape and other forms of sexual violence against girls and women*. Londres (Royaume-Uni), Amnesty International, 2000.
211. *Sexual violence against refugees : guidelines on prevention and response*. Genève (Suisse), Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 1995.
212. *Sexual and gender-based violence programme in Guinea*. Genève (Suisse), Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2001.

CHAPITRE 7

La violence dirigée contre soi-même

Contexte

En l'an 2000, quelque 815 000 personnes se sont suicidées dans le monde. Cela représente un taux de mortalité mondial annuel d'environ 14,5 pour 100 000 habitants – ou un décès toutes les 40 secondes environ. Le suicide est la treizième cause de décès dans le monde (voir annexe statistique). Dans le groupe des 15 à 44 ans, les blessures auto-infligées sont la quatrième cause de décès et la sixième cause de mauvaise santé et d'invalidité (1).

Les décès imputables à des suicides ne sont qu'une partie d'un très grave problème. En plus des personnes qui meurent, beaucoup de gens survivent à des tentatives de suicide et à des blessures auto-infligées souvent assez graves pour que des soins médicaux soient nécessaires (2). En outre, chaque personne qui se tue laisse beaucoup d'autres personnes derrière elle – famille et amis – dont la vie est profondément affectée sur le plan émotionnel, social et économique. Le coût économique des suicides et des blessures auto-infligées est estimé à plusieurs milliards de dollars américains par an (3).

Définition du suicide

Les comportements suicidaires vont de la simple pensée de mettre fin à ses jours à la préparation d'un plan pour se suicider et à l'obtention des moyens nécessaires pour le mettre à exécution, à la tentative de suicide elle-même, pour finir par le passage à l'acte (« suicide abouti »).

Le terme « suicide » lui-même évoque une référence directe à la violence et à l'agressivité. Apparemment, sir Thomas Browne a été le premier à parler de « suicide » dans son *Religio medici* (1642). Médecin et philosophe, il a créé le mot à partir du latin *sui* (de soi) et *caedere* (tuer). Le nouveau terme reflétait la volonté d'établir une distinction entre le fait de se tuer et de tuer quelqu'un d'autre (4).

L'Encyclopedia Britannica, que cite Shneidman, donne cette définition du suicide dans son édition de 1973 : « Action par laquelle l'être humain se donne lui-même la mort » (5). Dans toute définition du suicide, l'intention de mourir est certainement un élément clé. Cependant, il est souvent très

difficile de reconstruire les pensées des gens qui se suicident, à moins qu'ils ne parlent clairement de leurs intentions avant leur mort ou qu'ils laissent une lettre explicite. Tous ceux qui survivent à un acte suicidaire n'ont pas envie de vivre, pas plus que toutes les morts par suicide ne sont intentionnelles. Il est donc malaisé d'établir une corrélation entre l'intention et le résultat. Dans beaucoup de systèmes juridiques, le décès est certifié résulter d'un suicide si les circonstances sont compatibles avec un tel acte et si le meurtre, la mort accidentelle et les causes naturelles peuvent tous être écartés.

On est loin de s'entendre sur ce qui constitue la terminologie la plus appropriée pour décrire un comportement suicidaire. Dernièrement, l'expression reposant sur l'issue, « comportement suicidaire fatal », a été proposée pour qualifier les actes suicidaires entraînant la mort, tout comme « comportement suicidaire non fatal » l'a été pour les actes suicidaires n'entraînant pas la mort (6). On parle souvent, pour ces derniers, de « tentatives de suicide » (expression courante aux États-Unis), de « parasuicide » et d'« acte autodestructeur délibéré » (terminologie courante en Europe).

L'expression « idéation suicidaire », qui est souvent employée dans les documents techniques, renvoie à l'idée de mettre fin à ses jours, qui est plus ou moins intense et élaborée. Elle renvoie également à un sentiment de lassitude de vivre, à la conviction que la vie ne vaut pas d'être vécue et à un désir de ne pas se réveiller du sommeil (7, 8). Bien que ces différents sentiments – ou idéations – correspondent à différents degrés de gravité, il n'existe pas nécessairement de continuum entre eux. En outre, l'intention de mourir n'est pas un critère obligatoire du comportement suicidaire non fatal.

L'automutilation est une autre forme courante de violence dirigée contre soi. Il s'agit de la destruction ou de l'altération directe et délibérée de parties du corps sans intention suicidaire consciente. Favazza (9) propose trois grandes catégories :

- Automutilation majeure – y compris la cécité auto-infligée et l'amputation des doigts, des mains, des bras, des membres, des pieds ou des organes génitaux.

- Automutilation stéréotypée – comme de se cogner la tête, de se mordre, de se frapper le bras, de se sortir les yeux des orbites, de s'enfoncer les doigts dans la gorge ou de s'arracher les cheveux.
- Automutilation superficielle à modérée – comme de se couper, de se griffer ou de se brûler, de s'enfoncer des aiguilles dans la peau ou de s'arracher les cheveux de manière compulsive.

L'automutilation, qui repose sur des facteurs très différents de ceux qui sous-tendent le comportement suicidaire, ne sera pas analysée plus avant dans le présent rapport. Voir Favazza pour un examen approfondi du sujet (9).

Ampleur du problème Comportement suicidaire fatal

Les taux de suicide varient considérablement d'un pays à l'autre (voir tableau 7.1). Parmi les pays qui communiquent des données sur le suicide à l'Organisation mondiale de la Santé, les taux les plus élevés sont ceux des pays d'Europe de l'Est (par exemple, Bélarus : 41,5 pour 100 000 ; Estonie : 37,9 pour 100 000 ; Lituanie : 51,6 pour 100 000 et Fédération de Russie : 43,1 pour 100 000). Les données fournies par le Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est font également état de taux de suicides élevés au Sri Lanka (37 pour 100 000). C'est principalement en Amérique latine que l'on relève des taux faibles (notamment en Colombie : 4,5 pour 100 000, et

TABLEAU 7.1

Taux de suicides ajustés selon l'âge, par pays, année disponible la plus récente^a

Pays ou région	Année	Nombre total de décès	Taux de suicides pour 100 000 habitants			
			Total	Hommes	Femmes	Ratio hommes-femmes
Albanie	1998	165	7,1	9,5	4,8	2,0
Argentine	1996	2 245	8,7	14,2	3,9	3,6
Arménie	1999	67	2,3	3,6	— ^b	— ^b
Australie	1998	2 633	17,9	28,9	7,0	4,1
Autriche	1999	1 555	20,9	32,7	10,2	3,2
Azerbaïdjan	1999	54	1,1	1,7	— ^b	— ^b
Bélarus	1999	3 408	41,5	76,5	11,3	6,7
Belgique	1995	2 155	24,0	36,3	12,7	2,9
Bosnie-Herzégovine	1991	531	14,8	25,3	4,2	6,1
Brésil	1995	6 584	6,3	10,3	2,5	4,1
Bulgarie	1999	1 307	16,4	26,2	7,7	3,4
Canada	1997	3 681	15,0	24,1	6,1	3,9
Chili	1994	801	8,1	15,0	1,9	8,1
Chine	1996	788	14,9	19,5	10,4	1,9
RAS de Hong Kong						
Sélection de régions urbaines et rurales	1999	16 836	18,3	18,0	18,8	1,0
Colombie	1995	1 172	4,5	7,4	1,8	4,1
Costa Rica	1995	211	8,8	14,4	3,0	4,7
Croatie	1999	989	24,8	40,6	11,6	3,5
Cuba	1997	2 029	23,0	32,1	14,2	2,3
République tchèque	1999	1 610	17,5	30,1	6,3	4,8
Danemark	1996	892	18,4	27,2	10,1	2,7
Equateur	1996	593	7,2	10,4	4,1	2,5
El Salvador	1993	429	11,2	16,3	6,8	2,4
Estonie	1999	469	37,9	68,5	12,0	5,7
Finlande	1998	1 228	28,4	45,8	11,7	3,9
France	1998	10 534	20,0	31,3	9,9	3,2
Géorgie	1992	204	5,3	8,7	2,5	3,4
Allemagne	1999	11 160	14,3	22,5	6,9	3,3
Grèce	1998	403	4,2	6,7	1,8	3,7
Hongrie	1999	3 328	36,1	61,5	14,4	4,3
Irlande	1997	466	16,8	27,4	6,3	4,3
Israël	1997	379	8,7	14,6	3,3	4,4
Italie	1997	4 694	8,4	13,4	3,8	3,5
Japon	1997	23 502	19,5	28,0	11,5	2,4
Kazakhstan	1999	4 004	37,4	67,3	11,6	5,8
Koweït	1999	47	2,0	2,2	— ^b	— ^b
Kirghizistan	1999	559	18,7	31,9	6,3	5,1
Lettonie	1999	764	36,5	63,7	13,6	4,7
Lituanie	1999	1 552	51,6	93,0	15,0	6,2
Maurice	1999	174	19,2	26,5	12,1	2,2
Mexique	1997	3 369	5,1	9,1	1,4	6,3
Pays-Bas	1999	1 517	11,0	15,2	7,1	2,1
Nouvelle-Zélande	1998	574	19,8	31,2	8,9	3,5
Nicaragua	1996	230	7,6	11,2	4,3	2,6
Norvège	1997	533	14,6	21,6	8,0	2,7
Panama (zone du canal exclue)	1997	145	7,8	13,2	2,3	5,7
Paraguay	1994	109	4,2	6,5	1,8	3,6
Philippines	1993	851	2,1	2,5	1,6	1,6

TABLEAU 7.1 (suite)

Pays ou région	Année	Nombre total de décès	Taux de suicides pour 100 000 habitants			
			Total	Hommes	Femmes	Ratio hommes- femmes
Pologne	1995	5 499	17,9	31,0	5,6	5,5
Portugal	1999	545	5,4	9,0	2,4	3,8
République de Corée	1997	6 024	17,1	25,3	10,1	2,5
République de Moldavie	1999	579	20,7	37,7	6,3	6,0
Roumanie	1999	2 736	14,3	24,6	4,8	5,1
Fédération de Russie	1998	51 770	43,1	77,8	12,6	6,2
Singapour	1998	371	15,7	18,8	12,7	1,5
Slovaquie	1999	692	15,4	27,9	4,3	6,5
Slovénie	1999	590	33,0	53,9	14,4	3,7
Espagne	1998	3 261	8,7	14,2	3,8	3,8
Suède	1996	1 253	15,9	22,9	9,2	2,5
Suisse	1996	1 431	22,5	33,7	12,3	2,7
Tadjikistan	1995	199	7,1	10,9	3,4	3,2
Thaïlande	1994	2 333	5,6	8,0	3,3	2,4
Ex-République yougoslave de Macédoine	1997	155	10,0	15,2	5,2	2,9
Trinité-et-Tobago	1994	148	16,9	26,1	6,8	3,8
Turkménistan	1998	406	13,7	22,2	5,4	4,1
Ukraine	1999	14 452	33,8	61,8	10,1	6,1
Royaume-Uni	1999	4 448	9,2	14,6	3,9	3,8
Angleterre et Pays de Galles	1999	3 690	8,5	13,4	3,6	3,7
Irlande du Nord	1999	121	9,9	17,0	— ^b	— ^b
Ecosse	1999	637	15,7	25,3	6,3	4,0
Etats-Unis d'Amérique	1998	30 575	13,9	23,2	5,3	4,4
Porto Rico	1998	321	10,8	20,9	2,0	10,4
Uruguay	1990	318	12,8	22,0	4,8	4,6
Ouzbékistan	1998	1 620	10,6	17,2	4,4	3,9
Venezuela	1994	1 089	8,1	13,7	2,7	5,0

RAS : Région administrative spéciale.

^a Année disponible la plus récente entre 1990 et 2000 pour les pays comptant ≥ 1 million d'habitants.^b Moins de 20 décès déclarés; taux et ratio des taux non calculés.

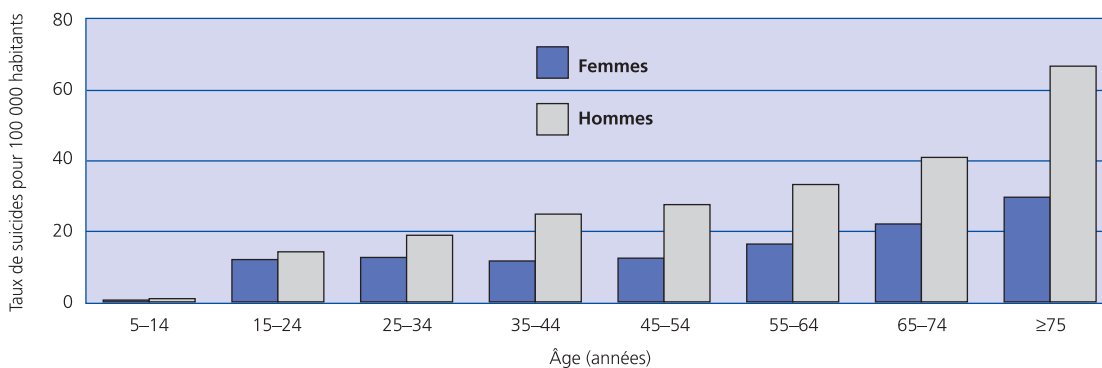
au Paraguay : 4,2 pour 100 000) ainsi que dans certains pays d'Asie (par exemple, Philippines : 2,1 pour 100 000 et Thaïlande : 5,6 pour 100 000). Ailleurs en Europe, en Amérique du Nord et dans certains régions d'Asie et du Pacifique, les taux se situent généralement entre ces extrêmes. Voici quelques exemples : Australie : 17,9 pour 100 000 ; Belgique : 24,0 pour 100 000 ; Canada : 15,0 pour 100 000 ; Finlande : 28,4 pour 100 000 ; France : 20,0 pour 100 000 ; Allemagne : 14,3 pour 100 000 ; Japon : 19,5 pour 100 000 ; Suisse : 22,5 pour 100 000 et Etats-Unis : 13,9 pour 100 000. Malheureusement, on dispose de peu de données sur le suicide dans les pays africains (11).

Deux pays, la Finlande et la Suède, ont des données sur les taux de suicides à partir du XVIII^{ème} siècle, et tous deux affichent une tendance à l'augmentation de ces taux dans le temps (12). Au XX^{ème} siècle, les taux de suicides ont sensiblement augmenté en Finlande, en Irlande, aux Pays-Bas, en Norvège, en Ecosse, en Espagne et en Suède, alors qu'ils ont nettement baissé en Angleterre et au Pays de Galles (données combinées), en Italie, en Nouvelle-Zélande et en Suisse. En revanche, il n'y a pas eu grand changement en Australie (12). Sur trente ans, entre 1960 et 1990, au moins 28 pays et territoires ont enregistré une hausse de leurs taux de suicides, y compris la Bulgarie, la Chine (province de Taïwan), le Costa Rica, Maurice et Singapour, tandis que huit autres enregistraient des baisses, dont l'Australie et l'Angleterre et le Pays de Galles (données combinées) (12).

Les taux de suicides ne sont pas répartis de manière égale dans la population. L'âge est un marqueur démographique important du risque de suicide. Globalement, les taux de suicides ont tendance à augmenter avec l'âge, encore que, dans certains pays comme le Canada, on relève depuis peu un pic secondaire chez les jeunes de 15 à 24 ans. La figure 7.1 montre les taux enregistrés dans différents pays, par âge et par sexe, en 1995. Ces taux varient de 0,9 pour 100 000 dans le groupe des 5 à 14 ans à 66,9 pour 100 000 dans celui des personnes âgées de 75 ans et plus. En général, les taux de suicides dans ce dernier groupe sont pratiquement trois fois supérieurs à ceux observés chez les jeunes de moins de 15 à 24 ans. Cette tendance vaut pour les deux sexes, mais elle est plus marquée chez les hommes. En ce qui

FIGURE 7.1

Taux de suicides mondiaux, par âge et par sexe, 1995



concerne les femmes, les taux de suicides présentent des schémas divergents. Dans certains cas, les taux de suicides féminins augmentent régulièrement avec l'âge, dans d'autres, ils atteignent leur maximum à la quarantaine et, dans d'autres encore, notamment dans les pays en développement et dans les groupes minoritaires, c'est parmi les jeunes adultes qu'ils sont les plus élevés (13).

Bien que les taux de suicides soient généralement plus élevés chez les personnes âgées, le nombre absolu de cas enregistrés est en fait supérieur chez les moins de 45 ans, étant donné les répartitions géographiques (voir tableau 7.2). Cela marque un net changement par rapport à il y a tout juste cinquante ans, où le nombre absolu de cas de suicides augmentait plus ou moins avec l'âge. Le vieillissement général de la population mondiale, qui est, en fait, à l'inverse de cette tendance, n'explique pas celle-ci. A l'heure actuelle, les taux de suicides sont déjà plus élevés chez les moins de 45 ans dans un tiers des pays environ, et tous les continents semblent touchés par ce phénomène sans corrélation avec le niveau d'industrialisation ou la richesse. Voici des exemples de pays et de régions où les taux de suicides actuels (ainsi que le nombre absolu de cas) sont plus élevés chez les moins de 45 ans : Australie, Bahreïn, Canada, Colombie, Equateur, Guyana, Koweït, Maurice, Nouvelle-Zélande, Sri Lanka et Royaume-Uni. Les taux de

suicides chez les jeunes sont particulièrement élevés dans plusieurs îles du Pacifique, comme les Fidji (dans la population d'origine indienne) et le Samoa, tant chez les hommes que chez les femmes (14).

Le sexe, la culture, la race et l'origine ethnique sont également des facteurs importants dans l'épidémiologie du suicide. Les taux de suicides sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes. La proportion du taux de suicides chez les hommes par rapport au taux de suicides chez les femmes varie de 1,0/1 à 10,4/1 (voir figure 7.2). Le contexte culturel semble influencer sur ce ratio dans une certaine mesure. Il est assez faible dans certaines régions d'Asie (1,0/1 en Chine, 1,6/1 dans les Philippines, et 1,5/1 à Singapour), élevé dans plusieurs pays de l'ancienne Union soviétique (6,7/1 au Bélarus, 6,2/1 en Lituanie), et très élevé au Chili (8,1/1) et à Porto Rico, aux Etats-Unis (10,4/1). En moyenne, il semble qu'il y ait trois fois plus de suicides masculins que féminins, et que cette proportion soit plus ou moins la même dans différents groupes d'âge, à l'exception de celui de personnes très âgées, où les hommes sont généra-

TABLEAU 7.2

Pourcentage de suicides, par âge et par sexe^a

	Age (ans)								Total
	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	
Masculins	0,7	12,7	18,3	20,5	17,0	13,9	9,6	7,3	100
Féminins	0,9	13,3	15,0	15,4	14,7	13,9	13,7	13,1	100
Total	0,8	12,8	17,5	19,2	16,4	13,9	10,7	8,7	100

^a D'après les données fournies par les pays qui adressent des rapports à l'Organisation mondiale de la Santé; année disponible la plus récente entre 1990 et 2000.

lement encore plus nombreux à mettre fin à leurs jours. D'une façon générale, la différence entre les sexes en matière de suicide est moindre dans les pays asiatiques (15). Les différences souvent importantes entre les taux d'un pays à l'autre et selon le sexe montrent combien il est nécessaire que chaque pays surveille ses tendances épidémiologiques afin de savoir dans quels groupes de population le risque de suicide est le plus élevé.

A l'échelle nationale, la prévalence du suicide parmi les Blancs est approximativement deux fois supérieure à celle observée dans les autres races, encore que le taux de suicides augmente depuis quelque temps aux Etats-Unis chez les Afro-Américains (2). Ce schéma de prévalence supérieure chez les Blancs vaut également pour l'Afrique du Sud et le Zimbabwe (16). Les anciennes républiques soviétiques d'Arménie, d'Azerbaïdjan et de Géorgie sont l'exception au taux généralement élevé parmi les Blancs (17).

L'appartenance au même groupe ethnique semble être associée à des taux de suicide similaires, comme dans l'exemple intéressant de l'Estonie, de la Finlande et de la Hongrie, où les taux sont très élevés, même si la Hongrie est assez éloignée géographiquement des deux autres pays. Inversement, différents groupes ethniques – même s'ils vivent au même endroit – auront peut-être des taux de suicides très dissemblables. A Singapour, par exemple, le taux de suicides est nettement plus élevé dans la population d'origine chinoise et indienne que dans la population d'origine malaise (18).

Les taux de suicide sont souvent plus élevés dans les groupes autochtones, comme c'est le cas dans certains groupes en Australie (19), à Taïwan, en Chine (20), et en Amérique du Nord (21) (voir encadré 7.1).

Utilisation prudente des données sur le suicide

La façon dont on enregistre tous les types de décès varie beaucoup d'un pays à l'autre, ce qui rend très difficiles des comparaisons entre les taux de suicides nationaux. Même dans les pays qui se sont dotés de critères standard, comme l'Australie, l'application de ces critères est très inégale (24). Il arrive que de simples faits faussent les estimations de taux de

suicides, comme le fait que le gouvernement impose des dates limites pour la publication des statistiques officielles ou que les examens des médecins légistes entraînent des retards. Dans la RAS de Hong Kong, en Chine, par exemple, on pense que les suicides sont sous-estimés de 5 % à 18 % uniquement pour des raisons de ce genre (25).

Dans un pays donné, les taux de suicides déclarés peuvent également varier selon la source des données. Ainsi, en Chine, les estimations varient de 18,3 pour 100 000 (données communiquées à l'Organisation mondiale de la Santé), à 22 pour 100 000 (données du Ministère de la Santé), et jusqu'à 30 pour 100 000 (statistiques de l'Académie chinoise de médecine préventive) (26).

Les données de mortalité relatives au suicide sous-estiment généralement la véritable prévalence du suicide dans une population. Ces données sont le produit final d'une chaîne d'informateurs, qui comprend les personnes qui trouvent le corps (souvent des membres de la famille), les médecins, la police, les médecins légistes et les statisticiens. Il arrive, pour diverses raisons, qu'une de ces personnes hésite à parler de suicide, notamment dans les endroits où la religion et la culture condamnent ce geste. Cependant, Cooper & Milroy (27) constatent que, dans certaines régions anglaises, les documents officiels sous-estiment de 40 % le nombre des suicides. Parfois, un suicide est caché pour éviter que l'on stigmatise la personne qui s'est ôtée la vie ou sa famille, pour des raisons de convenances sociales, pour raison politique, pour toucher des assurances, ou parce que la personne qui s'est suicidée, a délibérément maquillé son geste en accident – par exemple, en accident de la route. Il arrive également que le suicide soit classé à tort sous « causes de décès indéterminées » ou « causes de décès naturelles », par exemple, lorsqu'une personne, en particulier âgée, oublie de prendre des médicaments essentiels au maintien de la vie.

Parfois, le suicide passe inaperçu, si le toxicomane fait une surdose, si une personne se laisse délibérément mourir de faim (ce que l'on appelle « érosion suicidaire » (28)), ou si elle meurt quelque temps après une tentative de suicide. Dans ces cas, comme dans les cas d'euthanasie ou de

ENCADRE 7.1**Le suicide chez les peuples autochtones : le cas de l’Australie et du Canada**

Au cours des vingt à trente dernières années, les taux de suicides ont considérablement augmenté chez les peuples autochtones d’Australie et du Canada. En Australie, on estimait que le suicide était très inhabituel chez les aborigènes et dans les populations insulaires du détroit de Torres. Un peu plus du quart de ces personnes vivent dans l’Etat du Queensland, où le taux de suicides global pour la période allant de 1990 à 1995 était de 14,5 pour 100 000, alors qu’il atteignait 23,6 pour 100 000 chez les aborigènes et dans les populations insulaires du détroit de Torres.

Chez les peuples autochtones australiens, le suicide est très concentré chez les jeunes hommes. Dans le Queensland, 84 % des suicides dans ce groupe de population sont des suicides d’hommes âgés de 15 à 34 ans, ce qui donne un taux de 112,5 pour 100 000 (22). La pendaison est de loin la méthode de suicide la plus courante chez les jeunes autochtones de sexe masculin.

Diverses études font état de taux de suicides allant de 59,5 à 74,3 pour 100 000 chez les Inuits de l’Arctique canadien, comparé à 15,0 pour 100 000 environ dans l’ensemble de la population. C’est chez les jeunes Inuits que le risque de suicide est le plus élevé et que le taux de suicide augmente. Ainsi, des taux de 195 pour 100 000 ont été enregistrés chez les jeunes de 15 à 25 ans (23).

Diverses explications ont été avancées en ce qui concerne les taux de suicides et de comportements suicidaires élevés chez les peuples autochtones. Parmi les causes sous-jacentes proposées figurent l’énorme bouleversement culturel et social provoqué par les politiques colonialistes et les difficultés d’adaptation et d’intégration dans les sociétés modernes que rencontrent depuis lors ces populations.

En Australie, les groupes autochtones ont fait l’objet, jusqu’à la fin des années 1960, de lois raciales strictes et d’une forte discrimination. Quand ces lois, y compris celles limitant les ventes d’alcool, ont été abrogées en peu de temps dans les années 1970, les changements sociaux rapides qu’ont connu les peuples autochtones auparavant opprimés ont déstabilisé la vie communautaire et familiale. Cette instabilité perdue depuis lors, avec des taux de criminalité, de délinquance et d’emprisonnement, de violence et d’accidents, d’alcoolisme et de toxicomanie élevés, et un taux d’homicides dix fois supérieur à celui de l’ensemble de la population.

Au début du XIX^{ème} siècle, l’arrivée des premiers étrangers – des chasseurs de baleines et des marchands de fourrures – a aussi marqué le début d’épidémies qui ont décimé l’Arctique canadien, y réduisant la population des deux tiers en moins de cent ans. Dans les années 1930, le commerce des fourrures s’étant effondré, le Canada instaura l’Etat providence dans l’Arctique. Dans les années 1940 et 1950, des missionnaires se rendirent dans cette région pour essayer d’assimiler les Inuits. A partir de 1959, une prospection pétrolière fébrile ajoutait encore à la désintégration sociale.

La recherche sur le suicide chez les Inuits du Canada a permis de cerner plusieurs facteurs qui sont probablement des causes indirectes de suicide, dont :

- la pauvreté;
- la séparation dans l’enfance et la perte de l’enfance;
- l’accès à des armes à feu;
- l’alcoolisme et l’alcoolodépendance;
- des problèmes de santé personnels et familiaux;
- des violences physiques et sexuelles passées.

Des efforts sont déployés tant en Australie qu’au Canada pour remédier au comportement suicidaire chez les peuples autochtones. En Australie, la stratégie nationale destinée à prévenir les suicides chez les jeunes comprend plusieurs programmes pour les jeunes autochtones. Ces

ENCADRE 7.1 (suite)

programmes, qui visent à répondre aux besoins particuliers de ces jeunes, sont offerts en partenariat avec des organisations qui représentent les intérêts des peuples autochtones, comme le Conseil de coordination aborigène.

Parmi les mesures constructives prises pour prévenir le suicide dans l'Arctique canadien figurent de meilleures interventions en période de crise, un développement communautaire renouvelé et général, et des progrès vers une autonomie administrative dans les régions autochtones. Le nouveau territoire immense du Nunavut, créé le 1^{er} avril 1999, donne au peuple inuit une autodétermination locale et lui rend une partie de ses droits et de son patrimoine.

suicide assisté, la cause clinique du décès est habituellement celle que l'on retiendra officiellement. La sous-déclaration est également liée à l'âge, le phénomène étant généralement bien plus fréquent chez les personnes âgées. Malgré toutes ces mises en garde, d'aucuns affirment que le classement relatif des taux de suicides nationaux est assez exact.

Comportement et idéation suicidaires non fatals

Assez peu de pays ont des données fiables sur le comportement suicidaire non fatal, la principale raison étant qu'il est difficile de recueillir ce genre d'information. Seule une minorité des personnes qui essaient de mettre fin à leurs jours vont se faire soigner dans des établissements de santé. De plus, dans bien des pays en développement, quiconque essaie de se suicider s'expose à des sanctions pénales et les hôpitaux n'enregistrent donc pas les cas. En outre, dans beaucoup d'endroits, il n'est pas obligatoire de signaler les blessures, ce qui fait que l'information n'est recueillie à aucun moment. D'autres facteurs influent sur les déclarations, comme l'âge, la méthode utilisée dans la tentative de suicide, la culture et l'accessibilité des soins de santé. En bref, on ne connaît pas vraiment l'ampleur des tentatives de suicide dans la plupart des pays.

Certains faits donnent à penser qu'en moyenne, environ 25 % seulement des personnes qui passent à l'acte contactent un hôpital public – sans doute un des meilleurs lieux pour la collecte de données (29, 30) – et ces cas ne sont pas nécessairement les plus sérieux. Les cas signalés ne représentent donc que la pointe de l'iceberg, et l'immense majorité des personnes

suicidaires passent encore inaperçues (31). Plusieurs institutions, y compris des centres nationaux pour la prévention des traumatismes, les services de statistique et, dans plusieurs pays, les ministères de la justice, tiennent des registres des événements non mortels signalés aux services de santé. Ces registres recèlent des données utiles pour la recherche et la prévention, car ceux qui attentent à leurs jours risquent fort de manifester un comportement suicidaire par la suite, fatal ou pas. Les responsables de la santé publique s'appuient également sur des examens des dossiers hospitaliers, sur des enquêtes démographiques et des études spéciales, sources qui contiennent souvent des données manquantes dans les systèmes de données sur la mortalité.

Les données dont on dispose montrent une plus grande prévalence de comportements suicidaires non fatals chez les jeunes que chez des personnes plus âgées et ce, tant proportionnellement à la taille de leur population qu'en chiffres absolus. Le ratio du comportement suicidaire fatal à non fatal chez les plus de 65 ans est généralement évalué à un sur deux ou trois, tandis que chez les jeunes de moins de 25 ans, il atteint parfois 1/100–200 (32, 33). Bien que le comportement suicidaire soit moins fréquent chez les personnes âgées, la probabilité d'une issue fatale est bien plus grande (28, 34). En moyenne, les tentatives de suicide commises dans la vieillesse sont plus graves, tant médicalement que psychologiquement, et « l'échec » d'une tentative de suicide est souvent le fruit du hasard. De plus, les taux de comportements suicidaires non fatals sont généralement deux à trois fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Cependant, la Finlande est une exception remarquable à cette règle (35).

Il ressort d'une étude transnationale continue sur le comportement suicidaire non fatal menée dans treize pays qu'entre 1989 et 1992, c'est à Helsinki, en Finlande, que le taux de tentative de suicide masculine moyen standardisé pour l'âge était le plus élevé (314 pour 100 000), et dans la province de Guipúzcoa, en Espagne, qu'il était le plus faible (45 pour 100 000) et, en fait, sept fois inférieur (35). Par ailleurs, c'est à Cergy-Pontoise, en France, que le taux de tentatives de suicide féminines moyen standardisé pour l'âge (462 pour 100 000) est le plus élevé et, là encore, dans la province de Guipúzcoa qu'il est le plus faible (69 pour 100 000). A une exception près, celle d'Helsinki, les taux de tentatives de suicide étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Dans la majorité des centres, c'est dans les groupes d'âge plus jeunes que l'on relevait les taux les plus élevés, alors que, parmi les personnes âgées de 55 ans et plus, ils étaient généralement les plus faibles. L'empoisonnement était la méthode la plus utilisée, suivie par les taillades. Plus de la moitié des personnes qui essayaient de se suicider le faisaient plusieurs fois, la deuxième tentative intervenant dans l'année suivant la première dans près de 20 % des cas.

L'étude d'un échantillon longitudinal représentatif norvégien de près de 10 000 adolescents âgés de 12 à 20 ans conclut que 8 % ont essayé de se suicider une fois et 2,7 %, au cours des deux années précédant la période visée par l'étude. Les analyses des données par régression logistique montrent que la probabilité de tentative de suicide est plus grande si la personne a déjà attenté à ses jours, si elle est de sexe féminin, qu'elle est autour de l'âge de la puberté, qu'elle a des idéations suicidaires, qu'elle a consommé de l'alcool, qu'elle ne vit pas avec ses deux parents ou qu'elle se dévalorise (36).

L'idéation suicidaire est plus courante que les tentatives de suicide et les suicides aboutis (8). Cependant, on en connaît mal l'ampleur. Il ressort d'un examen d'études portant sur des populations adolescentes (et, plus particulièrement, des élèves du secondaire) publiées après 1985 que de 3,5 % à 52,1 % des adolescents déclarent avoir des pensées suicidaires (31). Ces différences de pourcentages tiennent sans doute au fait que l'on a utilisé différentes définitions de l'idéation suicidaire et

que les études portaient sur des laps de temps différents. Il semble que les femmes, y compris pendant la vieillesse, aient plus tendance à avoir des pensées suicidaires que les hommes (37). Dans l'ensemble, on estime que la prévalence de l'idéation suicidaire chez les adultes âgés des deux sexes se situe entre 2,3 % (pour ceux qui ont eu des pensées suicidaires dans les deux dernières semaines) et 17 % (pour ceux qui ont parfois des pensées suicidaires) (38). Cependant, comparé à d'autres formes de comportement suicidaire, comme les tentatives de suicide, l'idéation suicidaire n'est sans doute pas un bon indicateur pour savoir quels adolescents ou quels adultes ont le plus besoin de services préventifs.

Quels sont les facteurs de risque?

Il y a de nombreuses causes sous-jacentes au comportement suicidaire. Les facteurs qui exposent une personne au risque de suicide sont complexes et étroitement liés les uns aux autres. Il est essentiel, pour prévenir les suicides, de cerner ces facteurs et de comprendre leur rôle dans le comportement suicidaire fatal et non fatal. Les épidémiologistes et les spécialistes du suicide décrivent un certain nombre de caractéristiques particulières qui sont étroitement liées à un risque accru de comportement suicidaire. En dehors des facteurs démographiques, tels que l'âge, le sexe, tous deux susmentionnés, il s'agit notamment de facteurs psychiatriques, biologiques, sociaux et environnementaux, ainsi que de facteurs liés à la vie de la personne.

Facteurs psychiatriques

L'essentiel de ce que l'on sait sur le risque de suicide vient d'études où des chercheurs ont interrogé un parent survivant, un autre membre de la famille ou un ami afin de savoir quels événements et quels symptômes psychiatriques particuliers se sont manifestés dans la vie d'une personne qui s'est suicidée dans les semaines ou les mois précédant son décès. On parle, pour ce type de travail, d'«autopsie psychologique». Cette approche a permis de démontrer que bon nombre d'adultes qui mettent fin à leurs jours présentent dans les mois, voire les années, qui précèdent leur décès, des

signes ou des symptômes de troubles psychiatriques (39, 40).

Voici quelques-uns des principaux facteurs psychiatriques et psychologiques associés au suicide (41, 48) :

- dépression majeure ;
- autres troubles de l'humeur [affectifs], comme le trouble bipolaire (caractérisé par des périodes de dépression alternant avec des périodes d'humeur euphorique, ou de manie, et où les changements d'état peuvent durer des jours, voire des mois) ;
- schizophrénie ;
- anxiété et troubles du comportement et de la personnalité ;

- impulsivité ;
- sentiment d'impuissance.

La dépression joue un rôle majeur dans le suicide et on pense qu'elle intervient dans environ 65 % à 90 % des suicides avec pathologies psychiatriques (42). Chez les patients déprimés, le risque semble plus élevé lorsqu'ils ne suivent pas leur traitement, qu'ils s'estiment inguérissables ou que les spécialistes considèrent qu'il n'existe aucun traitement pour eux (43) (voir encadré 7.2). Le risque de suicide sur la durée de vie des personnes souffrant de dépression majeure ou bipolaire est estimé à 12 % à 15 % environ (44, 45), encore qu'un réexamen récent ait amené à revoir ce risque nettement à la baisse (46).

ENCADRE 7.2

Dépression et suicide

La dépression est le trouble mental le plus souvent associé au suicide. L'angoisse, moteur puissant du suicide, est étroitement liée à la dépression, et les deux troubles sont parfois indissociables. Les études montrent que 80 % des personnes qui mettent fin à leurs jours présentent plusieurs symptômes de la dépression.

On peut souffrir de dépression à tout âge. Cependant, il est souvent difficile de déceler une dépression chez les hommes qui, de toute façon, sollicitent plus rarement l'aide de la médecine que les femmes. La dépression masculine est parfois précédée par divers types de violence, tant à l'intérieur de la famille qu'en dehors. Son traitement est très important car, dans de nombreuses cultures, le suicide est dans une large mesure un phénomène masculin.

Parmi les enfants et les adolescents, la nature de la dépression diffère généralement de celle rencontrée chez les adultes. Les jeunes qui sont déprimés le manifestent plus, par exemple en faisant l'école buissonnière, en ayant de moins bonnes notes, en se comportant mal, en devenant violents, en buvant ou en se droguant, et ils ont tendance à dormir et à manger plus. Toutefois, on observe fréquemment un refus de manger et un comportement anorexique chez les jeunes déprimés, en particulier chez les filles, mais aussi chez les garçons. Ces troubles graves de l'alimentation sont eux-mêmes associés à un risque de suicide plus important.

La dépression a souvent des manifestations physiques, notamment chez les personnes âgées, y compris des maux d'estomac, des vertiges, des palpitations et diverses douleurs. Il arrive, chez les personnes âgées, que la dépression s'accompagne de maladies et troubles tels qu'un infarctus du myocarde, des cancers, des rhumatismes, la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer.

La tendance suicidaire peut être réduite, si la dépression et l'anxiété sont traitées. De nombreuses études confirment les bienfaits des antidépresseurs et de diverses formes de psychothérapie, et notamment de la thérapie cognitive comportementale. Il apparaît aussi qu'en apportant un bon soutien psychosocial aux personnes âgées, y compris en leur installant un téléphone pour qu'elles puissent joindre, entre autres, des travailleurs sociaux et des personnels de santé, on obtient un recul sensible de la dépression et une baisse notable du nombre de décès par suicide dans ce groupe d'âge.

La schizophrénie est une autre pathologie psychiatrique fortement associée au suicide, et le risque de suicide sur la durée de vie des schizophrènes se situe aux environs de 10 % à 12 % (47). Le risque est particulièrement élevé chez les patients qui sont de jeunes hommes ; les patients aux premiers stades de la maladie, en particulier ceux qui étaient dynamiques, mentalement et socialement, avant que la maladie se déclare ; les patients avec des rechutes chroniques ; et les patients qui redoutent une « désintégration mentale » (48).

D'autres facteurs, comme les sentiments d'impuissance et de désespoir, font également augmenter le risque de suicide. Dans une étude longitudinale américaine menée sur dix ans, par exemple, Beck et al. (49) soulignent l'importance du sentiment de désespoir en tant que prédicteur majeur d'un comportement suicidaire. Dans cette étude, l'absence de perspectives d'avenir était un point commun chez 91 % des sujets qui se sont ensuite suicidés.

L'alcoolisme et la toxicomanie jouent également un rôle important dans le suicide. Aux États-Unis, la consommation excessive d'alcool serait un facteur dans au moins un quart des suicides (50). Le risque de suicide sur la durée de vie des personnes qui ont une dépendance alcoolique est nettement inférieur à celui des personnes atteintes de troubles dépressifs (50). Il existe, cependant, beaucoup de liens étroits entre la consommation excessive d'alcool et la dépression, et il est souvent difficile de déterminer laquelle des deux l'emporte sur l'autre. Ainsi :

- La consommation excessive d'alcool peut conduire à la dépression directement ou indirectement, à cause du sentiment de déclin et d'échec que ressentent la plupart des gens qui ont une dépendance alcoolique.
- La consommation excessive d'alcool peut être une forme d'automédication pour soulager la dépression.
- La dépression et la consommation excessive d'alcool peuvent toutes deux résulter de stress particuliers dans la vie de la personne.

Cependant, si le suicide chez les personnes souffrant de troubles dépressifs se produit assez tôt dans l'évolution de la maladie, notamment dans le groupe d'âge des 30 à 40 ans, chez les personnes

qui ont une dépendance alcoolique, il se produit généralement tard dans la maladie. De plus, quand il y a effectivement passage à l'acte, c'est souvent lorsque d'autres facteurs interviennent également, comme la fin d'une relation, une marginalisation sociale, la pauvreté et le début d'une détérioration physique résultant de la consommation excessive et chronique d'alcool. Il semble que l'alcoolisme et la toxicomanie jouent un moins grand rôle dans le suicide dans certaines régions d'Asie qu'ailleurs. Il ressort d'une étude sur le suicide des adolescents réalisée dans la RAS de Hong Kong, en Chine, que seuls 5 % environ de ceux qui se sont suicidés buvaient excessivement ou se droguaient (51). Cette constatation explique sans doute le taux relativement faible de suicides chez les adolescents en Asie, exception faite de la Chine.

Une tentative de suicide précédente est, cependant, le plus important des prédicteurs de comportement suicidaire fatal ultérieur (2). Le risque est plus élevé dans la première année et, surtout, dans les six premiers mois qui suivent la tentative. Près de 1 % des personnes qui tentent de se suicider meurent dans l'année qui suit (52) et environ 10 % finissent par commettre un suicide abouti. Les estimations concernant l'augmentation du risque qui résulte de tentatives antérieures varient d'une étude à l'autre. Ainsi, d'après Gunnell & Frankel, le risque est de 20 à 30 fois supérieur au risque dans la population en général, ce qui est conforme aux conclusions d'autres rapports (53). L'existence d'une tentative de suicide antérieure fait augmenter le risque qu'une personne se suicide, mais la majorité des personnes qui mettent fin à leurs jours le font sans tentative préalable (24).

Marqueurs biologiques et médicaux

Une histoire familiale de suicide est un marqueur reconnu de risque accru de suicide. Certains chercheurs en viennent à penser qu'une caractéristique génétique prédispose peut-être certaines personnes à avoir un comportement suicidaire. De fait, des données d'études portant sur des jumeaux et des enfants adoptés confirment la possibilité que des facteurs biologiques jouent sans doute un rôle dans certains comportements suicidaires. Des

études portant sur des jumeaux montrent qu'il existe une concordance beaucoup plus nette en ce qui concerne le suicide et les tentatives de suicide, entre les jumeaux monozygotes, dont les gènes sont totalement identiques, qu'entre les jumeaux dizygotes, qui ont la moitié de leurs gènes en commun (54). Cependant, il reste à étudier le cas des jumeaux monozygotes élevés séparément – condition indispensable pour une étude solide sur le plan méthodologique – et aucune des études réalisées sur des jumeaux n'a soigneusement vérifié l'existence de troubles psychiatriques. Il peut, en effet, s'agir de troubles psychiatriques héréditaires, et pas d'une prédisposition génétique au comportement suicidaire, et que ces troubles rendent ce type de comportement plus probable chez des personnes apparentées.

Il ressort d'une étude cas-témoins sur des enfants adoptés qu'il y avait déjà des suicides dans la famille biologique de ceux qui ont mis fin à leurs jours (55). Le suicide de ces enfants adoptés était indépendant, dans une large mesure, de l'existence de troubles psychiatriques, ce qui donne à penser qu'il y a une prédisposition génétique au suicide, indépendamment des troubles psychiatriques importants associés à ce geste, ou en plus de ces troubles. Il est probable que d'autres facteurs environnementaux et sociaux, ajoutés à l'histoire familiale, fassent augmenter le risque de suicide.

Des études portant sur les processus neurobiologiques qui sous-tendent de nombreuses pathologies psychiatriques, y compris celles qui prédisposent des individus au suicide, corroborent à certains égards l'idée qu'il existe une base biologique au suicide. Dans certaines études, par exemple, on constate que les niveaux de métabolites de sérotonine dans le liquide céphalorachidien sont différents chez des patients psychiatriques qui se sont suicidés (56, 57). La sérotonine est une neurohormone très importante qui commande l'humeur et l'agressivité. Il est démontré que de faibles niveaux de sérotonine et des réactions blasées aux tests qui perturbent son métabolisme persistent pendant quelque temps après des épisodes de maladie (58, 59). Il se peut que le mauvais fonctionnement des neurones qui contiennent de la

sérotonine dans le cortex préfrontal du cerveau soit une des causes sous-jacentes de la capacité moindre d'une personne à résister à des impulsions qui la poussent au passage à l'acte (60, 61).

Il se peut aussi que le suicide soit la conséquence d'une maladie grave, douloureuse et, surtout, débilitante. La prévalence de maux physiques chez ceux qui se suicident, est estimée à 25 % au moins, et elle pourrait atteindre 80 % chez les personnes âgées (62). Dans plus de 40 % des cas, la maladie physique est considérée comme un facteur contributif important du comportement et de l'idéation suicidaires, notamment en présence de troubles de l'humeur ou de symptômes de dépression (63). Il est compréhensible que la perspective de souffrances insupportables et d'une dépendance humiliante puisse conduire des personnes à envisager de mettre fin à leurs jours. Toutefois, plusieurs investigations montrent que les personnes souffrant d'une maladie physique ne se suicident que rarement, si elles ne présentent aucun symptôme psychiatrique (42).

Événements marquants jouant le rôle de facteurs précipitants

Certains événements de la vie peuvent avoir un effet précipitant en ce qui concerne le suicide. Parmi les événements particuliers qu'un petit nombre d'études ont essayé de relier au risque de suicide figurent une perte personnelle, des conflits interpersonnels, une relation rompue ou tendue et des problèmes judiciaires ou professionnels (64–67).

La perte d'un être aimé, que ce soit à cause d'un divorce, d'une séparation ou d'un décès, peut déclencher des sentiments dépressifs intenses, surtout si la personne perdue était un partenaire ou était extrêmement proche. Les conflits dans les relations interpersonnelles à la maison ou sur les lieux d'études ou de travail peuvent également éveiller des sentiments de désespoir et de dépression. Ainsi, dans une étude finlandaise portant sur plus de 16 000 adolescents, les chercheurs ont constaté une prévalence accrue de dépression et d'idéation suicidaire grave tant chez ceux qui étaient victimes de brimades à l'école que chez ceux qui étaient les auteurs de brimades (68). Une étude rétrospective réalisée dans le sud-est de l'Écosse, qui

vérifiait la présence de troubles liés à l'âge et au sexe ainsi que de troubles mentaux, conclut que les conflits interpersonnels défavorables sont associés indépendamment aux suicides (69). Dans un examen de tous les suicides enregistrés sur une période de deux ans à Ballarat, en Australie, les chercheurs ont constaté que des difficultés sociales et personnelles étaient associées au suicide dans plus d'un tiers des cas (70). La recherche fait également apparaître une plus grande possibilité de dépression et de tentative de suicide chez les victimes de violences entre partenaires intimes (71-74).

Le fait d'avoir été victime de violence physique ou sexuelle dans l'enfance peut faire augmenter le risque de suicide à l'adolescence et à l'âge adulte (75-77). Les victimes de violence sexuelle se sentent souvent humiliées et honteuses (2). Les personnes maltraitées pendant l'enfance et à l'adolescence se méfient souvent dans les relations interpersonnelles et ont du mal à maintenir de telles relations. Elles connaissent des difficultés sexuelles persistantes et se sentent profondément inadaptées et inférieures. Aux Pays-Bas, des chercheurs se sont penchés sur la relation entre la violence sexuelle et le comportement suicidaire chez 1 490 adolescents scolarisés et ils ont conclu que ceux qui avaient été victimes de ce type de violence manifestaient un comportement nettement plus suicidaire que les autres ainsi que d'autres problèmes affectifs et comportementaux (78). Il ressort d'une étude longitudinale américaine continue menée sur 17 ans auprès de 375 sujets que 11 % d'entre eux avaient fait état de violence physique ou sexuelle avant l'âge de 18 ans. Les sujets âgés de 15 à 21 ans qui avaient été victimes de violence déclaraient plus de comportements suicidaires, de dépressions, d'angoisses, de troubles psychiatriques et d'autres problèmes affectifs et comportementaux que les autres (79).

L'orientation sexuelle peut également avoir un lien avec un risque accru de suicide chez les adolescents et les jeunes adultes (80, 81). Les estimations de la prévalence du suicide parmi les jeunes homosexuels, garçons et filles, par exemple, vont de 2,5 % à 30 % (82, 83). La discrimination, le stress dans les relations interpersonnelles, les stupéfiants et l'alcool, l'angoisse au sujet du VIH/

SIDA et des sources de soutien limitées sont autant de facteurs qui peuvent contribuer aux suicides et aux tentatives de suicide (84, 85).

En revanche, le fait d'être dans une relation maritale stable semblerait généralement constituer un facteur de « protection » contre le suicide. La responsabilité d'élever des enfants confère un autre élément protecteur (86). Des études sur la relation entre la situation de famille et le suicide montrent des taux de suicide élevés chez les personnes célibataires ou jamais mariées dans les cultures occidentales, des taux encore plus élevés chez les veufs, et certains des taux les plus élevés qui soient parmi les personnes séparées ou divorcées (87, 88). Ce dernier phénomène est particulièrement évident chez les hommes, notamment dans les tout premiers mois après leur perte ou leur séparation (89).

Exception à l'effet généralement protecteur du mariage, les personnes qui se marient jeunes, c'est-à-dire avant l'âge de 20 ans, présentent des taux plus élevés de comportement suicidaire que leurs pairs célibataires, d'après certaines études (90, 91). En outre, le mariage n'est pas protecteur dans toutes les cultures. Des taux plus élevés de comportement suicidaire fatal et non fatal sont signalés chez les femmes mariées du Pakistan, par rapport aux hommes mariés et aux femmes célibataires (92, 93). Cela peut tenir à une discrimination sociale, économique et juridique qui crée un stress psychologique prédisposant ces femmes à avoir un comportement suicidaire (92). Des taux de suicide plus élevés sont également signalés chez les femmes mariées âgées de plus de 60 ans de la RAS de Hong Kong, en Chine, comparés aux taux chez les veuves et les divorcées de ce même groupe d'âge (90).

Il arrive que, chez certaines personnes, des problèmes dans les relations interpersonnelles accroissent le risque de comportement suicidaire, mais l'isolement social peut également être un facteur précipitant en l'occurrence. C'est l'isolement social qui se cache derrière les concepts de suicide « égoïste » et « anémique » avancés par Durkheim (94) et qui sont tous deux liés à l'idée de relations sociales inadéquates. Beaucoup de publications donnent à penser que les personnes qui se sentent isolées sont plus fragiles face au suicide que celles

qui ont des liens sociaux solides avec autrui (95–98). Après le décès d'un être cher, par exemple, une personne peut tenter de se suicider si son proche entourage ne la soutient pas assez pendant son deuil.

Dans une étude comparative du comportement social de groupes de personnes qui avaient tenté à leurs jours, de personnes dont le suicide avait abouti et de personnes mourant de causes naturelles, Maris (99) conclut que celles qui ont mis fin à leurs jours avaient moins participé à l'organisation sociale, n'avaient souvent pas d'amis et s'étaient retirées progressivement de relations interpersonnelles jusqu'à un état de total isolement social. Les études d'autopsie psychologique montrent que le retrait social précède souvent l'acte suicidaire (99). C'est aussi ce qui ressort d'une étude de Negron et al. (100), concluant que les personnes qui font une tentative de suicide risquent plus de s'isoler pendant la phase suicidaire aiguë que celles qui ont une idéation suicidaire. Wenz (101) cite l'anomie – le sentiment d'aliénation par rapport à la société causé par l'absence perçue de cadre de soutien social – comme facteur du comportement suicidaire chez les veuves, parallèlement à l'isolement social attendu et réel. L'isolement social est souvent cité comme facteur contributif en ce qui concerne l'idéation suicidaire chez les personnes âgées (102, 103). Une étude des tentatives de suicide chez les jeunes de moins de 16 ans qui avaient été orientés vers un hôpital général conclut que les problèmes sous-jacents les plus fréquents dans ce type de comportement sont les rapports difficiles avec les parents, les problèmes avec les amis et l'isolement social (104).

Facteurs sociaux et environnementaux

La recherche a permis de cerner plusieurs facteurs environnementaux et sociaux importants liés au comportement suicidaire. Il s'agit d'éléments aussi divers que l'existence d'un moyen de se suicider, le lieu de résidence de la personne, le fait qu'elle travaille ou pas, sa situation économique, son statut d'immigré et sa religion.

Méthode choisie

La méthode choisie pour attenter à ses jours déterminera, entre autres, si le comportement

suicidaire est fatal ou pas. Aux États-Unis, des armes à feu sont utilisées dans les deux tiers des suicides environ (105). Dans d'autres régions du monde, la pendaison est plus commune, suivie par l'utilisation d'une arme à feu, le saut d'une hauteur et la noyade. En Chine, l'intoxication aux pesticides est la méthode la plus courante (106, 107).

Au cours des deux dernières décennies, dans certains pays, comme l'Australie, on note une nette augmentation du nombre des suicides par pendaison, surtout chez les jeunes, qui s'accompagne d'une baisse correspondante dans l'utilisation d'armes à feu (108). En général, les personnes âgées choisissent des méthodes qui demandent moins de force physique, comme se noyer ou sauter d'une hauteur, ce que l'on remarque particulièrement dans la RAS de Hong Kong, en Chine, et à Singapour (18). Presque partout, les femmes ont tendance à adopter des méthodes « plus douces » – par exemple, une consommation excessive de médicaments –, tant dans les tentatives de suicide fatales que non fatales (35). L'auto-immolation pratiquée en Inde constitue une exception notable.

D'autres facteurs que l'âge et le sexe peuvent influencer sur le choix de la méthode de suicide. Au Japon, par exemple, on continue de voir des cas d'auto-éviscération traditionnelle à l'aide d'un sabre (aussi connue sous le nom de *hara-kiri*). Il arrive aussi que l'on s'inspire d'une méthode de suicide, surtout chez les jeunes fascinés par le décès d'une célébrité (109–111). La détermination d'une personne à s'ôter la vie est habituellement en rapport avec la méthode choisie. Ainsi, des personnes âgées expriment généralement plus de détermination que d'autres à mourir et elles utilisent des méthodes plus violentes – comme de se tuer par balle, en sautant d'une hauteur ou en se pendant – avec lesquelles il y a moins de chances qu'on les sauve (112).

Différences entre les zones urbaines et rurales

Les disparités sont souvent grandes entre les taux de suicides dans les zones urbaines et des zones rurales. En 1997, aux États-Unis, par exemple, le district de Manhattan, à New York, a enregistré 1 372 suicides,

soit trois fois plus que dans l'Etat majoritairement rural du Nevada (411), mais le taux dans le Nevada était trois fois supérieur à celui de l'Etat de New York (24,5 pour 100 000 – le plus élevé des Etats-Unis – comparé à 7,6 pour 100 000) (113). Des différences similaires ont été rapportées entre les zones rurales et urbaines, par exemple, en Australie (114) et dans des pays européens tels que l'Angleterre et le Pays de Galles (données combinées), et l'Ecosse, où les taux de suicides sont élevés chez les agriculteurs (115). Dans certaines régions rurales de Chine, les taux de suicides sont également plus élevés parmi les femmes que dans les régions urbaines.

Si les taux sont plus élevés dans beaucoup de régions rurales, c'est notamment à cause de l'isolement social et parce qu'il est plus difficile de déceler les signaux d'alarme, sans oublier l'accès limité à des établissements de santé et à des médecins, et les niveaux d'instruction inférieurs. Dans les régions rurales, les méthodes de suicide sont également différentes de celles utilisées en milieu urbain. Dans les communautés rurales d'Europe de l'Est et dans certaines régions de l'Asie du Sud-Est, les herbicides et les pesticides sont populaires parce qu'il est facile de s'en procurer. Il en va de même au Samoa, où le nombre des suicides a baissé depuis que la vente du paraquat, un herbicide, est contrôlée (116). Dans les communautés rurales australiennes, où il est courant de posséder des armes à feu, ces dernières sont souvent mentionnées comme méthode utilisée dans les suicides (110).

Immigration

L'incidence de l'immigration sur les taux de suicides est étudiée dans des pays tels que l'Australie, le Canada et les Etats-Unis. Dans ces pays, où vivent divers groupes ethniques, on constate que le taux de comportements suicidaires dans un groupe d'immigrés donné est similaire à celui enregistré dans leur pays d'origine. En Australie, par exemple, les taux de

suicides chez les immigrés grecs, italiens et pakistanais sont nettement inférieurs à ceux relevés chez les immigrés de pays d'Europe de l'Est ou d'Irlande et d'Ecosse, pays où ces taux ont toujours été élevés (117) (voir également tableau 7.3). Cela donne à penser que les facteurs culturels influent considérablement sur le comportement suicidaire.

Emploi et autres facteurs économiques

Il ressort de plusieurs études que les taux de suicide augmentent pendant les périodes de récession économique et de fort chômage (119–123), et l'inverse a également été démontré. Dans une étude portant sur l'impact des facteurs économiques sur le suicide en Allemagne, Weyerer & Wiedenmann (122) ont examiné l'effet de quatre variables économiques et leur relation avec les taux de suicide de 1881 à 1989. C'est en période de désintégration sociale, quand le chômage est élevé, que l'aide ou la protection sociale est minimale et que l'on n'est pas à l'abri d'une faillite, que l'on trouve la corrélation la plus nette. Une étude préliminaire du taux de suicides supérieur à la moyenne dans le bassin de Kouznetsk, dans la Fédération de Russie, entre 1980 et 1995, explique que l'instabilité économique, la désintégration de l'ancienne Union soviétique et d'autres facteurs historiques précis constituent de possibles facteurs contributifs (123).

TABLEAU 7.3

Taux de suicides standardisé pour l'âge pour 100 000 habitants en Australie, par lieu de naissance, 1982–1992

Année	Lieu de naissance							Nés à l'étranger total
	Asie	Australie	Europe			Irlande et Royaume-Uni	Océanie ^b	
			Est	Sud	Ouest ^a			
1982	8	11	31	7	19	12	14	13
1983	12	11	21	8	16	12	10	12
1984	9	11	17	5	17	11	17	11
1985	7	11	20	6	17	12	14	12
1986	8	12	17	6	19	13	14	12
1987	8	14	28	7	17	14	17	13
1988	9	13	20	8	14	15	17	13
1989	8	12	16	7	16	13	14	12
1990	8	13	14	5	19	12	14	11
1991	8	14	22	9	19	14	13	12
1992	7	13	24	8	17	13	14	12

Source : reproduit avec des changements mineurs, référence 118, avec l'autorisation de l'éditeur.

^a A l'exclusion de l'Irlande et du Royaume-Uni.

^b A l'exclusion de l'Australie.

Relatant ses visites dans l'ancienne Bosnie-Herzégovine, Berk (124) parle d'un taux de suicides plus élevé que prévu ainsi que d'une alcoolodépendance chez les enfants. Ces derniers avaient survécu aux dangers les plus immédiats du conflit armé, de 1992 à 1995, mais succombé au stress à long terme. Au Sri Lanka, les taux de suicides ont toujours été élevés dans la communauté tamoule, marquée par un passé de violence et d'instabilité économique et politique. Aujourd'hui, la communauté cinghalaise, où les taux étaient très faibles il y a 20 ans, affiche également des taux élevés. Cela montre clairement le lien étroit entre le suicide, la violence politique et l'effondrement social.

Au niveau individuel, le comportement suicidaire est plus fréquent chez les chômeurs que chez les personnes qui travaillent (119, 125, 126). La pauvreté et un rôle social amoindri, tous deux conséquences du chômage, semblent souvent associés à un comportement plus suicidaire, surtout lorsque l'emploi est perdu soudainement. Cependant, la recherche dans ce domaine est limitée. Ainsi, elle ne tient pas toujours compte de la durée du chômage. Les personnes qui attendent de trouver un premier emploi sont parfois regroupées avec d'autres qui ont perdu le leur, et l'on oublie les problèmes psychiatriques et les troubles de la personnalité (127, 128).

Religion

La religion est considérée depuis longtemps comme un facteur important dans le comportement suicidaire. La recherche permet d'établir ce classement approximatif des pays, par appartenance religieuse, par ordre décroissant des taux de suicide :

1. Pays où il est interdit ou fortement déconseillé de pratiquer une religion (comme c'était le cas dans les anciens pays communistes d'Europe de l'Est et dans l'ancienne Union soviétique).
2. Pays où le bouddhisme, l'hindouisme ou d'autres religions asiatiques sont prédominantes.
3. Pays où beaucoup de gens sont protestants.
4. Pays à prédominance catholique.
5. Pays majoritairement musulmans.

La Lituanie est une exception notable à ce classement approximatif. Le pays a toujours été

majoritairement catholique, avec beaucoup de pratiquants et une forte influence de l'Église, même quand il était rattaché à l'ancienne Union soviétique. Cependant, les taux de suicides y étaient et y restent très élevés. Il est évident que le classement approximatif ci-dessus ne tient pas compte de la force de la croyance et de l'adhésion individuelle à une religion dans un pays donné (129). Le classement ne comprend pas l'animisme, que l'on trouve surtout en Afrique, parce que l'on ne connaît généralement pas les taux de suicides parmi les animistes.

Durkheim pense que le suicide découle d'une absence d'identification à un groupe unitaire et avance que les taux de suicides devraient être inférieurs là où l'intégration religieuse est importante. Il affirme donc que des pratiques et des croyances religieuses communes, comme celles associées au catholicisme, constituent des facteurs de protection contre le suicide (94). Certaines études, qui mettent à l'épreuve l'hypothèse de Durkheim, tendent à se ranger à son avis (130, 131). D'autres, cependant, concluent qu'il n'existe pas de lien entre la proportion de catholiques dans une population et les taux de suicides (132, 133). Il ressort d'une étude de Simpson & Conlin (134) consacrée à l'impact de la religion que les taux de suicides sont moins élevés parmi les adhérents à l'islam que parmi les chrétiens.

Certaines études essaient de mesurer la foi à la fréquentation des églises et à l'étendue des réseaux religieux, puis d'établir un lien entre ces données et les taux de suicides. Leurs conclusions donnent à penser que la fréquentation des églises a une forte influence préventive (135), l'engagement dans une religion en particulier ayant, selon sa profondeur, un rôle inhibiteur par rapport au suicide (136). De même, dans une étude, Kok (137) examine les taux de suicide dans trois groupes ethniques de Singapour. Il conclut que la population d'origine malaise, très majoritairement attachée à l'islam, qui s'oppose fortement au suicide, a de loin le taux de suicides le plus faible. Parallèlement, la population d'origine indienne a le taux de suicides le plus élevé de l'île. Les Indiens de Singapour sont généralement hindous, or l'hindouisme croit à la réincarnation et n'interdit pas formellement le suicide. Une autre

étude portant sur les différences entre les populations blanche et afro-américaine aux États-Unis conclut que c'est parmi les Afro-Américains que les taux de suicides sont les plus faibles, ce qui pourrait s'expliquer par leur plus grand attachement personnel à une religion (138).

Résumé

Les facteurs de risque en ce qui concerne le comportement suicidaire sont nombreux et étroitement liés. Savoir qui a une prédisposition naturelle au suicide et est exposé à une combinaison de facteurs de risque peut aider à déterminer qui les mesures de prévention doivent viser en priorité.

Même en présence de plusieurs facteurs de risque, comme une dépression majeure, de la schizophrénie, de l'alcoolisme ou la perte d'un être cher, si les facteurs de protection sont assez forts, il se peut que les conditions ne soient pas réunies pour une idéation ou un comportement suicidaire. L'étude des facteurs de protection en est encore à ses prémices. Pour que la recherche sur le suicide et la prévention progressent véritablement, il faut que l'on connaisse mieux les facteurs de protection, en fait, qu'on les connaisse autant que les facteurs prédisposants et précipitants, que l'on décrypte beaucoup mieux depuis quelques décennies.

En dehors des observations de Durkheim sur le mariage et la religion, plusieurs études donnent une idée des fonctions de protection que jouent le rôle de parent (139), le soutien social et les liens familiaux (36, 140–142), l'estime de soi (143) et la répression de l'ego (144). D'autres études accordent directement plus d'importance aux facteurs de protection dans la prédiction du comportement suicidaire. Dans l'une d'elles, une enquête sur les jeunes Amérindiens et les jeunes autochtones de l'Alaska, Borowsky et al. (145) constatent que se concentrer sur des facteurs de protection tels que le bien-être affectif et les liens avec la famille et les amis est aussi efficace, voire plus, dans la prévention du suicide que d'essayer de réduire les facteurs de risque. L'étude des facteurs de protection semble donc prometteuse.

Que peut-on faire pour prévenir les suicides?

Face à l'augmentation générale des comportements suicidaires, notamment parmi les jeunes, il est indispensable d'intervenir efficacement. Comme nous l'avons vu, il existe de nombreux facteurs de risque possibles pour ce type de comportement, et les interventions reposent habituellement sur la connaissance de ces facteurs. Bien que bon nombre d'interventions soient en place depuis longtemps, très peu réussissent vraiment à faire reculer les comportements suicidaires ou à donner des résultats vraiment durables (146).

Traitements

Traitement des troubles mentaux

Comme beaucoup de publications et d'expériences cliniques montrent qu'un certain nombre de troubles mentaux sont nettement associés au suicide, il est important de les détecter rapidement et d'y apporter le traitement voulu afin de prévenir le suicide. Sont particulièrement pertinents en l'occurrence les troubles de l'humeur, l'alcoolodépendance et la toxicomanie, la schizophrénie et certains types de troubles de la personnalité.

Les faits montrent qu'en apprenant au personnel des soins de santé primaires à diagnostiquer les troubles de l'humeur et à soigner les personnes qui en souffrent, on peut faire baisser les taux de suicides parmi celles à risque. De même, il semble que les patients suivent mieux leur traitement avec la nouvelle génération de médicaments pour les troubles de l'humeur et les troubles liés à la schizophrénie, qui ont moins d'effets secondaires et un profil thérapeutique plus précis que la précédente génération, ce qui permet d'obtenir de meilleurs résultats et de réduire la probabilité de comportement suicidaire chez les patients.

Pharmacothérapie

Les chercheurs étudient la pharmacothérapie afin de voir dans quelle mesure elle influe sur les processus neurobiologiques qui sous-tendent certains états psychiatriques, y compris ceux liés au comportement suicidaire. Ainsi, Verkes et al. (143) ont montré que la paroxétine peut contribuer à atténuer

le comportement suicidaire. Le choix de la paroxétine s'explique par le fait que les comportements suicidaires sont associés à une fonction diminuée de la sérotonine. On sait que la paroxétine est un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS) qui permet d'augmenter la concentration cérébrale en sérotonine disponible pour la neurotransmission de signaux. Dans une étude en double anonymat réalisée sur un an, les effets de la paroxétine et d'un placebo ont été comparés chez des patients qui avaient fait des tentatives de suicide, notamment peu de temps avant l'étude. Ces patients ne souffraient pas de dépression majeure, mais la majorité d'entre eux étaient atteints de « troubles de la personnalité du groupe B », ce qui comprend des troubles de la personnalité limites, antisociaux, narcissiques et histrioniques. On a constaté qu'en augmentant la fonction de la sérotonine avec un ISRS, dans ce cas la paroxétine, on atténue le comportement suicidaire des patients qui ont déjà tenté de se suicider mais qui ne souffrent pas de dépression majeure.

Approches comportementales

Alors que de nombreux traitements se concentrent principalement sur les troubles mentaux, en partant du principe que leur amélioration fera reculer le comportement suicidaire, d'autres approches visent directement le comportement (148). Plusieurs interventions ont été conçues dans cette optique, dont celles dont il est question ci-dessous.

Thérapie comportementale

Dans les interventions comportementales, un agent de santé mentale rencontre le patient dans des séances de thérapie où ils parlent du comportement et des pensées suicidaires passés et actuels et essaient d'établir des liens avec des facteurs sous-jacents possibles (148). Les premiers résultats sont prometteurs quant à l'efficacité de ce type de traitement, encore qu'il n'y ait pas encore de réponses concluantes.

Une étude réalisée à Oxford, en Angleterre, examine le cas de patients à haut risque de tentatives de suicide multiples, âgés de 16 à 65 ans, qui avaient été admis aux urgences après avoir ingéré

des surdoses d'antidépresseurs (149). Les patients ont reçu soit un traitement standard pour des tentatives de suicide, soit un traitement standard ainsi qu'une brève intervention « de résolution des problèmes », forme de psychothérapie courte qui met l'accent sur le problème identifié comme étant le plus préoccupant pour le patient. L'étude conclut à de nets progrès dans le groupe expérimental (qui bénéficiait de l'intervention en plus du traitement standard) six mois après le traitement pour ce qui est de la baisse des taux de tentatives de suicide répétées. Malheureusement, cette différence avait quasiment disparu à la réévaluation des sujets, dix-huit mois plus tard.

Une étude américaine (150) s'est intéressée à l'efficacité de la thérapie comportementale dialectique chez des patients manifestant des troubles de la personnalité limites, des dysfonctionnements comportementaux multiples, des troubles mentaux importants et ayant fait de multiples tentatives de suicide. La thérapie comportementale dialectique est un traitement conçu pour des patients suicidaires chroniques. Elle repose sur l'analyse du comportement et une stratégie de résolution des problèmes. Pendant la première année après le traitement, les patients qui ont suivi ce type de thérapie ont fait moins de tentatives de suicide que ceux qui avaient reçu le traitement standard.

Une autre étude américaine (151), qui adopte l'approche de la thérapie comportementale, porte sur des patients qui ont déjà tenté de se suicider. Elle vise à savoir s'ils présentent un « déficit de pensées positives par rapport à l'avenir », autrement dit, s'ils n'ont ni espoir, ni attentes par rapport au lendemain. Si tel est le cas, l'étude cherche à établir si une brève intervention psychologique appelée « thérapie cognitivo-comportementale avec manuel » (MACT) peut remédier à ce déficit. Dans ce type d'intervention, on travaille sur le problème à l'aide d'un manuel, afin de normaliser le traitement. Les patients ont été assignés au hasard à la MACT ou au traitement standard pour les tentatives de suicide et réévalués au bout de six mois. L'étude conclut que les patients qui avaient déjà tenté de se suicider avaient moins d'espoir et moins d'attentes positives quant à l'avenir que le groupe témoin. Après la MACT, leurs attentes

s'étaient sensiblement améliorées, contrairement à ceux qui avaient reçu le traitement standard, chez qui l'amélioration n'était que marginale.

Cartes vertes

L'intervention dite de la «carte verte» est assez simple. Le client reçoit une carte qui lui donne un accès immédiat et direct à différentes solutions, comme un psychiatre de garde ou une hospitalisation. L'intervention ne s'est pas révélée très efficace, mais la carte verte semble avoir des effets positifs pour ceux qui envisagent le suicide pour la première fois (152, 153).

Dans une étude récente, la carte verte a été utilisée avec des patients qui avaient tenté de se suicider pour la première fois ou qui avaient déjà essayé plusieurs fois (154). Des participants à l'étude ont été répartis au hasard entre des groupes témoins qui n'ont reçu que le traitement standard pour les tentatives de suicide et des groupes expérimentaux qui ont bénéficié du traitement standard et reçu une carte verte. La carte, qui donnait droit à une consultation téléphonique d'urgence avec un psychiatre à toute heure du jour et de la nuit, a eu un effet différent sur les deux types de groupes expérimentaux. Elle avait un effet protecteur sur ceux qui avaient essayé de se suicider pour la première fois (même s'il n'était pas significatif du point de vue statistique) mais aucun effet sur ceux qui accumulaient plusieurs tentatives. Il se peut que le soutien téléphonique seul auquel la carte verte donnait accès dans l'étude ne suffisait pas et qu'elle aurait dû donner facilement accès à d'autres services d'aide en situation de crise.

Le service de télé-aide et de télécontrôle pour personnes âgées mis en place en Italie (155) est une autre intervention fondée sur le principe des liens, de la facilité d'accès et de l'existence d'une aide. Le service de télé-aide est un système d'alarme que le client peut activer pour demander de l'aide. Le service de télécontrôle contacte les clients deux fois par semaine pour vérifier s'ils ont besoin de quelque chose et pour leur apporter un soutien affectif. Dans une étude, 12 135 personnes âgées de 65 ans et plus ont bénéficié des deux services pendant quatre ans (155). Pendant cette période, il n'y a eu qu'un

suicide dans le groupe, comparé à sept auxquels on se serait attendu d'un point de vue statistique (156).

Approches relationnelles

On sait que le risque de suicide est lié aux relations sociales qu'une personne entretient. Ainsi, plus ces relations sont nombreuses, moins on risque de se suicider en général (156). Plusieurs interventions visaient à améliorer les relations sociales afin de lutter contre les comportements suicidaires répétés. L'approche générale consiste à étudier soigneusement les problèmes dans différents domaines de la vie sociale du patient et, pour le thérapeute, à essayer de leur trouver des solutions. Bien qu'il s'agisse principalement de prévenir le retour d'un comportement suicidaire, l'amélioration des relations sociales est considérée comme importante en soi.

A ce jour, la recherche sur l'efficacité des approches relationnelles n'a pas démontré d'avantages pour ce qui est de faire reculer les comportements suicidaires. Cependant, elles réussissent parfois à améliorer les relations sociales.

Interventions psychosociales

Litman & Wold (156) se sont intéressés à une méthode d'intervention particulière appelée «maintien continu des relations» (MCR). Dans cette méthode, le conseiller psychosocial recherche les contacts avec la personne suicidaire et s'efforce de maintenir une relation constante avec elle. Au total, 400 personnes à haut risque de suicide ont suivi ce programme pendant dix-huit mois en moyenne. Elles étaient réparties entre le groupe expérimental (MCR) et un groupe témoin. Dans ce dernier, les sujets bénéficiaient de conseils psychosociaux continus et prenaient eux-mêmes l'initiative de contacter le conseiller. L'intervention n'a pas permis de diminuer l'idéation suicidaire ou de réduire le nombre de tentatives de suicide ou de suicides aboutis. Cependant, plusieurs objectifs intermédiaires ont été atteints, puisque l'on a noté des progrès sensibles dans le groupe MCR par rapport au groupe témoin. Ainsi, les participants étaient moins seuls, avaient des relations intimes plus satisfaisantes, se sentaient moins déprimés et plus prêts à utiliser les services communautaires.

Gibbons et al. (159) comparent l'efficacité d'une « aide psychosociale individualisée axée sur les tâches » – méthode de résolution de problèmes où l'on met l'accent sur la collaboration entre le patient et le travailleur social sur des questions liées à la vie quotidienne – à un traitement standard pour les patients qui avaient déjà tenté de se suicider auparavant. Il n'y a pas eu de différence entre les deux groupes pour ce qui est du taux de tentatives de suicide répétées, mais le groupe qui a bénéficié d'une aide psychosociale individualisée axée sur les tâches a progressé en ceci qu'il savait mieux régler des problèmes sociaux que le groupe témoin.

Dans une étude de Hawton et al. (158), 80 patients qui avaient pris une surdose ont bénéficié de consultations psychosociales externes ou ont été orientés vers leur médecin généraliste avec des recommandations pour la suite. Là encore, il n'y avait pas de différence statistique entre les taux de tentatives de suicide répétées, mais il semblait bien, à voir les résultats de l'évaluation faite quatre mois plus tard, qu'il y ait eu des retombées positives pour le groupe des patients externes. Une plus grande proportion des participants de ce groupe s'était améliorée en ce qui concerne l'adaptation sociale, conjugale et relationnelle dans leur famille. Apparemment, les conseils psychosociaux étaient surtout bénéfiques pour les femmes et les patients ayant des problèmes dans une relation à deux, comme la relation mari-femme, parent-enfant ou supérieur-employé.

Interventions communautaires

Centres de prévention du suicide

Parallèlement aux interventions susmentionnées, il existe des services de santé mentale communautaires pour les personnes qui manifestent des comportements suicidaires. Un centre de prévention du suicide est conçu pour servir de centre de crise où l'on offre une aide immédiate, habituellement par téléphone, mais il existe aussi des programmes de conseils psychosociaux directs et une action sociale.

Dew et al. (159) ont procédé à une étude documentaire quantitative sur l'efficacité des centres de prévention du suicide et constaté qu'ils

n'avaient globalement aucun effet, que ce soit positif ou négatif, sur les taux de suicide. Cependant, il est difficile, à cause des limites méthodologiques de leur étude, d'arriver à une conclusion nette. Les auteurs ont, en fait, constaté que la proportion de suicides chez les clients des centres de prévention est supérieure à celle des suicides dans la population en général, et qu'il y avait plus de probabilité que les personnes qui se suicidaient, aient été des clients de ces centres. Ces constatations donnent à penser que les centres de prévention du suicide attirent au moins la population à haut risque qu'ils sont censés aider.

Lester (160) a examiné 14 études qui portaient sur l'efficacité des centres de prévention du suicide par rapport aux taux de suicides. Sept de ces études citaient quelques faits indiquant un effet préventif. Une étude sur les centres de prévention du suicide dans 25 villes allemandes conclut en fait à une augmentation des taux de suicides dans trois des villes (161).

Interventions scolaires

Des programmes ont été mis en place pour former le personnel des écoles, les membres de la communauté et les fournisseurs de soins de santé afin qu'ils sachent repérer les personnes qui risquent de se suicider et les dirigent vers les services de santé mentale compétents. La portée de la formation varie d'un programme à l'autre, mais dans tous les cas, un lien solide avec les services de santé mentale locaux est essentiel.

Cependant, Lester (162) incite à plus de précaution en expliquant que, le personnel des écoles devenant mieux informé, il risque de diriger plus rarement des élèves vers des professionnels de la santé mentale, ce qui peut se traduire par plus de suicides. Il est très important d'informer le personnel des écoles, les parents et les autres participants aux programmes scolaires, mais tous ces gens ne peuvent remplacer les professionnels de la santé mentale. Néanmoins, les établissements de soins ne peuvent répondre à eux seuls à tous les besoins des jeunes, et les écoles doivent pouvoir contribuer à la prévention du suicide.

Approches sociétales

Restreindre l'accès aux moyens

Il est tout à fait utile de restreindre l'accès aux moyens utilisés pour se suicider lorsque ce type de contrôle est facile à instaurer. C'est ce que Oliver & Hetzel (163) ont été les premiers à démontrer en 1972, en Australie, où ils ont constaté une baisse des taux de suicide quand l'accès aux sédatifs – principalement des barbituriques, qui sont mortels à forte dose – était limité.

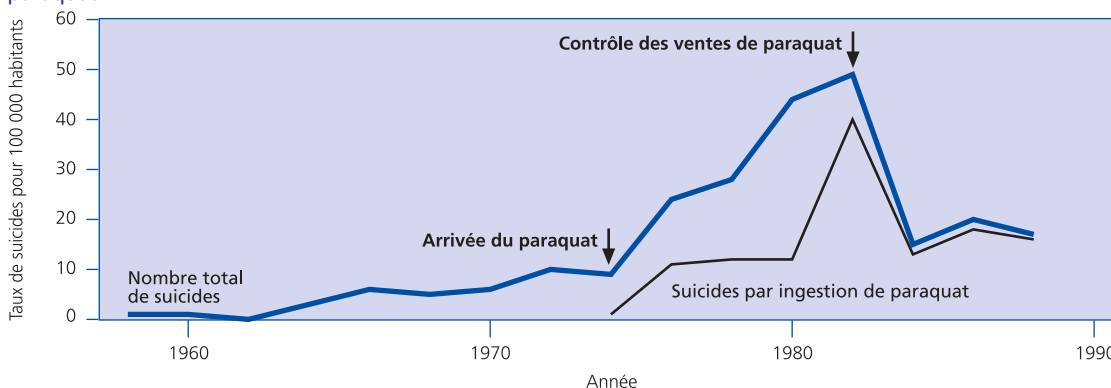
En plus de cette étude sur les sédatifs, il est également prouvé que les taux de suicides baissent lorsque d'autres substances toxiques sont contrôlées, comme les pesticides, qui sont largement disséminés dans les régions rurales de nombreux pays en développement. Au Samoa-Occidental où, jusqu'en 1972, année où le paraquat a été introduit dans le pays, le nombre de suicides était inférieur à dix. Il a commencé à augmenter considérablement au milieu des années 1970, pour approcher les cinquante en 1981, année où l'on a commencé à limiter l'accès au paraquat. Pendant cette période, le taux de suicide a augmenté de 367 %, passant de 6,7 à 31,3 pour 100 000 habitants entre 1972 et 1981. En trois ans, le nombre de suicides était retombé à 9,4 pour 100 000. Malgré l'instauration du contrôle de la distribution de paraquat, en 1988, plus de 90 % des suicides sont imputables à l'ingestion de ce produit (voir figure 7.2).

La détoxification du gaz, qui consiste à extraire le monoxyde de carbone du gaz naturel et des gaz d'échappement des voitures, se révèle efficace pour ce qui est de faire baisser les taux de suicides. En Angleterre, les suicides par empoisonnement au gaz naturel ont commencé à diminuer aussitôt après que l'on ait extrait le monoxyde de carbone du gaz naturel (164) (voir figure 7.3). On note des baisses similaires dans les suicides au gaz au Japon, aux Pays-Bas, en Ecosse, en Suisse et aux Etats-Unis (165). D'autres études concluent également à une diminution du nombre des suicides après l'introduction des convertisseurs catalytiques qui, entre autres, extraient le monoxyde de carbone des gaz d'échappement des voitures (165, 166).

L'association entre la possession d'armes de poing à son domicile et les taux de suicides a été relevée (167–169). Il existe différentes approches pour faire baisser le nombre de blessures par balle, qu'elles soient accidentelles ou intentionnelles. Elles reposent généralement sur la réglementation de la vente et de la possession d'armes à feu, et sur la sécurité dans le maniement de telles armes. Les mesures à cet égard comprennent une éducation et une formation, diverses méthodes d'entreposage (comme de garder les armes et les munitions dans deux endroits séparés, et de les ranger non chargées et sous clé) et des dispositifs de blocage de la détente. Dans certains pays, dont l'Australie, le Canada et les Etats-Unis, on a noté une baisse de

FIGURE 7.2

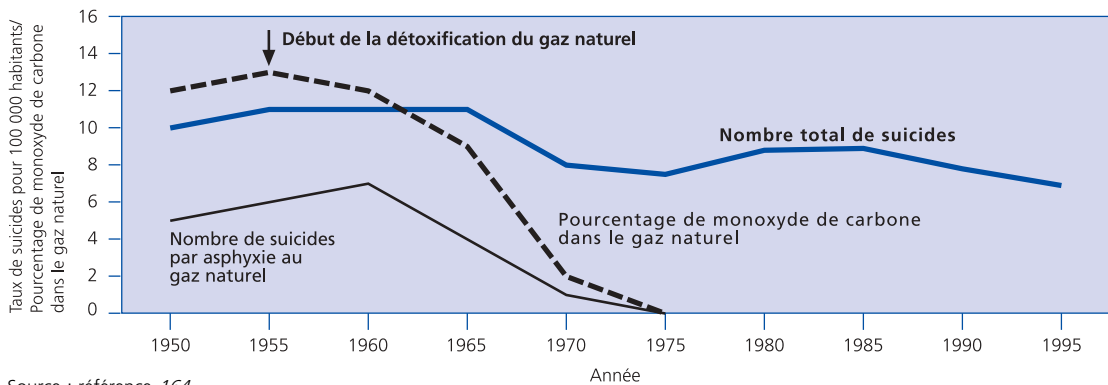
Taux de suicides au Samoa en relation avec l'arrivée de pesticides contenant du paraquat et le contrôle des ventes de paraquat



Source : référence 116.

FIGURE 7.3

Impact de la détoxification du gaz naturel (% CO) sur les taux de suicides, Angleterre et Pays de Galles, 1950–1995



Source : référence 164.

l'utilisation d'armes à feu dans les suicides depuis que leur possession est limitée (165, 169)

Rôle des médias

L'incidence potentielle des médias sur les taux de suicides est connue depuis longtemps. Il y a plus de deux siècles, un roman célèbre inspirait déjà une poussée de suicides par imitation. *Die Leiden des jungen Werther* (Les Souffrances du jeune Werther), écrit en 1774 par Johann Wolfgang Goethe en s'inspirant de l'histoire d'un de ses amis, décrit les tourments de Werther dont l'amour pour Charlotte n'est pas partagé. « Le livre a eu un effet phénoménal sur ses premiers lecteurs. Le roman suscitait non seulement l'émotion mais une certaine émulation, qui s'est traduite par une vague de suicides dont les auteurs s'habillaient [comme Werther] d'un manteau bleu et d'un gilet jaune. » (170)

Aujourd'hui, il semble que l'effet des articles de presse et autres reportages pour ce qui est d'inciter aux suicides par imitation dépende, dans une large mesure, de la façon de présenter les événements ; autrement dit, du ton et du langage utilisés, de la place accordée à l'événement et de l'utilisation parallèle d'illustrations ou d'autres documents inappropriés. Certains craignent que l'extrême vulgarisation du signalement de suicides crée une culture du suicide où ce geste est considéré comme une façon normale et acceptable de quitter un monde difficile.

Il est absolument impératif que les médias se montrent responsables dans la façon dont ils

rapportent les suicides, et toute mesure permettant d'arriver à ce résultat est bienvenue. Divers organisations et gouvernements ont proposé des lignes directrices pour ce qui est de rapporter les comportements suicidaires, y compris Befrienders International, au Royaume-Uni, les Centers for Disease Control and Prevention, aux États-Unis, l'Organisation mondiale de la Santé, et les gouvernements australien et néo-zélandais (171).

Intervention après un suicide

Perdre quelqu'un par suicide peut provoquer chez les parents et les proches amis de ceux qui ont mis fin à leurs jours, des sentiments de douleur différents de ceux que l'on ressent quand une personne meurt de causes naturelles. En général, parler du suicide reste tabou et les personnes endeuillées par un suicide ont sans doute moins l'occasion de partager leur douleur avec d'autres. Or, il est important, dans le processus de deuil, d'exprimer ce que l'on ressent. C'est pourquoi les groupes de soutien jouent un rôle clé. En 1970, les premiers groupes d'entraide pour les parents et amis de personnes qui se sont suicidées ont vu le jour en Amérique du Nord (172). Des groupes similaires ont ensuite été créés dans différents pays du monde. Ces groupes, qui sont dirigés par leurs membres mais ont accès à une aide et à des ressources extérieures, semblent bénéfiques pour les personnes qui ont perdu quelqu'un par suicide.

Cette expérience commune lie les gens et les encourage à dire ce qu'ils éprouvent (172).

Réponses sur le plan des politiques

En 1996, le Département de la coordination des politiques et du développement durable des Nations Unies a fait paraître un document expliquant l'importance d'une politique directrice sur la prévention du suicide (173). Par la suite, l'Organisation mondiale de la Santé a publié une série de documents sur la prévention du suicide (171, 172, 174–177) et deux publications sur les troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux (41, 178). D'autres rapports et lignes directrices sur la prévention du suicide ont également été rédigés (179).

En 1999, l'Organisation mondiale de la Santé a lancé une initiative mondiale pour la prévention du suicide avec les objectifs suivants :

- Parvenir à une réduction durable de la fréquence des comportements suicidaires, en mettant l'accent sur les pays en développement et les pays en transition économique et sociale.
- Repérer, évaluer et éliminer à un stade précoce, autant que possible, les facteurs qui peuvent inciter des jeunes à s'ôter la vie.
- Sensibiliser davantage le public au suicide et fournir un soutien psychosocial aux personnes ayant des pensées suicidaires ou ayant tenté de se suicider, ainsi qu'aux parents et amis des personnes qui ont attenté à leurs jours ou dont le suicide a abouti.

La principale stratégie de mise en œuvre de cette initiative mondiale comporte deux volets qui suivent la stratégie de l'Organisation mondiale de la Santé en matière de soins de santé primaires :

- L'organisation d'activités multisectorielles nationales, régionales et mondiales afin d'informer davantage sur les comportements suicidaires et leur prévention efficace.
- Le renforcement des capacités des pays de définir et d'évaluer des politiques et des plans nationaux pour la prévention du suicide comprenant :
 - soutien et traitement pour les populations à risque, comme les personnes souffrant de

dépression, les personnes âgées et les jeunes ;

- accès limité aux moyens utilisés pour se suicider, par exemple, à des substances toxiques ;
- appui aux réseaux de personnes survivant à des suicides et renforcement de ces réseaux ;
- formation des personnels du secteur des soins de santé primaires et d'autres secteurs concernés.

L'initiative est à présent complétée par une étude qui vise à cerner des facteurs de risque particuliers et des interventions qui permettent effectivement d'obtenir un recul des comportements suicidaires.

Recommandations

Le présent chapitre amène à formuler plusieurs recommandations importantes pour lutter contre les comportements suicidaires fatals et non fatals.

De meilleures données

Il y a un besoin urgent d'informations sur les causes du suicide, à l'échelle nationale et internationale, notamment dans les groupes minoritaires. Il serait bon d'encourager des études interculturelles, car elles peuvent aider à mieux comprendre les facteurs de causalité et de protection et, par conséquent, à améliorer les efforts de prévention. Voici quelques recommandations précises pour recueillir de meilleures données sur le suicide :

- Les gouvernements devraient être encouragés à recueillir des données sur les comportements suicidaires fatals et non fatals, et à mettre ces données à la disposition de l'Organisation mondiale de la Santé. Les centres hospitaliers et autres services médicaux et sociaux devraient être vivement encouragés à tenir des registres des comportements suicidaires non fatals.
- Les données sur les suicides et les tentatives de suicide devraient être valides et à jour. Il devrait y avoir un ensemble de critères et de définitions uniformes qui, une fois établis, devraient être constamment appliqués et révisés.
- La collecte de données devrait être organisée de manière à éviter le chevauchement des

dossiers statistiques ; parallèlement, il devrait être facile pour les chercheurs faisant des enquêtes analytiques et épidémiologiques d'accéder à l'information.

- Des efforts devraient être consentis pour améliorer les liens entre les données de divers organismes, y compris les hôpitaux, les établissements psychiatriques et autres établissements médicaux, et les services des médecins légistes et de la police.
- Tous les professionnels de la santé et les responsables des organismes concernés devraient recevoir une formation qui leur permette de repérer et d'orienter les personnes à risque de comportement suicidaire, et de coder ces cas correctement dans les systèmes de collecte de données.
- Il est nécessaire de recueillir des données sur les indicateurs sociaux, comme les indicateurs de qualité de vie, les taux de divorce, et l'évolution démographique et sociale, parallèlement à des données sur les comportements suicidaires, afin de mieux comprendre le problème.

Plus de recherche

Il faudrait effectuer plus de recherches pour examiner la contribution relative des facteurs biologiques et psychosociaux au comportement suicidaire. Associer davantage ces deux types de facteurs dans les programmes de recherche permettrait de beaucoup progresser dans la connaissance actuelle du suicide. La recherche sur la génétique moléculaire, qui prend rapidement de l'ampleur et qui permet déjà, entre autres, de mieux comprendre les mécanismes de contrôle du métabolisme de la sérotonine, est un domaine particulièrement prometteur.

Il faudrait faire plus de recherches cliniques sur le rôle causal des états comorbides, par exemple sur l'interaction entre dépression et consommation excessive d'alcool. On devrait également mettre davantage l'accent sur des sous-groupes de population en fonction de l'âge (étant donné que le suicide chez les personnes âgées présente des caractéristiques différentes de celles du suicide chez les jeunes), de la personnalité et du tempérament. L'imagerie

cérébrale est un autre domaine dans lequel la recherche doit être approfondie. Enfin, on devrait plus s'intéresser au rôle de l'hostilité, de l'agressivité et de l'impulsivité dans le comportement suicidaire.

De meilleurs traitements psychiatriques

La contribution considérable des facteurs psychiatriques au comportement suicidaire donne à penser qu'il est important d'améliorer le traitement des troubles psychiatriques afin de prévenir le suicide des personnes atteintes de tels troubles. A cet égard, les mesures suivantes devraient être prises :

- Les sociétés pharmaceutiques devraient être exhortées à mettre au point plus de médicaments efficaces pour le traitement des troubles psychiatriques. Il est possible, par exemple, qu'il y ait un rapport entre l'avènement des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine et la baisse des taux de suicide en Scandinavie (180).
- Le financement de la recherche devrait être orienté vers la mise au point de techniques de psychothérapie et de conseils psychosociaux plus efficaces pour les personnes suicidaires. En particulier, il devrait y avoir davantage de techniques visant plus précisément les personnes présentant des troubles de la personnalité étroitement associés au comportement suicidaire.
- Beaucoup de gens doivent savoir reconnaître les signes et les symptômes du comportement suicidaire et savoir où obtenir de l'aide, si nécessaire – que ce soit dans la famille, auprès d'amis, de médecins, de travailleurs sociaux, de dirigeants religieux, d'employeurs, d'enseignants ou d'autres membres du personnel des écoles. Les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé, en particulier, devraient être éduqués et formés de manière à savoir reconnaître des troubles psychiatriques, notamment affectifs, traiter les patients qui en sont atteints et/ou les diriger vers des services compétents.
- Les gouvernements et leurs services de planification des soins de santé doivent de toute urgence accorder la priorité au dépistage et au traitement précoces des personnes souffrant

non seulement de troubles mentaux mais aussi de toxicomanie et d'alcoolisme. Le programme mis en place dans l'île de Gotland, en Suède, par Rutz (181) fournit un modèle dont d'autres pays voudront sans doute s'inspirer.

Changements environnementaux

Divers changements environnementaux sont proposés afin de limiter l'accès à des méthodes de suicide, y compris :

- Grillager les ponts élevés.
- Limiter l'accès aux toits et aux extérieurs élevés des grands immeubles.
- Obliger les constructeurs d'automobiles à modifier la forme des pots d'échappement et à installer sur les véhicules un dispositif qui coupe automatiquement le moteur après qu'il ait tourné pendant un certain temps au point mort.
- Limiter l'accès des non-agriculteurs aux pesticides et aux engrais.
- En ce qui concerne les médicaments mortels à certaines doses :
 - exiger un strict suivi des ordonnances des médecins et des prescriptions des pharmaciens ;
 - réduire la quantité de médicaments qui peuvent être prescrits ;
 - emballer les médicaments en plaquettes cloquées ;
 - si possible, prescrire le médicament sous forme de suppositoires.
- Limiter l'accès des groupes à risque de suicide aux armes à feu.

Renforcer les interventions communautaires

Les activités de prévention du suicide menées dans les communautés locales sont importantes, mais il reste encore beaucoup à faire pour renforcer les interventions communautaires. L'attention devrait être accordée en particulier à ce qui suit :

- Mettre sur pied et évaluer des programmes communautaires.
- Améliorer la qualité des services pour les programmes existants.

- Augmenter le financement public et le soutien professionnel apportés par les pouvoirs publics :

- aux centres de prévention du suicide ;
- aux groupes de soutien des personnes qui ont perdu quelqu'un de très proche (un enfant, un partenaire intime ou un parent) à cause d'un suicide et qui risquent donc peut-être plus de se suicider elles-mêmes ;
- à la réduction de l'isolement social, par la promotion de programmes communautaires tels que des centres pour jeunes et des centres pour personnes âgées.

- Etablir des partenariats et améliorer la collaboration entre les organismes concernés.
- Mettre en place des programmes éducatifs afin de prévenir les comportements suicidaires, non seulement dans les écoles, comme c'est principalement le cas à présent, mais aussi en milieu de travail et dans d'autres cadres communautaires.

Conclusion

Le suicide, qui est une des principales causes de décès dans le monde, est un problème de santé publique important. Le suicide et les tentatives de suicide sont des phénomènes complexes qui découlent, de manière très individuelle, de l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, psychiatriques et sociaux. La complexité des causes nécessite une approche polyvalente de la prévention qui tienne compte du contexte culturel. Les facteurs culturels jouent un rôle majeur dans le comportement suicidaire (182), car ils créent des différences importantes dans les caractéristiques de ce problème dans le monde (183). Etant donné ces différences, ce qui a un effet positif en matière de prévention du suicide dans un endroit peut se révéler inefficace voire nocif dans un autre contexte culturel.

Des investissements importants sont nécessaires, tant dans la recherche que dans les mesures de prévention. Des efforts à court terme aident à mieux comprendre pourquoi des gens se suicident et ce que l'on peut faire pour les en empêcher, mais des études longitudinales sont indispensables pour bien saisir le rôle des facteurs biologiques, psychoso-

ciaux et environnementaux dans le suicide. Des évaluations rigoureuses et à long terme des interventions sont elles aussi indispensables. A ce jour, la plupart des projets ont été de courte durée et n'ont guère fait l'objet d'évaluations.

Enfin, les mesures de prévention du suicide seront inefficaces si elles ne s'inscrivent pas dans des plans à grande échelle définis par des équipes multidisciplinaires composées de représentants des gouvernements, de planificateurs des soins de santé, ainsi que de chercheurs et d'intervenants de divers secteurs et disciplines. Des investissements importants dans la planification, les ressources et la collaboration entre ces groupes aideront beaucoup à résoudre ce grave problème de santé publique.

Bibliographie

1. *Injury: a leading cause of the global burden of disease*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1999 (document non publié WHO/HSC/PVI/99.11).
2. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. In: Silverman MM, Maris RW. *Suicide prevention: toward the year 2000*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Guilford, 1985 :22–35.
3. Stoudemire A et al. The economic burden of depression. *General Hospital Psychiatry*, 1986, 8 :387–394.
4. Minois G. *History of suicide: voluntary death in Western culture*. Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Johns Hopkins University Press, 1999.
5. Shneidman E. *Definition of suicide*. New York (Etats-Unis d'Amérique), John Wiley & Sons, 1985.
6. Canetto SS, Lester D. *Women and suicidal behavior*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Springer, 1995.
7. Paykel ES et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 1974, 124 :460–469.
8. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56 :617–626.
9. Favazza A. Self-mutilation. In: Jacobs DG. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Jossey-Bass Publishers, 1999 :125–145.
10. Gururaj G et al. *Suicide prevention: emerging from darkness*. New Delhi, Bureau regional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, 2001.
11. Lester D. *Patterns of suicide and homicide in the world*. Commack, New York (Etats-Unis d'Amérique), Nova Science, 1996.
12. Lester D, Yang B. *Suicide and homicide in the 20th century*. Commack, New York (Etats-Unis d'Amérique), Nova Science, 1998.
13. Girard C. Age, gender and suicide. *American Sociological Review*, 1993, 58 :553–574.
14. Booth H. Pacific Island suicide in comparative perspective. *Journal of Biosocial Science*, 1999, 31 :433–448.
15. Yip PSF. Suicides in Hong Kong, Taiwan and Beijing. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169 :495–500.
16. Lester D. *Suicide in African Americans*. Commack, New York (Etats-Unis d'Amérique), Nova Science, 1998.
17. Wasserman D, Varnik A, Dankowicz M. Regional differences in the distribution of suicide in the former Soviet Union during perestroika, 1984–1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 1998, 394 :5,12.
18. Yip PSF, Tan RC. Suicides in Hong Kong and Singapore: a tale of two cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 1998, 44 :267–279.
19. Hunter EM. An examination of recent suicides in remote Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1991, 25 :197–202.
20. Cheng TA, Hsu MA. A community study of mental disorders among four aboriginal groups in Taiwan. *Psychological Medicine*, 1992, 22 :255–263.
21. Lester D. *Suicide in American Indians*. Commack, New York (Etats-Unis d'Amérique), Nova Science, 1997.
22. Baume PJM, Cantor CH, McTaggart PG. *Suicide in Queensland: a comprehensive study, 1990–1995*. Brisbane (Australie), Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1997.
23. Kermayer L, Fletcher C, Boothroyd L. Suicide among the Inuit of Canada. In: Leenars A et al., eds. *Suicide in Canada*. Toronto (Canada), Toronto University Press, 1998 :189–211.
24. Graham A et al. Suicide: an Australian Psychological Society discussion paper. *Australian Psychologist*, 2000, 35 :1–28.
25. Yip PSF, Yam CH, Chau PH. A re-visit on seasonal variations in the Hong Kong Special Administrative Region (HKSAR). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 103 :315–316.
26. Ji JL, Kleinman A, Becker AE. Suicide in contemporary China: a review of China's distinctive suicide

- demographics in their socio-cultural context. *Harvard Review of Psychiatry*, 2001, 9 :1–12.
27. Cooper PN, Milroy CM. The coroner's system and underreporting of suicide. *Medicine, Science and the Law*, 1995, 35 :319–326.
 28. De Leo D, Diekstra RFW. *Depression and suicide in late life*. Toronto, Ontario (Canada) et Berne (Suisse), Hogrefe/Huber, 1990.
 29. Sayer G, Stewart G, Chipps J. Suicide attempts in NSW : associated mortality and morbidity. *Public Health Bulletin*, 1996, 7 :55–63.
 30. Kjoller M, Helveg-Larsen M. Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2000, 28 :54–61.
 31. Diekstra RF, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors : an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25 :36–57.
 32. McIntire MS, Angle CR. The taxonomy of suicide and self-poisoning : a pediatric perspective. In : Wells CF, Stuart IR. *Self-destructive behavior in children and adolescents*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Van Nostrand Reinhold, 1981 :224–249.
 33. McIntosh JL et al. *Elder suicide : research, theory and treatment*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), American Psychological Association, 1994.
 34. De Leo D et al. Attempted and completed suicide in older subjects : results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001, 16 :1–11.
 35. Schmidtke A et al. Attempted suicide in Europe : rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 93 :327–338.
 36. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempt : a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 39 :603–610.
 37. Linden M, Barnow S. The wish to die in very old persons near the end of life : a psychiatric problem? Results from the Berlin Ageing Study (BASE). *International Psychogeriatrics*, 1997, 9 :291–307.
 38. Scocco P et al. Death ideation and its correlates : survey of an over-65-year-old population. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 2001, 189 :209–218.
 39. Isometsa ET, Lonnqvist JK. Suicide in mood disorders. In : Botsis AL, Soldatos CR, Stefanis CN. *Suicide : biopsychosocial approaches*. Amsterdam (Pays-Bas), Elsevier, 1997 :33–46.
 40. Waern M et al. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet*, 1999, 354 :917–918.
 41. *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1998.
 42. Blumenthal SJ. Suicide : a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Medical Clinics of North America*, 1988, 72 :937–971.
 43. Beck AT et al. The relationship between hopelessness and ultimate suicide : a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147 :190–195.
 44. Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1970, 117 :437–438.
 45. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170 :447–452.
 46. Botswick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk : a re-examination. *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157 :1925–1932.
 47. Roy A. Suicide in schizophrenia. In : Roy A, ed. *Suicide*. Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Williams & Wilkins, 1986 :97–112.
 48. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too : a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 1990, 16 :571–589.
 49. Beck AT et al. Hopelessness and eventual suicide : a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142 :559–563.
 50. Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47 :383–392.
 51. Yip PSF et al. *Teenage suicide in Hong Kong*. RAS de Hong Kong (Chine), Befrienders International, 1998.
 52. Hawton K, Catalan J. *Attempted suicide : a practical guide to its nature and management*, 2nd ed. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 1987.
 53. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide : aspiration and evidence. *British Medical Journal*, 1994, 308 :1227–1233.
 54. Roy A. Genetics, biology and suicide in the family. In : Maris RW et al. *Assessment and prediction of suicide*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Guilford, 1992 :574–588.
 55. Schulsinger F et al. A family study of suicide. In : Schou M, Stromgren E. *Origin, prevention and treatment of affective disorders*. Londres (Royaume-Uni), Academic Press, 1979 :227–287.

56. Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33 :1193–1197.
57. Lester D. The concentration of neurotransmitter metabolites in the cerebrospinal fluid of suicidal individuals : a meta-analysis. *Pharmacopsychiatry*, 1995, 28 :45–50.
58. Coccaro EF et al. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46 :587–599.
59. Mann JJ et al. Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49 :442–446.
60. Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 1998, 4 :25–30.
61. Van Praag H. Suicide and aggression. In : Lester D. *Suicide prevention*. Philadelphie, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Brunner-Routledge, 2000 :45–64.
62. Chi I, Yip PSF, Yu KK. *Elderly suicide in Hong Kong*. RAS de Hong Kong (Chine), Befrienders International, 1998.
63. De Leo D et al. Physical illness and parasuicide : evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1999, 29 :149–163.
64. Appleby L et al. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175 :168–174.
65. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36 :1543–1551.
66. Foster T et al. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175 :175–179.
67. Heikkinen ME et al. Age-related variation in recent life events preceding suicide. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1995, 183 :325–331.
68. Kaltiala-Heino R et al. Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents : school survey. *British Medical Journal*, 1999, 319 :348–351.
69. Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland : a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34 :645–650.
70. Thacore VR, Varma SL. A study of suicides in Ballarat, Victoria (Australie). *Crisis*, 2000, 21 :26–30.
71. Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *American Journal of Public Health*, 2000, 90 :1416–1420.
72. Olson L et al. Guns, alcohol and intimate partner violence : the epidemiology of female suicide in New Mexico. *Crisis*, 1999, 20 :121–126.
73. Thompson MP et al. Partner abuse and post-traumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. *Journal of Trauma and Stress*, 1999, 12 :59–72.
74. Fischbach RL, Herbert B. Domestic violence and mental health : correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science in Medicine*, 1997, 45 :1161–1176.
75. Brown J et al. Childhood abuse and neglect : specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38 :1490–1496.
76. Dinwiddie S et al. Early sexual abuse and lifetime psychopathology : a co-twin control study. *Psychological Medicine*, 2000, 30 :41–52.
77. Santa Mina EE, Gallop RM. Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour : a literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 43 :793–800.
78. Garnefski N, Arends E. Sexual abuse and adolescent maladjustment : differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 1998, 21 :99–107.
79. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse : a longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*, 1996, 20 :709–723.
80. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56 :876–880.
81. Herrell R et al. Sexual orientation and suicidality : a co-twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56 :867–874.
82. *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide (1989). Volume 3 : Prevention and interventions in youth suicide*. Washington D.C. (Etats-Unis d'Amérique), United States Department of Health and Human Services, 1989 :110-137 (DHSS publication ADM 89-1623).
83. Shaffer D et al. Sexual orientation in adolescents who commit suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25(Suppl.) :64–71.

84. Millard J. Suicide and suicide attempts in the lesbian and gay community. *Australian and New Zealand Mental Health Nursing*, 1995, 4 :181–189.
85. Stronski Huwiler SM, Remafedi G. Adolescent homosexuality. *Advances in Pediatrics*, 1998, 45 :107–144.
86. Clark DC, Fawcett J. Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. In : Bongar B, ed. *Suicide : guidelines for assessment, management and treatment*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Oxford University Press, 1992 :16–48.
87. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54 :254–261.
88. Smith JC, Mercy JA, Conn JM. Marital status and the risk of suicide. *American Journal of Public Health*, 1998, 78 :78–80.
89. Cantor CH, Slater PJ. Marital breakdown, parenthood and suicide. *Journal of Family Studies*, 1995, 1 :91–102.
90. Yip PSF. Age, sex, marital status and suicide : an empirical study of east and west. *Psychological Reports*, 1998, 82 :311–322.
91. Thompson N, Bhugra D. Rates of deliberate self-harm in Asians : findings and models. *International Review of Psychiatry*, 2000, 12 :37–43.
92. Khan MM, Reza H. Gender differences in nonfatal suicidal behaviour in Pakistan : significance of sociocultural factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1998, 28 :62–68.
93. Khan MM, Reza H. The pattern of suicide in Pakistan. *Crisis*, 2000, 21 :31–35.
94. Durkheim E. *Le Suicide*. Paris (France), Alcan, 1897.
95. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 377 (Suppl.) :65–72.
96. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1994, 23 :343–358.
97. Kreitman N. *Parasuicide*. Chichester, John Wiley & Sons, 1977.
98. Magne-Ingvar U, Ojehagen A, Traskman-Bendz L. The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 86 :153–158.
99. Maris RW. *Pathways to suicide : a survey of self-destructive behaviors*. Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Johns Hopkins University Press, 1981.
100. Negron R et al. Microanalysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36 :1512–1519.
101. Wenz F. Marital status, anomie and forms of social isolation : a case of high suicide rate among the widowed in urban sub-area. *Diseases of the Nervous System*, 1977, 38 :891–895.
102. Draper B. Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996, 11 :577–587.
103. Dennis MS, Lindsay J. Suicide in the elderly : the United Kingdom perspective. *International Psychogeriatrics*, 1995, 7 :263–274.
104. Hawton K, Fagg J, Simkin S. Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford 1976–93. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169 :202–208.
105. *National injury mortality reports, 1987–1998*. Atlanta, Géorgie (Etats-Unis d'Amérique), Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
106. Zhang J. Suicide in Beijing, China, 1992–1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26 :175–180.
107. Yip PSF. An epidemiological profile of suicide in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, 31 :62–70.
108. De Leo D et al. *Hanging as a means to suicide in young Australians : a report to the Commonwealth Ministry of Health and Family Services*. Brisbane (Australie), Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1999.
109. Schmidtke A, Hafner H. The Werther effect after television films : new evidence for an old hypothesis. *Psychological Medicine*, 1998, 18 :665–676.
110. Wasserman I. Imitation and suicide : a re-examination of the Werther effect. *American Sociological Review*, 1984, 49 :427–436.
111. Mazurk PM et al. Increase of suicide by asphyxiation in New York City after the publication of “Final Exit”. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329 :1508–1510.
112. De Leo D, Ormskerk S. Suicide in the elderly : general characteristics. *Crisis*, 1991, 12 :3–17.
113. *Rates of suicide throughout the country : fact sheet*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), American Association of Suicidology, 1999.
114. Dudley MJ et al. Suicide among young Australians, 1964–1993 : an interstate comparison of metropolitan and rural trends. *Medical Journal of Australia*, 1998, 169 :77–80.
115. Hawton K et al. *Suicide and stress in farmers*. Londres (Royaume-Uni), The Stationery Office, 1998.
116. Bowles JR. Suicide in Western Samoa : an example of a suicide prevention program in a developing

- country. In: Diekstra RFW et al. *Preventive strategies on suicide*. Leiden, Brill, 1995 :173–206.
117. Cantor CH et al. *The epidemiology of suicide and attempted suicide among young Australians: a report to the NH-MRC*. Brisbane (Australie), Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
 118. Baume P, Cantor CH, McTaggart P. *Suicide in Queensland, 1990–1995*. Queensland (Australie), Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
 119. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 1984, 19 :93–115.
 120. Varnik A, Wasserman D, Eklund G. Suicides in the Baltic countries. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 22 :166–169.
 121. Kalediene R. Time trends in mortality in Lithuania. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999, 99 :419–422.
 122. Weyerer S, Wiedenmann A. Economic factors and the rate of suicide in Germany between 1881 and 1989. *Psychological Report*, 1995, 76 :1331–1341.
 123. Lopatin AA, Kokorina NP. The widespread nature of suicide in Kuzbass (Russie). *Archives of Suicide Research*, 1998, 3 :225–234.
 124. Berk JH. Trauma and resilience during war: a look at the children and humanitarian aid workers in Bosnia. *Psychoanalytical Review*, 1998, 85 :648–658.
 125. Yip PSF. Suicides in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1997, 32 :243–250.
 126. Morrell S et al. Suicide and unemployment in Australia 1907–1990. *Social Science and Medicine*, 1993, 36 :749–756.
 127. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. The effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood. *Psychological Medicine*, 1997, 27 :371–381.
 128. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine*, 1998, 28 :209–218.
 129. Lester D. Religion, suicide and homicide. *Social Psychiatry*, 1987, 22 :99–101.
 130. Faupel CE, Kowalski GS, Starr PD. Sociology's one law: religion and suicide in the urban context. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1987, 26 :523–534.
 131. Burr JA, McCall PL, Powell-Griner E. Catholic religion and suicide: the mediating effect of divorce. *Social Science Quarterly*, 1994, 75 :300–318.
 132. Bankston WB, Allen HD, Cunningham DS. Religion and suicide: a research note on "Sociology's One Law". *Social Forces*, 1983, 62 :521–528.
 133. Pope W, Danigelis N. Sociology's "one law". *Social Forces*, 1981, 60 :495–516.
 134. Simpson ME, Conlin GH. Socioeconomic development, suicide and religion: a test of Durkheim's theory of religion and suicide. *Social Forces*, 1989, 67 :945–964.
 135. Stack S, Wasserman I. The effect of religion on suicide ideology: an analysis of the networks perspective. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1992, 31 :457–466.
 136. Stack S. The effect of religious commitment of suicide: a cross-national analysis. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1983, 24 :362–374.
 137. Kok LP. Race, religion and female suicide attempters in Singapore. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998, 40 :236–239.
 138. Neeleman J, Wessely S, Lewis G. Suicide acceptability in African and white Americans: the role of religion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998, 186 :12–16.
 139. Marzuk PM et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154 :122–123.
 140. Nisbet PA. Protective factors for suicidal black females. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26 :325–340.
 141. Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278 :823–832.
 142. McKeown RE et al. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998, 37 :612–619.
 143. Botsis AJ. Suicidal behaviour: risk and protective factors. In: Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam (Pays-Bas), Elsevier Science, 1997 :129–146.
 144. Pfeffer CR, Hurt SW, Peskin JR. Suicidal children grow up: ego functions associated with suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995, 34 :1318–1325.
 145. Borowsky IW et al. Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1999, 153 :573–580.
 146. Goldney RD. Prediction of suicide and attempted suicide. In: Hawton K, van Heeringen K. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester (Royaume-Uni), John Wiley & Sons, 2000 :585–595.

147. Verkes RJ et al. Reduction by paroxetine of suicidal behaviour in patients with repeated suicide attempts but not with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155 :543–547.
148. Linehan MM. Behavioral treatments of suicidal behaviors: definitional obfuscation and treatment outcomes. In: Stoff DM, Mann JJ. *The neurobiology of suicide: from the bench to the clinic*. New York (Etats-Unis d'Amérique), New York Academy of Sciences, 1997 :302–328.
149. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive behavioural problem-solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157 :871–876.
150. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50 :971–974.
151. MacLeod AK et al. Recovery of positive future thinking within a high-risk parasuicide group: results from a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 1998, 37 :371–379.
152. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The Green Card Study. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163 :111–112.
153. Cotgrove A et al. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence*, 1995, 18 :569–577.
154. Evans MO et al. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175 :23–27.
155. De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152 :632–634.
156. Litman RE, Wold CI. Beyond crisis intervention. In: Schneidman ES. *Suicidology, contemporary developments*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Grune & Stratton, 1976 :528–546.
157. Gibbons JS et al. Evaluation of a social work service for self-poisoning patients. *British Journal of Psychiatry*, 1978, 133 :111–118.
158. Hawton K et al. Evaluation of outpatient counselling compared with general practitioner care following overdoses. *Psychological Medicine*, 1987, 17 :751–761.
159. Dew MA et al. A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention centers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55 :239–244.
160. Lester D. The effectiveness of suicide prevention centres: a review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1997, 27 :304–310.
161. Riehl T, Marchner E, Moller HJ. Influence of crisis intervention telephone services (“crisis hotlines”) on the suicide rate in 25 German cities. In: Moller HJ, Schmidtke A, Welz R. *Current issues of suicidology*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Springer Verlag, 1988 :431–436.
162. Lester D. State initiatives in addressing youth suicide: evidence for their effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1992, 27 :75–77.
163. Oliver RG, Hetzel BS. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Medical Journal of Australia*, 1972, 2 :919–923.
164. Kreitman N. The coal gas history: United Kingdom suicide rates, 1960–1971. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 1972, 30 :86–93.
165. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Archives of Suicide Research*, 1998, 4 :7–24.
166. Clarke RV, Lester D. Toxicity of car exhausts and opportunity for suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1987, 41 :114–120.
167. Lester D, Murrell ME. The influence of gun control laws on suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 1980, 80 :151–154.
168. Kellerman AL et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327 :467–472.
169. Carrington PJ, Moyer MA. Gun control and suicide in Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151 :606–608.
170. Reed TJ. *Goethe*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 1984 (Past Masters Series).
171. *Preventing suicide: a resource for media professionals*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2000 (document non publié WHO/MNH/MBD/00.2).
172. *Preventing suicide: how to start a survivors group*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2000 (document non publié WHO/MNH/MBD/00.6).
173. *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Nations Unies, 1996 (document ST/SEA/245).
174. *Preventing suicide: a resource for general physicians*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2000 (document non publié WHO/MNH/MBD/00.1).
175. *Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2000 (document non publié WHO/MNH/MBD/00.3).

176. *Preventing suicide : a resource for primary health care workers*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2000 (document non publié WHO/MNH/MBD/00.4).
177. *Preventing suicide : a resource for prison officers*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2000 (document non publié WHO/MNH/MBD/00.5).
178. *Rapport sur la santé dans le monde 2001. Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2001.
179. United States Public Health Service. *The Surgeon-General's call to action to prevent suicide*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), United States Department of Health and Human Services, 1999.
180. Isacson G. Suicide prevention : a medical breakthrough? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102 :113–117.
181. Rutz W. The role of family physicians in preventing suicide. In: Lester D, ed. *Suicide prevention : resources for the millennium*. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Brunner-Routledge, 2001 :173–187.
182. De Leo D. Cultural issues in suicide and old age. *Crisis*, 1999, 20 :53–55.
183. Schmidtke A et al. Suicide rates in the world : an update. *Archives of Suicide Research*, 1999, 5 :81–89.

CHAPITRE 8

La violence collective

Contexte

La violence collective, sous ses formes multiples, reçoit beaucoup d'attention du public. Les conflits violents qui opposent groupes et nations, le terrorisme d'Etat et de groupes terroristes, l'utilisation du viol comme arme de guerre, les déplacements massifs de populations obligées de fuir, les guerres de gangs et le vandalisme de masse, tout cela se produit chaque jour dans bien des régions du monde. Les effets de ces différents types d'événements sur la santé sont immenses, que l'on parle de décès, de maladies physiques, de handicaps ou de souffrances morales.

La médecine s'occupe depuis longtemps des effets de la violence collective, tant sur le plan scientifique que pratique, de la chirurgie militaire aux interventions du Comité international de la Croix-Rouge. La santé publique, toutefois, n'a commencé à s'intéresser au phénomène que dans les années 1970, après la crise humanitaire du Biafra, au Nigéria. Les leçons tirées de cette crise, par les organisations non gouvernementales, dans une large mesure, ont servi de base à ce qui est devenu un ensemble croissant de connaissances et d'interventions médicales dans le domaine des soins de santé préventifs.

Le monde continue toujours d'apprendre à réagir au mieux aux diverses formes de violence collective, mais il est évident à présent que la santé publique a un rôle important à jouer. Comme l'Assemblée mondiale de la Santé l'a déclaré en 1981 (1), le rôle des personnels de santé dans la préservation et la promotion de la paix est un facteur important de la santé pour tous.

Le présent chapitre porte principalement sur les conflits violents et, plus particulièrement, sur les situations d'urgence complexes liées aux conflits. Si l'on parle souvent et abondamment des crises de ce type, en revanche, bon nombre de leurs aspects, y compris l'impact non fatal sur les victimes et les causes et réponses aux crises, restent généralement cachés, parfois délibérément. Des formes de violence organisée qui n'ont pas d'objectifs politiques, comme la violence des gangs, le vandalisme de masse et la violence criminelle associée au banditisme, ne sont pas couvertes par ce chapitre.

Définition de la violence collective

On peut définir la violence collective ainsi :

L'utilisation instrumentale de la violence par des personnes qui s'identifient comme membres d'un groupe, que ce groupe soit temporaire ou qu'il ait une identité plus permanente, contre un autre groupe de personnes, afin d'atteindre des objectifs politiques, économiques ou sociaux.

Formes de violence collective

On connaît différentes formes de violence collective, dont celles-ci :

- Guerres, terrorisme et autres conflits politiques violents qui se produisent à l'intérieur des Etats ou entre Etats.
- Violences perpétrées par les Etats telles que les génocides, la répression, les disparitions, la torture et autres atteintes aux droits de l'homme.
- La violence criminelle organisée telle que le banditisme et les guerres de gangs.

Situations d'urgence complexes

Pour reprendre la définition du Comité permanent interorganisations (2), principal mécanisme des Nations Unies en ce qui concerne la coordination de l'aide humanitaire en réponse aux situations d'urgence importantes et complexes, une situation d'urgence complexe est :

« une crise humanitaire qui survient dans un pays, une région ou une société dont les pouvoirs publics se désagrègent à cause d'un conflit interne ou externe et qui nécessite une intervention internationale qui dépasse le mandat ou la capacité de tout organisme et/ou le programme pays des Nations Unies en place. »

Il arrive que l'on utilise l'expression pour décrire d'autres formes de catastrophes naturelles ou causées par l'homme qui ont des incidences importantes, mais elle est utilisée ici pour désigner les urgences étroitement liées à des conflits violents souvent lourds de conséquences politiques.

Leaning (3) nomme quatre résultats caractéristiques des situations d'urgence complexes, ayant toutes des conséquences profondes pour la santé publique :

- le déplacement de populations ;

- la destruction de réseaux sociaux et d'éco-systèmes ;
- l'insécurité dans laquelle vivent les civils et d'autres qui ne se battent pas ;
- les atteintes aux droits de l'homme.

Certains analystes (4) utilisent l'expression « situations d'urgence politiques complexes » pour souligner la nature politique de certaines crises. Généralement, les situations d'urgence politiques complexes :

- sont internationales ;
- ont pour origine une course au pouvoir et aux ressources ;
- s'étendent dans le temps ;
- ont pour cadre des structures et des divisions sociales, politiques, économiques et culturelles existantes ;
- se caractérisent souvent par une domination sociale « abusive ».

Conflits armés

Bien que le mot « guerre » soit généralement employé pour décrire un conflit, et qu'on l'entende à son sens historique de violence entre des Etats, sa définition juridique est controversée. En fait, la controverse tourne autour de questions telles que la quantification (par exemple, combien les combats doivent-ils faire de morts pour que l'on puisse parler de guerre et en combien de temps ?), le fait de savoir si les hostilités ont été ou pas ouvertement déclarées, et leurs limites géographiques (par exemple, si la guerre est nécessaire entre des Etats ou à l'intérieur d'un Etat). Pour éviter ces controverses et, en particulier, des failles dans l'applicabilité du droit humanitaire, beaucoup d'instruments internationaux, comme les Conventions de Genève de 1949, emploient l'expression « conflit armé ».

La grande variété des conflits armés et de leurs belligérants oblige cependant les observateurs à chercher de nouveaux termes pour les décrire. Ainsi, ils parlent de « nouvelles guerres » pour décrire des conflits où les limites entre les concepts traditionnels de guerre, de crime organisé et de violations des droits de l'homme à grande échelle sont flous (5), et de « guerre asymétrique ». Ce

dernier terme, qui est étroitement associé au phénomène du terrorisme moderne (6), est utilisé pour décrire une forme de conflit où un groupe organisé, sans puissance militaire classique ou pouvoir économique, cherche à attaquer les points faibles inhérents à des sociétés relativement riches et ouvertes. Les attaques sont menées avec des armes et des tactiques non classiques, et au mépris des codes de conduite politiques ou militaires.

Génocide

Le génocide est une forme particulièrement haineuse de violence collective, d'autant que ses auteurs visent intentionnellement un groupe de population en particulier afin de le détruire. Le génocide a donc, par définition, une dimension collective.

Cependant, le concept de génocide est récent. Bien que les historiens et d'autres l'aient appliqué rétrospectivement à des événements qui se sont produits avant 1939 (et il est employé au sens historique dans les exemples cités plus loin dans ce chapitre), le terme n'a eu de définition juridique qu'après la Deuxième Guerre mondiale. Les horreurs de l'Holocauste nazi ont ouvert un débat international qui a conduit à la codification du terme en 1948, dans la Convention pour la prévention et la répression du crime de génocide. L'article 2 de cette Convention, qui est entrée en vigueur le 12 janvier 1951, définit ainsi le génocide : « l'un quelconque des actes ci-après, commis dans l'intention de détruire, en tout ou en partie, un groupe national, ethnique, racial ou religieux, comme tel :

- Meurtre de membres du groupe ;
- Atteinte grave à l'intégrité physique ou mentale de membres du groupe ;
- Soumission intentionnelle du groupe à des conditions d'existence devant entraîner sa destruction physique totale ou partielle ;
- Mesures visant à entraver les naissances au sein du groupe ;
- Transfert forcé d'enfants du groupe à un autre groupe. »

Le crime de génocide est punissable aux termes de la Convention, tout comme la complicité dans

un génocide, et l'entente en vue de commettre un génocide, l'incitation directe et publique à commettre un génocide, et la tentative de génocide.

Après le conflit de 1994 au Rwanda, le Conseil de sécurité des Nations Unies a exprimé dans diverses résolutions sa grave préoccupation devant les rapports faisant état de génocide, et il a décidé de créer un tribunal pénal international spécial pour le Rwanda. Le tribunal a déjà prononcé plusieurs condamnations pour génocide, qu'il a confirmées en appel. En août 2001, la Chambre de première instance du Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie a prononcé sa première condamnation pour génocide dans le contexte du conflit en Bosnie-Herzégovine, à propos du massacre de musulmans bosniaques perpétré Srebrenica, en juillet 1995.

Données sur la violence collective

Sources de données

Divers instituts de recherche recueillent et analysent des données sur les victimes de conflits internationaux et de conflits intérieurs. C'est le cas de l'Institut international de recherches sur la paix de Stockholm (SIPRI), qui a mis au point une formule standard détaillée pour ses rapports annuels sur l'impact des conflits, et du projet Correlates of War de l'Université du Michigan, aux États-Unis, source souvent citée pour ce qui est de l'ampleur et des causes des conflits du XIX^{ème} siècle à nos jours.

Tout un éventail d'organismes nationaux de défense des droits de l'homme ainsi qu'un nombre croissant d'organisations non gouvernementales internationales, dont African Rights, Amnistie Internationale et Human Rights Watch, recueillent plus précisément des données sur la torture et les atteintes aux droits de l'homme. Aux Pays-Bas, l'Interdisciplinary Research Programme on Root Causes of Human Rights Violations suit les décès et autres résultats des atteintes à ces droits dans le monde.

Problèmes relatifs à la collecte de données

La plupart des pays pauvres n'ont pas de registres de santé fiables, d'où la difficulté de déterminer les proportions de décès, de maladies et de handicaps liées aux conflits. De plus, des situations d'urgence complexes ne manquent jamais de perturber les

systèmes de surveillance et d'information existants (7). Cependant, quelques techniques novatrices ont été mises au point afin de surmonter ces difficultés. Au Guatemala, trois ensembles de données ainsi que des données fournies par des témoins et des victimes ont été combinés pour arriver à une estimation du nombre total de morts imputables à la guerre civile, soit 132 000 environ. Le chiffre officiel était nettement inférieur, puisqu'il oubliait quelque 100 000 morts (8).

Les pertes subies par les forces armées, qui sont généralement enregistrées selon certaines procédures militaires, sont probablement assez exactes. Les chiffres relatifs aux génocides sont évidemment sujets à plus de manipulations et donc plus difficiles à confirmer. Les différences entre les estimations concernant les massacres de civils peuvent aller de un à dix. Dans le génocide rwandais de 1994, certaines parlaient de 500 000 morts et d'autres, d'un million. Au Timor oriental, des dizaines de milliers de personnes ont été portées disparues aussitôt après le conflit, en 1999, et plusieurs mois plus tard, on ne savait pas encore très bien si les estimations originales étaient correctes. On n'avait guère de précisions quant aux pertes en vies humaines dans le conflit qui a ravagé la République démocratique du Congo entre 1998 et 2001, mais des estimations évoquent le chiffre de plus de 2,5 millions de tués (9).

La collecte de données présente de nombreuses difficultés. Ainsi, il est difficile d'évaluer la santé et la mortalité dans des populations qui changent rapidement, on ne peut accéder aux services qui détiennent des données, et diverses erreurs se glissent dans celles-ci. Souvent, les parties à un conflit essaient de manipuler les données relatives au nombre de victimes et aux ressources. Il est donc probable que l'information soit faussée en ce qui concerne le calcul du nombre de victimes. C'est pourquoi les organisations de la société civile ont un rôle important à jouer dans la documentation des cas de violence collective. Les données relatives aux atteintes aux droits de l'homme sont souvent difficiles à vérifier, car les auteurs de ces actes font tout leur possible, allant jusqu'à enlever, faire disparaître et commettre des assassinats politiques,

pour cacher toute preuve s'y rapportant. Plusieurs organisations, dont Amnistie Internationale, Human Rights Watch et Médecins pour les droits de l'homme, ont mis au point des techniques détaillées pour recueillir, évaluer et vérifier les données relatives aux atteintes aux droits de l'homme.

Ampleur du problème

L'Organisation mondiale de la Santé estime qu'en l'an 2000, environ 310 000 personnes sont décédées des suites de blessures de guerre (voir annexe statistique). Ces décès sont répertoriés selon les codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) pour les blessures résultant d'opérations de guerre (CIM-9¹ E990–E999 ou CIM-10² Y36). Les taux de décès imputables à une guerre varient de moins de 1 pour 100 000 habitants dans les pays à revenu élevé à 6,2 pour 100 000 habitants dans les pays à revenu faible et moyen. Dans le monde, les taux les plus élevés en ce qui concerne ces décès sont relevés dans la Région Africaine de l'OMS (32,0 pour 100 000). Puis viennent les pays à revenu faible et moyen de la Région OMS de la Méditerranée orientale (8,2 pour 100 000) et de la Région européenne de l'OMS (7,6 pour 100 000).

Victimes des conflits collectifs

Entre le XVI^{ème} et le XX^{ème} siècle, le nombre total de décès imputables à un conflit par siècle était, respectivement, de 1,6 million, 6,1 millions, 7,0 millions, 19,4 millions et 109,7 millions (12, 13). Évidemment, ces chiffres ne disent pas dans quelles circonstances ces personnes sont mortes. Ainsi, on estime à six millions sur quatre siècles le nombre des personnes qui ont perdu la vie dans la capture et le transport d'esclaves et à dix millions le nombre des autochtones des Amériques tués par les colons européens.

D'après une estimation (14), quelque 191 millions de personnes ont perdu la vie directement ou

indirectement dans les 25 plus grands cas de violence collective du XX^{ème} siècle, et 60 % d'entre elles ne participaient pas aux affrontements. En dehors des deux guerres mondiales, la Terreur stalinienne et le Grand Bond en Avant chinois (1958–1960) sont les deux périodes les plus meurtrières de ce siècle. Dans les deux cas, et malgré l'incertitude quant aux chiffres, les morts se sont comptés par millions. Les décès imputables à des conflits dans les 25 plus grands événements comprennent quelque 39 millions de soldats et 33 millions de civils. A cela s'ajoutent les 40 millions de personnes victimes de famines liées à des conflits ou à des génocides du XX^{ème} siècle.

Il y a un développement relativement nouveau dans les conflits armés, et c'est le nombre croissant de morts violentes parmi le personnel civil des Nations Unies et les travailleurs d'organisations non gouvernementales présentes dans les zones de conflit. Entre 1985 et 1998, on a dénombré plus de 380 décès parmi les travailleurs humanitaires (15), et les Nations Unies ont perdu plus de civils que de militaires.

Torture et viol

La torture est chose courante dans de nombreux conflits (voir encadré 8.1). Parce que les victimes ont tendance à cacher leur traumatisme et que des pressions politiques s'exercent pour ne pas reconnaître le recours à la torture, il est difficile d'en évaluer l'ampleur.

Le viol est une arme de guerre elle aussi documentée dans de nombreux conflits. Bien que les femmes représentent l'immense majorité des victimes, il arrive aussi que des hommes soient violés pendant des conflits. On estime que le nombre des femmes violées en Bosnie-Herzégovine pendant le conflit de 1992 à 1995 se situe entre 10 000 et 60 000 (22), et on a aussi rapporté et documenté des viols commis en temps de guerre au cours des dernières décennies dans les pays suivants, entre autres : Bangladesh, Libéria, Rwanda et Ouganda (voir chapitre 6). Le viol est également utilisé pour terroriser et saper des communautés, pour forcer des gens à fuir et pour briser les structures communautaires. Quant aux effets physiques et psychologiques sur les victimes, ils sont considérables (23, 24).

¹ Classification internationale des maladies, neuvième révision (10).

² Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (11).

ENCADRE 8.1**La torture**

Plusieurs traités internationaux définissent la torture. La Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants de 1984 parle de « tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne », afin d'obtenir des renseignements ou des aveux, de la punir, de l'intimider ou de faire pression sur elle, « ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit ». La Convention vise la torture infligée par des agents de la fonction publique et toute autre personne agissant à titre officiel.

En préparant son rapport de l'an 2000 sur la torture (16), l'organisation de défense des droits de l'homme, Amnesty Internationale, a entendu parler de torture ou de mauvais traitements infligés par des agents publics dans plus de 150 pays. Dans plus de 70 pays, la pratique était apparemment généralisée et dans plus de 80 pays, des gens seraient morts des suites de tortures. La plupart des victimes semblaient être des gens soupçonnés ou reconnus coupables de crimes, et la plupart des tortionnaires étaient des policiers.

Il est fort probable que la prévalence de la torture infligée à des personnes soupçonnées de crime ne soit que partiellement rapportée, car les victimes sont généralement moins à même de déposer plainte. Dans certains pays, la torture de criminels de droit commun, qui est une pratique ancienne, n'attire l'attention que lorsque la répression politique plus manifeste recule. En l'absence des mécanismes de formation et d'enquête voulus, il arrive que la police recoure à la torture ou aux mauvais traitements pour arracher rapidement des aveux et obtenir des condamnations.

Dans certains cas, la torture est employée pour obtenir des renseignements ou des aveux (vrais ou faux), ou encore une collaboration, ou pour « briser » la victime et en faire un exemple pour d'autres. Dans d'autres cas, le principal objectif est de punir et d'humilier. Parfois, la torture est également employée comme moyen d'extorsion. Une fois établi, un régime de torture peut se perpétuer.

La torture a de graves conséquences pour la santé publique, car elle porte atteinte à la santé mentale et physique de populations. Parfois, les victimes restent dans leur propre pays, s'adaptant du mieux qu'elles peuvent, avec ou sans soutien médical et psychosocial. Si l'on ne répond pas comme il faut à leurs besoins, elles risquent de devenir des membres de la société de plus en plus aliénés ou dysfonctionnels. Il en va de même de celles qui s'exilent. Les données existantes sur les demandeurs d'asile, dont certains ont subi des tortures dans leur pays d'origine, laissent à penser qu'ils ont des besoins importants en matière de santé (17, 18).

L'absence de répression de la torture encourage la police et les forces de sécurité à mal se conduire et favorise une tolérance accrue à l'égard des atteintes aux droits de l'homme et de la violence. Diverses organisations de professionnels de la santé, qui ont pris fermement position contre la torture, considèrent que la prévention de cette pratique est étroitement liée à leur métier et au bien de la santé publique (19). Des organisations non gouvernementales appellent également à un travail de prévention (20).

Il est recommandé d'utiliser à l'échelle mondiale un mécanisme de contrôle en particulier, à savoir le système d'inspection du Conseil de l'Europe. Un « protocole facultatif » à la Convention des Nations Unies contre la torture pourrait prévoir un système d'inspection similaire dans les lieux de détention. On a peu progressé à ce jour dans la préparation d'un tel protocole facultatif.

Les initiatives visant à enquêter sur la torture et à réunir des documents à son sujet se multiplient depuis quelques années. Les lignes directrices des Nations Unies sur l'évaluation et l'enregistrement de preuves médicales de torture, connues sous le nom de « Protocole d'Istanbul », ont été rédigées en 1999 par des légistes, des médecins, des observateurs des droits de l'homme et des avocats de quinze pays, et publiées deux ans plus tard.

La nature des conflits

Depuis la Deuxième Guerre mondiale, il y a eu en tout 190 conflits armés, dont un quart seulement entre Etats. En fait, les conflits modernes sont de plus en plus internes. Depuis 1945, la plupart des conflits armés ont duré moins de six mois. Ceux qui ont duré plus longtemps se sont souvent étirés sur des années. Par exemple, au Vietnam, il s'est étalé sur plus de deux décennies. L'Afghanistan et l'Angola sont deux autres exemples de longs conflits. Dans les années 1950, il y avait moins de vingt conflits en cours ; dans les années 1960 et 1970, plus de trente et, à la fin des années 1980, on était passé à plus de cinquante. Après 1992, leur nombre a diminué, mais ceux qui duraient étaient, en moyenne, plus longs.

Les conflits intérieurs sont les plus courants, mais les conflits internationaux n'ont pas disparu. La guerre qui a opposé l'Iraq et la République islamique d'Iran, de 1980 à 1988, aurait tué 450 000 soldats et 50 000 civils (13). Le conflit entre l'Erythrée et l'Ethiopie, à la fin du XX^{ème} siècle, a opposé pour l'essentiel deux armées classiques qui se sont battues à l'arme lourde et dans des tranchées, faisant des dizaines de milliers de morts. Il y a eu des coalitions de forces multinationales engagées dans des conflits au moyen d'attaques aériennes massives, comme dans la guerre du Golfe contre l'Iraq, en 1991, et dans la campagne menée par l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) contre la République fédérale de Yougoslavie, en 1999.

Depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale, bon nombre des conflits ont eu lieu dans des pays en développement. Après l'effondrement des régimes communistes en Europe de l'Est et dans l'ancienne Union soviétique, à la fin des années 1980 et au début des années 1990, on a assisté, pendant quelque temps, à une recrudescence de conflits armés en Europe.

La taille de la zone de conflit a changé radicalement au cours des deux derniers siècles. Jusqu'au début du XIX^{ème} siècle, les nations se livraient combat sur des « champs de bataille ». Sous Napoléon, qui mobilisait des armées de citoyens-soldats, les guerres s'étendaient sur plus de territoire mais se livraient encore essentiellement sur des

champs de bataille. Avec le développement des chemins de fer, au XIX^{ème} siècle, et la mécanisation des transports en commun, il est devenu possible de changer des troupes de position rapidement dans des espaces géographiques plus vastes. Ensuite, avec l'arrivée des chars, des sous-marins, des bombardiers et des missiles guidés par laser, les champs de bataille ont perdu toute limite géographique. Dans des conflits récents, comme celui qui a opposé l'OTAN à la Yougoslavie en 1999, on a parlé de « guerres virtuelles » (25), les combats se livrant par l'intermédiaire de missiles téléguidés, sans la participation de troupes terrestres.

Quels sont les facteurs de risque?

En matière de santé publique, pour bien agir, il faut cerner les facteurs de risque et les facteurs déterminants de la violence collective, et définir des approches pour régler les conflits sans recourir à la violence. On a repéré différents facteurs de risque en ce qui concerne les conflits politiques importants. Plus particulièrement, la Commission Carnegie sur la prévention des conflits meurtriers (26) a dressé une liste d'indicateurs d'état de risque d'effondrement et de conflit intérieur (voir tableau 8.1). Ces facteurs conjugués créent les conditions nécessaires pour un conflit violent. Seuls, aucun d'eux ne suffit sans doute à déclencher des violences ou la désintégration d'un Etat.

Voici quelques facteurs de conflit violent :

- Facteurs politiques :
 - absence de processus démocratique ;
 - inégalité d'accès au pouvoir.
- Facteurs économiques :
 - répartition extrêmement inégale des ressources ;
 - inégalité d'accès aux ressources ;
 - contrôle sur les principales ressources naturelles ;
 - contrôle sur la production et le commerce de stupéfiants.
- Facteurs communautaires et sociétaux :
 - inégalité entre les groupes ;
 - fanatisme de groupes ethniques, nationaux ou religieux attisé ;

- facilité de se procurer des armes de petit calibre, entre autres.
 - Facteurs démographiques :
 - évolution démographique rapide.
- Il est possible de repérer nombre de ces facteurs de risque avant que n'éclate la violence collective.

Facteurs économiques et politiques

La répartition extrêmement inégale des ressources, particulièrement des services de santé et d'éducation, et l'inégalité de l'accès à ces ressources et au pouvoir politique – que ce soit par région géographique, par classe sociale, par religion, par race ou par origine ethnique – sont des facteurs importants qui peuvent contribuer à des conflits entre groupes. La présence de dirigeants antidémocratiques, surtout s'ils sont répressifs et si le pouvoir découle d'une identité ethnique ou religieuse, contribue beaucoup aux conflits. Un déclin des services publics, qui d'habitude affecte le plus durement les segments les plus pauvres de la société, peut être un signe précurseur d'une situation qui se détériore.

Les conflits sont moins probables dans des situations de croissance économique que dans des économies qui se contractent et où la course aux ressources s'intensifie donc.

Mondialisation

Les tendances de l'économie mondiale accélèrent le rythme de l'intégration mondiale et de la croissance économique pour certains pays, et pour quelques groupes de pays, mais elles contribuent aussi à la fragmentation et à la marginalisation économique d'autres pays et groupes de pays. Des facteurs financiers (les mouvements monétaires internatio-

TABLEAU 8.1

Indicateurs des Etats confrontés à un risque d'effondrement et de conflit interne

Indicateur	Signes
Inégalité	<ul style="list-style-type: none"> • Des inégalités socio-économiques qui se creusent, surtout entre des groupes distincts de population, plutôt qu'au sein de ces groupes
Évolution rapide des caractéristiques démographiques	<ul style="list-style-type: none"> • Des taux de mortalité infantile élevés • Des changements rapides dans la structure démographique, y compris des mouvements de réfugiés importants • Des densités de population excessivement élevées • Des taux de chômage élevés, notamment chez les jeunes • Un approvisionnement alimentaire ou un accès à de l'eau salubre insuffisant • Des différends sur des territoires ou des ressources naturelles revendiqués par des groupes ethniques distincts
Absence de processus démocratiques	<ul style="list-style-type: none"> • Des violations des droits de l'homme • Des comportements criminels de la part de l'Etat • Des pouvoirs publics corrompus
Instabilité politique	<ul style="list-style-type: none"> • Des changements de régime rapides
Composition ethnique du groupe au pouvoir très différente de celle de l'ensemble de la population	<ul style="list-style-type: none"> • Le pouvoir économique et politique est exercé -- et appliqué différemment -- selon l'identité ethnique ou religieuse • La profanation de symboles ethniques ou religieux
Détérioration des services publics	<ul style="list-style-type: none"> • Un net déclin dans la portée et l'efficacité de la couverture sociale destinée à assurer des normes de service universelles minimales
Grave déclin économique	<ul style="list-style-type: none"> • Un développement économique inégal • Des pertes et des gains extrêmement inégaux entre différents groupes de population ou régions géographiques à la suite de changements économiques importants • Des pertes ou des transferts économiques massifs sur de courtes périodes
Cycles de revanche violente	<ul style="list-style-type: none"> • Un cycle de violence continu entre groupes rivaux

naux souvent massifs et rapides) et culturels (des aspirations individuelles et collectives avivées par les médias mondiaux auxquelles il n'est pas possible de répondre) constituent également des facteurs de risque de conflit liés à la mondialisation. On ne sait pas encore si les tendances actuelles de la mondialisation risquent d'entraîner plus de conflits et de violence à l'intérieur des Etats et entre Etats. La figure 8.1 montre des liens possibles entre les tendances de la mondialisation et les conflits qui éclatent (27).

Ressources naturelles

Les luttes qui se livrent autour de l'accès à des ressources naturelles clés contribuent souvent à alimenter et à prolonger les conflits. Des exemples tirés de conflits des deux dernières décennies concernent les diamants en Angola, en République

démocratique du Congo et en Sierra Leone ; le pétrole en Angola et dans le sud du Soudan ; et le bois et les pierres précieuses au Cambodge. Ailleurs, y compris en Afghanistan, en Colombie et au Myanmar, la volonté de contrôler la production et la distribution de stupéfiants contribue aussi aux conflits violents.

Facteurs communautaires et sociétaux

L'existence d'inégalités entre des groupes constitue un facteur de risque particulièrement important associé aux conflits, surtout si ces inégalités s'accroissent (28) et qu'elles sont perçues comme reflétant la répartition inégale de ressources au sein d'une société. On voit souvent ce facteur dans des pays où le gouvernement est dominé par une communauté qui exerce un pouvoir politique, militaire et économique sur des communautés assez distinctes.

La facilité pour la population en général de se procurer des armes de petit calibre, entre autres, peut également accroître le risque de conflit. Cela est particulièrement problématique dans des endroits où il y a déjà eu des conflits et où les programmes de démobilisation, de retrait de la circulation des armes et de création d'emplois pour les anciens soldats sont inadéquats et où de telles mesures n'ont pas été prises.

Facteurs démographiques

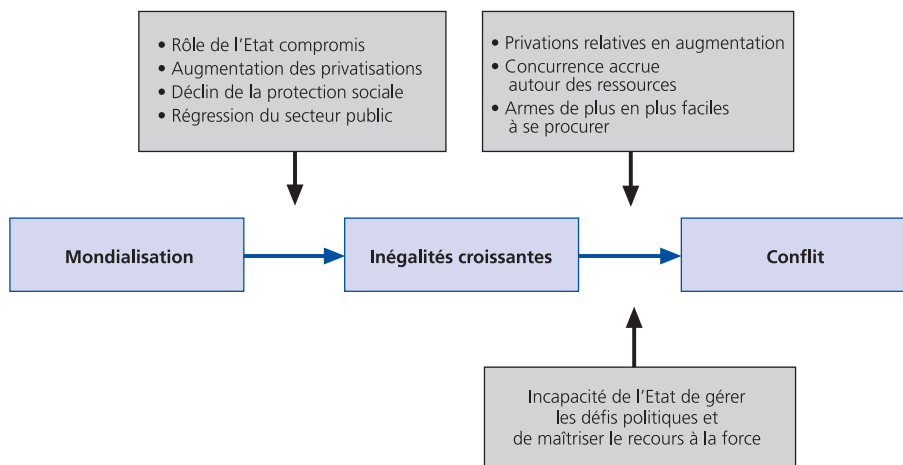
L'évolution démographique rapide – y compris une augmentation de la densité de population et une plus grande proportion de jeunes – combinée à l'incapacité d'un pays d'offrir les emplois et les écoles supplémentaires nécessaires risque de contribuer à l'éclatement de conflits violents, notamment lorsque d'autres facteurs de risque sont également présents. Dans ces conditions, il peut se produire de grands mouvements de population, les gens, désespérés, croyant trouver ailleurs des moyens de subsistance plus durables, et ces mouvements accentuent parfois le risque de violence dans les régions où vont s'installer ces personnes.

Facteurs technologiques

Le degré de technologie des armes n'influe pas nécessairement sur le risque de conflit, mais il détermine certainement l'ampleur de tout conflit et des destructions qu'il entraînera. Il y a bien des siècles, le passage de l'arc à l'arbalète a augmenté la portée et le pouvoir de destruction des armes de trait. Beaucoup plus tard, des armes à feu simples ont été mises au point, puis sont venus les fusils, les mitrailleuses et les mitraillettes. La possibilité de tirer plus de balles, plus vite, plus loin et avec plus de précision a grandement accru le potentiel de destruction de ces armes.

FIGURE 8.1

Liens possibles entre mondialisation, inégalités et conflit



Cependant, même des armes rudimentaires, comme des machettes, peuvent contribuer à des destructions humaines massives, comme le génocide rwandais l’a démontré en 1994 (29). Dans les actes de terrorisme perpétrés aux Etats-Unis le 11 septembre 2001, où des avions de ligne détournés ont été dirigés délibérément sur le World Trade Center et sur le Pentagone, tuant plusieurs milliers de personnes, les armes classiques ont joué un rôle secondaire.

Les conséquences de la violence collective

Incidences sur la santé

Les conflits violents peuvent avoir un impact énorme sur la santé du point de vue de la mortalité, de la morbidité et de l’incapacité (voir tableau 8.2).

Mortalité infantile

La mortalité infantile augmente généralement pendant les conflits. Les maladies évitables, comme la rougeole, le tétanos et la diphtérie, risquent de prendre des proportions épidémiques. Au milieu des années 1980, en Ouganda, la mortalité infantile était supérieure à 600 pour 1 000 dans certaines régions touchées par le conflit (30). D’après l’UNICEF, entre 1960 et 1986, on a enregistré une baisse du taux de mortalité infantile dans tous les pays d’Afrique australe, sauf en Angola et au Mozambique, tous deux étant alors en proie à des conflits (31). Des résidus de la maladie dans les zones de conflit nuisent aux efforts déployés pour éradiquer des maladies infectieuses telles que la poliomyélite.

A Zepa, « zone de sécurité » contrôlée par les Nations Unies en Bosnie-Herzégovine, avant d’être

reprise par les forces des Serbes de Bosnie, les taux de mortalité périnatale et infantile ont doublé après une année de conflit seulement. A Sarajevo, les naissances de bébés prématurés ont doublé et, en 1993, les poids moyens à la naissance avaient chuté de 20 %.

Maladies transmissibles

Le risque accru de maladies transmissibles pendant les conflits tient généralement :

- à la diminution de la couverture vaccinale ;
- aux mouvements de population et au surpeuplement des camps ;

TABLEAU 8.2
Exemples de l’impact direct des conflits sur la santé

Impact sur la santé	Causes
Mortalité accrue	<ul style="list-style-type: none"> • Décès dus à des causes externes, principalement liées à des armes • Décès dus à des maladies infectieuses (comme la rougeole, la poliomyélite, le tétanos et le paludisme) • Décès dus à des maladies non transmissibles, ainsi que des décès par ailleurs évitables avec des soins médicaux (y compris l’asthme, le diabète et les interventions chirurgicales d’urgence)
Morbidité accrue	<ul style="list-style-type: none"> • Blessures dues à des causes externes, comme celles infligées par des armes, des mutilations, des mines antipersonnel, des brûlures et des empoisonnements • Morbidité associée à d’autres causes externes, y compris la violence sexuelle • Maladies infectieuses : <ul style="list-style-type: none"> — liées à l’eau (comme le choléra, la fièvre typhoïde, la dysenterie due à <i>Shigella</i> spp.) — à transmission vectorielle (comme le paludisme et l’onchocercose) — autres maladies transmissibles (comme la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, l’infection à HIV et d’autres maladies sexuellement transmissibles) • Santé génésique : <ul style="list-style-type: none"> — un plus grand nombre de mortinaissances et de naissances prématurées, plus de cas de faible poids à la naissance et plus de complications pendant les accouchements — incidence génétique à plus long terme de l’exposition à des produits chimiques et à des radiations • Nutrition : <ul style="list-style-type: none"> — malnutrition chronique et aiguë et divers troubles liés à des carences • Santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> — angoisse — dépression — état de stress post-traumatique — comportement suicidaire
Incapacité accrue	<ul style="list-style-type: none"> • Physique • Psychologique • Sociale

- à une plus grande exposition aux vecteurs et aux risques environnementaux, comme l'eau polluée ;
- à la réduction des campagnes de santé publique et des activités d'information ;
- à un manque d'accès aux services de soins de santé.

Pendant les combats de Bosnie-Herzégovine, en 1994, moins de 35 % des enfants étaient vaccinés, contre 95 % avant le début des hostilités (32, 33). En Iraq, la couverture vaccinale a considérablement diminué après la guerre du Golfe de 1991 et sous le coup des sanctions économiques et politiques prises par la suite. Des faits récents relevés au Salvador montrent qu'il est possible, avec des interventions de santé sélectives et l'apport de ressources suffisantes, de remédier en partie à certains problèmes de santé pendant des conflits (34).

En 1985-1986, au Nicaragua, une épidémie de rougeole a été attribuée dans une large mesure au fait que les services de santé n'étaient plus vraiment à même de vacciner la population à risque dans les zones touchées par le conflit (35). Un lien a été établi entre une détérioration des activités de lutte contre le paludisme et des épidémies de cette maladie en Ethiopie (36) et au Mozambique (37), ce qui montre aussi la fragilité de programmes complexes de lutte contre la maladie pendant des conflits. Beaucoup ont pensé que la flambée de fièvre hémorragique Ebola à Gulu, en Ouganda, en l'an 2000, était liée au retour de troupes qui s'étaient battues en République démocratique du Congo.

En Ethiopie, à la fin des années 1980, on pensait que les camps militaires, les prisons et les camps de secours surpeuplés, ainsi que la vente par des soldats battant en retraite de couvertures et de vêtements infectés aux communautés locales, étaient à l'origine des épidémies de fièvre typhoïde et de fièvre récurrente, maladies infectieuses transmises par des tiques, des poux et des puces infectés (36). Pendant l'exode du Rwanda, en 1994, ce sont des maladies liées à l'eau, comme le choléra et la dysenterie à *Shigella* spp., qui ont pris des proportions épidémiques et tué en un mois de 6 % à 10 % des réfugiés qui arrivaient au Zaïre (République démocratique du Congo actuelle)

(38). Le taux brut de mortalité de 20 à 35 pour 10 000 habitants par jour était de deux à trois fois supérieur à celui enregistré auparavant dans les populations de réfugiés.

Pendant les conflits violents et au lendemain de ces conflits, le risque de transmission de l'infection à VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles augmente considérablement (39). Dans beaucoup d'armées, la prévalence de l'infection à VIH a déjà atteint des niveaux élevés (40). En période de conflit, les forces militaires (y compris, parfois, les forces de maintien de la paix) ont le pouvoir d'exiger des services sexuels de la population locale, par la force ou contre paiement (41). La transmission du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles augmente encore du fait que les troupes sont très mobiles et que, pour finir, elles retournent dans différentes régions après leur démobilisation (36, 42, 43). Dans l'ensemble, les réfugiés qui fuient des conflits et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays risquent plus de contracter l'infection à VIH parce que (44) :

- Ils sont généralement plus exposés à des violences sexuelles.
- Ils risquent plus de se tourner vers la prostitution – étant privés de leurs sources normales de revenu et devant survivre.
- Les enfants déplacés, qui n'ont pas grand-chose à faire et qui ne sont sans doute supervisés par personne, risquent de devenir sexuellement actifs plus tôt qu'ils ne le seraient autrement.
- Le sang utilisé dans les situations d'urgence pour des transfusions n'a peut-être pas fait l'objet d'un dépistage du VIH.

Invalidité

Les données sur les handicaps découlant de conflits sont rares. Une enquête nationale menée en 1982 au Zimbabwe conclut que 13 % des handicaps physiques résultent directement du conflit armé précédent. Plus de trente ans de conflit armé en Ethiopie se sont soldés par un million de morts environ, dont la moitié parmi les civils (36). Environ un tiers des 300 000 soldats de retour du front après la fin du conflit avaient été blessés ou rendus invalides et

40 000 personnes au moins avaient perdu un ou plusieurs membres dans le conflit.

Les mines terrestres sont à l'origine de nombreux handicaps. Au Cambodge, 36 000 personnes ont perdu au moins un membre après avoir fait exploser par accident une mine terrestre, ce qui revient à un Cambodgien sur 236 (45). Au total, 6 000 personnes ont ainsi été mutilées rien qu'en 1990. Plus de 30 millions de mines ont été posées en Afghanistan dans les années 1980.

Dans certains conflits, les mutilations systématiques qui consistent à couper les oreilles ou les lèvres, comme cela s'est fait au Mozambique pendant la guerre civile (46), ou des membres, comme on l'a vu plus récemment au Sierra Leone (47), visent à démoraliser l'ennemi.

Santé mentale

L'incidence des conflits sur la santé mentale dépend de divers facteurs, dont ceux-ci (48) :

- la santé psychologique des personnes touchées, avant l'événement ;
- la nature du conflit ;
- la forme du traumatisme (s'il résulte d'actes subis ou dont on a été témoin, ou s'il est directement infligé, comme dans le cas de la torture et d'autres types de violence répressive) ;
- la réaction au traumatisme, individuelle et communautaire ;
- le contexte culturel dans lequel se produit la violence.

Des stress psychologiques liés aux conflits sont associés aux événements suivants ou en résultent (48) :

- déplacement, forcé ou volontaire ;
- perte et douleur ;
- isolement social ;
- perte de statut ;
- perte de communauté ;
- dans certains cas, acculturation dans de nouveaux environnements.

Voici quelques manifestations de ces types de stress :

- dépression et angoisse ;
- maux psychosomatiques ;

- comportement suicidaire ;
- conflit intrafamilial ;
- consommation excessive d'alcool ;
- comportement antisocial.

Les réfugiés célibataires et isolés, ainsi que les femmes chefs de ménage, risquent sans doute plus particulièrement de souffrir de stress psychologique.

Certains experts (48, 50) ont mis en garde contre l'attitude qui consiste à partir du principe que les gens n'ont ni la capacité, ni le ressort nécessaires pour faire face à des situations difficiles découlant de conflits violents. D'autres ont attiré l'attention sur le fait (51) que les programmes d'aide humanitaire risquent de se substituer au dialogue politique avec les parties au conflit, et qui en sont sans doute le principal moteur. Des études sud-africaines (52) concluent que toutes les personnes qui ont été traumatisées pendant l'apartheid ne sont pas devenues des « victimes ». En fait, du moins dans certains cas, des personnes ont pu réagir vigoureusement parce qu'elles ont considéré qu'elles se battaient pour des causes utiles et légitimes. Le modèle médical qui permet de diagnostiquer chez des personnes un cas de « syndrome de stress post-traumatique » ne tient peut-être pas compte des réactions humaines diverses et complexes face à des événements stressants (48). Il devient plus évident à présent que la reconstruction de réseaux socio-économiques et d'institutions culturelles joue un rôle dans la guérison d'un traumatisme psychologique résultant d'un conflit violent (50).

Les conflits violents entraînent souvent une augmentation des taux de dépression, de toxicomanie et de suicide (34). Au Sri Lanka, le taux de suicide avant ces deux décennies de conflit violent était globalement très inférieur à ce qu'il est à présent (53). Des constatations similaires ont été faites au Salvador (34). Dans les deux cas, la nette augmentation du nombre des suicides résultait, en partie du moins, de la violence politique.

Du point de vue de la santé mentale, on peut diviser en trois groupes les populations touchées par des conflits violents (54) :

- celles qui souffrent de troubles psychiatriques débilissants ;
- celles qui ont de fortes réactions psychologiques aux traumatismes ;
- celles, majoritaires, qui peuvent s'adapter une fois l'ordre public rétabli.

Il est probable que les deux premiers groupes gagnent beaucoup à recevoir des soins de santé mentale qui tiennent compte de facteurs socio-économiques et culturels.

Incidences sur des populations particulières

L'effet direct des conflits sur la santé des forces armées est généralement noté avec assez de précision. Cependant, l'effet des conflits sur des groupes particuliers est souvent très difficile à déterminer. La taille de la population et sa densité peuvent varier considérablement en peu de temps, car les gens partent pour des régions sûres et des endroits où les ressources sont plus abondantes. Il est donc d'autant plus difficile d'évaluer l'impact sur la santé.

Population civile

D'après les Conventions de Genève de 1949, les forces armées doivent appliquer les principes de proportionnalité et de distinction dans le choix de leurs cibles. On entend par *proportionnalité* le fait d'essayer de minimiser les pertes civiles lorsque l'on vise des objectifs militaires et connexes. Quant au principe de *distinction*, il signifie qu'il faut éviter les cibles civiles dans toute la mesure du possible (52). Malgré ces efforts destinés à délimiter leurs conséquences, les conflits armés font beaucoup de morts parmi les civils.

Même s'il arrive que le décès de civils résulte directement d'opérations militaires, l'augmentation des taux de mortalité parmi les civils pendant les conflits tient généralement à l'effet combiné de ce qui suit :

- accès plus difficile aux aliments, ce qui entraîne une malnutrition ;
- risque accru de contracter des maladies transmissibles ;
- accès réduit aux services de santé ;
- programmes de santé publique réduits ;

- mauvaises conditions ambiantes ;
- détresse psychosociale.

Réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays

Normalement, la mortalité est élevée chez les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, surtout dans la période immédiatement après leur migration (55, 56). On a remarqué, en examinant la santé des réfugiés et des populations déplacées, que les taux de mortalité augmentent considérablement dans leurs groupes et qu'ils sont, dans le pire des cas, jusqu'à soixante fois supérieurs aux taux auxquels on s'attend pendant une phase de déplacement aiguë (55, 57, 58). A Monrovia, au Libéria, le taux de mortalité parmi les civils déplacés pendant le conflit, en 1990, était sept fois supérieur à ce qu'il était auparavant (57).

Les décès imputables à la malnutrition, à des diarrhées et à des maladies infectieuses touchent surtout des enfants, tandis que d'autres maladies infectieuses, comme le paludisme, la tuberculose et l'infection à VIH, ainsi que diverses maladies non transmissibles, blessures et formes de violence, touchent généralement des adultes. L'état de santé antérieur de la population, son accès à des facteurs déterminants de la santé (comme un abri, des aliments, de l'eau, de l'hygiène et des services de santé), son exposition à de nouvelles maladies et l'existence de ressources sont autant d'éléments qui influent beaucoup sur la santé des réfugiés pendant et après les conflits.

Impact démographique

Le grand nombre de personnes déplacées est une des conséquences de l'évolution des méthodes de la guerre moderne, où des communautés entières sont de plus en plus prises pour cibles. Le nombre total de réfugiés fuyant leur pays est passé d'environ 2,5 millions en 1970 et 11 millions en 1983 à 23 millions en 1997 (59, 60). Au début des années 1990, quelque 30 millions de personnes étaient de plus déplacées à l'intérieur de leur propre pays (60), la plupart d'entre elles ayant fui des zones de combat. Ces personnes déplacées à l'intérieur de

leur propre pays ont sans doute moins accès à des ressources et à l'aide internationale que les réfugiés qui franchissent des frontières, et elles sont aussi plus probablement exposées à un risque continu de violence (61).

Le tableau 8.3 montre les mouvements de réfugiés et de populations déplacées à l'intérieur de leur propre pays dans les années 1990 (62). Il y avait alors bien plus de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays que de réfugiés en Afrique, dans les Amériques et en Europe, alors qu'en Asie et au Moyen-Orient, c'était l'inverse.

La réinstallation forcée de populations, que pratiquent plusieurs gouvernements pour des raisons déclarées de sécurité, d'idéologie ou de développement, peut également avoir de graves conséquences pour la santé. En Ethiopie, entre 1985 et 1988, quelque 5,7 millions de personnes, soit 15 % de la population rurale des provinces du Nord et de l'Est, ont été envoyées dans des villages du Sud-Ouest dans le cadre d'un programme imposé par le gouvernement (63). Au Cambodge,

sous le régime de Pol Pot (1975–1979), des centaines de milliers de citoyens ont été envoyés de force dans des régions rurales.

Impact socio-économique

Les conflits peuvent avoir un profond impact économique (64, 65). Les dépenses publiques dans des secteurs comme la santé et l'éducation risquent fort d'être considérablement réduites, car l'Etat a du mal à percevoir les impôts et à maintenir d'autres sources de revenu, comme le tourisme, alors que ses dépenses militaires augmentent. En Ethiopie, les dépenses militaires sont passées de 11,2 % du budget de l'Etat en 1973-1974 à 36,5 % en 1990-1991 et, parallèlement, la part du budget de la santé a chuté de près de moitié, passant de 6,1 % à 3,2 % (36).

Les conflits ont également une grande incidence sur les ressources humaines et sur la productivité. Il est probable également qu'au niveau des ménages, les sources de revenu disponibles diminuent nettement. Il arrive aussi que la manipulation des prix ou

TABLEAU 8.3

Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et réfugiés (en millions), par continent et par an

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDIP)									
Afrique	13,5	14,2	17,4	16,9	15,7	10,2	8,5	7,6	8,8
Amériques	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,3	1,2	1,6	1,8
Asie de l'Est et Pacifique	0,3	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	1,1	0,8	0,5
Asie du Sud	3,1	2,7	1,8	0,9	1,8	1,6	2,4	2,2	2,1
Europe	1,0	1,8	1,6	2,8	5,2	5,1	4,7	3,7	3,3
Moyen-Orient	1,3	1,4	0,8	2,0	1,7	1,7	1,5	1,5	1,6
Réfugiés									
Afrique	5,4	5,3	5,7	5,8	5,9	5,2	3,6	2,9	2,7
Amériques	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4
Asie de l'Est et Pacifique	0,7	0,8	0,5	0,8	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7
Asie du Sud	6,3	6,9	4,7	3,9	3,3	2,8	3,2	3,0	2,9
Europe	0	0,1	2,5	1,9	1,8	1,8	1,9	1,3	1,3
Moyen-Orient	3,5	2,8	2,8	3,0	3,8	4,0	4,4	4,3	4,4
Ratio PDIP/réfugiés									
Afrique	2,5	2,7	3,0	2,9	2,7	2,0	2,4	2,6	3,2
Amériques	7,5	10,1	13,5	14,0	11,7	18,3	17,4	27,0	4,9
Asie de l'Est et Pacifique	0,5	0,8	1,4	0,8	0,9	0,9	1,6	1,1	0,8
Asie du Sud	0,5	0,4	0,4	0,2	0,5	0,6	0,8	0,8	0,7
Europe		14,7	0,6	1,4	2,9	2,8	2,5	2,8	2,5
Moyen-Orient	0,4	0,5	0,3	0,7	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4

Source : référence 62.

de l'approvisionnement en produits essentiels ainsi que d'autres formes de mercantilisme perturbent les moyens de subsistance des gens.

Certains ont essayé de calculer les coûts d'opportunité du développement auquel on renonce à cause des conflits. Les pays en proie à un conflit progressent toujours moins dans le prolongement de l'espérance de vie et dans la réduction de la mortalité infantile et des taux bruts de mortalité, comparés à d'autres pays dans la même région qui sont dans une situation socio-économique similaire (66). Cependant, des analyses de ce type risquent d'être faussées par l'influence simultanée de la pandémie de SIDA, qui peut elle-même nettement s'aggraver à cause du conflit et de l'instabilité (42, 43).

Alimentation et agriculture

Il arrive souvent que la production et la distribution alimentaires soient expressément visées pendant les périodes de conflit (67). En Ethiopie, pendant le conflit qui a opposé les forces gouvernementales et les forces séparatistes de l'Erythrée et du Tigré de 1974 à 1991, les agriculteurs étaient empêchés par la force de planter et de récolter, et les soldats pillaient les semences et le cheptel. Dans ces deux régions, les combattants enrôlaient les agriculteurs, minaient les champs, confisquaient la nourriture et abattaient le bétail (36). La perte de cheptel prive les agriculteurs d'un bien nécessaire pour rendre la terre productive, ce qui a un effet négatif immédiat et à long terme.

Infrastructure

L'impact des conflits se ressent à travers la destruction d'infrastructures importantes. Dans le cas des infrastructures hydrauliques et sanitaires, les dommages causés peuvent avoir des incidences directes et graves sur la santé. Dans les conflits qui ont ravagé le sud du Soudan et l'Ouganda au début et au milieu des années 1980, les troupes gouvernementales présentes dans les régions tenues par les forces rebelles et les guérillas infiltrés dans les zones contrôlées par l'Etat cherchaient tout spécialement à détruire les pompes manuelles des villages (30). Pendant les opérations militaires contre l'Iraq, en 1991, l'approvisionnement en eau, l'évacuation

des eaux usées et d'autres services sanitaires ont été durement touchés par les bombardements intenses.

Services de santé

Les conflits sont lourds de conséquences pour les services de santé (voir tableau 8.4). Avant la guerre du Golfe de 1991, les services de santé irakiens touchaient 90 % de la population et l'immense majorité des enfants de moins de cinq ans étaient régulièrement vaccinés. Pendant le conflit, beaucoup d'hôpitaux et de dispensaires ont été gravement endommagés et ont dû fermer, et ceux qui restaient ouverts, voyaient leur zone hospitalière grandement élargie. Les dommages considérables causés aux réseaux d'approvisionnement en eau et en électricité et au réseau d'évacuation des eaux usées limitaient davantage encore les capacités de fonctionnement de ce qui restait des services de santé (68). Dans le conflit violent qui a secoué le Timor oriental en 1999, après le référendum pour l'indépendance, les milices ont détruit pratiquement tous les services de santé. Seul l'hôpital principal de la plus grande ville, Dili, a survécu.

Pendant les conflits et au lendemain des conflits, l'approvisionnement en médicaments est généralement perturbé, d'où l'augmentation du nombre des maladies que la médecine permet d'éviter, y compris des maladies qui risquent d'être mortelles, comme l'asthme, le diabète et diverses maladies infectieuses. Par ailleurs, il arrive qu'il y ait pénurie de personnel médical, d'appareils de diagnostic, d'eau et d'électricité, le tout nuisant gravement à la qualité des soins offerts.

Généralement, les ressources humaines des services de santé sont elles aussi sérieusement touchées par les conflits violents. Dans certains cas, comme au Mozambique et au Nicaragua, le personnel médical a été tout particulièrement pris pour cible. Souvent, le personnel qualifié gagne des zones urbaines plus sûres ou quitte tout simplement la profession. En Ouganda, entre 1972 et 1985, la moitié des médecins et 80 % des pharmaciens ont quitté le pays pour des questions de sécurité personnelle. Au Mozambique, seuls 15 % des 550 médecins présents pendant les dernières années de la colonie portugaise étaient encore dans le pays à la fin de la guerre d'indépendance, en 1975 (69).

Que peut-on faire pour prévenir la violence collective?

Réduire les risques de conflit violent

Voici, de manière générale, quelques-unes des politiques nécessaires pour réduire le risque de conflits violents dans le monde, de quelque type qu'ils soient (70) :

- Faire reculer la pauvreté, tant en termes réels qu'absolus, et veiller à ce que l'aide au développement soit ciblée de manière à contribuer le plus possible à la lutte contre la pauvreté.
- Rendre les responsables plus comptables de leurs décisions.
- Réduire les inégalités entre les groupes dans la société.
- Réduire l'accès aux armes biologiques, chimiques, nucléaires et autres.

Inciter au respect des accords internationaux

Il est important, dans la prévention des conflits et d'autres formes de violence collective, de veiller à promouvoir et à appliquer les traités internationaux, y compris ceux qui ont trait aux droits de l'homme.

Les gouvernements nationaux peuvent aider à prévenir les conflits en maintenant l'esprit de la Charte des Nations Unies, qui appelle à la prévention des actes d'agression et à la promotion de la paix et de la sécurité internationales. Cela suppose, notamment, une adhésion aux instruments juridiques internationaux, y compris aux Conventions de Genève de 1949 et à leurs protocoles de 1977.

Les lois relatives aux droits de l'homme, en particulier celles qui découlent du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, mettent des limites à la façon dont les gouvernements exercent

TABLEAU 8.4

Impact des conflits sur les services de santé

Objet	Manifestation
Accès aux services	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité réduite (à cause des mines terrestres et du couvre-feu, par exemple) • Accès géographique réduit (à cause de difficultés de transport, par exemple) • Accès économique réduit (à cause de charges accrues pour les services de santé, par exemple) • Accès social réduit (parce que les fournisseurs de services ont peur d'être pris pour des parties au conflit, par exemple)
Infrastructure des services	<ul style="list-style-type: none"> • Destruction de dispensaires • Systèmes d'orientation perturbés • Véhicules et matériels endommagés • Mauvaises logistique et communications
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Personnels de santé blessés, disparus ou morts • Déplacement et départ en exil • Moral affaibli • Difficulté de retenir des personnels de santé dans le secteur public, notamment dans les zones peu sûres • Formation et supervision perturbées
Matériel et fournitures	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de médicaments • Absence d'entretien • Peu d'accès aux nouvelles technologies • Incapacité de maintenir la chaîne du froid pour les vaccins
Activités en matière de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Passage des soins primaires aux soins tertiaires • Urbanisation accrue de la prestation des soins de santé • Réduction des activités communautaires et périphériques • Contraction des activités d'information, de prévention et de promotion de la santé • Systèmes de surveillance et d'information sur la santé perturbés • Programmes de santé publique et de lutte contre les vecteurs compromis (y compris notification au partenaire et dépistage) • Programmes se concentrant plus sur une maladie (comme le paludisme) ou une seule intervention (comme la vaccination) • Utilisation de plus d'organisations pour fournir des services prévus par des projets
Formulation de la politique de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité nationale affaiblie • Incapacité de contrôler et de coordonner les activités des organisations non gouvernementales et des donateurs • Moins d'informations sur lesquelles fonder des décisions • Moins de débats d'orientation, locaux et internationaux • Structures communautaires affaiblies et participation réduite
Activités de secours	<ul style="list-style-type: none"> • Accès limité à certaines régions • Coût de prestation des services en augmentation • Pressions accrues sur les communautés, les systèmes et les services du pays d'accueil • Accent mis davantage sur des problèmes et des programmes en particulier, et moins d'intégration de tous les services • Plus d'insécurité pour les travailleurs des organisations humanitaires • Coordination et communications déficientes entre organismes

leur pouvoir sur les personnes relevant de leur autorité, et interdisent inconditionnellement, entre autres actes, la torture et le génocide. La création de la Cour pénale internationale garantira qu'un mécanisme permanent jugera les crimes de guerre et les crimes contre l'humanité. Cette juridiction aura peut-être aussi un effet dissuasif sur ceux qui voudraient user de violence contre des populations civiles.

Les efforts déployés pour conclure des traités et des accords qui visent la violence collective et qui prévoient des mesures dissuasives et des sanctions en cas d'abus sont généralement plus efficaces par rapport à la violence entre États et ont généralement beaucoup moins de poids à l'intérieur des frontières nationales, or c'est là que les conflits éclatent de plus en plus.

Les avantages possibles de la mondialisation

La mondialisation ouvre de nouvelles possibilités d'informer et de sensibiliser le public au sujet des conflits violents, de leurs causes et de leurs conséquences. Les nouvelles technologies offrent de nouveaux moyens non seulement d'échanger des idées, mais aussi d'exercer des pressions sur les décideurs afin d'accroître la responsabilité et la transparence de la gestion des affaires publiques et de réduire les inégalités sociales et les injustices.

Un nombre croissant d'organisations internationales, dont Amnesty Internationale, Human Rights Watch, la Campagne internationale pour l'interdiction des mines terrestres et Médecins pour les droits de l'homme, suivent les conflits et demandent instamment que des mesures préventives ou correctives soient prises. Des particuliers et des groupes touchés par les conflits peuvent désormais – par l'intermédiaire de ces organisations et autrement – utiliser les nouvelles technologies pour faire part de leur expérience et de leurs préoccupations à un large public.

Le rôle du secteur de la santé

Investir dans la santé revient aussi à contribuer à la prévention des conflits violents. Accorder de l'importance aux services sociaux peut aider à maintenir la cohésion sociale et la stabilité.

Les premières manifestations de situations qui risquent de mener à des conflits peuvent souvent être détectées dans le secteur de la santé. Les personnels de santé ont un rôle important à jouer pour ce qui est d'attirer l'attention sur ces signes et de demander des interventions sociales et sanitaires appropriées afin de réduire les risques de conflit (voir encadré 8.2).

Pour ce qui est de réduire les inégalités entre groupes sociaux et de remédier à l'inégalité d'accès aux ressources – facteurs de risque de violence importants –, le secteur de la santé est parmi les mieux placés parmi les institutions pour déceler les inégalités en matière de santé et d'accès aux soins de santé. Il est important, pour prévenir les conflits violents, surtout lorsque le fossé se creuse entre des groupes sociaux, de repérer rapidement ces inégalités et de promouvoir des mesures correctives. Il est essentiel de surveiller la répartition et les tendances dans les maladies associées à la pauvreté, les états que la médecine peut traiter ou prévenir, et les inégalités de survie pour détecter des disparités largement méconnues mais importantes dans la société et qui s'accroissent sans doute.

Le secteur de la santé peut également rendre un immense service en faisant connaître les incidences socio-économiques des conflits violents et leur impact sur la santé.

Réponses aux conflits violents

Prestation de services pendant les conflits

Voici des problèmes auxquels les opérations humanitaires sont couramment confrontées pendant les conflits (71) :

- comment améliorer les services de la santé pour la population du pays d'accueil tout en offrant des services aux réfugiés ;
- comment fournir humainement et efficacement des services de qualité ;
- comment faire participer les communautés au choix des priorités et des modes de prestation des services ;
- comment créer des mécanismes durables qui permettent d'intégrer dans les politiques l'expérience acquise sur le terrain.

ENCADRE 8.2**La santé : un pont vers la paix**

L'idée que la santé peut contribuer à la conciliation et à la collaboration régionales est inscrite depuis 1902 dans les principes fondateurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé, qui est la plus ancienne organisation internationale de la santé dans le monde. Depuis deux décennies, l'Organisation panaméricaine de la Santé et le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques (OMS/OPS) jouent un rôle dans l'application de cette idée.

En 1984, en partenariat avec les ministères de la santé nationaux et d'autres institutions, l'OMS/OPS a lancé une initiative stratégique dans des régions centraméricaines déchirées par la guerre. Il s'agissait d'améliorer la santé des populations d'Amérique centrale, tout en renforçant la coopération entre les pays de la région et à l'intérieur de ces pays. Sous le thème général de « La santé : un pont vers la paix, la solidarité et la compréhension », le plan comprenait tout un éventail de programmes.

Le premier volet, qui s'est terminé en 1990, portait sur sept priorités en matière de collaboration :

- le renforcement des services de santé ;
- le développement des ressources humaines ;
- les médicaments essentiels ;
- l'alimentation et la nutrition ;
- les principales maladies tropicales ;
- la survie de l'enfant ;
- l'approvisionnement en eau et l'assainissement.

En l'espace de deux ou trois ans, plus de 250 projets ont vu le jour dans ces domaines prioritaires, stimulant la collaboration entre des pays et des groupes centraméricains que des différends opposaient par ailleurs. Au Salvador, par exemple, bien qu'il ait été difficile de travailler au milieu des violences politiques, des « jours de tranquillité » ont été négociés et les combats ont été suspendus pour que l'on puisse vacciner les enfants. Cet arrangement a duré de 1985 jusqu'à la fin du conflit, en 1992, ce qui a permis de vacciner quelque 300 000 enfants par an. L'incidence de la rougeole, du tétanos et de la poliomyélite a considérablement diminué, celle de la poliomyélite retombant même à zéro.

La collaboration concernait également la lutte antipaludique, la distribution internationale de médicaments et de vaccins, et la formation. Des réseaux d'information sur la santé régionaux et infrarégionaux ont été établis et un système d'intervention rapide a été mis sur pied pour faire face aux catastrophes naturelles. Ces efforts ont créé un précédent pour un dialogue élargi dans la région, jusqu'aux accords de paix éventuels.

Dans le deuxième volet de l'initiative, de 1990 à 1995, les secteurs de la santé de toute l'Amérique centrale ont appuyé des mesures prises pour le développement et la démocratie. Après la conclusion des accords de paix, l'OMS/OPS a aidé à démobiliser, à réadapter et à réintégrer socialement ceux qui étaient le plus touchés par les conflits, y compris les populations autochtones et frontalières. La santé est restée un des moteurs de la consolidation de la démocratie dans le troisième volet, entre 1995 et 2000.

Entre 1991 et 1997, des programmes similaires ont été mis en place en Angola, en Bosnie-Herzégovine, en Croatie, en Haïti et au Mozambique. Dans chaque programme, des représentants du Bureau régional de l'OMS travaillaient en partenariat avec le gouvernement, des organisations non gouvernementales locales et d'autres organismes des Nations Unies. Tous ces programmes ont contribué à la reconstruction du secteur de la santé, une fois les conflits terminés. En Angola et au Mozambique, l'Organisation mondiale de la Santé a participé au processus de démobilisation, encouragé la réintégration dans le système national de services de santé qui échappaient

ENCADRE 8.2 (suite)

auparavant au contrôle du gouvernement central, et assuré le recyclage de travailleurs de la santé de ces régions. En Bosnie-Herzégovine et en Croatie, l'Organisation a facilité des échanges inter-ethniques et permis une collaboration et des contacts réguliers entre des professionnels de la santé de toutes les communautés.

En 1997, l'Organisation mondiale de la Santé a réuni toutes les expériences de cette période dans un programme mondial intitulé « La paix : un pont vers la paix ». Depuis, de nouveaux programmes ont été mis en place dans le Caucase, en Bosnie-Herzégovine, en Indonésie, au Sri Lanka et dans l'ex-République yougoslave de Macédoine. En Indonésie, par exemple, l'Organisation mondiale de la Santé a organisé des équipes de professionnels de la santé qui travaillent dans des zones de conflit ou qui risquent de le devenir. Une de ces équipes, composée de professionnels musulmans et chrétiens, travaille dans les îles Moluques, région secouée depuis quelques années par un grave conflit religieux.

Le programme de « La santé : un pont vers la paix » permet de mobiliser des personnels de santé dans le monde entier pour qu'ils contribuent à la paix, au retour à la stabilité et à la reconstruction, une fois les conflits terminés, et à la conciliation dans des communautés déchirées.

Les réfugiés qui fuient leur pays perdent leurs sources de soins de santé habituelles. Ils dépendent de ce qui existe dans le pays d'accueil ou des services supplémentaires que des organisations non gouvernementales et des organismes internationaux peuvent offrir. Il arrive que les services du pays d'accueil soient débordés, si les réfugiés affluent soudain en nombre dans une région et cherchent à utiliser les services de santé locaux. Cela peut devenir entre les réfugiés et la population du pays d'accueil une source d'antagonisme qui risque d'engendrer de nouvelles violences. Cet antagonisme risque même de se durcir si l'on offre aux réfugiés des services, y compris de santé, moins coûteux ou d'un accès plus facile que ceux proposés à la population locale, ou si le pays d'accueil ne reçoit pas d'aide extérieure pour faire face à son fardeau considérablement alourdi. Quand les Albanais du Kosovo se sont réfugiés en Albanie et dans l'ancienne République yougoslave de Macédoine, pendant le conflit, en 1999, l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organisations ont essayé d'aider les systèmes sanitaires et sociaux existants de ces pays d'accueil à faire face à leur charge supplémentaire, au lieu de laisser tout simplement des organismes d'aide extérieurs créer un système parallèle.

Lorsqu'ils planifient des mesures d'urgence, les gouvernements et les organismes doivent :

- déterminer sans tarder qui est particulièrement vulnérable et quels sont les besoins de ces personnes ;
- coordonner rigoureusement les activités des différents acteurs ;
- s'efforcer d'accroître les capacités locales, nationales et mondiales afin d'offrir des services de santé utiles pendant les différentes étapes de l'urgence.

L'Organisation mondiale de la Santé a mis au point des mécanismes de surveillance afin d'aider à repérer les conflits et à intervenir le plus tôt possible. Son Réseau d'informations sanitaires pour la planification avancée permet d'accéder rapidement à des informations à jour sur des pays en particulier et sur leurs indicateurs de santé, ainsi qu'à des conseils sur les meilleures pratiques et à des données de surveillance épidémiologique.

Dans les situations d'urgence, les organisations humanitaires essaient d'abord de prévenir des pertes en vies humaines puis de rétablir des conditions où il est possible de promouvoir la santé. Beaucoup d'organismes de secours considèrent devoir en tout premier lieu sauver des vies mises en danger par des événements atypiques, sans nécessairement se préoccuper de savoir si leurs activités peuvent être répétées ou maintenues à plus

long terme. En revanche, les organismes qui adoptent une perspective axée sur le développement essaient de tenir compte sans tarder de questions telles que l'efficacité, la viabilité, l'égalité et la propriété locale, autant d'éléments qui donneront de meilleurs résultats à plus long terme. Dans cette approche, ce qui importe, c'est de créer une capacité locale et de faire en sorte que les coûts restent modiques. Il est difficile, cependant, de prolonger des interventions à court terme pour essayer de mettre en place des systèmes à plus long terme.

Les organisations doivent travailler en étroite collaboration, si elles veulent maximiser l'utilisation de leurs ressources, éviter le plus possible tout chevauchement des activités et parvenir à plus d'efficacité dans les opérations. Le code de conduite des organisations humanitaires proposé par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (62) énonce un certain nombre de principes clés que beaucoup d'organisations humanitaires considèrent fondamentaux dans leur travail. L'adhésion à ce code est volontaire, toutefois, et il n'existe aucune réelle mesure pour en faire appliquer les principes ou pour évaluer leur application, le cas échéant.

Aide et considérations éthiques

Les interventions en situation d'urgence et la distribution de l'aide, notamment, soulèvent des problèmes éthiques. Dans certains cas, comme dans celui de la crise somalienne du début des années 1990, les organismes d'aide embauchent des gardes armés afin de pouvoir mener à bien leurs opérations, or le procédé semble contestable sur le plan éthique. En ce qui concerne la distribution de l'aide, on s'attend souvent à ce qu'une partie soit détournée par les belligérants. En général, les organismes d'aide estiment qu'un certain coulage est acceptable, à condition que la majeure partie des ressources continue d'arriver à destination. Dans certains endroits, cependant, la proportion d'aliments et d'autres formes d'aide qui est détournée est telle que les organismes ont choisi de ne plus offrir leurs services.

D'autres préoccupations éthiques concernent le fait qu'en travaillant avec des factions en guerre, on leur confère indirectement, à elles-mêmes et à leurs activités, une certaine légitimité. D'aucuns se demandent si les organismes d'aide devraient se taire au sujet des violences observées ou s'ils devraient parler, et s'ils devraient continuer de fournir des services lorsque les violences se poursuivent. Anderson (72), entre autres, analyse une question plus générale, à savoir : l'aide d'urgence contribue-t-elle à la promotion de la paix ou, au contraire, au prolongement des conflits?

Participation communautaire

Il arrive que, pendant les conflits, les structures et les activités communautaires locales soient sérieusement bouleversées. Les gens ont parfois peur de débattre de questions telles que la politique sociale ou de faire campagne en faveur de groupes vulnérables ou marginalisés. C'est probablement encore plus le cas dans des régimes politiques antidémocratiques où l'on brandit la menace de la violence étatique contre ceux qui sont perçus comme des opposants.

Dans certains cas, cependant, la réaction communautaire peut être positive, si la mise en place de structures sociales, y compris de services de santé, est facilitée. Ce type de réaction semble être plus courant dans les conflits idéologiques, comme ceux qu'ont connus le Mozambique, le Nicaragua et le Vietnam dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle. Dans le conflit qui a ravagé l'Éthiopie entre 1974 et 1991, les mouvements politiques communautaires érythréens et tigréens se sont beaucoup investis dans la création de structures décisionnelles locales participatives et dans l'élaboration de stratégies de promotion de la santé (73).

Rétablir les services après les conflits

On s'interroge beaucoup sur la meilleure façon de rétablir des services quand les pays sortent de longs conflits (74–76). Quand des régions inaccessibles s'ouvrent au lendemain de situations d'urgence complexes, elles font apparaître des besoins de santé publique accumulés auxquels il n'a pas été répondu pendant longtemps et que signalent généralement

des épidémies de rougeole. De plus, les accords de cessez-le-feu, même précaires, doivent prévoir une aide sanitaire spéciale pour les soldats démobilisés, des plans de déminage et des dispositions pour le retour des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays. Il est probable que toutes ces exigences interviennent à un moment où l'infrastructure du système de santé local est sérieusement affaiblie et où d'autres ressources économiques sont épuisées.

Des renseignements plus précis sur les interventions menées dans différents endroits sont nécessaires, ainsi que sur les conditions dans lesquelles elles se sont déroulées et sur leurs effets et leurs limites. Définir théoriquement le moment où se termine un conflit est un des problèmes que pose la collecte de données sur les conflits. Normalement, la limite entre la fin d'un conflit et le début de la période postérieure au conflit est loin d'être claire, car une insécurité et une instabilité importantes persistent souvent pendant longtemps.

Le tableau 8.5 présente quelques-unes des approches typiques de la reconstruction des systèmes de santé au lendemain de conflits. Dans le passé, on a beaucoup insisté sur la reconstruction matérielle et sur les programmes de lutte contre les maladies, mais assez peu sur la coordination des mesures prises par les donateurs ou sur la mise en place de cadres stratégiques efficaces.

Documentation, recherche et diffusion de l'information

La surveillance et la documentation sont des domaines centraux de l'action de santé publique relative aux conflits. Comme nous le mentionnons plus haut, les données sur la violence collective sont souvent insatisfaisantes et imprécises, mais il n'est pas bon de se montrer trop rigide quant à la précision des données dans ce domaine. Il est essentiel, cependant, que les données soient valides.

Il est tout aussi important, en matière de santé publique, de fournir des données valides aux décideurs. Les Nations Unies, les organismes internationaux, les organisations non gouvernementales et les professionnels de la santé ont des rôles clés à jouer à cet égard. Ainsi, grâce à ces

recherches approfondies et à ses campagnes, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a joué un rôle important dans la promotion du processus d'Ottawa qui a conduit à l'adoption du Traité d'interdiction des mines antipersonnel, entré en vigueur le 1er mars 1999. Comme l'a fait remarquer un membre du personnel du CICR qui a participé à ce processus : « L'observation et la documentation des effets des armes ne font pas changer les mentalités, les comportements ou la loi, si l'on n'en fait pas part de manière convaincante aux décideurs et au public. » (77)

Certaines organisations non gouvernementales, comme Amnistie Internationale, ont pour mandat explicite de parler des violations des droits de l'homme. C'est aussi le cas de certains organes de l'ONU, comme le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Cependant, certains organismes hésitent à prendre la parole contre les parties aux conflits, de peur de ne pouvoir ensuite assurer des services essentiels dans le pays concerné. Dans ces cas, il arrive qu'ils choisissent de diffuser l'information indirectement, par l'intermédiaire de tiers ou des médias.

Pour que la diffusion soit efficace, il est nécessaire d'avoir de bonnes données et l'expérience acquise pendant les interventions doit être convenablement analysée. La recherche est essentielle pour évaluer l'impact des conflits sur la santé et sur les systèmes de santé. Elle l'est aussi pour déterminer quelles sont les interventions efficaces.

Recommandations

Il faut prendre diverses mesures pour prévenir l'apparition des conflits et, s'ils se produisent, pour en atténuer les effets. Ces mesures relèvent des catégories générales suivantes :

- obtenir plus d'informations et mieux comprendre ce que sont les conflits ;
- agir sur le plan politique pour prévoir et prévenir les conflits et y réagir ;
- mener des activités de maintien de la paix ;
- faire intervenir le secteur de la santé par rapport aux conflits ;
- intervenir sur le plan humanitaire.

TABLEAU 8.5

Défis en matière de santé après un conflit

Élément de l'activité du secteur de la santé après un conflit	Situation typique à présent	Mesures à prendre pour une réponse plus appropriée
Adoption d'une politique	<ul style="list-style-type: none"> Les activités sont considérées comme des projets indépendants Une attention limitée est accordée à l'adoption de cadres stratégiques 	<ul style="list-style-type: none"> Adopter sans tarder des cadres stratégiques sur lesquels puissent reposer les projets Encourager les donateurs à soutenir le Ministère de la Santé dans l'élaboration des politiques ainsi que dans la collecte et la diffusion d'informations Faciliter les communications entre les principaux participants
Coordination des donateurs	<ul style="list-style-type: none"> Les donateurs acceptent en principe que la coordination soit souhaitable, mais aucun ne souhaite s'y soumettre 	<ul style="list-style-type: none"> Cerner les domaines d'intérêt commun et s'appuyer dessus Renforcer la capacité du Ministère de la Santé de jouer un rôle prépondérant et de coordonner les donateurs et les organisations non gouvernementales
Collaboration avec le gouvernement	<ul style="list-style-type: none"> Le gouvernement est souvent contourné, l'aide étant transmise par l'intermédiaire d'organisations non gouvernementales et d'organismes des Nations Unies 	<ul style="list-style-type: none"> Réformer le système de l'aide internationale afin que les activités de développement puissent commencer plus tôt dans la période de relèvement qui suit un conflit Envisager des approches sectorielles dans lesquelles les donateurs acceptent de travailler à l'intérieur d'un cadre stratégique convenu
Développement de l'infrastructure	<ul style="list-style-type: none"> L'objectif est de reconstruire exactement ce qui existait avant 	<ul style="list-style-type: none"> Examiner les besoins en matière de services et leur répartition Rationaliser la répartition des services proposés et la rendre plus équitable Tenir compte des nouvelles données démographiques dans la mise en place de nouveaux services
Problèmes épidémiologiques particuliers	<ul style="list-style-type: none"> La lutte contre les maladies et la prestation de services sont très ciblés Les donateurs contrôlent nettement les programmes et fournissent la plupart des fonds 	<ul style="list-style-type: none"> Faciliter les liens entre différents programmes Veiller à ce que les programmes soient exécutés par le biais de structures sanitaires principales Veiller à ce que les interventions ciblées sur des maladies et celles axées sur le système de santé se complètent Faire participer pleinement tous les intervenants concernés, y compris le secteur public national et local, les organisations non gouvernementales et le secteur privé
Travail de réconciliation	<ul style="list-style-type: none"> Les activités se concentrent autour de la cessation temporaire des hostilités, afin de procéder à la lutte contre les maladies 	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaître la valeur symbolique des soins de santé dans le rétablissement des relations intercommunautaires Reconnaître que la promotion de la justice et de la réconciliation sont des objectifs à long terme qui passent par le rétablissement souvent lent de la confiance entre les communautés Promouvoir toute occasion raisonnable de collaboration entre les communautés Envisager des mesures novatrices, comme la constitution de commissions pour la vérité et la réconciliation
Rôle du secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> Des efforts sont consentis pour diversifier l'éventail de fournisseurs de services et pour déréglementer le secteur privé 	<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir le rôle de l'Etat dans l'élaboration des politiques, la définition des normes et le suivi de la qualité des services Reconnaître parallèlement le rôle important du secteur privé dans la prestation des soins de santé Trouver des mesures qui encouragent à promouvoir une prestation équitable des services de santé publique importants et un accès tout aussi équitable en la matière
Promotion d'une société équitable	<ul style="list-style-type: none"> On estime en général que cet objectif est important, mais on en remet la réalisation à plus tard 	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaître qu'il est essentiel de mettre en place des structures sociales équitables, mais qu'à court terme, il vaut sans doute mieux retarder certaines réformes dans l'intérêt de la stabilité Etablir des liens entre des groupes de population concurrents et différentes localités, ces liens étant essentiels dans la réforme qui suit le conflit
Formation	<ul style="list-style-type: none"> La formation est souvent négligée, fragmentée et peu coordonnée 	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaître qu'il est important de développer les ressources humaines Trouver des moyens d'intégrer des personnes qui ont été formées dans différents systèmes Investir dans la formation de planificateurs et de gestionnaires
Systèmes d'information	<ul style="list-style-type: none"> L'information n'est pas considérée comme une priorité Même quand l'information existe, elle n'est pas partagée 	<ul style="list-style-type: none"> Faire une priorité de la documentation des cas Créer un système central d'archivage de l'information Utiliser les nouvelles technologies pour diffuser l'information Accorder des fonds sous condition de partage de l'information

Information et compréhension

Données et surveillance

Voici quelques mesures à prendre pour réunir des informations plus précises et plus valides sur les conflits et sur la façon d'y réagir :

- Il faudrait définir les indicateurs relatifs à la santé publique et à la performance des services de santé ainsi que des façons efficaces d'évaluer ces indicateurs, afin de pouvoir déceler les écarts par rapport aux normes de santé dans des groupes particuliers, car il peut s'agir des premiers signes de tensions entre groupes.
- Il serait bon d'affiner encore les techniques de surveillance de l'état de santé et de collecte de données connexes dans des populations touchées par des conflits, afin de mieux comprendre l'incidence des conflits sur d'autres populations, y compris les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les réfugiés qui s'intègrent dans leur communauté d'accueil, et des groupes vulnérables précis, comme les enfants soldats (voir encadré 8.3).
- Les méthodes d'analyse de l'incidence des conflits sur les systèmes de santé et de la réponse de ces systèmes devraient être améliorées.

Plus de recherche

Manifestement, il est indispensable d'approfondir la recherche, de mieux se documenter et de poursuivre l'analyse, afin de prévenir des conflits futurs, de rendre certains groupes moins vulnérables face aux conflits, et d'offrir les services les plus appropriés de la meilleure façon qui soit pendant et après les crises de violence. Voici deux aspects de la documentation et de l'analyse qui méritent une attention particulière :

- Trouver des façons efficaces d'enregistrer l'expérience vécue par les populations touchées par les conflits.
- Procéder à des analyses objectives après les conflits, décrire la montée de la violence, son impact et les réponses qui y ont été apportées. Des analyses allant dans ce sens ont été faites,

notamment après le conflit rwandais de 1994 (74).

Il faut se demander, en particulier, pourquoi certains pays qui manifestent plusieurs signes de risque de conflit violent sont, en fait, capables d'éviter un tel conflit, alors que d'autres vont jusqu'aux conflits, voire jusqu'au quasi-effondrement de l'Etat. L'Angola, le Libéria, la Sierra Leone, la Somalie et l'ex-Yougoslavie sont autant d'exemples de cette dernière catégorie. Il serait utile, notamment, de définir un ensemble d'indicateurs d'avant-urgence qui pourrait aider à dire si une crise risque de dégénérer en une situation d'urgence complexe et majeure.

Prévenir les conflits violents

Prévenir entièrement les conflits doit être une priorité du point de vue de la santé publique.

Voici des mesures clés que les gouvernements doivent prendre :

- Respecter les droits de l'homme, adhérer strictement à l'esprit de la Charte des Nations Unies et promouvoir la pleine adoption de lois protégeant ces droits et du droit international humanitaire.
- Encourager l'adoption de traités et d'autres mesures limitant la production, la distribution et l'utilisation de mines antipersonnel.
- Encourager les mesures visant à ce que l'on produise moins d'armes biologiques, chimiques et nucléaires, entre autres, et à ce qu'il soit plus difficile de s'en procurer, et plus précisément, les nouvelles initiatives relatives aux armes légères, y compris le code de conduite européen sur le transfert d'armes légères.
- S'appuyer sur des mesures récentes pour intégrer la surveillance de la circulation des armes de petit calibre dans d'autres systèmes d'alerte avancée en ce qui concerne les conflits (79). Depuis 1992, par exemple, les Nations Unies tiennent un Registre des armes classiques qui comprend des données sur les transferts d'armes internationaux ainsi que des renseignements fournis par les Etats Membres sur les dotations et les acquisitions militaires

ENCADRE 8.3**Les enfants soldats : problèmes pour les professionnels de la santé**

On estime à 300 000 le nombre constant d'enfants soldats dans le monde, encore qu'il s'agisse certainement d'une nette sous-estimation du phénomène. A moins d'être couramment recrutés dans les forces armées, les enfants n'interviennent normalement que lorsqu'un conflit dure depuis un moment. Cependant, une fois que l'on commence à recruter des enfants, leur nombre augmente rapidement, tandis que leur âge baisse.

Conséquences pour la santé

De toute évidence, quand des enfants participent à des combats armés, ils risquent d'être tués ou blessés. On parle moins d'autres effets sur la santé, comme la santé mentale et la santé publique.

La recherche (78) montre que les traumatismes les plus fréquents liés aux combats chez les enfants soldats sont les suivants :

- perte de l'ouïe ;
- perte de la vue ;
- perte de membres.

Ces traumatismes reflètent en partie la plus grande fragilité de l'organisme des enfants et en partie l'utilisation que l'on fait probablement des enfants, comme d'être couchés au sol et de détecter les mines terrestres. Les jeunes recrues sont également exposées à des risques pour la santé qui ne sont pas directement liés aux combats, y compris des blessures causées par le port d'armes et de lourdes charges, la malnutrition, des infections dermatologiques et respiratoires, ainsi qu'à des maladies infectieuses telles que le paludisme.

Souvent, on demande aux filles et, dans une moindre mesure, aux garçons, de fournir des services sexuels, en plus de se battre. Ces enfants risquent donc beaucoup de contracter des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH. De plus, les filles sont exposées aux dangers liés aux avortements et à l'accouchement. En outre, il arrive souvent que l'on drogoue les enfants soldats ou qu'on leur fasse boire de l'alcool pour les encourager à se battre, ce qui crée des problèmes de toxicomanie et d'alcoolodépendance, en plus des autres risques connexes pour la santé.

Les adolescents recrutés dans les armées gouvernementales régulières sont généralement soumis à la même discipline militaire que les adultes, y compris à des rites d'initiation, à des exercices pénibles, à des punitions et à un dénigrement destinés à briser leur volonté. L'impact d'une telle discipline sur des adolescents peut être dévastateur, mentalement, psychologiquement et physiquement.

Aspects relatifs au secteur de la santé

Les professionnels de la santé devraient comprendre qu'il est nécessaire de procéder le plus tôt possible à un examen médical approfondi de tous les anciens enfants soldats, en faisant preuve, toutefois, de sensibilité. Cela peut se faire au moment de la démobilisation officielle, mais aussi quand des enfants soldats sont capturés, s'échappent ou quittent autrement l'uniforme. Il est possible qu'il faille procéder par étapes, en s'occupant d'abord des problèmes les plus vitaux, puis de questions plus délicates, comme les violences sexuelles.

Une attention particulière devrait être portée à l'état mental et psychosocial des enfants soldats, ainsi qu'à leur santé physique. Voici quelques problèmes dont ils risquent de souffrir :

- cauchemars, flash-backs et hallucinations ;
- problèmes de concentration et de mémoire ;
- anxiété chronique ;
- régression dans le comportement ;

ENCADRE 8.3 (suite)

- consommation de plus en plus abusive d'alcool et d'autres drogues comme mécanisme d'adaptation ;
- sentiment de culpabilité et refus de reconnaître le passé ;
- peu de maîtrise de l'agressivité ;
- idées de vengeance obsessionnelles ;
- sentiments de marginalisation par rapport aux autres.

De plus, le « comportement militarisé » des enfants peut conduire à une mauvaise acceptation des normes de la société civile. Comme le souligne l'Organisation mondiale de la Santé dans sa contribution à l'étude des Nations Unies sur les enfants soldats (78) :

« Les enfants qui passent les stades de développement correspondant à la socialisation et à l'acquisition d'un jugement moral dans un environnement [militaire] sont mal préparés à une réintégration dans une société non violente. Ils acquièrent prématurément une certaine autonomie, sans posséder les connaissances et les compétences nécessaires à un jugement moral et au rejet de comportements à risque inappropriés, que cela se traduise par de la violence, une toxicomanie ou des agressions sexuelles. Leur réadaptation constitue donc un des principaux défis sociaux et de santé publique au lendemain de conflits armés. »

Les professionnels de la santé ont eux aussi un rôle éducatif précieux à jouer pour empêcher que des enfants soient recrutés dans des armées, y compris comme volontaires, en informant mieux les enfants et les adolescents à risque, ainsi que leur famille et leur communauté, et en insistant sur les dangers encourus, y compris les risques graves pour la santé psychologique et mentale.

par l'intermédiaire de politiques nationales de production et autres politiques pertinentes.

- Surveiller les effets négatifs de la mondialisation et promouvoir des formes plus équitables de développement et des modalités plus efficaces d'aide au développement.
- S'efforcer de mettre en place dans le monde entier des formes de gouvernance responsable.

Boutros Boutros-Ghali, l'ancien Secrétaire général des Nations Unies, a déclaré que l'intégration sociale doit être considérée comme une priorité du développement : « Les manifestations de l'absence d'intégration sociale sont familières : discrimination, fanatisme, intolérance, persécution. Les conséquences sont elles aussi familières : mécontentement social, séparatisme, micronationalisme et conflits. » (80).

Opérations de maintien de la paix

Malgré une augmentation massive des activités de maintien de la paix des Nations Unies, l'efficacité de ces opérations est souvent contestable. Cela tient notamment à l'incertitude qui entoure les mandats

de telles interventions, aux mauvais protocoles de liaison entre les différentes forces qui contribuent à ces opérations et à l'insuffisance des ressources affectées à la tâche. En réponse à ces problèmes, le Secrétaire général des Nations Unies a créé un Groupe d'étude sur les opérations de paix de l'ONU, qu'il a chargé d'évaluer les lacunes du système existant et de recommander des changements précis. Le Groupe d'étude, qui est composé de personnes ayant une expérience dans divers aspects de la prévention des conflits, du maintien de la paix et de la consolidation de la paix, a présenté des recommandations visant à améliorer des aspects opérationnels et organisationnels, ainsi que la politique et la stratégie. Ces recommandations sont résumées dans un rapport plus communément connu sous le nom de « Rapport Brahimi » (81).

Interventions du secteur de la santé

Il serait bon d'approfondir la recherche et la documentation relatives au potentiel, et aux limites, du secteur de la santé pour ce qui est d'aider à prévenir les conflits et à y réagir. Plus de

documentation est nécessaire au sujet des bonnes pratiques, notamment en ce qui concerne la prestation de services efficaces après les conflits, domaine où de nouvelles leçons se dessinent.

Les gouvernements devraient appuyer les organisations telles que l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organismes des Nations Unies, dans un effort mondial destiné à élaborer des politiques plus efficaces en matière de prévention des conflits et en ce qui concerne les réponses à y apporter.

Interventions humanitaires

Les normes et le degré de responsabilité des organisations qui interviennent en cas de crise violente doivent être relevés. Le Projet Sphère, qui est basé à Genève, en Suisse, entend parvenir à un consensus sur des normes minimales en matière d'aide humanitaire et à l'application de ces normes. De même, le Projet pour la responsabilité humanitaire, réseau lui aussi basé à Genève et soutenu par des organismes donateurs et des organisations non gouvernementales, s'emploie à renforcer la responsabilité, surtout parmi les bénéficiaires potentiels des activités humanitaires. Les gouvernements et les organismes humanitaires sont instamment invités à appuyer ces deux actions.

Conclusion

Le présent chapitre, qui porte sur l'incidence des conflits violents sur la santé publique et les systèmes de santé, essaie de décrire tout l'éventail de réponses possibles face à ces crises. De toute évidence, il faut insister davantage sur la prévention primaire, qui vise avant tout à éviter qu'éclatent des conflits violents.

Il y a beaucoup à apprendre – et à mettre en pratique – en ce qui concerne la prévention de la violence collective et les réponses à apporter à ses causes profondes. Tout d'abord, cela s'applique aux formes de violence collective qui sont devenues courantes depuis une centaine d'années ou plus – des conflits entre Etats ou faisant intervenir des groupes organisés à l'intérieur d'une zone géographique délimitée (comme une région qui se soulève contre l'Etat central), des guerres civiles et

les différentes formes de violence étatique contre des individus ou des groupes.

La forme que prend la violence collective évolue cependant. Au début du XXI^{ème} siècle, de nouvelles formes de violence collective apparaissent qui font intervenir des groupes et des réseaux organisés mais très dispersés – des groupes sans domicile fixe –, dont les objectifs, les stratégies et la psychologie même diffèrent radicalement de ceux des groupes et réseaux plus anciens. Ces groupes utilisent pleinement la haute technologie et les réseaux financiers modernes que la mondialisation a créés. Leurs armes sont elles aussi nouvelles, car ils cherchent à exploiter les armes biologiques, chimiques et, sans doute, nucléaires, en plus d'explosifs et de missiles plus classiques. Leurs objectifs sont physiques autant que psychologiques, et leurs destructions massives visent aussi à semer une peur générale.

Le monde devra apprendre rapidement à combattre la nouvelle menace du terrorisme mondial sous toutes ses formes, tout en se montrant très déterminé à prévenir les formes classiques de la violence collective et à en atténuer les incidences, car elle reste la cause d'énormément de décès, de maladies, de blessures et de destructions. Une ferme volonté est nécessaire, ainsi que l'engagement généreux de ressources, non seulement pour réussir à mieux comprendre les problèmes posés par les conflits violents, mais aussi pour leur trouver des solutions.

Bibliographie

1. WHA34.38. In : *Recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif, Volume II, 1973–1984*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1985 : 397–398.
2. *Handbook for emergencies*. Geneva, Haut Commissariat des Nations Unie pour les réfugiés, 2001.
3. Leaning J. Introduction. In : Leaning J et al., eds. *Humanitarian crises : the medical and public health response*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard University Press, 1999 : 1–11.
4. Goodhand J, Hulme D. From wars to complex political emergencies : understanding conflict and peace-building in the new world disorder. *Third World Quarterly*, 1999, 20 : 13–26.
5. Kaldor M. *New and old wars : organized violence in a global era*. Cambridge, Polity Press, 1999.

6. Cornish P. Terrorism, insecurity and underdevelopment. *Conflict – Security – Development*, 2001, 1 :147–151.
7. Zwi A, Ugalde A, Richards P. The effects of war and political violence on health services. In : Kurtz L, ed. *Encyclopedia of violence*. San Diego, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Academic Press, 1999 :679–690.
8. Ball P, Kobrak P, Spierer H. *State violence in Guatemala, 1960–1996 : a quantitative reflection*. Washington D.C. (Etats-Unis d'Amérique), American Academy for the Advancement of Science, 1999.
9. Roberts L et al. *Mortality in eastern Democratic Republic of Congo : results from eleven mortality surveys*. New York, Etat de New York (Etats-Unis d'Amérique), International Rescue Committee, 2001.
10. *Classification internationale des maladies*, neuvième révision. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1978.
11. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision. *Volume 1 : Liste de tableaux ; Volume 2 : Manuel d'instruction ; Volume 3 : Index*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1992–1994.
12. Sivard RL. *World military and social expenditures*, 14th ed. Washington, DC, World Priorities, 1991.
13. Sivard RL. *World military and social expenditures*, 16th ed. Washington D.C. (Etats-Unis d'Amérique), World Priorities, 1996.
14. Rummel RJ. *Death by government : genocide and mass murder since 1900*. New Brunswick, NJ et Londres, Transaction Publications, 1994.
15. Sheil M et al. Deaths among humanitarian workers. *British Medical Journal*, 2000, 321 :166–168.
16. Take a step to stamp out torture. Londres (Royaume-Uni), Amnesty International, 2000.
17. Burnett A, Peel M. Asylum-seekers and refugees in Britain : health needs of asylum seekers and refugees. *British Medical Journal*, 2001, 322 :544–547.
18. Harris MF, Telfer BL. The health needs of asylum-seekers living in the community. *Medical Journal of Australia*, 2001, 175 :589–592.
19. British Medical Association. *The medical profession and human rights : handbook for a changing agenda*. Londres (Royaume-Uni), Zed Books, 2001.
20. *12-point program for the prevention of torture by agents of the state*. Londres (Royaume-Uni), Amnesty International, 2000.
21. *Protocole d'Istanbul : Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*. New York, Etat de New York, Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2001 (diffusé sur Internet à http://www.unhcr.ch/8istprot_fre.pdf).
22. Ashford MW, Huet-Vaughn Y. The impact of war on women. In : Levy BS, Sidel VW, eds. *War and public health*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 1997 :186–196.
23. Turshen M, Twagiramariya C, eds. *What women do in wartime : gender and conflict in Africa*. Londres (Royaume-Uni), Zed Books, 1998.
24. Stiglmeier A, ed. *Mass rape : the war against women in Bosnia-Herzegovina*. Lincoln, Nebraska (Etats-Unis d'Amérique), University of Nebraska Press, 1994.
25. Ignatieff M. *Virtual war : Kosovo and beyond*. Londres (Royaume-Uni), Chatto & Windus, 2000.
26. Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict. *Preventing deadly conflict : final report*. New York, Etat de New York (Etats-Unis d'Amérique), Carnegie Corporation, 1997.
27. Zwi AB, Fustukian S, Sethi D. Globalization, conflict and the humanitarian response. In : Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Health policy in a globalizing world*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press, 2002.
28. Stewart F. The root causes of humanitarian emergencies. In : Nafziger EW, Stewart F, Väyrynen R, eds. *War, hunger and displacement : the origin of humanitarian emergencies*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 2000.
29. Prunier G. *The Rwanda crisis 1959–1994 : history of a genocide*. Londres (Royaume-Uni), Hurst, 1995.
30. Dodge CP. Health implications of war in Uganda and Sudan. *Social Science and Medicine*, 1990, 31 :691–698.
31. Children on the front line : the impact of apartheid, destabilization and warfare on children in southern and South Africa, 3ème édition. New York, Etat de New York (Etats-Unis d'Amérique), Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1989.
32. Mann J et al. Bosnia : the war against public health. *Medicine and Global Survival*, 1994, 1 :130–146.
33. Horton R. On the brink of humanitarian disaster. *Lancet*, 1994, 343 :1053.
34. Ugalde A et al. The health costs of war : can they be measured? Lessons from El Salvador. *British Medical Journal*, 2000, 321 :169–172.
35. Garfield RM, Frieden T, Vermund SH. Health-related outcomes of war in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1987, 77 :615–618.
36. Kloos H. Health impacts of war in Ethiopia. *Disasters*, 1992, 16 :347–354.

37. Cliff J, Noormahomed AR. Health as a target : South Africa's destabilization of Mozambique. *Social Science and Medicine*, 1988, 27 :717-722.
38. Goma Epidemiology Group. Public health impact of Rwandan refugee crisis : what happened in Goma, Zaire, in July 1994? *Lancet*, 1995, 345 :339-344.
39. Zwi AB, Cabral AJ. High-risk situations for AIDS prevention. *British Medical Journal*, 1991, 303 :1527-1529.
40. *AIDS and the military : UNAIDS point of view*. Genève (Suisse), Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 1998 (UNAIDS Best Practice Collection).
41. Mann JM, Tarantola DJM, Netter TW, eds. *AIDS in the world*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard University Press, 1992.
42. Khaw AJ et al. HIV risk and prevention in emergency-affected populations : a review. *Disasters*, 2000, 24 :181-197.
43. Smallman-Raynor M, Cliff A. Civil war and the spread of AIDS in central Africa. *Epidemiology of Infectious Diseases*, 1991, 107 :69-80.
44. *Refugees and AIDS : UNAIDS point of view*. Genève (Suisse), Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 1997 (UNAIDS Best Practice Collection).
45. Stover E et al. The medical and social consequences of land mines in Cambodia. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272 :331-336.
46. *The Causes of conflict in Africa*. Londres (Royaume-Uni), Department for International Development, 2001.
47. *Getting away with murder, mutilation and rape : new testimony from Sierra Leone*. New York, Etat de New York (Etats-Unis d'Amérique), Human Rights Watch, 1999 (Vol. 11, No. 3).
48. Summerfield D. The psychosocial effects of conflict in the Third World. *Development in Practice*, 1991, 1 :159-173.
49. Quirk GJ, Casco L. Stress disorders of families of the disappeared : a controlled study in Honduras. *Social Science and Medicine*, 1994, 39 :1675-1679.
50. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity : the limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 1995, 40 :1073-1082.
51. Pupavac V. Therapeutic governance : psychosocial intervention and trauma risk. *Disasters*, 2001, 25 :1449-1462.
52. Robertson G. *Crimes against humanity : the struggle for global justice*. Harmondsworth, Penguin, 1999.
53. Gururaj et al. *Suicide prevention : emerging from darkness*. New Delhi (Inde), Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, 2001.
54. Silove D, Ekblad S, Mollica R. The rights of the severely mentally ill in post-conflict societies. *Lancet*, 2000, 355 :1548-1549.
55. Toole MJ, Waldman RJ. Prevention of excess mortality in refugee and displaced populations in developing countries. *Journal of the American Medical Association*, 1990, 263 :3296-3302.
56. Toole MJ, Waldman RJ, Zwi AB. Complex humanitarian emergencies. In : Black R, Merson M, Mills A. *Textbook of international health*. Gaithersburg, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Aspen, 2000.
57. Centers for Disease Control and Prevention. Famine-affected, refugee, and displaced populations : recommendations for public health issues. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1992, 41(No. RR-13).
58. Toole MJ, Waldman RJ. Refugee and displaced persons : war, hunger and public health. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270 :600-605.
59. Deacon B. *Global social policy, international organizations and the future of welfare*. London, Sage, 1997.
60. Reed H, Haaga J, Keely C, eds. *The demography of forced migration : summary of a workshop*. Washington D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Academy Press, 1998.
61. Hampton J, ed. *Internally displaced people : a global survey*. London, Earthscan, Norwegian Refugee Council and Global IDP Survey, 1998.
62. Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. *Rapport sur les catastrophes dans le monde, 1999*. Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1999.
63. Hodes RM, Kloos H. Health and medical care in Ethiopia. *New England Medical Journal*, 1988, 319 :918-924.
64. Brauer J, Gissy WG, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997.
65. Cranna M, ed. *The true cost of conflict*. London, Earthscan and Saferworld, 1994.
66. Kumaranayake L, Zwi A, Ugalde A. Costing the direct health burden of political violence in developing countries. In : Brauer J, Gissy W, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997 :292-301.
67. Macrae J, Zwi A. Famine, complex emergencies and international policy in Africa : an overview. In : Macrae J, Zwi A, eds. *War and hunger : rethinking international responses to complex emergencies*. Londres (Royaume-Uni), Zed Books, 1994 :6-36.
68. Lee I, Haines A. Health costs of the Gulf War. *British Medical Journal*, 1991, 303 :303-306.

69. Walt G, Cliff J. The dynamics of health policies in Mozambique 1975–85. *Health Policy and Planning*, 1986, 1 :148–157.
70. Addison T. Aid and conflict. In : Tarp F, ed. *Foreign aid and development : lessons learnt and directions for the future*. Londres (Royaume-Uni), Routledge, 200 :392–408.
71. Banatvala N, Zwi A. Public health and humanitarian interventions : improving the evidence base. *British Medical Journal*, 2000, 321 :101–105.
72. Anderson MB. *Do no harm. How aid can support peace – or war*. Boulder, Colorado (Etats-Unis d'Amérique) et Londres (Royaume-Uni), Lynne Rienner, 1999.
73. Barnabas GA, Zwi AB. Health policy development in wartime : establishing the Baito health system in Tigray, Ethiopia. *Health Policy and Planning*, 1997, 12 :38–49.
74. Kumar K, ed. *Rebuilding societies after civil war*. Boulder, CO and London, Lynne Rienner, 1997.
75. Kumar K et al. *La réponse internationale au conflit et au génocide : enseignements à tirer de l'expérience au Rwanda. Etude 4 : Reconstruire le Rwanda après le conflit*. Copenhague (Danemark), Comité directeur pour l'évaluation conjointe de l'aide d'urgence au Rwanda, 1996.
76. Post-conflict reconstruction : the role of the World Bank. Washington D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque mondiale, 1998.
77. Coupland RM. The effects of weapons and the Solferino cycle. *British Medical Journal*, 1999, 319 :864–865.
78. Machel G. *Impact des conflits armés sur les enfants rapport du Groupe d'experts au Secrétaire général*. New York, Etat de New York, (Etats-Unis d'Amérique), Nations Unies, 1996 (document A/51/306).
79. Laurence EJ. *Arms watching : integrating small arms and light weapons into the early warning of violent conflict*. Londres (Royaume-Uni), Saferworld, 2000.
80. Boutros-Ghali B. *Agenda pour le développement*. New York, Etat de New York (Etats-Unis d'Amérique), Nations Unies, 1995.
81. *Rapport du Groupe d'étude sur les opérations de paix de l'Organisation des Nations Unies*. New York, Etat de New York, Conseil de sécurité de l'Assemblée générale des Nations Unies, 2000 (document A/55/305, S/2000/809).

CHAPITRE 9

Recommandations sur les mesures à prendre

Contexte

Aucun continent, aucun pays et peu de communautés sont à l'abri de la violence. Elle est partout, mais il ne s'agit pas pour autant d'un fléau indissociable de la condition humaine ou d'un problème insoluble de la « vie moderne » que la détermination et l'ingéniosité humaines ne peuvent aider à surmonter.

Les chapitres précédents du présent rapport traitent abondamment des différents types de violences et des interventions de santé publique qui peuvent les faire reculer et aider à remédier à leurs conséquences. Ce dernier chapitre met en lumière un certain nombre de schémas et de thèmes généraux qui se retrouvent dans divers types de violence. Il souligne de nouveau l'importance d'une approche axée sur la santé publique et présente un ensemble de recommandations à l'intention des décideurs et des intervenants de tous niveaux.

Réagir face à la violence : que savons-nous à l'heure actuelle ? Les grands enseignements

Il reste des lacunes importantes dans la base d'informations et bien d'autres études doivent être faites, mais des enseignements utiles ont été tirés de ce que l'on sait maintenant en matière de prévention de la violence et des remèdes à apporter à ses conséquences.

Prévisible et évitable

La violence est à la fois prévisible et évitable. Comme le montre le présent rapport, certains facteurs semblent prédire fortement la violence dans des populations données, même si le lien de causalité direct est parfois difficile à établir. Cela va de facteurs individuels et familiaux, comme l'impulsivité, la dépression, la surveillance déficiente des enfants, des rôles assignés rigide ment à chacun des sexes et des conflits conjugaux, à des facteurs macro-économiques, comme des changements rapides dans les structures sociales et de fortes récessions économiques, qui font monter le chômage et entraînent une détérioration des services publics. Il y a aussi des facteurs locaux,

particuliers à un endroit et à un moment, comme la multiplication des armes en circulation ou une évolution du trafic de stupéfiants dans un quartier donné. En repérant ces facteurs et en les mesurant, on peut avertir les décideurs à temps qu'une intervention est nécessaire.

Parallèlement, l'éventail des moyens d'action augmente à mesure que progresse la recherche en santé publique. Dans chaque catégorie de violence examinée dans le présent rapport, des exemples d'interventions prometteuses pour ce qui est de lutter contre la violence et de remédier à ses conséquences sont cités. Ils vont d'interventions individuelles et communautaires à petite échelle jusqu'à des changements fondamentaux à l'échelle nationale qui ont permis de faire reculer la violence. La majorité des interventions documentées et officiellement évaluées ont lieu dans des régions plus riches du monde, mais on trouve aussi bon nombre d'interventions novatrices dans les pays en développement.

Investissement en amont, résultats en aval

Dans le monde entier, les autorités ont tendance à agir uniquement après que des cas de violence très médiatisés se soient produits et à n'investir alors des ressources que pendant peu de temps dans des programmes ciblés sur des petits groupes de personnes faciles à identifier. Les « descentes » de police périodiques dans des quartiers très violents, généralement après qu'un incident ait fait la une, en sont des exemples classiques. En revanche, la santé publique met l'accent sur la prévention et surtout sur les mesures de prévention primaires en « amont » des problèmes, autrement dit, sur les mesures qui visent à empêcher en premier lieu que se produisent des incidents violents ou qu'ils se soldent par des blessures graves. Les approches axées sur la prévention primaire reposent sur l'idée que même de petits investissements peuvent avoir des retombées positives importantes et durables.

Comprendre le contexte de la violence

Toutes les sociétés connaissent la violence, mais son contexte, autrement dit les circonstances dans lesquelles elle survient, sa nature et son acceptabilité

sociale, varie grandement d'un endroit à l'autre. Si l'on entend mettre en place des programmes de prévention, il faut comprendre le contexte de la violence afin d'adapter l'intervention à la population ciblée.

Les chapitres 4 (violence exercée par des partenaires intimes) et 6 (violence sexuelle) fournissent quantité d'exemples où le contexte culturel exacerbe les conséquences de la violence, créant d'énormes problèmes en matière de prévention. La croyance, dans de nombreuses sociétés, que les hommes ont le droit de punir leur épouse, y compris en usant de la force physique, pour diverses raisons, dont le refus d'avoir des relations sexuelles, en est un exemple. Le comportement qui découle d'une telle croyance expose ces femmes au risque non seulement de subir des violences immédiates, physiques et psychologiques, mais aussi au risque de se retrouver enceinte sans le vouloir et de contracter des maladies sexuellement transmissibles. L'approbation de châtiments corporels sévères dans l'éducation des enfants, qui est profondément ancrée dans certaines sociétés, en est un autre exemple. Il est peu probable que des interventions portent leurs fruits, à moins qu'on y tienne compte de la puissance de ces mentalités et de leurs rapports avec d'autres aspects de la culture locale.

En même temps, les traditions culturelles peuvent également protéger. Les chercheurs et les concepteurs de programmes doivent donc être prêts à les cerner et à les utiliser dans des interventions. Par exemple, le chapitre 7 (violence dirigée contre soi) explique en quoi l'appartenance religieuse semble réduire le risque de suicide, et il analyse les raisons pour lesquelles il en est sans doute ainsi, comme l'identification à une religion et des interdits précis contre le suicide.

Exploiter les liens

Différents types de violence sont liés les uns aux autres à bien des égards et partagent souvent des facteurs de risque similaires. Le chapitre 3 (maltraitance des enfants et manque de soins de la part des parents ou des tuteurs), où la liste des facteurs de risque courants se recoupe dans une large

mesure avec celle d'autres types de violence, en fournit un exemple. Voici quelques-uns de ces facteurs :

- La pauvreté, qui est liée à toutes les formes de violence.
- Des histoires familiales ou personnelles marquées par le divorce ou la séparation, facteur également associé à la violence chez les jeunes, à la violence familiale, à la violence sexuelle et au suicide.
- L'alcoolisme et la toxicomanie, qui sont associés à toutes les formes de violence interpersonnelle ainsi qu'au suicide.
- Une histoire de violence familiale, qui est liée à la violence chez les jeunes, à la violence exercée par des partenaires intimes, à la violence sexuelle et au suicide.

Les chevauchements entre les listes de facteurs de risque correspondant à différents types de violence donnent à penser qu'il existe un potentiel important de partenariats entre des groupes qui ont un intérêt majeur dans la prévention primaire et secondaire ; à savoir : les administrations locales et les responsables communautaires, les organismes chargés de la programmation des logements sociaux, la police, les travailleurs sociaux, les organisations féminines, les groupes de défense des droits de l'homme, la profession médicale et les chercheurs qui travaillent dans chaque domaine particulier. Des partenariats peuvent se révéler avantageux à divers titres, y compris pour :

- gagner en efficacité dans les interventions ;
- éviter les chevauchements d'interventions ;
- accroître les ressources disponibles en mettant en commun des fonds et du personnel dans le cadre de mesures prises conjointement ;
- faire en sorte que les activités de recherche et de prévention soient menées de façon plus collective et mieux coordonnée.

Malheureusement, les activités de recherche et de prévention visant les divers types de violence sont souvent préparées isolément les unes par rapport aux autres. Si l'on peut venir à bout de cette fragmentation, il y a largement matière à l'avenir à des interventions plus globales et plus efficaces.

Se concentrer sur les groupes les plus vulnérables

A l'instar de bien des problèmes de santé, la violence n'est pas neutre. Elle existe certes dans toutes les classes sociales, mais la recherche donne toujours à penser que les personnes de statut socio-économique inférieur y sont plus exposées. Le plus souvent, ce sont les facteurs liés à la pauvreté, plus que la pauvreté elle-même, qui accroissent le risque de violence. Le chapitre 2, par exemple, analyse les rôles des logements insalubres, du manque d'instruction, du chômage et d'autres situations liées à la pauvreté dans lesquelles se trouvent les jeunes violents, et se demande en quoi ces facteurs exposent davantage les jeunes au risque de se laisser influencer par des pairs délinquants et de participer à des activités criminelles. Le rythme auquel les gens se retrouvent dans la pauvreté, c'est-à-dire perdent des ressources dont ils disposaient auparavant, et la façon dont ils vivent cette pauvreté, autrement dit, leurs privations relatives dans un cadre particulier plutôt que leur niveau de pauvreté absolu, sont également importants.

Le chapitre 6 (violence sexuelle) montre comment la pauvreté exacerbe la vulnérabilité des femmes et des filles. En accomplissant des tâches quotidiennes, comme de travailler dans les champs, d'aller chercher de l'eau seules ou de rentrer à pied à la maison du travail tard le soir, les femmes et les filles pauvres des régions rurales ou défavorisées sur le plan économique risquent souvent d'être violées. La pauvreté les expose à une exploitation sexuelle dans des situations aussi diverses que la recherche d'un emploi, le commerce ou l'éducation. Elle constitue aussi un des principaux facteurs qui poussent des femmes à se prostituer et contraignent des familles à vendre leurs enfants à des gens qui se livrent à la traite d'êtres humains à des fins sexuelles. Le chapitre 8 (violence collective), qui va plus loin dans l'analyse, souligne que la pauvreté et l'inégalité sont deux des moteurs des conflits violents et que la pauvreté risque de s'accroître quand les conflits durent, ce qui prépare le terrain pour d'autres formes de violence.

Il n'est pas nouveau que l'on néglige les pauvres. En effet, dans la plupart des sociétés, les plus pauvres sont généralement ceux qui sont les moins

servis par les divers services de protection et de soins de l'Etat. Cependant, le fait que la violence soit liée à la pauvreté est sans doute une raison de plus pour laquelle les décideurs et les pouvoirs publics ont négligé, dans la lutte contre la violence, les approches axées sur la santé publique, car elles signifieraient qu'une plus grande partie des services et des ressources doivent aller aux familles et aux communautés, au lieu d'être consacrés à la police et aux prisons. Il faut remédier à cette négligence, si l'on veut prévenir la violence.

Combattre la passivité

La passivité encourage grandement la violence et empêche tout autant de prendre des mesures à son encontre. Cela vaut tout particulièrement pour l'attitude qui consiste à considérer que la violence – tout comme le problème connexe de l'inégalité des sexes – a toujours existé dans la société humaine et qu'il en sera donc toujours ainsi. Souvent, cette passivité est considérablement renforcée par un intérêt personnel. L'acceptation sociale, par exemple, du droit que les hommes auraient de « corriger » leur épouse est de toute évidence plus à l'avantage des hommes que des femmes. Le trafic de stupéfiants doit son essor à son illégalité, qui fait aussi qu'il est acceptable pour les narcotrafiants de régler leurs différends ou d'agrandir leur part de marché par la violence.

Dans la description qu'ils donnent de quelques-uns des éléments qui créent une culture de la violence, plusieurs chapitres du présent rapport insistent sur le fait que, souvent, les lois et les mentalités favorisent une telle culture. Il se peut que les deux jouent dans des facteurs tels que la glorification de la violence dans les médias, et la tolérance des agressions ou de la violence sexuelles perpétrées par des partenaires intimes, des châtiements corporels sévères infligés aux enfants par les parents à la maison, des brimades subies à l'école et dans les cours de récréation, du recours démesuré à la force par la police, et de l'exposition prolongée d'enfants et d'adolescents à des conflits armés. Il sera difficile de faire vraiment reculer la violence interpersonnelle et collective si l'on reste un tant soit peu passif vis-à-vis de ces questions.

Obtenir l'engagement des décideurs

Les organisations locales, les particuliers et les institutions peuvent beaucoup faire, mais le succès des interventions de santé publique dépend, en définitive, de l'investissement politique. L'appui des dirigeants politiques est nécessaire non seulement pour assurer le financement voulu et des lois efficaces, mais aussi pour conférer plus de légitimité aux mesures de prévention et pour attirer davantage l'intérêt du public à leur égard. L'engagement est aussi important au niveau national, où les décisions politiques et législatives sont prises, qu'au niveau des provinces, des districts et des municipalités, où l'on contrôle le fonctionnement quotidien de nombreuses interventions.

Beaucoup de secteurs de la société doivent souvent insister pendant longtemps pour obtenir le ferme engagement nécessaire à la lutte contre la violence. Les intervenants et les chercheurs en santé publique ont une contribution importante à apporter dans ce processus en donnant aux décideurs des informations solides sur la prévalence de la violence et sur ses conséquences, et en documentant soigneusement les pratiques éprouvées et prometteuses qui peuvent amener à sa prévention ou à sa gestion.

Pourquoi le secteur de la santé doit-il intervenir?

Récemment encore, dans la plupart des sociétés modernes, c'était à l'appareil judiciaire, à la police et aux services correctionnels, et à l'armée dans certains cas, qu'il incombait de remédier à la violence ou de la contenir. Le secteur de la santé, public et privé, était relégué à l'arrière-plan, où il se contentait de prodiguer des soins après les faits, quand les victimes de violence se présentaient à lui.

Atouts et avantages comparatifs

Aujourd'hui, le secteur de la santé est un allié actif et précieux dans la lutte mondiale contre la violence qui apporte dans cette tâche divers atouts et avantages. Sa proximité par rapport au problème, qu'il connaît donc bien, est un de ces atouts. Le personnel des hôpitaux et des dispensaires et d'autres fournisseurs de soins de santé consacrent beaucoup de temps aux victimes de la violence.

L'information dont dispose le secteur de la santé pour faciliter la recherche et le travail de prévention est un autre atout important. Ces données en sa possession font qu'il est très bien placé pour attirer l'attention sur le fardeau que la violence impose à la santé. Combinées avec sensibilité aux histoires humaines dont le secteur de la santé est témoin tous les jours, ces informations peuvent devenir des arguments fort utiles pour inciter à l'action.

Une responsabilité particulière

Le rôle du secteur de la santé dans la prévention de la violence découle de sa responsabilité envers le public, c'est-à-dire envers les gens qui, en fin de compte, paient les services et les structures publiques qui les organisent. Avec cette responsabilité et ses divers avantages et atouts, le secteur de la santé peut jouer un rôle beaucoup plus actif dans la prévention de la violence – dans l'idéal, en collaboration avec d'autres secteurs – qu'il ne l'a fait par le passé. Les médecins, les infirmières et d'autres professionnels de la santé sont bien placés pour repérer, chaque jour, des cas de violence et pour orienter les victimes vers d'autres services qui leur offriront un traitement de suivi ou une protection. Du point de vue des programmes, les hôpitaux et d'autres établissements de santé peuvent se révéler être de bons cadres d'intervention, car leurs ressources et leur infrastructure peuvent servir dans les activités de prévention. Tout aussi importante, une étroite collaboration des professionnels de la santé et des institutions ou secteurs concernés par la violence, y compris des organisations non gouvernementales et des organismes de recherche, peut contribuer à renforcer la conception et la mise en œuvre des interventions.

Le secteur de la santé joue déjà ce rôle dans bien des régions du monde, encore que ce soit parfois de manière hésitante ou ponctuelle. Le moment est venu d'agir de façon plus décidée et mieux coordonnée, et d'élargir les interventions à d'autres endroits où elles sont grandement nécessaires. Sans cela, le secteur de la santé échouera dans sa mission.

Assigner des responsabilités et fixer des priorités

Étant donné les multiples facettes de la violence et ses causes complexes, les gouvernements et les organisations compétentes, à tous les paliers de décision – locaux, nationaux et internationaux – doivent participer à la prévention. Une action intersectorielle à la fois coordonnée et complémentaire renforcera l'efficacité des mesures de prévention de la violence.

En plus de travailler à leur propre niveau de gouvernement ou d'autorité, les décideurs et les intervenants peuvent et doivent travailler de concert pour que l'on progresse réellement. Il se peut que les différentes composantes de la société civile – comme les médias, les organisations communautaires, les associations professionnelles, les syndicats et les institutions religieuses et les structures traditionnelles – recèlent une somme de connaissances et d'expériences pertinentes.

Chaque pays a sa propre structure de gouvernement, de l'État unitaire très centralisé au régime fédéral qui répartit les pouvoirs entre les administrations locales, régionales et nationales. Cependant, quelle que soit la structure, les processus de planification stratégique, que dirigent généralement les gouvernements nationaux, mais qui peuvent inclure d'autres paliers et secteurs, peuvent aider à créer un consensus, à fixer des objectifs et des échéanciers, et à assigner des responsabilités à tous ceux qui ont quelque chose à apporter. Certaines organisations des Nations Unies et certains organismes de développement bilatéraux sont très compétents en ce qui concerne la planification stratégique relative aux questions de santé publique dans les pays en développement, ce qui pourrait s'avérer utile dans la prévention de la violence.

Recommandations

Les recommandations suivantes visent à mobiliser face à la violence. Toutes nécessitent la participation de divers secteurs et intervenants pour atteindre leurs objectifs.

Il est évident que ces recommandations doivent être appliquées en faisant preuve de souplesse et en tenant compte de la situation et des capacités locales. Les pays actuellement en proie à la violence

collective, ou qui disposent de peu de ressources financières ou humaines, auront du mal à appliquer seuls certaines des recommandations nationales et locales, quand cela ne leur sera tout simplement pas impossible. Ils pourront donc peut-être travailler en collaboration avec des organisations internationales ou des organisations non gouvernementales présentes sur leur territoire et capables d'appuyer voire d'appliquer certaines des recommandations.

Recommandation 1. Elaborer et mettre en œuvre un plan d'action national pour la prévention de la violence et en suivre l'application

Il est essentiel, si l'on veut prévenir la violence à long terme, de définir un plan d'action national multi-sectoriel. Ce n'est pas toujours facile, car le public réclame à raison des mesures immédiates face aux effets plus visibles de la violence. Cependant, les dirigeants nationaux doivent comprendre que les avantages d'une approche soutenue, axée sur la santé publique, seront plus importants et plus durables que des politiques répressives à court terme. Il faudra un engagement et un investissement politiques visibles d'une autorité morale par rapport à ce plan d'action.

Un plan d'action national pour la prévention de la violence doit comprendre des objectifs, des priorités, des stratégies et des responsabilités précises, ainsi qu'un calendrier et un mécanisme d'évaluation. Il doit reposer sur un consensus liant tout un éventail d'acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux comprenant les organisations concernées. Il doit tenir compte des ressources financières et humaines dont on dispose ou disposera pour sa mise en œuvre. Il doit aussi prévoir des éléments tels que l'examen et la réforme de la législation et des politiques en vigueur, le renforcement des capacités de collecte de données et de recherche, le renforcement des services d'aide aux victimes ainsi que la mise au point et l'évaluation des mesures préventives. Il est essentiel, pour garantir que le plan ne reste pas lettre morte, que l'on donne pour mandat à une organisation particulière de suivre les progrès accomplis par rapport à ces aspects et à d'autres éléments du plan et d'en rendre compte régulièrement.

La coordination des mécanismes au niveau local, national et international sera nécessaire pour parvenir à une collaboration fructueuse entre des secteurs tels que la justice pénale, l'éducation, le travail, la santé, l'aide sociale et d'autres encore qui peuvent participer à la définition et à l'exécution du plan. Des mécanismes tels que des groupes de travail nationaux, des comités interministériels et des groupes de travail des Nations Unies pourraient faciliter cette coordination. Au niveau local, des conseils, des groupes de travail et des réseaux communautaires peuvent être créés ou utilisés pour aider à élaborer le plan et à le réaliser.

Recommandation 2. Développer les moyens de collecte de données sur la violence

Le plan d'action national pour la prévention de la violence doit prévoir la création ou le renforcement de la capacité nationale de collecte et d'analyse des données relatives à l'ampleur, aux causes et aux conséquences de la violence. Ces données sont nécessaires pour fixer des priorités, pour élaborer des programmes et pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation du plan d'action. Comme l'explique le présent rapport, on collecte au moins quelques données dans tous les pays, mais il faut faire en sorte qu'elles soient de meilleure qualité et qu'on les communique davantage.

Il se peut qu'il soit plus efficace, dans certains pays, que le gouvernement national charge une institution, un organisme ou un service officiel de réunir et de comparer les données communiquées par les services de santé et de police, entre autres, qui sont en contact régulier avec les victimes et les auteurs de violence. Cette institution peut être un « centre d'excellence » chargé de documenter l'ampleur de la violence dans le pays, d'encourager la recherche ou d'en faire, et de former des gens en conséquence. Elle devra travailler en liaison avec des institutions et des organismes comparables afin d'échanger des données ainsi que des méthodes et des outils de recherche. Dans les pays dont les ressources sont limitées, elle pourra également assurer la surveillance décrite à la recommandation 1.

La collecte de données est importante à tous les niveaux, mais c'est au niveau local que leur qualité et leur exhaustivité seront déterminées. Il faut concevoir des systèmes simples et d'application peu coûteuse, qui correspondent aux compétences du personnel et soient conformes aux normes nationales et internationales. De plus, il faut prévoir des procédures pour l'échange de données entre les autorités compétentes (par exemple, les services de santé, la justice pénale et l'aide sociale) et les parties intéressées, ainsi que les moyens nécessaires pour faire des analyses comparatives.

Au niveau international, il manque actuellement des normes agréées pour la collecte de données sur la violence qui permettraient d'améliorer les comparaisons de données entre pays et entre cultures. Cela est grave, surtout parce qu'il est difficile, à cause des lacunes actuelles sur le plan de l'information, d'avoir une idée précise de l'ampleur de la violence dans le monde et, donc, d'entreprendre des recherches mondiales ou de définir des interventions. Si ces lacunes tiennent en grande partie à des données manquantes, elles sont également dues à des différences dans la façon dont les pays, et parfois des organismes de ces pays, classifient leurs données. On peut y remédier en définissant et en diffusant des normes de collecte des données reconnues à l'échelle internationale. La *Classification internationale des causes externes de traumatismes* et les lignes directrices pour la surveillance des traumatismes élaborées par l'Organisation mondiale de la Santé et les Centers for Disease Control and Prevention américains vont dans ce sens.

Recommandation 3. Définir les priorités et encourager la recherche sur les causes, les conséquences, les coûts et la prévention de la violence

Bien que le rapport montre que l'on comprend mieux la violence dans différents groupes de population et différents cadres, d'autres études doivent être faites d'urgence. Il y a bien des raisons de faire de la recherche, mais l'une des toutes premières priorités est de mieux comprendre le phénomène de la violence dans différents contextes

culturels afin de pouvoir mettre au point des ripostes appropriées et les évaluer.

Au niveau national, et dans le cadre du plan d'action, la recherche peut être encouragée par les politiques officielles, par la participation directe d'institutions publiques (bien des ministères des affaires sociales ou de l'intérieur, tout comme bon nombre de services de justice pénale, ont des programmes de recherche interne) ainsi que par le financement d'établissements universitaires et de chercheurs indépendants.

Des travaux de recherche peuvent et doivent également être faits au niveau local. La recherche locale est primordiale dans les activités locales de prévention de la violence, mais elle est également importante dans l'effort de recherche général nécessaire pour lutter contre la violence à l'échelle mondiale. Pour obtenir un maximum de résultats, les autorités locales doivent y associer tous les partenaires possédant les compétences requises, notamment les facultés de médecine, de sciences sociales, de criminologie et d'épidémiologie, les services de recherche et les organisations non gouvernementales.

La majeure partie de la recherche nécessaire pour prévenir la violence doit se faire au niveau local, en réponse à la situation et aux besoins locaux, mais certaines questions mondiales hautement prioritaires exigent des recherches internationales, notamment sur les rapports entre la violence et divers aspects de la mondialisation, en particulier, ses répercussions économiques, écologiques et culturelles, sur les facteurs de risque et de protection communs à différentes cultures et sociétés et, enfin, sur les approches prometteuses en matière de prévention applicables dans divers contextes.

Certains aspects de la mondialisation influent beaucoup sur différents types de violence dans différents cadres, mais on ne sait pas vraiment comment ces facteurs provoquent la violence ni comment les atténuer. On n'a pas assez fait de recherches sur les facteurs de risque communs à différents contextes et encore moins sur les facteurs de protection, ce qui serait pourtant fort utile. De plus, bien que l'on dispose de beaucoup de renseignements sur des interventions menées dans

divers pays, et certaines parmi les plus prometteuses sont décrites dans le présent rapport, peu ont été évaluées.

Recommandation 4. Promouvoir des mesures de prévention primaire

Tout au long du présent rapport, on insiste sur l'importance de la prévention primaire. La recherche donne à penser que la prévention primaire est plus efficace lorsqu'elle est menée tôt et parmi les gens et les groupes connus pour être à plus haut risque que la population en général, même si des mesures visant cette dernière peuvent se révéler bénéfiques. Cependant, comme différents chapitres du présent rapport l'indiquent, on n'insiste pas assez, à quelque niveau que ce soit, sur la prévention primaire. Cette situation doit changer.

Voici quelques interventions de prévention primaire importantes pour réduire la violence :

- soins prénatals et périnatals pour les mères, et programmes d'initiation préscolaire et de développement social pour les enfants et les adolescents ;
- formation au rôle de parent et à l'amélioration du fonctionnement de la famille ;
- amélioration des infrastructures urbaines, sur le plan matériel autant que socio-économique ;
- mesures destinées à prévenir les traumatismes par armes à feu et à améliorer la sécurité dans l'utilisation de ces armes ;
- campagnes médiatiques pour modifier les mentalités, les comportements et les normes sociales.

Les deux premières interventions sont importantes pour lutter contre la maltraitance et le manque de soins dont sont victimes des enfants, et contre la violence parmi les adolescents et les adultes.

L'amélioration de l'infrastructure matérielle et socio-économique peut également beaucoup aider. Il faut, plus particulièrement, s'attaquer aux facteurs environnementaux dans les communautés, autrement dit, repérer les lieux où la violence est fréquente, analyser ce qui fait qu'un endroit en

ENCADRE 9.1**Promotion de la santé, prévention de la violence et médias : la campagne de *Soul City***

En Afrique du Sud, l'Institute for Health and Development Communication (IHDC) est salué pour la façon novatrice dont il utilise le pouvoir des médias pour promouvoir la santé et le développement. Le projet de l'organisation non gouvernementale allie questions sociales et sanitaires dans le cadre de feuillets télévisés et radiodiffusés aux heures de grande écoute, ce qui lui permet de toucher des millions d'auditeurs et de téléspectateurs dans tout le pays. En associant intimement le public aux histoires racontées sur le plan émotionnel, les émissions visent à changer des attitudes et des normes sociales fondamentales et, en définitive, à modifier les comportements. Une des séries télévisées, appelée *Soul City*, est ciblée sur le grand public, tandis qu'une autre, *Soul Buddyz*, est destinée aux enfants de 8 à 12 ans. *Soul City*, qui est une des émissions les plus populaires de la télévision sud-africaine, touche près de 80 % de son public cible de quelque 16 millions de personnes, et les deux tiers des enfants sud-africains regardent *Soul Buddyz*.

Pour accompagner les émissions diffusées, l'IHDC a produit des brochures qui fournissent des renseignements supplémentaires sur les sujets traités, avec des illustrations s'inspirant de personnages populaires des séries télévisées. Le projet a également produit des cassettes audio et vidéo à utiliser dans divers contextes éducatifs formels et informels.

La violence est une grande priorité en matière de santé publique en Afrique du Sud, et il en est question dans presque toutes les émissions. La violence interpersonnelle générale, les brimades, la violence des gangs, la violence familiale, le viol et le harcèlement sexuel figurent parmi les sujets abordés. Le projet vise à prévenir la violence :

- en faisant prendre conscience au public de l'ampleur de la violence dans la société sud-africaine et de ses conséquences ;
- en persuadant les gens qu'ils peuvent faire quelque chose contre la violence, tant au niveau individuel qu'en tant que membres de la communauté ;
- en encourageant à mieux élever les enfants, en s'inspirant d'exemples et en améliorant les communications et les relations entre parents et enfants.

Le projet de l'IHDC met également à la disposition du public un numéro d'appel gratuit qu'il peut composer pour obtenir des conseils en cas de crise et les coordonnées de services de soutien communautaires. Il a aussi préparé des documents de formation sur la violence contre les femmes à l'intention des conseillers psychosociaux et des personnels de santé ainsi que de la police et de la justice.

Une évaluation de la première série de *Soul Buddyz* est en cours. Des évaluations du feuillet pour adultes *Soul City* montrent que le public est plus sensibilisé et mieux informé, et que les attitudes et les normes sociales à l'égard de la violence familiale et des relations hommes-femmes évoluent. En outre, on note une volonté plus marquée de changer les comportements et d'agir contre la violence, tant dans les zones urbaines que rurales et ce, chez les hommes comme chez les femmes.

particulier est dangereux, comme un mauvais éclairage, l'isolation ou la proximité d'un établissement où l'on consomme de l'alcool, et modifier ou éliminer ces facteurs. Il faut aussi améliorer l'infrastructure socio-économique locale en investissant plus et en offrant de meilleures possibilités en matière d'éducation et sur le plan économique.

Les interventions nationales et locales doivent également viser à prévenir les blessures par balle et à renforcer les mesures de sécurité relatives aux armes à feu. Celles-ci constituent un facteur de risque important dans de nombreux types de violence, y compris la violence chez les jeunes, la violence collective et le suicide. Les interventions visant à

réduire le nombre de blessures par balle, accidentelles et intentionnelles, comprennent, par exemple, des lois sur la vente et la possession d'armes, des programmes de collecte et de neutralisation d'armes illégales dans des zones où la violence avec armes à feu est fréquente, des programmes de démobilisation des miliciens et des soldats après les conflits, et des mesures pour que les armes soient entreposées de façon plus sûre. D'autres études sont nécessaires, entre autres pour déterminer l'efficacité de ces types d'interventions. Il s'agit d'un domaine clé où la collaboration multisectorielle entre le pouvoir législatif, les services de police et les services de santé publique sera importante, si l'on veut enregistrer un succès global.

Les médias peuvent jouer un rôle à la fois très négatif et très positif dans la prévention de la violence. On ne dispose encore d'aucune recherche concluante sur l'incidence de l'exposition à la violence par l'intermédiaire des médias sur de nombreux types de violence, mais certains faits laissent apparaître une relation entre les reportages consacrés à des suicides et les suicides ultérieurs. On peut utiliser les médias pour changer les mentalités et les normes sociales en ce qui concerne la violence en imprimant et en diffusant des informations anti-violence ou en intégrant des messages anti-violence dans des émissions de divertissement tels que des feuilletons télévisés (voir encadré 9.1).

Selon la situation locale, la plupart de ces interventions primaires peuvent aussi se renforcer mutuellement, ce qui est important.

Recommandation 5. **Renforcer les mesures en faveur des victimes de la violence**

Les services sociaux, juridiques et de santé fournis aux victimes de violence devraient être renforcés dans tous les pays. Cela suppose un examen des services actuels, une meilleure formation du personnel, et une meilleure intégration de l'aide apportée sur le plan social et juridique ainsi que sur le plan de la santé.

Les systèmes de santé nationaux devraient se donner pour but de renforcer leurs capacités et leur financement afin d'assurer des soins de qualité aux victimes de tous les types de violence, ainsi que des

services de réadaptation et d'appui nécessaires pour éviter des complications ultérieures. Les priorités sont les suivantes :

- améliorer les systèmes de secours d'urgence et l'aptitude du secteur de la santé à soigner les victimes et à les réadapter ;
- reconnaître les signes d'incidents violents ou de situations violentes et orienter les victimes vers les organismes compétents qui assureront suivi et appui ;
- veiller à ce que les services de santé, la justice, la police et les services sociaux évitent de harceler les victimes et empêchent les auteurs d'actes de violence de récidiver ;
- organiser des programmes d'aide sociale et de prévention, ainsi que d'autres services pour protéger les familles exposées au risque de violence et atténuer le stress chez les personnes qui s'occupent des enfants ;
- prévoir dans les programmes d'études de médecine et d'études infirmières des modules sur la prévention de la violence.

Chacune de ces mesures peut aider à atténuer l'impact de la violence sur les gens et à limiter les coûts pour les systèmes de santé et les systèmes sociaux. Les systèmes d'intervention d'urgence et les soins préhospitaliers peuvent réduire considérablement le risque de décès ou d'invalidité résultant de traumatismes physiques. Des mesures visant à changer l'attitude de la police et d'autres agents publics, à les éduquer au sujet de la violence sexuelle et de la violence perpétrée par les partenaires intimes et à les former afin qu'ils sachent reconnaître des cas de violence et réagir en conséquence, sont tout aussi importantes, même si elles sont moins tangibles.

Lorsque les ministères de la santé fournissent des lignes directrices pour les programmes de cours dans les écoles de médecine et d'infirmières, la politique nationale devrait être de veiller à ce que, pendant ses études, le personnel de santé reçoive une formation sur la violence, sur ses conséquences et sur sa prévention. Une fois diplômé, ce personnel devrait pouvoir reconnaître les signes de violence et être décidé à le faire. Ces mesures peuvent beaucoup aider les personnes qui sont incapables

ENCADRE 9.2**Réagir face à la menace de violence : la Coalition interaméricaine pour la prévention de la violence**

Dans les pays du continent américain, comme dans le reste du monde, la sécurité publique est une préoccupation première des gouvernements. Du point de vue de l'économie nationale, la violence a des répercussions sur l'investissement intérieur et étranger et, donc, sur la croissance et le développement à long terme. Elle suscite aussi chez les citoyens un sentiment d'insécurité et de méfiance à l'égard de la justice pénale et des régimes politiques.

En juin 2000, les cinq organismes régionaux et internationaux ainsi que l'organisation nationale suivants se sont donc associés pour lancer la Coalition interaméricaine pour la prévention de la violence :

- les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique ;
- la Banque interaméricaine de développement ;
- l'Organisation des Etats américains ;
- l'Organisation panaméricaine de la Santé ;
- l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture ;
- la Banque mondiale.

La Coalition estime pouvoir appuyer efficacement des initiatives nationales visant à prévenir la violence, notamment en mobilisant de nouveaux partenaires et de nouvelles ressources, que ces initiatives soient prises par les gouvernements, la société civile ou le secteur privé. Les activités de la Coalition reposent sur le principe de coopération, mais elle respecte la liberté de chaque pays de prendre ses propres décisions en matière de prévention de la violence.

Voici les principales mesures prévues par la Coalition :

- financer des campagnes destinées à sensibiliser davantage le public à l'importance de la prévention de la violence ;
- appuyer les efforts déployés pour réunir et publier des données fiables sur la violence et la criminalité, à l'échelle locale et nationale ;
- créer un site Web sur la prévention de la violence, avec une base de données sur les meilleures pratiques ;
- fournir aux décideurs de toute la région des informations sur la prévention de la violence ;
- organiser des colloques et des ateliers régionaux sur la prévention de la violence, ainsi que des voyages d'études et des initiatives entre villes jumelées ;
- travailler en collaboration avec les médias ;
- travailler en collaboration avec les ministres et les maires ainsi qu'avec d'autres représentants locaux et nationaux ;
- travailler en collaboration avec le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les communautés ethniques et religieuses ;
- fournir un soutien technique pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes nationaux de prévention de la violence.

Cet effort de prévention de la violence est le premier de ce type sur le continent américain, et il pourrait servir de modèle pour des initiatives régionales similaires dans d'autres régions du monde.

de communiquer ce qui leur arrive, comme les jeunes enfants ou les personnes âgées handicapées, ou qui ont peur de le faire, comme les victimes de violence familiale, les travailleurs du sexe et les sans-papiers.

Ces politiques doivent être soigneusement mises en œuvre et évaluées afin d'éviter que les victimes de violence soient davantage encore traumatisées. Par exemple, si le personnel s'aperçoit qu'un patient a été victime de violence, les mesures prises par la suite

ENCADRE 9.3**Les Nations Unies et la prévention de la violence interpersonnelle**

Les organismes onusiens font beaucoup actuellement pour prévenir la violence interpersonnelle, notamment par le biais d'initiatives qui visent des types précis de violence perpétrée dans des cadres particuliers. Cependant, jusque récemment, ils agissaient souvent sans se concerter.

En novembre 2001, des représentants des dix organismes des Nations Unies se sont réunis à Genève pour parler de leur travail en matière de violence interpersonnelle et pour trouver des moyens de coordonner les interventions futures dans ce domaine. Il leur était déjà arrivé de collaborer avec succès dans la lutte contre la violence liée aux conflits, mais rarement dans la prévention de la criminalité et des actes de violence quotidiens dont sont victimes les particuliers, les familles, les communautés et des institutions telles que les écoles et les lieux de travail. Il est apparu que l'on avait tout intérêt à collaborer davantage pour résoudre ce problème complexe, au sein des organismes des Nations Unies et, plus particulièrement, entre ces organismes. La réunion a marqué une première étape dans ce sens.

Dans un message aux représentants, le Secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, déclarait : « Tous les hommes et les femmes ont le droit de vivre et d'élever leurs enfants sans avoir à redouter d'être victimes de violence. Nous devons les aider à jouir de ce droit en faisant clairement comprendre que l'on peut éviter la violence et en travaillant de concert pour en cerner les causes sous-jacentes et y remédier. »

Les participants ont tracé les grandes lignes de diverses activités qu'ils mèneraient en concertation. A court terme, il s'agit de préparer un guide des ressources et des activités des Nations Unies en matière de prévention de la violence interpersonnelle, en précisant les principales compétences de chaque organisme dans cette tâche et les domaines dans lesquels les organisations des Nations Unies n'interviennent pas à l'heure actuelle. Un site Web sera créé à partir de ce guide pour aider les organismes participants à échanger des informations. Il servira aussi de ressources aux autres organismes des Nations Unies, aux gouvernements, aux organisations non gouvernementales, aux chercheurs et aux donateurs. A moyen et à long terme, la collaboration portera également sur le travail de sensibilisation, sur la collecte de données, sur des travaux d'analyse et de recherche, et sur des mesures de prévention.

ne doivent pas exposer ce patient à plus de violence, à une censure de la part de sa famille ou de la communauté, ou à d'autres conséquences négatives.

Recommandation 6.
Intégrer la prévention de la violence dans les politiques sociales et éducatives et promouvoir ainsi l'égalité entre les sexes et l'égalité sociale

La violence a beaucoup à voir avec les inégalités entre hommes et femmes et les inégalités sociales, qui exposent d'importantes couches de population à un risque accru. L'expérience des pays qui ont amélioré la condition de la femme et atténué les

discriminations sociales donne à penser qu'il faudra toute une gamme d'interventions, notamment des réformes législatives et juridiques, des campagnes de sensibilisation, des activités de formation et de suivi de la police et des fonctionnaires et, enfin, des incitations éducatives ou économiques pour les groupes défavorisés. Des études culturelles et sociales seront nécessaires pour définir ces interventions, afin qu'elles soient possibles et efficaces.

Parallèlement, les politiques et les programmes de protection sociale, pour l'ensemble de la population et pour les groupes défavorisés, doivent être renforcés. Ils sont mis à mal dans de nombreuses

régions du monde à cause de différents facteurs, comme les effets de la mondialisation, l'endettement et les politiques d'ajustement structurel, le passage d'une économie planifiée à une économie de marché, et les conflits armés. Dans beaucoup de pays, les salaires réels ont baissé, l'infrastructure de base se détériore, notamment en milieu urbain, et on assiste à une dégradation quantitative et qualitative des services éducatifs, sanitaires et sociaux. Etant donné les liens qui existent entre ces conditions et la violence, les gouvernements devraient faire tout leur possible pour que les services de protection sociale restent opérationnels, si nécessaire en revoyant les priorités de leurs budgets nationaux.

Recommandation 7. Renforcer la collaboration et les échanges d'informations en matière de prévention de la violence

Il faut évaluer les relations de travail entre les organismes internationaux, les organismes publics, les chercheurs, les réseaux et les organisations non gouvernementales qui participent à la prévention de la violence, afin de mieux partager les connaissances, de mieux s'entendre sur les buts de la prévention et mieux coordonner les interventions. Tous ont un rôle important à jouer dans la prévention de la violence (encadré 9.2).

Plusieurs organismes internationaux, institutions régionales et organismes des Nations Unies travaillent actuellement à la prévention de la violence ou ont un mandat ou des activités tout à fait en rapport avec ce sujet, y compris ceux qui s'occupent de questions économiques, des droits de l'homme, du droit international et du développement durable. A ce jour, la coordination entre toutes ces entités reste insuffisante, et il faudrait remédier à cette situation pour éviter beaucoup de chevauchements inutiles et pour bénéficier des économies que permettent la mise en commun de compétences, de réseaux, de financements et d'installations nationales. Il serait bon d'étudier minutieusement des mécanismes visant à améliorer la coopération, en commençant, si possible, à une petite échelle, avec la participation d'un petit nombre d'organisations dont le mandat est en

rapport avec la prévention de la violence et qui ont une expérience pratique en la matière (voir encadré 9.3).

Les immenses progrès réalisés ces dernières années dans la technologie des communications, aspect positif de la mondialisation, ont permis de constituer des milliers de réseaux dans quantité de domaines. En ce qui concerne la prévention de la violence et les domaines connexes, des réseaux de chercheurs et d'intervenants enrichissent considérablement la base de connaissances mondiales en proposant divers modèles de prévention, en analysant les méthodologies et en faisant un examen critique des résultats de la recherche. Leurs échanges d'informations et d'idées sont essentiels pour les progrès à venir, de même que le travail des pouvoirs publics, des fournisseurs de services et des groupes de sensibilisation.

Les groupes de sensibilisation sont également des partenaires importants en matière de santé publique. Ceux qui luttent contre la violence à l'égard des femmes et les violations des droits de l'homme (notamment, la torture et les crimes de guerre) en sont des exemples clés. Ils ont démontré qu'ils sont capables de mobiliser des ressources, de réunir et de communiquer des informations importantes, et d'organiser des campagnes qui influent sur les décideurs. Les groupes qui s'intéressent à d'autres questions et, en particulier, à la maltraitance des personnes âgées et au suicide, savent également se faire entendre depuis quelques années. Il faut reconnaître tout l'intérêt des groupes de revendication, ce qui peut se faire en prenant des mesures pratiques, comme de leur conférer un statut officiel à l'occasion de grandes conférences internationales et de les inclure dans les groupes de travail officiels.

Il est possible aussi, et important, de progresser dans l'échange d'information entre spécialistes travaillant sur différents types de violence. Les spécialistes qui se penchent sur des questions telles que la maltraitance des enfants, la violence chez les jeunes, la violence perpétrée par des partenaires intimes, la maltraitance des personnes âgées ou la prévention du suicide travaillent souvent en étroite collaboration avec des collègues qui travaillent sur le même type de violence, mais beaucoup moins

avec ceux qui s'intéressent à d'autres types de violence. Comme le montre le présent rapport, les différents types de violence partagent facteurs de risque et stratégies de prévention. Donc, il y a beaucoup à gagner à définir des plate-formes qui faciliteront l'échange d'information et le travail de sensibilisation.

Recommandation 8. Promouvoir et surveiller l'application des traités internationaux, des lois et des mécanismes de protection des droits fondamentaux

Depuis 50 ans, les gouvernements ont signé divers accords juridiques internationaux intéressant directement la violence et la prévention de la violence. Ces accords fixent des normes pour la législation nationale et définissent des critères et des limites en matière de comportement. En voici quelques-uns parmi les plus importants en ce qui concerne le présent rapport :

- La Convention pour la prévention et la répression du crime de génocide (1948).
- La Convention pour la répression et l'abolition de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui (1949).
- La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965).
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966).
- Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966).
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979).
- La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984).
- La Convention relative aux droits de l'enfant (1989) et ses deux Protocoles facultatifs concernant la participation d'enfants aux conflits armés (2000) et la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie impliquant des enfants (2000).

- Le Statut de Rome de la Cour pénale internationale (1998).

D'autres accords importants concernent également divers aspects de la violence, comme la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981) et la Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence faite aux femmes (1994).

Si nombreux sont les pays qui ont progressé dans l'harmonisation de leur législation avec les obligations et les engagements internationaux qu'ils ont pris, en revanche, d'autres n'ont guère avancé. Certains n'ont pas les moyens ou les compétences nécessaires pour appliquer les dispositions de ces instruments internationaux. Lorsque ce sont les ressources ou l'information qui manquent, la communauté internationale devrait aider davantage. Dans d'autres cas, des campagnes vigoureuses seront nécessaires pour amorcer des changements dans la législation et dans les faits.

Recommandation 9. Recherche, sur la base d'accords internationaux, des ripostes concrètes au trafic mondial d'armes et de drogue

Le trafic de stupéfiants et le trafic d'armes qui se livrent à l'échelle mondiale font partie intégrante de la violence dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement, et relèvent de la compétence nationale et internationale. D'après les faits présentés dans différentes parties du présent rapport, même de modestes progrès sur l'un ou l'autre de ces deux fronts contribueront à faire reculer la violence dont sont victimes des millions de personnes. Cependant, et malgré l'intérêt accordé à ces problèmes dans le monde, aucune solution ne semble se dessiner pour l'instant. Des stratégies de santé publique aideraient sans doute à réduire les effets sur la santé aux niveaux national et local, et il faudrait donc en faire de bien plus grandes priorités dans les mesures prises au niveau mondial.

Conclusion

La violence n'est pas une fatalité. On peut faire beaucoup pour lutter contre ce problème et le prévenir. Les personnes, les familles et les commu-

nautés qui voient chaque année leur vie brisée par la violence peuvent être protégées et il est possible de s'attaquer aux causes profondes de la violence afin d'assainir la société pour le bien de tous.

Le monde n'a pas encore vraiment mesuré l'ampleur de cette tâche et ne dispose pas encore de tous les outils nécessaires. Cependant, la base de connaissances mondiales ne cesse de s'élargir, et des expériences très utiles ont déjà été tentées.

C'est à cette base de connaissances que le *Rapport mondial sur la violence et la santé* se propose de contribuer. Il faut espérer qu'il encouragera et

facilitera la collaboration, l'innovation et la volonté de prévenir la violence dans le monde entier.

Bibliographie

1. Centre collaborateur de l'OMS pour la surveillances des traumatismes. *Classification internationale des causes externes de traumatismes*. Amsterdam, Consumer Safety Institute, 2001.
2. Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé (publié en collaboration avec les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis), 2001 (document WHO/NMH/VIP/01.02).

Annexe statistique

Contexte

Chaque année, plus d'une centaine de pays adressent à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) des renseignements détaillés sur le nombre de décès imputables à divers maladies et traumatismes qui surviennent sur leur territoire. Les données de ces Etats Membres de l'OMS sont compilées à partir de systèmes d'enregistrement des données de l'état civil en utilisant les codes de la Classification internationale des maladies (CIM) (1, 2). Ces systèmes nationaux enregistrent environ 17 millions de décès par an dans le monde. L'OMS analyse les données ainsi réunies, de même que celles tirées d'enquêtes, de recensements et d'études épidémiologiques afin de déterminer des schémas de causes de décès par pays, par Région et dans le monde.

L'Organisation mondiale de la Santé utilise également ces données, ainsi que d'autres renseignements, pour évaluer le fardeau mondial des maladies. Ces estimations, publiées pour la première fois en 1996, représentent l'examen le plus complet de la mortalité et de la morbidité mondiales jamais réalisé (3). Une nouvelle évaluation du fardeau mondial des maladies pour l'an 2000 est en cours (4). Des estimations du fardeau mondial des traumatismes pour la même année sont présentées ici. Une description des tableaux inclus en annexe et des données utilisées pour arriver aux estimations de l'an 2000 sur les décès imputables à la violence est fournie ci-dessous.

Types de tableaux

L'annexe statistique comprend trois types de tableaux :

- des estimations régionales et mondiales de la mortalité ;
- les dix principales causes de décès et les années de vie corrigées de l'incapacité (DALY) pour tous les Etats Membres de l'OMS combinés et pour chacune des Régions de l'OMS ;
- des taux de mortalité par pays.

Estimations régionales et mondiales de la mortalité

Le tableau 1 donne un aperçu des chiffres de population utilisés pour estimer les taux de mortalité nationaux, régionaux et mondiaux. Les tableaux 2 à 5 présentent des estimations de la mortalité liée à la violence pour l'an 2000. Le tableau 2 présente des estimations de la mortalité pour toutes les blessures intentionnelles par sexe, groupe d'âge, niveau de revenu et Région de l'OMS. Les estimations concernant les homicides, les suicides et la guerre sont présentées séparément aux tableaux 3 à 5, par sexe, groupe d'âge, niveau de revenu et Région de l'OMS.

Classement des causes de décès et des DALY

Le tableau 6 présente les dix principales causes de décès et d'années de vie corrigées de l'incapacité (DALY) pour l'an 2000, ainsi qu'un classement des décès imputables à des causes violentes et des DALY. Ce classement est donné pour tous les Etats Membres combinés et chacune des Régions de l'OMS.

Taux de mortalité nationaux

Les tableaux 7 à 9 présentent, respectivement, les nombres et taux de décès imputables à des blessures intentionnelles, à un homicide ou à un suicide, tandis que le tableau 10 fournit les chiffres correspondants pour la mortalité par balle, classés par mode de décès. Dans ces tableaux, les nombres absolus et les taux pour 100 000 habitants sont présentés par sexe et groupe d'âge pour les pays qui transmettent des données à l'OMS

Méthodes

Catégories

Les décès et les blessures non fatales sont attribuées, par catégorie, à une cause initiale en utilisant les règles et conventions de la Classification internationale des maladies (1, 2). Le projet de liste des causes pour le fardeau mondial des maladies (GBD) 2000 comprend quatre niveaux de désagrégation et répertorie 135 maladies et traumatismes (5). Les catégories de blessures intentionnelles et non intentionnelles sont définies selon des codes de

cause externe. Voici, par exemple, les codes des blessures intentionnelles :¹

- Homicide – ICD-9 E960–E969 or ICD-10 X85–Y09.
- Suicide – ICD-9 E950–E959 or ICD-10 X60–X84.
- Blessures de guerre – ICD-9 E990–E999 or ICD-10 Y36.
- Intervention légale – ICD-9 E970–E978 or ICD-10 Y35.
- Toutes les blessures intentionnelles – ICD-9 E950–E978, E990–E999 or ICD-10 X60–Y09, Y35, Y36.

Les nombres absolus et les taux pour 100 000 habitants sont présentés par sexe et par Région de l'OMS pour six groupes d'âge : 0-4 ans, 5-14 ans, 15-29 ans, 30-44 ans, 45-59 ans et 60 ans ou plus.

Régions de l'OMS

Les Etats Membres de l'OMS sont regroupés en six Régions, soit l'Afrique, les Amériques, l'Europe, la Méditerranée orientale, l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental. Les pays inclus dans chaque Région sont nommés au tableau 1.

Aux tableaux 1 à 5, les pays des six Régions de l'OMS sont de plus divisés par niveaux de revenu fondés sur des estimations du produit national brut (PNB) de 1996 par habitant compilées par la Banque mondiale et utilisées dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 1999* (6). A partir du PNB par habitant, les économies sont classées comme étant à faible revenu (785 dollars américains ou moins), à revenu moyen (786 à 9635 dollars américains) ou à revenu élevé (9636 dollars américains ou plus).

Estimations mondiales de la mortalité

Le projet GBD 2000 utilise les toutes dernières estimations démographiques de l'OMS pour les Etats Membres préparées par la Division de la population des Nations Unies (7). De nouvelles tables de survie ont été dressées pour l'an 2000

pour les 191 Etats Membres de l'OMS (8, 9). La première version de GBD 2000 présentée ici pour les traumatismes, repose sur une analyse approfondie des données sur la mortalité pour toutes les régions du monde, ainsi que sur un examen systématique d'études épidémiologiques et des données des services de santé (4). Des données complètes ou incomplètes des registres d'état civil et les systèmes d'enregistrement par sondage couvrent 72 % de la mortalité mondiale. Les données d'enquête et les techniques démographiques indirectes fournissent des renseignements sur les taux de mortalité juvénile et adulte pour les 28 % restant de l'estimation de la mortalité mondiale.

Les données sur les causes de décès ont été analysées afin de tenir compte de la couverture incomplète de l'enregistrement des données de l'état civil dans certains pays et des différences probables entre les schémas de causes de décès auxquelles il faut s'attendre dans les sous-populations souvent plus pauvres et non couvertes (4). Par exemple, les schémas de causes de décès en Chine et en Inde reposent sur les systèmes d'enregistrement de la mortalité en place. En Chine, le système à points de surveillance des maladies et le système d'enregistrement des données de l'état civil du Ministère de la Santé ont été utilisés. En Inde, les données sur la mortalité relevées sur les certificats médicaux précisant la cause de décès ont été utilisées pour les régions urbaines et l'enquête annuelle sur les causes de décès a été employée pour les zones rurales.

Pour tous les autres pays pour lesquels manquaient des données d'état civil, des modèles de causes de décès ont été utilisés pour une estimation initiale de la répartition maximale probable des décès entre les grandes catégories de maladies transmissibles et non transmissibles ainsi que de traumatismes, en se fondant sur des taux de mortalité totaux et des revenus estimés. Un modèle de schéma régional des causes précises de décès a ensuite été défini en se fondant sur des données de l'état civil local et sur des données d'autopsie verbales, puis cette répartition proportionnelle a été appliquée au sein de chaque grand groupe de

¹ D'après la *Classification internationale des maladies*, neuvième révision (CIM-9) (1) et la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision (CIM-10) (2).

causes. Enfin, les estimations ainsi obtenues ont été corrigées en fonction de données épidémiologiques tirées d'études des maladies et des traumatismes.

Une attention particulière a été accordée aux problèmes de classement ou de codage erroné des décès. La catégorie « Blessure à caractère accidentel ou intentionnel non déterminé » (E980-E989 dans les codes CIM-9 à trois chiffres ou Y10-Y34 dans CIM-10) comprend souvent une bonne part de décès consécutifs à des traumatismes. Sauf lorsque des renseignements locaux plus détaillés sont disponibles, ces décès ont été répartis proportionnellement entre les autres causes de décès imputables à des traumatismes.

Classements régional et mondial des années de vie corrigées de l'incapacité (DALY)

La mesure des années de vie corrigées de l'incapacité (DALY) sert à quantifier le fardeau des maladies (3, 10). Les DALY permettent de mesurer des défaillances de santé en combinant des renseignements sur le nombre d'années de vie perdues à cause d'un décès prématuré et la perte de santé due à une incapacité.

Les années vécues avec une incapacité (YLD) constituent la composante incapacité des DALY. Les YLD servent à calculer l'équivalent en années de bonne santé perdues à cause de séquelles débilitantes de maladies et de traumatismes. Pour ce calcul, il faut une estimation de l'incidence, une durée moyenne d'incapacité et des coefficients de pondération de l'incapacité (de 0 à 1).

De nombreuses sources d'informations ont été utilisées pour calculer les YLD pour les maladies et les traumatismes dans le projet GBD 2000, dont des données de surveillance nationales et internationales, des registres de maladies, des données d'enquêtes sanitaires, des données de services médicaux et hospitaliers, et des études épidémiologiques nationales et internationales (4).

L'analyse du fardeau des traumatismes de GBD 2000 repose sur des méthodes élaborées aux fins de l'étude GBD 1990. Ces méthodes définissent un traumatisme comme étant un cas assez grave pour mériter une attention médicale ou comme entraînant la mort. L'estimation des YLD résultant de

traumatismes reposait sur une analyse de bases de données d'établissements de santé qui enregistraient le type et la nature des codes de blessure. Les bases de données nationales australienne, chilienne, mauricienne, suédoise et américaine ont été utilisées pour calculer des ratios de décès par rapport à l'incidence. Ces ratios ont ensuite été appliqués pour calculer les YLD à partir des décès consécutifs à des traumatismes dans toutes les régions du monde. Les ratios décès-incidence étaient assez semblables dans les pays développés et en développement. La proportion de cas accidentels entraînant des séquelles débilitantes à long terme a été évaluée pour chaque nature de catégorie de traumatismes à partir d'un examen d'études épidémiologiques à long terme des conséquences de traumatismes.

Pour arriver au classement du tableau 6, les décès et les incapacités ont d'abord été répartis en trois grands groupes :

- maladies transmissibles, causes maternelles et conditions survenant dans la période périnatale, et carences nutritionnelles ;
- maladies non transmissibles ;
- traumatismes.

Ensuite, les décès et les incapacités ont été regroupés par catégories. Ainsi, les traumatismes ont été divisés en blessures intentionnelles et non intentionnelles. Après quoi, les décès et les incapacités ont été divisés plus avant en sous-catégories. Les blessures non intentionnelles, par exemple, ont été subdivisées en accidents de la route, empoisonnements, chutes, incendies, noyades et autres blessures non intentionnelles, tandis que les blessures intentionnelles étaient subdivisées en blessures auto-infligées, violences interpersonnelles et blessures de guerre. Les classements correspondent à une mise en ordre des sous-catégories.

Ensuite, les décès et les incapacités ont été regroupés par catégories. Ainsi, les traumatismes ont été divisés en blessures intentionnelles et non intentionnelles. Après quoi, les décès et les incapacités ont été divisés plus avant en sous-catégories. Les blessures non intentionnelles, par exemple, ont été subdivisées en accidents de la route, empoisonnements, chutes, incendies, noyades et autres blessures

non intentionnelles, tandis que les blessures intentionnelles étaient subdivisées en blessures auto-infligées, violences interpersonnelles et blessures de guerre. Les classements correspondent à une mise en ordre des sous-catégories.

Les dix principales causes de décès et les DALY sont présentées au tableau 6 pour tous les États Membres de l'OMS combinés et pour chacune de ses six Régions. Dans les Régions où les décès résultant de violences et les DALY ne figurent pas parmi les dix principales causes, le classement est précisé. Les DALY présentées au tableau 6 sont calculés en utilisant les taux courants de diminution du temps (3 %) et des coefficients de pondération standard pour l'âge (3).

Taux de mortalité nationaux

Les taux de mortalité imputable à la violence rapportés aux tableaux 7 à 10 correspondent à la dernière année entre 1990 et 2000 où les pays comptant plus d'un million d'habitants ont transmis des données à l'OMS. Pour les pays comptant moins d'un million d'habitants, un taux moyen donné repose sur les trois dernières années où des données ont été communiquées à l'OMS entre 1990 et 2000.

Les taux n'ont pas été calculés lorsque le nombre de décès dans une catégorie particulière était inférieur à 20, mais le nombre de décès est précisé. Des taux par âge et standardisés pour l'âge sont présentés. Les taux standardisés pour l'âge, qui sont calculés en appliquant les taux par âge à la population-type mondiale (11), permettent de comparer les taux dans des populations ayant des structures par âge différentes.

Les chiffres de population utilisés pour calculer les taux de mortalité pour chaque pays des tableaux A.7 à A.10 se trouvent sur le site Web de l'Organisation mondiale de la Santé à <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

Bibliographie

1. *Classification internationale des maladies*. Neuvième révision. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1978.
2. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Dixième révision. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1993.
3. Murray CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard School of Public Health, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
4. Murray CJL et al. *The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2001 (GPE Discussion Paper No. 36).
5. Murray CJL, Lopez AD. Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics*, 2000, 9:69-82.
6. *Rapport sur la santé dans le monde, 1999: Pour un réel changement*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 1999.
7. *World population prospects: the 2000 revision*. New York, Etat de New York, Nations Unies, 2001.
8. Lopez AD et al. *Life tables for 191 countries for 2000: data, methods, results*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2001 (GPE Discussion Paper No. 40).
9. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2000.
10. Murray CJ, Lopez AD. *Global health statistics*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard School of Public Health, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).
11. Ahmad OA et al. *Age standardization of rates: a new WHO standard*. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 31).

TABLEAU A.1

Population (en milliers d'habitants) par sexe et par groupe d'âge, pour tous les Etats Membres de l'OMS, 2000

Etats Membres par Région de l'OMS, âge et niveau de revenu	Total ^b	Hommes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Tous	6 045 172	3 045 375	314 256	615 986	797 048	643 148	404 000	270 937
Revenu élevé	915 866	451 069	27 970	59 366	94 800	106 787	86 747	75 398
Revenus faible et moyen	5 129 306	2 594 306	286 286	556 619	702 249	536 361	317 253	195 539
Afrique (faible/moyen)^a	639 631	318 751	54 547	87 461	88 948	48 416	25 515	13 865
Algérie	30 291	15 346	1 798	3 601	4 724	2 959	1 425	839
Angola	13 134	6 499	1 300	1 867	1 683	888	493	269
Bénin	6 272	3 092	557	900	839	441	227	127
Botswana	1 541	755	113	214	234	118	50	26
Burkina Faso	11 535	5 576	1 114	1 713	1 531	658	332	227
Burundi	6 356	3 088	559	955	837	423	211	104
Cameroun	14 876	7 405	1 182	2 046	2 099	1 089	609	381
Cap-Vert	427	199	31	54	62	38	5	9
République centrafricaine	3 717	1 811	304	494	489	268	158	98
Tchad	7 885	3 900	749	1 087	1 031	557	302	174
Comores	706	354	59	95	104	55	27	13
Congo	3 018	1 478	282	413	391	212	113	68
Côte d'Ivoire	16 013	8 206	1 219	2 166	2 317	1 301	785	417
République démocratique du Congo	50 948	25 245	5 043	7 427	6 522	3 414	1 834	1 005
Guinée équatoriale	457	225	40	60	58	35	20	12
Erythrée	3 659	1 817	311	496	488	287	156	78
Ethiopie	62 908	31 259	5 628	8 629	8 284	4 730	2 617	1 372
Gabon	1 230	609	98	150	147	95	69	49
Gambie	1 303	644	103	159	165	118	66	32
Ghana	19 306	9 613	1 421	2 555	2 836	1 526	823	452
Guinée	8 154	4 102	733	1 087	1 129	646	338	169
Guinée-Bissau	1 199	591	105	156	154	93	53	31
Kenya	30 669	15 273	2 367	4 333	4 697	2 251	1 023	602
Lesotho	2 035	1 009	148	256	281	167	99	59
Libéria	2 913	1 465	277	347	499	183	99	61
Madagascar	15 970	7 943	1 436	2 140	2 122	1 248	646	350
Malawi	11 308	5 617	1 038	1 609	1 534	783	420	233
Mali	11 351	5 624	1 081	1 552	1 531	778	394	287
Mauritanie	2 665	1 321	236	354	361	203	110	56
Maurice	1 161	579	48	103	154	145	84	45
Mozambique	18 292	9 042	1 589	2 426	2 475	1 377	753	421
Namibie	1 757	868	142	245	242	132	64	44
Niger	10 832	5 459	1 157	1 584	1 457	746	352	162
Nigéria	113 862	57 383	9 996	16 068	15 825	8 410	4 546	2 538
Rwanda	7 609	3 765	642	1 040	1 137	540	267	140
Sao Tomé-et-Principe	138	64	10	17	20	12	2	3
Sénégal	9 421	4 697	805	1 303	1 296	731	385	178
Seychelles	80	40	3	7	11	10	6	3
Sierra Leone	4 405	2 165	403	568	580	336	185	94
Afrique du Sud	43 309	21 323	2 608	4 784	6 334	4 340	2 270	986
Swaziland	925	456	70	123	130	72	39	22
Togo	4 527	2 248	386	620	628	335	178	100
Ouganda	23 300	11 625	2 358	3 393	3 181	1 515	774	403
République-Unie de Tanzanie	35 119	17 422	3 015	4 937	4 960	2 552	1 319	639
Zambie	10 421	5 236	954	1 497	1 501	701	369	214
Zimbabwe	12 627	6 315	1 030	1 831	1 864	898	418	273
Amériques (élevé)	314 291	155 035	11 201	23 350	32 303	37 526	28 679	21 977
Bahamas	304	150	15	30	42	35	17	11
Canada	30 757	15 229	920	2 095	3 166	3 817	2 953	2 277
Etats-Unis d'Amérique	283 230	139 655	10 265	21 225	29 095	33 674	25 709	19 689

Etats Membres par Région de l'OMS, âge et niveau de revenu	Femmes						
	Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Tous	2 999 797	297 863	582 630	761 707	621 685	402 225	333 687
Revenu élevé	464 797	26 478	56 255	90 803	103 963	87 204	100 094
Revenus faible et moyen	2 535 000	271 385	526 375	670 904	517 722	315 021	233 593
Afrique (faible/moyen)^a	320 880	53 609	86 331	88 370	48 701	27 079	16 790
Algérie	14 945	1 721	3 435	4 515	2 891	1 392	992
Angola	6 635	1 292	1 867	1 700	919	534	324
Bénin	3 180	551	899	849	503	242	137
Botswana	787	111	211	232	121	68	44
Burkina Faso	5 959	1 096	1 694	1 642	779	417	331
Burundi	3 268	555	955	857	459	272	170
Cameroun	7 471	1 163	2 021	2 088	1 097	652	451
Cap-Vert	228	30	53	65	48	14	18
République centrafricaine	1 907	304	497	511	286	181	128
Tchad	3 985	743	1 085	1 043	574	328	212
Comores	352	57	92	103	55	29	16
Congo	1 540	281	420	405	223	126	86
Côte d'Ivoire	7 807	1 202	2 157	2 279	1 141	648	380
République démocratique du Congo	25 703	4 984	7 392	6 532	3 479	2 012	1 304
Guinée équatoriale	231	40	60	58	36	22	15
Erythrée	1 842	306	494	490	293	165	94
Ethiopie	31 649	5 568	8 589	8 287	4 815	2 787	1 602
Gabon	621	97	149	148	96	73	58
Gambie	658	103	159	169	123	69	36
Ghana	9 692	1 397	2 527	2 827	1 545	871	525
Guinée	4 052	715	1 057	1 101	637	348	194
Guinée-Bissau	608	105	156	156	96	57	37
Kenya	15 396	2 330	4 301	4 697	2 284	1 103	681
Lesotho	1 026	145	250	276	170	109	75
Libéria	1 448	274	346	491	168	97	72
Madagascar	8 028	1 430	2 137	2 122	1 258	675	406
Malawi	5 692	1 016	1 576	1 513	811	485	291
Mali	5 727	1 061	1 540	1 527	788	445	365
Mauritanie	1 344	234	352	360	210	117	70
Maurice	583	47	100	149	140	88	59
Mozambique	9 251	1 589	2 434	2 482	1 407	825	515
Namibie	889	140	242	238	136	77	56
Niger	5 373	1 128	1 532	1 410	737	372	193
Nigéria	56 479	9 688	15 549	15 357	8 304	4 700	2 881
Rwanda	3 844	642	1 047	1 150	537	289	179
Sao Tomé-et-Principe	73	10	17	21	15	4	6
Sénégal	4 723	787	1 281	1 292	741	405	218
Seychelles	40	3	7	10	10	6	4
Sierra Leone	2 239	403	575	591	350	203	116
Afrique du Sud	21 986	2 569	4 773	6 369	4 356	2 443	1 476
Swaziland	469	69	123	132	75	42	27
Togo	2 279	381	617	629	340	192	120
Ouganda	11 676	2 333	3 382	3 171	1 480	827	482
République-Unie de Tanzanie	17 697	2 960	4 889	5 020	2 637	1 425	767
Zambie	5 185	933	1 465	1 466	669	393	259
Zimbabwe	6 313	1 021	1 826	1 841	858	446	320
Amériques (élevé)	159 256	10 666	22 263	31 189	36 916	29 301	28 922
Bahamas	154	15	29	41	36	20	14
Canada	15 527	874	1 993	3 040	3 773	2 987	2 860
Etats-Unis d'Amérique	143 575	9 777	20 240	28 108	33 108	26 294	26 048

TABLEAU A.1 (suite)

Etats Membres par Région de l'OMS, âge et niveau de revenu	Total ^b	Hommes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Amériques (faible/moyen)	513 081	254 252	27 942	54 610	72 444	51 530	29 507	18 219
Antigua-et-Barbuda	65	32	3	7	9	7	4	3
Argentine	37 032	18 163	1 779	3 436	4 785	3 454	2 612	2 098
Barbade	267	130	9	19	33	35	19	14
Belize	226	115	15	29	34	20	10	7
Bolivie	8 329	4 144	617	1 063	1 155	683	393	233
Brésil	170 406	84 169	8 145	16 804	24 344	18 495	10 440	5 941
Chili	15 211	7 531	734	1 469	1 865	1 737	1 057	669
Colombie	42 105	20 786	2 429	4 608	5 758	4 375	2 318	1 297
Costa Rica	4 024	2 040	226	441	557	438	236	142
Cuba	11 199	5 611	368	850	1 310	1 432	918	733
Dominique	71	35	3	7	9	7	4	3
République dominicaine	8 373	4 254	479	950	1 215	876	466	268
Equateur	12 646	6 350	747	1 429	1 857	1 239	668	410
El Salvador	6 278	3 082	407	731	954	495	293	201
Grenade	94	46	5	9	13	10	6	4
Guatemala	11 385	5 741	942	1 593	1 637	828	448	292
Guyana	761	369	41	76	118	74	36	23
Haïti	8 142	3 989	578	1 099	1 179	601	326	206
Honduras	6 417	3 230	491	874	935	524	252	153
Jamaïque	2 576	1 270	134	278	370	242	132	113
Mexique	98 872	48 926	5 705	11 012	14 605	9 374	5 094	3 136
Nicaragua	5 071	2 523	408	691	741	389	189	105
Panama	2 856	1 441	154	303	393	302	176	113
Paraguay	5 496	2 772	394	711	761	509	267	129
Pérou	25 662	12 726	1 475	2 877	3 743	2 399	1 368	865
Saint-Kitts-et-Nevis	38	19	2	4	5	4	2	2
Sainte-Lucie	148	72	9	16	22	14	7	5
Saint-Vincent-et-Grenadines	113	56	6	11	15	12	7	5
Suriname	417	207	20	44	65	45	17	15
Trinité-et-Tobago	1 294	644	45	119	188	143	91	57
Uruguay	3 337	1 619	145	278	396	318	244	239
Venezuela	24 170	12 161	1 429	2 771	3 371	2 449	1 404	737
Asie du Sud-Est (faible/moyen)^c	1 535 634	786 265	90 144	172 450	218 856	160 218	90 548	54 049
Bangladesh	137 439	70 858	9 562	17 773	20 431	13 252	6 434	3 405
Bhoutan	2 085	1 054	167	287	281	157	98	64
République populaire démocratique de Corée	22 268	11 179	987	2 030	2 789	2 728	1 644	1 001
Inde	1 008 937	520 312	60 014	114 668	142 803	105 142	60 892	36 792
Indonésie	212 092	106 379	11 094	22 082	31 038	22 647	12 123	7 394
Maldives	291	149	24	41	41	23	12	8
Myanmar	47 749	23 729	2 740	5 246	6 885	4 655	2 696	1 507
Népal	23 043	11 811	1 833	3 052	3 184	1 923	1 150	669
Sri Lanka	18 924	9 718	794	1 734	2 629	2 214	1 449	898
Thaïlande	62 806	31 078	2 928	5 536	8 776	7 476	4 049	2 312
Europe (élevé)	394 607	193 120	10 797	23 462	39 208	46 232	37 098	36 323
Andorre	86	45	2	5	10	13	8	7
Autriche	8 080	3 942	209	481	768	1 046	759	680
Belgique	10 249	5 020	282	624	978	1 198	971	966
Danemark	5 320	2 633	169	330	499	607	564	464
Finlande	5 172	2 523	148	329	492	569	566	420
France	59 238	28 856	1 862	3 817	6 081	6 431	5 526	5 138
Allemagne	82 017	40 148	1 965	4 583	7 254	10 564	7 897	7 885
Grèce	10 610	5 230	259	565	1 161	1 158	965	1 122

Etats Membres par Région de l'OMS, âge et niveau de revenu	Femmes						
	Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Amériques (faible/moyen)	258 829	26 872	52 717	71 810	53 591	31 566	22 273
Antigua-et-Barbuda	33	3	6	8	7	4	3
Argentine	18 868	1 720	3 330	4 691	3 509	2 780	2 839
Barbade	138	8	19	33	35	21	22
Belize	112	14	28	34	20	9	7
Bolivie	4 185	593	1 026	1 149	711	426	280
Brésil	86 238	7 860	16 268	24 223	19 206	11 301	7 380
Chili	7 680	707	1 418	1 821	1 742	1 110	882
Colombie	21 319	2 331	4 438	5 727	4 669	2 555	1 599
Costa Rica	1 983	216	420	528	426	235	158
Cuba	5 588	350	809	1 258	1 423	953	796
Dominique	36	3	7	9	8	5	4
République dominicaine	4 119	461	915	1 150	841	468	284
Equateur	6 296	719	1 383	1 812	1 231	684	466
El Salvador	3 196	390	707	949	573	327	250
Grenade	47	4	9	12	10	6	5
Guatemala	5 645	903	1 527	1 593	852	460	310
Guyana	392	40	75	119	86	43	30
Haïti	4 153	557	1 072	1 187	683	402	253
Honduras	3 187	472	844	910	526	261	173
Jamaïque	1 307	129	270	367	268	139	134
Mexique	49 946	5 463	10 590	14 694	10 008	5 483	3 707
Nicaragua	2 548	393	669	742	414	203	127
Panama	1 415	147	290	384	302	174	118
Paraguay	2 725	379	688	740	495	259	164
Pérou	12 935	1 421	2 794	3 727	2 560	1 442	992
Saint-Kitts-et-Nevis	19	2	4	5	4	3	2
Sainte-Lucie	75	8	15	22	15	8	7
Saint-Vincent-et-Grenadines	57	5	11	15	12	8	6
Suriname	210	20	43	63	46	20	19
Trinité-et-Tobago	651	43	116	185	147	93	67
Uruguay	1 718	139	266	383	331	265	334
Venezuela	12 009	1 368	2 659	3 271	2 433	1 421	857
Asie du Sud-Est (faible/moyen)^c	749 369	85 306	162 342	204 600	149 046	88 487	59 589
Bangladesh	66 582	9 090	16 765	19 111	12 132	6 093	3 391
Bhoutan	1 032	160	276	271	153	99	71
République populaire démocratique de Corée	11 090	945	1 940	2 675	2 629	1 665	1 236
Inde	488 626	56 384	106 854	131 070	95 662	58 596	40 060
Indonésie	105 713	10 688	21 367	30 239	22 054	12 615	8 750
Maldives	142	23	39	39	22	11	7
Myanmar	24 020	2 667	5 154	6 866	4 752	2 848	1 734
Népal	11 232	1 730	2 839	2 968	1 878	1 125	692
Sri Lanka	9 206	767	1 681	2 546	2 113	1 238	861
Thaïlande	31 728	2 851	5 426	8 815	7 650	4 197	2 788
Europe (élevé)	201 490	10 224	22 287	37 512	45 016	37 338	49 109
Andorre	41	2	4	9	12	7	7
Autriche	4 138	198	456	739	992	758	996
Belgique	5 229	269	596	944	1 159	959	1 302
Danemark	2 687	159	314	481	581	553	600
Finlande	2 649	141	315	472	549	560	612
France	30 382	1 771	3 648	5 875	6 483	5 584	7 021
Allemagne	41 869	1 861	4 330	6 838	9 876	7 778	11 184
Grèce	5 380	242	532	1 104	1 158	982	1 361

TABLEAU A.1 (suite)

Etats Membres par Région de l'OMS, âge et niveau de revenu	Total ^b	Hommes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Europe (élevé) (suite)								
Islande	279	140	11	23	32	31	24	19
Irlande	3803	1890	136	286	502	384	324	258
Israël	6 040	2 980	316	560	773	561	429	341
Italie	57 530	27 902	1 350	2 870	5 665	6 676	5 434	5 908
Luxembourg	437	215	14	28	42	53	42	36
Monaco	33	16	1	2	3	4	3	3
Pays-Bas	15 864	7 862	480	1 005	1 520	1 992	1 616	1 249
Norvège	4 469	2 213	149	305	437	509	437	376
Portugal	10 016	4 819	288	569	1 159	1 065	860	879
Saint-Marin	27	13	1	1	3	3	3	3
Espagne	39 910	19 511	939	2 088	4 657	4 634	3 454	3 738
Suède	8 842	4 375	226	599	817	941	921	870
Suisse	7 170	3 546	187	424	619	896	764	655
Royaume-Uni	59 415	29 242	1 804	3 972	5 733	6 896	5 529	5 307
Europe (faible/moyen)	478 968	230 651	15 396	38 477	59 421	51 974	36 583	28 800
Albanie	3 134	1 603	159	326	418	365	203	131
Arménie	3 787	1 834	106	356	496	433	231	212
Azerbaïdjan	8 041	3 959	314	886	1 083	935	392	350
Bélarus	10 187	4 746	241	732	1 153	1 150	793	677
Bosnie-Herzégovine	3 977	1 968	106	283	462	521	342	254
Bulgarie	7 949	3 864	162	479	890	813	773	747
Croatie	4 654	2 253	138	292	486	527	434	377
République tchèque	10 272	4 995	231	633	1 229	1 045	1 096	761
Estonie	1 393	649	31	95	155	150	118	99
Géorgie	5 262	2 512	153	399	611	575	379	395
Hongrie	9 968	4 756	251	613	1 149	1 001	983	758
Kazakhstan	16 172	7 844	648	1 570	2 131	1 807	1 011	676
Kirghizistan	4 921	2 413	265	579	676	486	230	177
Lettonie	2 421	1 116	48	168	261	265	203	171
Lituanie	3 696	1 743	95	272	412	423	289	252
Malte	390	193	12	28	44	40	40	28
Pologne	38 605	18 761	1 024	2 767	4 772	4 143	3 498	2 557
République de Moldova	4 295	2 054	133	375	539	453	325	229
Roumanie	22 438	10 977	584	1 511	2 760	2 376	1 930	1 816
Fédération de Russie	145 491	68 130	3 254	10 103	16 713	16 737	11 983	9 339
Slovaquie	5 399	2 625	148	391	686	590	479	331
Slovénie	1 988	966	46	116	222	230	201	151
Tadjikistan	6 087	3 032	393	822	852	551	232	182
Ex-République yougoslave de Macédoine	2 034	1 017	75	162	249	226	172	133
Turquie	66 668	33 676	3 614	6 581	10 002	6 843	4 024	2 612
Turkménistan	4 737	2 345	305	598	653	463	197	128
Ukraine	49 568	23 019	1 122	3 397	5 549	5 281	4 011	3 659
Ouzbékistan	24 881	12 357	1 407	3 182	3 538	2 436	1 045	749
Yougoslavie	10 552	5 248	332	762	1 226	1 109	970	848
Méditerranée orientale (élevé)	5 870	3 594	230	597	783	1 000	763	221
Chypre	784	391	28	66	89	85	69	55
Koweït	1 914	1 115	73	231	287	261	205	57
Qatar	565	366	27	50	62	141	74	13
Emirats arabes unis	2 606	1 722	102	250	345	513	414	97
Méditerranée orientale (faible/moyen)	475 785	242 847	34 697	62 275	67 412	41 988	23 809	12 666
Afghanistan	21 765	11 227	1 954	2 923	3 018	1 814	1 008	510

Etats Membres par Région de l'OMS, âge et niveau de revenu	Femmes						
	Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Europe (élevé) (suite)							
Islande	139	10	21	31	31	23	23
Irlande	1 913	128	270	481	393	321	321
Israël	3 060	298	533	737	581	458	453
Italie	29 628	1 271	2 726	5 460	6 631	5 603	7 937
Luxembourg	222	13	26	41	52	40	49
Monaco	17	1	2	3	4	3	4
Pays-Bas	8 002	457	960	1 464	1 904	1 567	1 649
Norvège	2 256	141	289	420	487	422	498
Portugal	5 197	272	542	1 132	1 098	943	1 210
Saint-Marin	14	1	1	3	3	3	4
Espagne	20 400	877	1 970	4 462	4 584	3 555	4 952
Suède	4 467	214	569	781	898	896	1 109
Suisse	3 624	178	405	589	837	743	871
Royaume-Uni	30 173	1 719	3 778	5 447	6 704	5 578	6 947
Europe (faible/moyen)	248 317	14 736	36 869	57 486	52 418	40 312	46 495
Albanie	1 531	150	305	391	346	189	150
Arménie	1 953	101	336	479	477	274	286
Azerbaïdjan	4 082	296	836	1 024	996	437	493
Bélarus	5 441	227	704	1 147	1 205	911	1 248
Bosnie-Herzégovine	2 009	99	266	437	511	357	339
Bulgarie	4 086	155	457	852	815	831	976
Croatie	2 401	131	279	469	518	442	562
République tchèque	5 276	220	602	1 178	1 015	1 136	1 125
Estonie	745	30	91	151	151	140	182
Géorgie	2 750	146	379	587	611	437	591
Hongrie	5 212	239	586	1 099	995	1 084	1 209
Kazakhstan	8 329	625	1 520	2 094	1 818	1 141	1 131
Kirghizistan	2 508	259	567	670	497	249	266
Lettonie	1 305	46	160	254	269	242	334
Lituanie	1 953	91	261	400	427	341	434
Malte	197	12	26	41	39	40	38
Pologne	19 844	970	2 634	4 594	4 080	3 724	3 843
République de Moldova	2 242	126	360	533	485	379	358
Roumanie	11 461	553	1 447	2 659	2 351	2 044	2 406
Fédération de Russie	77 361	3 108	9 657	16 269	16 974	13 768	17 584
Slovaquie	2 773	141	374	662	580	515	501
Slovénie	1 022	44	110	212	228	198	230
Tadjikistan	3 055	381	801	836	573	232	233
Ex-République yougoslave de Macédoine	1 017	70	153	238	220	176	160
Turquie	32 992	3 494	6 332	9 528	6 659	3 960	3 019
Turkménistan	2 393	296	583	646	477	212	179
Ukraine	26 549	1 068	3 254	5 399	5 527	4 775	6 526
Ouzbékistan	12 524	1 354	3 079	3 487	2 506	1 089	1 009
Yougoslavie	5 305	308	710	1 148	1 068	988	1 083
Méditerranée orientale (élevé)	2 276	219	563	627	440	289	137
Chypre	393	26	62	85	83	70	68
Koweït	800	71	224	262	126	88	28
Qatar	199	26	48	46	51	23	5
Emirats arabes unis	884	96	229	234	180	108	37
Méditerranée orientale (faible/moyen)	232 939	33 023	59 158	64 526	39 940	22 641	13 650
Afghanistan	10 538	1 852	2 736	2 796	1 679	955	519

TABLEAU A.1 (suite)

Etats Membres par Région de l'OMS, âge et niveau de revenu	Total ^b	Hommes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Méditerranée orientale (faible/moyen) <i>(suite)</i>								
Bahreïn	640	368	29	63	75	120	64	16
Djibouti	632	297	52	86	80	38	28	14
Egypte	67 884	34 364	4 096	8 182	9 788	6 652	3 721	1 925
Iraq	22 946	11 666	1 817	3 063	3 329	1 939	1 018	501
Iran (République islamique d')	70 330	35 998	3 882	9 640	10 578	6 420	3 702	1 776
Jordanie	4 913	2 554	390	618	780	459	194	113
Liban	3 496	1 711	171	384	498	357	163	137
Jamahiriya arabe libyenne	5 290	2 741	329	589	877	473	316	157
Maroc	29 878	14 964	1 832	3 441	4 457	2 948	1 429	856
Oman	2 538	1 347	206	363	334	223	166	55
Pakistan	141 256	72 622	11 427	18 985	19 041	11 856	7 234	4 080
Arabie saoudite	20 346	10 872	1 630	2 835	2 682	1 731	1 471	523
Somalie	8 778	4 358	897	1 216	1 154	619	314	158
Soudan	31 095	15 639	2 412	3 943	4 390	2 645	1 456	792
République arabe syrienne	16 189	8 200	1 146	2 228	2 488	1 400	575	363
Tunisie	9 459	4 776	430	1 013	1 441	986	511	396
Yémen	18 349	9 142	1 996	2 703	2 402	1 308	439	294
Pacifique occidental (élevé)	201 099	99 320	5 743	11 957	22 505	22 029	20 208	16 878
Australie	19 138	9 529	648	1 368	2 127	2 176	1 788	1 421
Brunei Darussalam	328	173	18	36	41	44	25	9
Japon	127 096	62 212	3 159	6 424	13 293	12 493	14 004	12 839
Nouvelle-Zélande	3 778	1 861	142	302	393	424	335	265
République de Corée	46 740	23 522	1 631	3 517	6 239	6 309	3 679	2 147
Singapour	4 018	2 023	145	310	412	583	376	197
Pacifique occidental (faible/moyen)	1 486 206	761 540	63 560	141 345	195 168	182 236	111 291	67 940
Cambodge	13 104	6 389	1 070	1 846	1 700	1 050	518	205
Chine	1 282 437	659 410	51 092	116 265	165 941	162 699	101 353	62 059
Iles Cook	20	10	1	2	3	2	1	1
Micronésie (Etats fédérés de)	123	64	9	15	16	12	7	4
Fidji	814	414	50	90	118	85	49	22
Kiribati	83	43	6	10	11	8	5	3
République démocratique populaire lao	5 279	2 636	426	722	719	420	210	139
Malaisie	22 218	11 255	1 350	2 541	3 029	2 286	1 357	692
Iles Marshall	51	26	4	6	7	5	3	2
Mongolie	2 533	1 268	139	315	387	259	105	63
Nauru	12	6	1	2	2	1	1	<1
Nioué	2	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Palaos	19	10	1	2	2	2	1	1
Papouasie-Nouvelle-Guinée	4 809	2 507	366	635	746	436	223	101
Philippines	75 653	38 092	5 031	9 474	10 973	6 925	3 785	1 903
Samoa	159	83	11	23	27	12	6	5
Iles Salomon	447	230	41	63	66	33	18	10
Tonga	99	52	6	12	15	10	6	3
Tuvalu	10	5	1	1	2	1	1	<1
Vanuatu	197	101	16	27	27	17	9	5
Vietnam	78 137	38 938	3 939	9 293	11 379	7 973	3 633	2 722

Source : Nations Unies, 2001.

^a Les nombres sont arrondis au mille le plus proche, ce qui explique toute erreur apparente dans les totaux.^b Total combiné hommes et femmes.^c Aucun pays à revenu élevé dans la Région.

Etats Membres par Région de l'OMS, âge et niveau de revenu	Femmes						
	Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Méditerranée orientale (faible/moyen)							
<i>(suite)</i>							
Bahreïn	272	28	60	68	72	30	14
Djibouti	335	51	85	83	53	43	21
Égypte	33 521	3 915	7 811	9 197	6 367	3 871	2 359
Iraq	11 280	1 739	2 935	3 178	1 875	1 001	553
Iran (République islamique d')	34 332	3 672	9 107	10 154	6 007	3 496	1 895
Jordanie	2 359	372	588	713	392	184	110
Liban	1 786	164	370	489	404	197	162
Jamahiriya arabe libyenne	2 549	314	563	848	444	248	133
Maroc	14 914	1 764	3 318	4 307	2 966	1 511	1 049
Oman	1 191	198	352	325	170	94	52
Pakistan	68 634	10 783	17 826	18 240	11 178	6 542	4 065
Arabie saoudite	9 474	1 556	2 713	2 590	1 330	831	453
Somalie	4 420	890	1 206	1 164	639	336	184
Soudan	15 457	2 316	3 803	4 284	2 641	1 507	905
République arabe syrienne	7 988	1 093	2 144	2 417	1 340	593	401
Tunisie	4 682	403	964	1 387	1 005	522	402
Yémen	9 207	1 914	2 575	2 285	1 378	680	375
Pacifique occidental (élevé)	101 778	5 368	11 142	21 475	21 591	20 276	21 926
Australie	9 608	615	1 296	2 052	2 179	1 762	1 705
Brunei Darussalam	156	17	34	38	39	19	8
Japon	64 884	2 993	6 118	12 730	12 229	14 135	16 679
Nouvelle-Zélande	1 917	135	288	383	452	337	323
République de Corée	23 218	1 474	3 118	5 883	6 107	3 653	2 984
Singapour	1 995	135	289	388	585	370	227
Pacifique occidental (faible/moyen)	724 667	57 838	128 958	184 113	174 027	104 936	74 795
Cambodge	6 715	1 037	1 797	1 681	1 170	665	366
Chine	623 027	45 892	104 807	155 577	154 205	94 679	67 867
Iles Cook	9	1	2	3	2	1	1
Micronésie (Etats fédérés de)	59	8	15	15	11	6	4
Fidji	400	47	85	112	82	50	25
Kiribati	40	6	10	10	7	4	3
République démocratique populaire lao	2 643	410	698	705	441	231	157
Malaisie	10 964	1 280	2 405	2 925	2 269	1 314	771
Iles Marshall	25	4	6	6	4	3	2
Mongolie	1 265	133	305	380	262	108	78
Nauru	6	1	1	1	1	1	<1
Nioué	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Palaos	9	1	2	2	2	1	1
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2 303	344	583	637	422	217	98
Philippines	37 561	4 800	9 090	10 641	6 901	3 837	2 293
Samoa	75	11	21	22	9	6	6
Iles Salomon	217	38	59	61	34	17	9
Tonga	47	6	11	13	9	5	4
Tuvalu	5	1	1	1	1	1	<1
Vanuatu	96	14	25	26	17	8	5
Vietnam	39 199	3 804	9 034	11 295	8 179	3 782	3 106

TABLEAU A.2

Estimation de la mortalité imputable à des blessures intentionnelles^a, par sexe, groupe d'âge, niveau de revenu et Région de l'OMS, 2000

Nombres absolus (en milliers) ^b									
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^c	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	1 659	1 153	41	54	351	320	205	182
	élevé	149	111	1	1	24	31	27	27
	faible/moyen	1 510	1 042	40	54	326	288	178	156
Afrique ^d	faible/moyen	311	225	17	23	72	57	31	25
	total	228	196	2	3	87	60	28	17
Amériques	élevé	56	44	<1	1	13	14	9	7
	faible/moyen	171	152	1	2	74	46	19	10
	total	95	62	14	5	20	11	7	5
Méditerranée orientale	élevé	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	faible/moyen	95	61	14	5	20	11	7	5
	total	303	239	2	5	53	78	58	44
Europe	élevé	55	41	<1	<1	7	11	10	12
	faible/moyen	248	198	2	5	46	67	48	31
	total	317	216	5	15	69	59	38	29
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	405	216	1	4	50	55	44	62
	élevé	37	26	<1	<1	4	6	8	7
	faible/moyen	368	190	1	4	45	48	36	55

Taux pour 100 000 habitants

Taux pour 100 000 habitants									
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^{c, e}	Hommes						
			Tous âges ^e	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	28,8	40,5	13,0	8,8	44,0	49,7	50,7	67,4
	élevé	14,4	22,1	2,2	1,5	25,7	29,4	31,3	35,8
	faible/moyen	32,1	44,8	14,1	9,6	46,5	53,8	56,0	79,6
Afrique ^d	faible/moyen	60,9	94,6	31,2	25,9	80,9	118,0	119,7	182,5
	total	27,7	48,6	3,8	3,4	83,2	67,2	48,0	43,1
Amériques	élevé	17,2	27,6	4,0	2,4	41,8	36,3	30,7	33,7
	faible/moyen	34,3	62,1	3,8	3,8	101,7	89,7	64,9	54,5
	total	21,6	27,4	39,9	7,3	29,1	26,6	27,2	40,8
Méditerranée orientale	élevé	10,3	13,9	3,9	3,3	19,0	17,6	12,3	20,2
	faible/moyen	21,8	27,7	40,2	7,3	29,2	26,9	27,7	41,2
	total	32,0	52,5	6,5	7,9	53,7	79,6	78,1	67,0
Europe	élevé	11,5	17,8	0,9	0,7	16,6	24,7	26,7	34,3
	faible/moyen	49,6	83,7	10,4	12,4	78,1	128,4	130,2	108,3
	total	22,8	31,3	6,0	8,9	31,7	36,6	41,8	54,1
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	24,3	26,5	1,9	2,8	22,7	26,7	33,6	72,9
	élevé	15,4	22,3	1,1	1,2	18,7	27,9	41,3	41,8
	faible/moyen	26,2	27,7	2,0	3,0	23,2	26,6	32,2	80,6

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%)

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%)									
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^c	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	32,8	33,8	15,0	20,0	39,8	38,7	34,7	31,9
	élevé	31,6	35,7	12,8	14,9	37,2	42,7	41,9	26,1
	faible/moyen	32,9	33,6	15,1	20,1	40,0	38,3	33,8	33,2
Afrique ^d	faible/moyen	41,3	43,9	23,7	29,7	56,3	53,4	43,8	43,0
	total	40,6	44,9	8,7	17,6	57,7	50,2	41,2	26,0
Amériques	élevé	33,1	37,9	19,6	19,6	46,2	42,8	39,9	25,7
	faible/moyen	43,9	47,5	7,1	17,1	60,4	52,9	41,8	26,3
	total	28,2	28,9	41,0	17,9	33,1	28,4	23,2	21,0
Méditerranée orientale	élevé	19,9	19,5	15,8	17,2	21,4	23,0	15,1	16,6
	faible/moyen	28,3	29,0	41,1	17,9	33,3	28,5	23,4	21,1

Nombres absolus (en milliers) ^b								
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	506	23	37	153	119	77	97
	élevé	38	<1	1	6	10	9	12
Afrique ^d	faible/moyen	468	23	37	147	109	68	85
	total	86	12	13	32	15	9	6
Amériques	faible/moyen	31	1	1	11	9	5	4
	élevé	12	<1	<1	3	4	3	2
Méditerranée orientale	faible/moyen	19	1	1	8	5	2	2
	total	34	4	5	12	5	3	4
Europe	faible/moyen	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	total	34	4	5	12	5	3	4
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	64	1	1	11	17	14	21
	élevé	15	<1	<1	2	3	4	6
Pacifique occidentale	faible/moyen	50	1	1	9	13	11	15
	total	101	4	13	37	23	13	12
	faible/moyen	189	1	3	50	50	33	52
	élevé	11	<1	<1	2	2	3	5
	faible/moyen	178	1	3	48	47	31	47

Taux pour 100 000 habitants								
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges ^e	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	17,3	7,7	6,4	20,1	19,1	19,1	29,2
	élevé	6,9	1,8	0,9	6,7	9,2	10,3	12,2
Afrique ^d	faible/moyen	19,7	8,3	7,0	21,9	21,1	21,5	36,5
	total	29,6	21,9	14,6	36,1	31,5	32,2	36,4
Amériques	faible/moyen	7,5	2,7	1,8	10,5	10,1	8,4	7,2
	élevé	7,1	3,2	1,4	8,2	10,8	9,3	6,6
Méditerranée orientale	faible/moyen	7,6	2,6	2,0	11,5	9,6	7,5	7,9
	total	15,5	13,1	8,7	19,1	12,9	11,6	27,2
Europe	faible/moyen	4,4	2,1	0,7	5,7	6,0	4,0	6,1
	total	15,7	13,2	8,8	19,2	13,0	11,7	27,4
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	12,5	3,3	2,1	11,3	17,2	18,4	21,6
	élevé	5,7	0,7	0,5	4,4	7,5	9,7	11,7
Pacifique occidentale	faible/moyen	18,3	5,2	3,1	15,7	25,5	26,5	31,9
	total	14,3	4,3	8,3	18,2	15,2	14,2	19,7
	faible/moyen	22,5	2,2	2,4	24,5	25,3	26,6	53,3
	élevé	8,8	1,3	0,9	8,4	9,9	12,8	21,0
	faible/moyen	25,0	2,3	2,5	26,3	27,2	29,2	62,8

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%)								
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	30,7	10,3	18,1	42,9	42,3	37,3	26,0
	élevé	24,4	14,8	17,1	35,2	45,3	43,1	13,7
Afrique ^d	faible/moyen	31,4	10,2	18,1	43,3	42,0	36,6	29,9
	total	35,8	19,0	27,2	60,8	44,3	36,8	27,4
Amériques	faible/moyen	25,3	9,2	18,1	42,1	41,0	32,3	9,0
	élevé	22,6	22,4	19,6	32,6	39,1	35,0	8,1
Méditerranée orientale	faible/moyen	27,3	7,1	17,7	46,3	42,6	29,6	10,3
	total	27,1	12,2	25,3	44,7	34,5	27,5	24,7
Europe	faible/moyen	22,3	13,4	9,3	34,2	26,1	18,0	13,8
	total	27,1	12,2	25,3	44,7	34,6	27,5	24,8

TABLEAU A.2 (suite)

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%) (suite)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^c	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥60 ans
Europe	total	37,1	39,3	16,0	29,7	41,7	43,2	39,2	34,6
	élevé	29,4	33,7	8,1	10,0	28,9	44,0	42,8	27,1
	faible/moyen	39,4	40,7	17,0	31,9	44,5	43,1	38,5	38,9
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	23,1	24,3	7,9	18,7	28,1	28,4	26,1	21,1
Pacifique occidentale	total	33,1	28,5	1,9	7,6	29,3	31,6	33,5	39,3
	élevé	33,0	33,5	5,0	10,5	32,4	41,5	43,8	25,1
	faible/moyen	33,2	27,9	1,8	7,5	29,1	30,7	31,8	42,3

Proportion du nombre total de décès (%)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^c	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	3,0	3,9	0,7	7,4	18,6	10,6	4,7	1,3
	élevé	1,9	2,7	1,4	7,3	26,4	15,7	5,2	0,8
	faible/moyen	3,2	4,1	0,7	7,4	18,2	10,2	4,6	1,4
Afrique ^d	faible/moyen	2,9	4,1	0,8	10,5	13,8	6,4	5,0	2,7
Amériques	total	3,9	6,2	0,6	7,4	40,3	20,3	6,0	0,9
	élevé	2,1	3,3	2,2	11,0	35,3	16,7	4,7	0,7
	faible/moyen	5,4	8,4	0,4	6,8	41,3	21,7	6,8	1,1
Méditerranée orientale	total	2,4	2,9	1,8	5,9	15,3	6,9	2,6	0,7
	élevé	2,4	3,0	1,3	9,7	16,2	9,7	2,1	0,5
	faible/moyen	2,4	2,9	1,8	5,9	15,3	6,9	2,6	0,7
Europe	total	3,1	4,8	1,2	16,2	29,5	19,7	7,0	1,3
	élevé	1,4	2,1	0,7	4,0	18,8	14,6	4,6	0,8
	faible/moyen	4,3	6,6	1,3	18,1	32,0	20,9	7,9	1,7
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	2,2	2,8	0,3	5,9	12,7	7,4	3,1	0,9
Pacifique occidentale	total	3,6	3,4	0,2	3,8	17,3	11,4	4,5	1,6
	élevé	2,6	3,3	0,8	5,2	22,8	16,4	7,2	1,2
	faible/moyen	3,7	3,4	0,2	3,7	16,9	11,0	4,2	1,6

Source : Organisation mondiale de la Santé, 2002.

^a Blessures intentionnelles = ICD-10 X60-Y09, Y35, Y36 (ICD-9 E950-E978, E990-E999).^b Les nombres absolus sont arrondis au mille le plus proche, ce qui explique toute erreur apparente dans les totaux.^c Total combiné hommes et femmes.^d Aucun pays à revenu élevé dans la Région.^e Standardisé selon l'âge.

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%) (suite)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Europe	total	30,8	11,7	18,7	39,1	47,6	38,2	21,6
	élevé	21,8	8,9	12,9	31,0	50,8	48,1	12,5
	faible/moyen	35,1	12,1	19,5	41,0	46,8	35,7	30,1
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	20,9	7,9	14,6	29,1	26,5	23,8	14,5
Pacifique occidental	total	40,8	2,3	10,1	52,3	56,3	50,4	43,0
	élevé	32,2	7,4	17,0	46,2	52,1	48,1	22,7
	faible/moyen	41,5	2,2	10,0	52,6	56,5	50,6	47,1

Proportion du nombre total de décès (%)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	1,9	0,4	5,2	8,8	5,8	2,9	0,7
	élevé	1,0	1,5	4,8	18,1	10,0	3,3	0,3
	faible/moyen	2,1	0,4	5,2	8,6	5,6	2,8	0,8
Afrique ^d	faible/moyen	1,7	0,6	5,7	4,1	1,9	2,0	0,6
Amériques	total	1,1	0,5	5,1	13,7	6,3	1,8	0,2
	élevé	0,9	2,2	9,1	17,9	9,3	2,4	0,2
	faible/moyen	1,4	0,4	4,5	12,7	5,0	1,3	0,2
Méditerranée orientale	total	1,8	0,6	6,7	9,7	4,0	1,4	0,6
	élevé	1,1	0,8	2,8	14,2	5,3	1,1	0,2
	faible/moyen	1,8	0,6	6,7	9,7	4,0	1,4	0,6
Europe	total	1,4	0,7	6,9	17,4	11,6	4,0	0,5
	élevé	0,7	0,6	4,1	14,2	9,3	3,4	0,3
	faible/moyen	1,8	0,8	7,4	18,2	12,4	4,2	0,7
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	1,6	0,2	4,8	7,5	4,2	1,5	0,4
Pacifique occidental	total	3,7	0,3	3,8	24,7	16,5	5,9	1,5
	élevé	1,8	1,1	6,6	25,0	13,3	5,4	0,8
	faible/moyen	4,0	0,3	3,7	24,7	16,7	5,9	1,7

TABLEAU A.3

Estimation de la mortalité imputable aux homicides^a, par sexe, groupe d'âge et Région de l'OMS, 2000

Nombres absolus (en milliers) ^b									
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^c	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	520	401	18	13	155	120	60	35
	élevé	26	19	1	<1	8	6	3	1
Afrique ^d	faible/moyen	494	382	18	13	147	114	57	34
	faible/moyen	116	82	10	4	30	19	10	9
Amériques	total	159	142	1	2	72	44	17	7
	élevé	19	15	<1	<1	7	4	2	1
Méditerranée orientale	faible/moyen	140	128	1	2	65	39	15	6
	total	31	20	2	1	8	5	2	2
Europe	élevé	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	faible/moyen	30	19	2	1	8	5	2	2
Asie du Sud-Est ^d	total	78	58	<1	1	15	23	13	6
	élevé	4	3	<1	<1	1	1	1	<1
Pacifique occidental	faible/moyen	74	56	<1	<1	14	22	13	6
	faible/moyen	78	54	3	4	13	14	11	9
Pacifique occidental	total	59	45	1	2	17	15	6	3
	élevé	2	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Pacifique occidental	faible/moyen	57	44	1	2	17	15	6	3

Taux pour 100 000 habitants

Taux pour 100 000 habitants									
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^{c,e}	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	8,8	13,6	5,8	2,1	19,4	18,7	14,8	13,0
	élevé	2,9	4,3	2,2	0,7	8,4	5,5	3,3	1,9
Afrique ^d	faible/moyen	10,1	15,6	6,1	2,3	20,9	21,3	17,9	17,3
	faible/moyen	22,2	33,4	17,9	4,0	34,1	39,6	39,6	63,3
Amériques	total	19,3	34,7	3,5	2,4	68,6	49,1	28,9	16,4
	élevé	6,5	9,9	4,0	1,2	21,4	11,6	6,7	3,7
Méditerranée orientale	faible/moyen	27,5	51,0	3,3	2,9	89,7	76,4	50,4	31,9
	total	7,1	9,4	5,0	2,0	11,3	11,1	9,8	13,6
Europe	élevé	4,2	6,0	1,4	0,6	10,1	9,1	4,1	5,7
	faible/moyen	7,2	9,4	5,1	2,0	11,3	11,1	10,0	13,7
Asie du Sud-Est ^d	total	8,4	13,0	1,7	0,8	15,1	23,5	18,1	9,3
	élevé	1,0	1,4	0,9	0,3	1,7	2,1	1,6	1,1
Pacifique occidental	faible/moyen	14,8	23,2	2,2	1,2	23,9	42,6	34,8	19,7
	faible/moyen	5,8	8,1	3,9	2,2	6,0	8,8	11,6	16,9
Pacifique occidental	total	3,4	5,1	1,9	1,5	7,9	7,4	4,9	3,4
	élevé	1,1	1,3	1,1	0,5	1,5	2,0	1,6	1,1
Pacifique occidental	faible/moyen	3,8	5,6	2,0	1,5	8,6	8,0	5,5	3,9

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%)

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%)									
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^c	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	10,3	11,7	6,7	4,8	17,6	14,5	10,1	6,2
	élevé	5,5	6,0	12,7	6,9	12,2	8,0	4,4	1,4
Afrique ^d	faible/moyen	10,8	12,3	6,6	4,8	18,0	15,1	10,8	7,2
	faible/moyen	15,4	16,0	13,6	4,6	23,7	17,9	14,5	14,9
Amériques	total	28,4	32,6	8,0	12,5	47,5	36,7	24,7	9,9
	élevé	11,4	12,6	19,6	9,9	23,7	13,7	8,7	2,8
Méditerranée orientale	faible/moyen	35,8	39,9	6,2	13,1	53,2	45,1	32,5	15,4
	total	9,0	9,2	5,2	4,9	12,9	11,8	8,4	7,0
Europe	élevé	8,3	8,7	5,6	3,0	11,4	11,8	5,0	4,7
	faible/moyen	9,1	9,2	5,2	4,9	12,9	11,8	8,5	7,0

Nombres absolus (en milliers)^b								
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	119	14	12	33	27	18	15
	élevé	7	<1	<1	2	2	1	1
Afrique ^d	faible/moyen	112	14	11	32	25	17	14
	faible/moyen	34	7	2	12	7	4	2
Amériques	total	17	1	1	7	5	2	1
	élevé	5	<1	<1	1	2	1	<1
Méditerranée orientale	faible/moyen	12	1	1	5	4	1	1
	total	11	2	2	4	2	1	1
Europe	élevé	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	faible/moyen	11	2	2	3	2	1	1
Asie du Sud-Est ^d	total	20	<1	<1	4	6	4	5
	élevé	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Pacifique occidentale	faible/moyen	18	<1	<1	4	5	4	5
	faible/moyen	24	3	4	3	4	5	4
	total	14	1	1	4	4	2	2
	élevé	1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	faible/moyen	13	1	1	4	4	2	1

Taux pour 100 000 habitants								
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges^e	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	4,0	4,8	2,0	4,4	4,3	4,5	4,5
	élevé	1,5	1,8	0,5	2,0	2,1	1,2	1,0
Afrique ^d	faible/moyen	4,6	5,1	2,1	4,7	4,7	5,4	6,1
	faible/moyen	11,8	12,7	2,9	14,1	13,8	14,6	11,8
Amériques	total	4,0	2,6	1,2	6,4	5,7	3,3	2,6
	élevé	3,0	3,2	1,0	4,4	4,2	2,2	1,7
Méditerranée orientale	faible/moyen	4,8	2,3	1,3	7,3	6,6	4,3	3,8
	total	4,8	5,5	3,6	5,4	4,3	3,8	5,9
Europe	élevé	1,2	0,4	0,0	1,5	1,3	1,4	2,6
	faible/moyen	4,8	5,5	3,6	5,4	4,4	3,8	5,9
Asie du Sud-Est ^d	total	3,9	1,2	0,7	4,0	5,7	5,6	5,3
	élevé	0,6	0,7	0,2	0,7	0,8	0,7	0,7
Pacifique occidentale	faible/moyen	6,8	1,6	1,0	6,1	9,9	10,1	10,3
	faible/moyen	3,5	3,5	2,6	1,6	2,5	5,7	7,3
	total	1,7	2,2	1,0	1,9	2,0	1,4	1,6
	élevé	0,8	1,3	0,4	0,8	1,1	0,8	0,8
	faible/moyen	1,8	2,3	1,0	2,0	2,1	1,6	1,9

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%)								
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	7,2	6,4	5,6	9,4	9,5	8,8	4,1
	élevé	4,4	14,7	10,2	10,4	10,4	5,2	1,1
Afrique ^d	faible/moyen	7,5	6,3	5,5	9,3	9,5	9,2	5,0
	faible/moyen	14,3	11,0	5,4	23,7	19,4	16,7	8,9
Amériques	total	13,7	8,7	11,8	25,6	23,0	12,7	3,3
	élevé	8,8	22,4	13,5	17,2	15,3	8,3	2,1
Méditerranée orientale	faible/moyen	17,4	6,5	11,4	29,3	29,6	17,0	5,0
	total	8,8	5,1	10,5	12,6	11,6	9,0	5,4
	élevé	5,9	2,9	0,2	9,3	5,5	6,3	6,0
	faible/moyen	8,8	5,1	10,5	12,6	11,7	9,0	5,4

TABLEAU A.3 (suite)

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%) (suite)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^c	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥60 ans
Europe	total	9,5	9,6	4,2	3,1	11,7	12,8	9,1	4,8
	élevé	2,2	2,3	8,1	3,9	3,0	3,8	2,6	0,9
	faible/moyen	11,7	11,4	3,7	3,0	13,6	14,3	10,3	7,1
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	5,7	6,1	5,1	4,6	5,3	6,8	7,3	6,6
Pacifique occidentale	total	4,8	5,9	1,9	3,9	10,1	8,7	4,9	1,8
	élevé	2,0	1,8	5,0	4,5	2,5	2,9	1,7	0,7
	faible/moyen	5,1	6,4	1,8	3,9	10,8	9,3	5,5	2,1

Proportion du nombre total de décès (%)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^c	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	0,9	1,4	0,3	1,8	8,2	4,0	1,4	0,3
	élevé	0,3	0,5	1,4	3,4	8,7	2,9	0,6	0,0
	faible/moyen	1,0	1,5	0,3	1,8	8,2	4,0	1,5	0,3
Afrique ^d	faible/moyen	1,1	1,5	0,4	1,6	5,8	2,2	1,7	0,9
Amériques	total	2,7	4,5	0,5	5,3	33,2	14,8	3,6	0,4
	élevé	0,7	1,1	2,2	5,5	18,1	5,3	1,0	0,1
	faible/moyen	4,4	7,0	0,4	5,2	36,4	18,5	5,3	0,7
Méditerranée orientale	total	0,8	0,9	0,2	1,6	5,9	2,9	0,9	0,2
	élevé	1,0	1,4	0,5	1,7	8,6	5,0	0,7	0,2
	faible/moyen	0,8	0,9	0,2	1,6	5,9	2,9	0,9	0,2
Europe	total	0,8	1,2	0,3	1,7	8,3	5,8	1,6	0,2
	élevé	0,1	0,1	0,7	1,6	2,0	1,2	0,3	0,0
	faible/moyen	1,3	1,8	0,3	1,7	9,8	6,9	2,1	0,3
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	0,5	0,7	0,2	1,4	2,4	1,8	0,9	0,3
Pacifique occidentale	total	0,5	0,7	0,2	1,9	6,0	3,1	0,7	0,1
	élevé	0,2	0,2	0,8	2,2	1,8	1,2	0,3	0,0
	faible/moyen	0,6	0,8	0,2	1,9	6,3	3,3	0,7	0,1

Source : Première version du projet de l'OMS sur le fardeau mondial des maladies pour 2000.

^a Homicides = ICD-10 X85-Y09 (ICD-9 E960-E969).

^b Les nombres absolus sont arrondis au mille le plus proche, ce qui explique toute erreur apparente dans les totaux.

^c Total combiné hommes et femmes.

^d Aucun pays à revenu élevé dans la Région.

^e Standardisé selon l'âge.

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%) (suite)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Europe	total	9,3	4,4	6,2	13,8	15,9	11,6	5,3
	élevé	2,0	8,9	6,0	4,6	5,7	3,5	0,7
	faible/moyen	12,8	3,8	6,2	16,0	18,2	13,7	9,7
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	4,9	6,4	4,6	2,6	4,3	9,5	5,4
Pacifique occidentale	total	3,0	2,3	4,1	4,0	4,4	2,7	1,3
	élevé	2,4	7,4	7,6	4,6	5,6	3,0	0,8
	faible/moyen	3,0	2,2	4,0	4,0	4,4	2,7	1,4

Proportion du nombre total de décès (%)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	0,5	0,3	1,6	1,9	1,3	0,7	0,1
	élevé	0,2	1,4	4,0	5,4	2,3	0,4	0,0
	faible/moyen	0,5	0,3	1,6	1,8	1,3	0,7	0,1
Afrique ^d	faible/moyen	0,7	0,3	1,1	1,6	0,8	0,9	0,2
Amériques	total	0,6	0,5	3,3	8,3	3,5	0,7	0,1
	élevé	0,3	2,2	6,3	9,5	3,7	0,6	0,0
	faible/moyen	0,9	0,3	2,9	8,0	3,5	0,8	0,1
Méditerranée orientale	total	0,6	0,2	2,8	2,7	1,3	0,5	0,1
	élevé	0,3	0,2	0,1	3,9	1,1	0,4	0,1
	faible/moyen	0,6	0,2	2,8	2,7	1,4	0,5	0,1
Europe	total	0,4	0,3	2,3	6,1	3,9	1,2	0,1
	élevé	0,1	0,6	1,9	2,1	1,1	0,2	0,0
	faible/moyen	0,7	0,2	2,4	7,1	4,8	1,6	0,2
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	0,4	0,2	1,5	0,7	0,7	0,6	0,2
Pacifique occidentale	total	0,3	0,3	1,5	1,9	1,3	0,3	0,0
	élevé	0,1	1,1	2,9	2,5	1,4	0,3	0,0
	faible/moyen	0,3	0,3	1,5	1,9	1,3	0,3	0,1

TABLEAU A.4

Estimation de la mortalité imputable au suicide^a, par sexe, groupe d'âge, niveau de revenu et Région de l'OMS, 2000Nombres absolus (en milliers)^b

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^c	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	815	509	0	10	124	138	115	122
	élevé	122	91	0	<1	16	25	24	25
Afrique ^d	faible/moyen	692	418	0	10	108	113	91	96
	faible/moyen	27	21	0	1	6	5	5	4
Amériques	total	65	52	0	1	14	15	11	10
	élevé	36	29	0	<1	6	9	7	6
Méditerranée orientale	faible/moyen	29	22	0	<1	8	6	4	4
	total	24	12	0	1	5	3	2	1
Europe	élevé	<1	<1	0	<1	<1	<1	<1	<1
	faible/moyen	23	12	0	1	5	3	2	1
Asie du Sud-Est ^d	total	186	149	0	1	30	46	39	33
	élevé	51	38	0	<1	6	10	9	12
Pacifique occidentale	faible/moyen	135	111	0	1	24	35	29	21
	faible/moyen	168	107	0	5	37	30	21	14
Pacifique occidentale	total	344	169	0	2	32	39	38	59
	élevé	35	24	0	<1	4	6	8	7
Pacifique occidentale	faible/moyen	309	144	0	2	28	33	30	52

Taux pour 100 000 habitants

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^{c,e}	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	14,5	18,9	0,0	1,7	15,6	21,5	28,4	44,9
	élevé	11,4	17,7	0,0	0,8	17,0	23,6	27,9	33,8
Afrique ^d	faible/moyen	15,5	19,5	0,0	1,8	15,4	21,1	28,6	49,2
	faible/moyen	6,7	10,6	0,0	1,4	6,4	11,2	18,1	26,6
Amériques	total	8,1	13,2	0,0	0,7	13,7	17,1	18,7	26,0
	élevé	10,6	17,4	0,0	1,2	19,9	24,1	23,8	29,9
Méditerranée orientale	faible/moyen	6,3	10,2	0,0	0,5	11,0	12,1	13,9	21,2
	total	5,9	6,3	0,0	0,8	7,6	7,6	8,5	10,8
Europe	élevé	3,4	4,1	0,0	0,4	5,2	5,6	4,1	7,3
	faible/moyen	5,9	6,4	0,0	0,8	7,6	7,7	8,6	10,8
Asie du Sud-Est ^d	total	19,1	32,2	0,0	1,8	30,2	46,7	52,3	51,3
	élevé	10,5	16,4	0,0	0,4	14,8	22,6	25,1	33,2
Pacifique occidentale	faible/moyen	26,6	46,8	0,0	2,6	40,3	68,2	79,9	74,1
	faible/moyen	12,0	15,7	0,0	3,1	16,9	18,5	23,3	26,1
Pacifique occidentale	total	20,8	21,2	0,0	1,1	14,7	19,0	28,7	69,2
	élevé	14,3	20,9	0,0	0,7	17,1	25,8	39,7	40,7
Pacifique occidentale	faible/moyen	22,3	21,8	0,0	1,2	14,4	18,2	26,7	76,2

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^c	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	16,1	14,9	0,0	3,8	14,1	16,7	19,5	21,3
	élevé	25,9	28,8	0,0	7,7	24,7	34,4	37,2	24,7
Afrique ^d	faible/moyen	15,1	13,5	0,0	3,7	13,2	15,0	17,3	20,5
	faible/moyen	3,6	4,0	0,0	1,6	4,5	5,1	6,6	6,3
Amériques	total	11,7	11,8	0,0	3,5	9,5	12,8	16,1	15,7
	élevé	21,5	24,9	0,0	9,6	22,1	28,5	30,9	22,8
Méditerranée orientale	faible/moyen	7,4	7,0	0,0	2,1	6,5	7,1	8,9	10,2
	total	7,0	5,8	0,0	2,0	8,6	8,1	7,2	5,6
Méditerranée orientale	élevé	6,5	5,8	0,0	2,3	5,9	7,3	5,0	6,0
	faible/moyen	7,0	5,8	0,0	2,0	8,6	8,1	7,3	5,5

Nombres absolus (en milliers)^b								
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	305	0	12	93	77	50	74
	élevé	31	0	<1	4	7	8	11
Afrique ^d	faible/moyen	274	0	11	88	70	43	63
	faible/moyen	7	0	1	2	2	1	1
Amériques	total	14	0	<1	4	4	3	2
	élevé	7	0	<1	1	3	2	1
Méditerranée orientale	faible/moyen	7	0	<1	3	1	1	1
	total	11	0	1	6	2	1	1
Europe	élevé	<1	0	<1	<1	<1	<1	<1
	faible/moyen	11	0	1	6	2	1	1
Asie du Sud-Est ^d	total	37	0	<1	5	8	9	15
	élevé	13	0	<1	1	3	3	5
Pacifique occidental	faible/moyen	24	0	<1	4	5	5	10
	total	61	0	8	30	15	5	4
Pacifique occidentale	faible/moyen	175	0	2	46	46	31	50
	élevé	10	0	<1	2	2	2	4
	faible/moyen	164	0	1	45	44	29	46

Taux pour 100 000 habitants								
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges^e	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	10,6	0,0	2,0	12,2	12,4	12,6	22,1
	élevé	5,4	0,0	0,4	4,7	7,1	9,0	11,3
Afrique ^d	faible/moyen	11,9	0,0	2,1	13,2	13,4	13,5	26,8
	faible/moyen	3,1	0,0	0,7	1,7	4,8	4,1	7,5
Amériques	total	3,3	0,0	0,6	4,0	4,3	5,0	4,4
	élevé	4,1	0,0	0,4	3,9	6,6	7,1	4,9
Méditerranée orientale	faible/moyen	2,7	0,0	0,6	4,1	2,8	3,1	3,9
	total	5,4	0,0	2,0	8,6	6,2	4,4	7,0
Europe	élevé	2,1	0,0	0,1	3,2	3,5	1,7	2,0
	faible/moyen	5,4	0,0	2,0	8,6	6,2	4,4	7,0
Asie du Sud-Est ^d	total	6,8	0,0	0,4	5,8	8,1	11,4	15,7
	élevé	5,0	0,0	0,2	3,8	6,6	9,0	11,0
Pacifique occidental	faible/moyen	8,4	0,0	0,5	7,0	9,4	13,6	20,6
	faible/moyen	8,3	0,0	4,7	14,5	9,9	5,7	7,2
Pacifique occidentale	total	20,7	0,0	1,1	22,6	23,3	25,1	51,7
	élevé	8,0	0,0	0,5	7,6	8,9	12,0	20,2
	faible/moyen	23,2	0,0	1,1	24,3	25,0	27,7	60,9

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%)								
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	18,5	0,0	5,6	26,0	27,4	24,6	19,7
	élevé	20,0	0,0	6,6	24,7	34,9	37,9	12,6
Afrique ^d	faible/moyen	18,4	0,0	5,6	26,0	26,8	23,1	22,0
	faible/moyen	2,8	0,0	1,2	2,9	6,7	4,6	5,6
Amériques	total	11,2	0,0	5,6	16,1	17,6	19,3	5,6
	élevé	13,8	0,0	5,9	15,3	23,8	26,7	6,0
Méditerranée orientale	faible/moyen	9,3	0,0	5,5	16,5	12,4	12,2	5,0
	total	9,0	0,0	5,8	20,0	16,5	10,4	6,3
Europe	élevé	10,8	0,0	0,9	19,3	15,1	7,7	4,5
	faible/moyen	9,0	0,0	5,8	20,0	16,5	10,4	6,3

TABLEAU A.4 (suite)

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%) (suite)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^c	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥60 ans
Europe	total	22,8	24,5	0,0	6,6	23,5	25,4	26,2	26,5
	élevé	27,2	31,3	0,0	6,1	25,8	40,1	40,2	26,2
	faible/moyen	21,5	22,8	0,0	6,7	23,0	22,9	23,6	26,6
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	12,3	12,1	0,0	6,6	15,0	14,3	14,6	10,2
Pacifique occidentale	total	28,1	22,3	0,0	3,0	18,9	22,5	28,6	37,2
	élevé	31,0	31,6	0,0	6,0	29,7	38,3	42,0	24,4
	faible/moyen	27,8	21,2	0,0	2,9	18,1	21,0	26,3	40,0

Proportion du nombre total de décès (%)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^c	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	1,5	1,7	0,0	1,4	6,6	4,6	2,6	0,9
	élevé	1,5	2,2	0,0	3,8	17,5	12,7	4,6	0,8
	faible/moyen	1,5	1,6	0,0	1,4	6,0	4,0	2,4	0,9
Afrique ^d	faible/moyen	0,3	0,4	0,0	0,6	1,1	0,6	0,8	0,4
Amériques	total	1,1	1,6	0,0	1,5	6,6	5,2	2,3	0,6
	élevé	1,3	2,2	0,0	5,4	16,8	11,1	3,7	0,7
	faible/moyen	0,9	1,2	0,0	0,8	4,5	2,9	1,5	0,4
Méditerranée orientale	total	0,6	0,6	0,0	0,7	4,0	2,0	0,8	0,2
	élevé	0,8	0,9	0,0	1,3	4,5	3,1	0,7	0,2
	faible/moyen	0,6	0,6	0,0	0,7	4,0	2,0	0,8	0,2
Europe	total	1,9	3,0	0,0	3,6	16,6	11,6	4,7	1,0
	élevé	1,3	1,9	0,0	2,4	16,8	13,3	4,3	0,8
	faible/moyen	2,3	3,7	0,0	3,8	16,5	11,1	4,9	1,2
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	1,2	1,4	0,0	2,1	6,8	3,7	1,7	0,4
Pacifique occidentale	total	3,0	2,7	0,0	1,5	11,1	8,1	3,9	1,5
	élevé	2,4	3,1	0,0	3,0	20,9	15,2	7,0	1,1
	faible/moyen	3,1	2,6	0,0	1,5	10,5	7,5	3,4	1,5

Source : Première version du projet de l'OMS sur le fardeau mondial des maladies pour 2000.

^a Suicides = ICD-10 X60-X84 (ICD-9 E950-E959).

^b Les nombres absolus sont arrondis au mille le plus proche, ce qui explique toute erreur apparente dans les totaux.

^c Total combiné hommes et femmes.

^d Aucun pays à revenu élevé dans la Région.

^e Standardisé selon l'âge.

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%) (suite)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Europe	faible/moyen/élevé	17,9	0,0	3,7	19,9	22,5	23,6	15,8
	élevé	19,7	0,0	6,2	26,4	45,0	44,4	11,8
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	17,1	0,0	3,4	18,4	17,2	18,3	19,4
	faible/moyen	12,6	0,0	8,2	23,2	17,2	9,5	5,3
Pacifique occidental	total	37,7	0,0	4,6	48,3	51,7	47,7	41,7
	élevé	29,7	0,0	9,4	41,7	46,5	45,1	21,9
	faible/moyen	38,3	0,0	4,5	48,5	52,0	47,9	45,7

Proportion du nombre total de décès (%)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	1,2	0,0	1,6	5,3	3,7	1,9	0,5
	élevé	0,8	0,0	2,6	12,7	7,7	2,9	0,3
	faible/moyen	1,2	0,0	1,6	5,1	3,5	1,8	0,6
Afrique ^d	faible/moyen	0,1	0,0	0,3	0,2	0,3	0,3	0,1
Amériques	total	0,5	0,0	1,6	5,2	2,7	1,0	0,1
	élevé	0,5	0,0	2,8	8,4	5,7	1,9	0,1
	faible/moyen	0,5	0,0	1,4	4,5	1,5	0,5	0,1
Méditerranée orientale	total	0,6	0,0	1,5	4,4	1,9	0,5	0,2
	élevé	0,5	0,0	0,3	8,0	3,1	0,5	0,0
	faible/moyen	0,6	0,0	1,6	4,3	1,9	0,5	0,2
Europe	total	0,8	0,0	1,4	8,9	5,5	2,4	0,4
	élevé	0,7	0,0	2,0	12,1	8,3	3,1	0,3
	faible/moyen	0,9	0,0	1,3	8,1	4,6	2,2	0,4
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	0,9	0,0	2,7	6,0	2,7	0,6	0,2
Pacifique occidental	total	3,5	0,0	1,7	22,7	15,1	5,5	1,5
	élevé	1,6	0,0	3,7	22,5	11,9	5,0	0,8
	faible/moyen	3,7	0,0	1,7	22,8	15,3	5,6	1,6

TABLEAU A.5

Estimation de la mortalité imputable à des blessures de guerre^a, par sexe, groupe d'âge, niveau de revenu et Région de l'OMS, 2000

Nombres absolus (en milliers) ^b									
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^c	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	310	233	22	30	69	58	29	25
	élevé	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Afrique ^d	faible/moyen	310	233	22	30	69	58	29	25
	faible/moyen	167	122	7	18	36	33	16	13
Amériques	total	2	2	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	élevé	<1	<1	0	0	0	0	<1	<1
Méditerranée orientale	faible/moyen	2	2	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	total	39	29	12	3	7	3	2	2
Europe	élevé	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	faible/moyen	39	28	12	3	7	3	2	2
Asie du Sud-Est ^d	total	37	30	1	3	8	9	5	4
	élevé	<1	<1	0	0	<1	<1	<1	<1
Pacifique occidental	faible/moyen	37	30	1	3	8	9	5	4
	faible/moyen	63	49	2	6	18	13	5	5
Pacifique occidental	total	2	1	0	<1	<1	<1	0	<1
	élevé	0	0	0	0	0	0	0	0
Pacifique occidental	faible/moyen	2	1	0	<1	<1	<1	0	<1

Taux pour 100 000 habitants

Taux pour 100 000 habitants									
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^{c, e}	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	5,2	7,8	7,1	4,9	8,6	9,1	7,1	9,2
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afrique ^d	faible/moyen	6,2	9,4	7,8	5,4	9,8	10,9	9,0	12,7
	faible/moyen	32,0	50,6	13,3	20,4	40,4	67,2	62,1	92,6
Amériques	total	0,2	0,4	0,3	0,3	0,4	0,5	0,3	0,6
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Méditerranée orientale	faible/moyen	0,4	0,7	0,4	0,4	0,6	0,9	0,5	1,3
	total	8,1	11,2	34,6	4,1	9,8	7,5	8,2	15,4
Europe	élevé	2,7	3,7	2,5	2,3	3,6	2,9	4,1	7,2
	faible/moyen	8,2	11,3	34,8	4,2	9,9	7,6	8,3	15,6
Asie du Sud-Est ^d	total	4,2	7,0	4,2	5,3	8,0	8,7	7,2	6,3
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pacifique occidental	faible/moyen	7,6	13,0	7,1	8,5	13,3	16,5	14,5	14,3
	faible/moyen	4,4	6,6	1,9	3,3	8,0	8,2	5,9	10,0
Pacifique occidental	total	0,1	0,2	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,3
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pacifique occidental	faible/moyen	0,1	0,2	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,4

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%)

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%)									
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^c	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	6,1	6,8	8,2	11,0	7,8	7,1	4,9	4,3
	élevé	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0
Afrique ^d	faible/moyen	6,8	7,5	8,3	11,3	8,4	7,7	5,4	5,3
	faible/moyen	22,3	23,9	10,1	23,4	28,1	30,4	22,7	21,8
Amériques	total	0,4	0,4	0,7	1,5	0,3	0,4	0,2	0,4
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Méditerranée orientale	faible/moyen	0,5	0,5	0,8	1,8	0,4	0,5	0,3	0,6
	total	11,5	13,4	35,6	10,1	11,2	8,0	7,0	7,9
Europe	élevé	5,0	4,9	10,2	11,9	4,1	3,8	5,1	5,9
	faible/moyen	11,6	13,5	35,6	10,1	11,3	8,0	7,0	8,0

Nombres absolus (en milliers)^b								
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	77	8	14	26	14	8	8
	élevé	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Afrique ^d	faible/moyen	77	8	14	26	14	8	8
	faible/moyen	45	5	10	18	6	4	3
Amériques	total	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	élevé	0	0	0	0	0	0	0
Méditerranée orientale	faible/moyen	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	total	10	2	2	3	1	1	2
Europe	élevé	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
	faible/moyen	10	2	2	3	1	1	2
Asie du Sud-Est ^d	total	6	<1	1	1	3	1	<1
	élevé	<1	0	<1	0	<1	0	<1
Pacifique occidental	faible/moyen	6	<1	1	1	3	1	<1
	faible/moyen	14	<1	1	4	4	2	3
	total	1	0	<1	0	<1	0	0
	élevé	0	0	0	0	0	0	0
	faible/moyen	1	0	<1	0	<1	0	0

Taux pour 100 000 habitants								
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges^e	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	2,6	2,6	2,3	3,4	2,2	1,9	2,4
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Afrique ^d	faible/moyen	3,0	2,9	2,6	3,9	2,7	2,4	3,4
	faible/moyen	14,7	9,2	11,0	20,3	12,9	13,5	17,1
Amériques	total	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Méditerranée orientale	faible/moyen	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
	total	4,9	6,6	2,8	4,8	2,0	3,0	13,7
Europe	élevé	1,0	1,6	0,6	0,9	1,3	0,9	1,5
	faible/moyen	4,9	6,7	2,8	4,8	2,1	3,0	13,8
Asie du Sud-Est ^d	total	1,5	0,7	1,0	1,5	3,0	1,2	0,4
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pacifique occidental	faible/moyen	2,6	1,3	1,5	2,4	5,6	2,4	0,8
	faible/moyen	2,2	0,6	0,9	1,8	2,5	2,6	4,8
	total	0,1	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	faible/moyen	0,1	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,0

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%)								
Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	4,7	3,5	6,6	7,3	5,0	3,7	2,1
	élevé	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Afrique ^d	faible/moyen	5,2	3,6	6,7	7,7	5,4	4,1	2,8
	faible/moyen	18,8	8,0	20,6	34,2	18,1	15,5	12,9
Amériques	total	0,3	0,5	0,7	0,4	0,3	0,2	0,1
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Méditerranée orientale	faible/moyen	0,5	0,6	0,9	0,5	0,6	0,5	0,3
	total	8,4	6,2	8,0	11,3	5,5	7,1	12,5
	élevé	5,6	10,6	8,2	5,6	5,4	4,0	3,4
	faible/moyen	8,4	6,2	8,0	11,3	5,5	7,1	12,5

TABLEAU A.5 (suite)

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%) (suite)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^c	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥60 ans
Europe	total	4,5	5,0	10,2	19,7	6,2	4,8	3,6	3,3
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	faible/moyen	5,8	6,2	11,5	21,8	7,6	5,5	4,3	5,1
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	4,6	5,5	2,6	7,0	7,1	6,3	3,7	3,9
Pacifique occidentale	total	0,2	0,2	0,0	0,7	0,2	0,2	0,0	0,2
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	faible/moyen	0,2	0,2	0,0	0,7	0,2	0,3	0,0	0,2

Proportion du nombre total de décès (%)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Total ^c	Hommes						
			Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	0,6	0,8	0,4	4,1	3,7	1,9	0,7	0,2
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	faible/moyen	0,7	0,9	0,4	4,2	3,8	2,1	0,7	0,2
Afrique ^d	faible/moyen	1,6	2,3	0,3	8,3	6,9	3,7	2,6	1,4
	total	0,0	0,1	0,0	0,6	0,2	0,2	0,0	0,0
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amériques	faible/moyen	0,1	0,1	0,1	0,7	0,3	0,2	0,1	0,0
	total	1,0	1,3	1,5	3,4	5,2	1,9	0,8	0,3
	élevé	0,6	0,8	0,8	6,7	3,1	1,6	0,7	0,2
Méditerranée orientale	faible/moyen	1,0	1,3	1,5	3,4	5,2	1,9	0,8	0,3
	total	0,4	0,6	0,8	10,8	4,4	2,2	0,6	0,1
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Europe	faible/moyen	0,6	1,0	0,9	12,4	5,4	2,7	0,9	0,2
	total	0,4	0,6	0,1	2,2	3,2	1,6	0,4	0,2
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0
Pacifique occidentale	total	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	faible/moyen	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0

Source : Première version du projet de l'OMS sur le fardeau mondial des maladies pour 2000.

^a Blessure de guerre = ICD-10 Y36 (ICD-9 E990-E999).

^b Les nombres absolus sont arrondis au mille le plus proche, ce qui explique toute erreur apparente dans les totaux.

^c Total combiné hommes et femmes.

^d Aucun pays à revenu élevé dans la Région.

^e Standardisé selon l'âge.

Proportion de décès imputables à des traumatismes (%) (suite)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Europe	total	3,1	2,6	8,5	5,1	8,3	2,6	0,4
	élevé	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
	faible/moyen	4,5	2,9	9,5	6,4	10,2	3,2	0,8
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	3,0	1,1	1,5	2,9	4,3	4,4	3,5
Pacifique occidental	total	0,1	0,0	1,4	0,0	0,1	0,0	0,0
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	faible/moyen	0,1	0,0	1,4	0,0	0,2	0,0	0,0

Proportion du nombre total de décès (%)

Région de l'OMS	Niveau de revenu	Femmes						
		Tous âges	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Toutes	faible/moyen/élevé	0,3	0,1	1,9	1,5	0,7	0,3	0,1
	élevé	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	faible/moyen	0,4	0,2	1,9	1,5	0,7	0,3	0,1
Afrique ^d	faible/moyen	0,9	0,2	4,3	2,3	0,8	0,9	0,3
Amériques	total	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0
	faible/moyen/élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	élevé	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0
Méditerranée orientale	total	0,5	0,3	2,1	2,4	0,6	0,4	0,3
	élevé	0,3	0,6	2,5	2,3	1,1	0,2	0,0
	faible/moyen	0,5	0,3	2,1	2,4	0,6	0,4	0,3
Europe	total	0,1	0,2	3,1	2,3	2,0	0,3	0,0
	élevé	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
	faible/moyen	0,2	0,2	3,6	2,8	2,7	0,4	0,0
Asie du Sud-Est ^d	faible/moyen	0,2	0,0	0,5	0,7	0,7	0,3	0,1
Pacifique occidental	total	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
	élevé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	faible/moyen	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0

TABLEAU A.6

Les dix principales causes de décès et de DALY, et classement des décès et DALY imputables à la violence par Région de l'OMS, 2000

TOUS LES ÉTATS MEMBRES

Total

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	12,4
2	Maladie cérébrovasculaire	9,2
3	Infections des voies respiratoires inférieures	6,9
4	VIH/SIDA	5,3
5	Bronchopneumopathie chronique obstructive	4,5
6	Affections périnatales	4,4
7	Maladies diarrhéiques	3,8
8	Tuberculose	3,0
9	Accidents de la route	2,3
10	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	2,2
13	Suicide	1,5
22	Homicide	0,9
30	Guerre	0,6

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Infections des voies respiratoires inférieures	6,4
2	Affections périnatales	6,2
3	VIH/SIDA	6,1
4	Troubles dépressifs unipolaires	4,4
5	Maladies diarrhéiques	4,2
6	Cardiopathie ischémique	3,8
7	Maladie cérébrovasculaire	3,1
8	Accidents de la route	2,8
9	Paludisme	2,7
10	Tuberculose	2,4
17	Blessures auto-infligées	1,3
21	Violence interpersonnelle	1,1
32	Guerre	0,7

Hommes

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	12,2
2	Maladie cérébrovasculaire	8,1
3	Infections des voies respiratoires inférieures	7,0
4	VIH/SIDA	5,0
5	Bronchopneumopathie chronique obstructive	4,6
6	Affections périnatales	4,4
7	Maladies diarrhéiques	4,0
8	Tuberculose	3,5
9	Accidents de la route	3,1
10	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	3,0
13	Suicide	1,7
17	Homicide	1,4
27	Guerre	0,8

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Affections périnatales	6,4
2	Infections des voies respiratoires inférieures	6,4
3	VIH/SIDA	5,8
4	Maladies diarrhéiques	4,2
5	Cardiopathie ischémique	4,2
6	Accidents de la route	4,0
7	Troubles dépressifs unipolaires	3,4
8	Maladie cérébrovasculaire	3,0
9	Tuberculose	2,9
10	Paludisme	2,5
16	Violence interpersonnelle	1,6
19	Blessures auto-infligées	1,5
26	Guerre	1,0

Femmes

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	12,6
2	Maladie cérébrovasculaire	10,4
3	Infections des voies respiratoires inférieures	6,9
4	VIH/SIDA	5,6
5	Bronchopneumopathie chronique obstructive	4,4
6	Affections périnatales	4,4
7	Maladies diarrhéiques	3,6
8	Tuberculose	2,4
9	Paludisme	2,1
10	Cardiopathie hypertensive	1,9
17	Suicide	1,2
37	Homicide	0,5
46	Guerre	0,3

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	VIH/SIDA	6,5
2	Infections des voies respiratoires inférieures	6,4
3	Affections périnatales	6,0
4	Troubles dépressifs unipolaires	5,5
5	Maladies diarrhéiques	4,2
6	Cardiopathie ischémique	3,4
7	Maladie cérébrovasculaire	3,2
8	Paludisme	3,0
9	Anomalies congénitales	2,2
10	Bronchopneumopathie chronique obstructive	2,1
18	Blessures auto-infligées	1,1
43	Violence interpersonnelle	0,5
49	Guerre	0,4

TABLEAU A.6 (suite)

TOUS LES ÉTATS MEMBRES (suite)

Pays à revenu élevé

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	17,9
2	Maladie cérébrovasculaire	10,7
3	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	5,6
4	Infections des voies respiratoires inférieures	4,7
5	Bronchopneumopathie chronique obstructive	3,5
6	Cancers du côlon et du rectum	3,2
7	Diabète sucré	2,3
8	Cancer de l'estomac	2,0
9	Cancer du sein	2,0
10	Maladie d'Alzheimer et autres formes de démence	1,8
13	Suicide	1,5
35	Homicide	0,3
61	Guerre	0,0

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Troubles dépressifs unipolaires	8,8
2	Cardiopathie ischémique	6,7
3	Troubles liés à la consommation d'alcool	5,4
4	Maladie cérébrovasculaire	4,9
5	Maladie d'Alzheimer et autres formes de démence	4,3
6	Accidents de la route	3,1
7	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	3,0
8	Arthrose	2,7
9	Bronchopneumopathie chronique obstructive	2,5
10	Perte de l'ouïe chez l'adulte	2,5
12	Blessures auto-infligées	2,0
31	Violence interpersonnelle	0,7
88	Guerre	0,0

Pays à faible revenu et à revenu moyen

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	11,5
2	Maladie cérébrovasculaire	8,9
3	Infections des voies respiratoires inférieures	7,3
4	VIH/SIDA	6,1
5	Affections périnatales	5,1
6	Bronchopneumopathie chronique obstructive	4,7
7	Maladies diarrhéiques	4,4
8	Tuberculose	3,4
9	Accidents de la route	2,4
10	Paludisme	2,3
14	Suicide	1,5
21	Homicide	1,0
27	Guerre	0,7

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Infections des voies respiratoires inférieures	6,8
2	Affections périnatales	6,7
3	VIH/SIDA	6,6
4	Méningite	4,6
5	Maladies diarrhéiques	4,6
6	Troubles dépressifs unipolaires	4,0
7	Cardiopathie ischémique	3,5
8	Paludisme	3,0
9	Maladie cérébrovasculaire	2,9
10	Accidents de la route	2,8
19	Blessures auto-infligées	1,2
21	Violence interpersonnelle	1,1
31	Guerre	0,8

Source : Première version du projet de l'OMS sur le fardeau mondial des maladies pour 2000.

TABLEAU A.6 (suite)

AFRIQUE**Total**

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	VIH/SIDA	22,6
2	Infections des voies respiratoires inférieures	10,1
3	Paludisme	9,1
4	Maladies diarrhéiques	6,7
5	Affections périnatales	5,5
6	Rougeole	4,3
7	Tuberculose	3,6
8	Cardiopathie ischémique	3,1
9	Maladie cérébrovasculaire	2,9
10	Accidents de la route	1,6
11	Guerre	1,6
14	Homicide	1,1
42	Suicide	0,3

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	VIH/SIDA	20,6
2	Paludisme	10,1
3	Infections des voies respiratoires inférieures	8,6
4	Affections périnatales	6,3
5	Maladies diarrhéiques	6,1
6	Rougeole	4,5
7	Tuberculose	2,8
8	Coqueluche	1,8
9	Accidents de la route	1,6
10	Malnutrition protéino-calorique	1,6
11	Guerre	1,6
15	Violence interpersonnelle	1,0
58	Blessures auto-infligées	0,2

Hommes

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	VIH/SIDA	20,9
2	Infections des voies respiratoires inférieures	11,2
3	Paludisme	8,4
4	Maladies diarrhéiques	7,2
5	Affections périnatales	6,1
6	Tuberculose	4,8
7	Rougeole	4,2
8	Cardiopathie ischémique	2,9
9	Guerre	2,3
10	Maladie cérébrovasculaire	2,1
13	Homicide	1,5
28	Suicide	0,4

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	VIH/SIDA	18,7
2	Infections des voies respiratoires inférieures	9,6
3	Paludisme	9,5
4	Affections périnatales	7,2
5	Maladies diarrhéiques	6,7
6	Rougeole	4,5
7	Tuberculose	3,6
8	Accidents de la route	2,1
9	Guerre	2,1
10	Coqueluche	1,8
12	Violence interpersonnelle	1,4
44	Blessures auto-infligées	0,3

Femmes

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	VIH/SIDA	24,4
2	Paludisme	9,9
3	Infections des voies respiratoires inférieures	8,9
4	Maladies diarrhéiques	6,1
5	Affections périnatales	4,8
6	Rougeole	4,4
7	Maladie cérébrovasculaire	3,7
8	Cardiopathie ischémique	3,3
9	Tuberculose	2,4
10	Coqueluche	1,6
17	Guerre	0,9
22	Homicide	0,7
53	Suicide	0,1

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	VIH/SIDA	22,4
2	Paludisme	10,7
3	Infections des voies respiratoires inférieures	7,6
4	Maladies diarrhéiques	5,5
5	Affections périnatales	5,4
6	Rougeole	4,5
7	Tuberculose	1,9
8	Coqueluche	1,9
9	Malnutrition protéino-calorique	1,5
10	Troubles dépressifs unipolaires	1,4
18	Guerre	1,0
25	Violence interpersonnelle	0,7
69	Blessures auto-infligées	0,1

TABLEAU A.6 (suite)

AFRIQUE^a (suite)

Pays à faible revenu et à revenu moyen

Rang	Cause	% du total	Rang	Cause	% du total
DÉCÈS			DALY		
1	VIH/SIDA	22,6	1	VIH/SIDA	20,6
2	Infections des voies respiratoires inférieures	10,1	2	Paludisme	10,1
3	Paludisme	9,1	3	Infections des voies respiratoires inférieures	8,6
4	Maladies diarrhéiques	6,7	4	Affections périnatales	6,3
5	Affections périnatales	5,5	5	Maladies diarrhéiques	6,1
6	Rougeole	4,3	6	Rougeole	4,5
7	Tuberculose	3,6	7	Tuberculose	2,8
8	Cardiopathie ischémique	3,1	8	Coqueluche	1,8
9	Maladie cérébrovasculaire	2,9	9	Accidents de la route	1,6
10	Accidents de la route	1,6	10	Malnutrition protéino-calorique	1,6
11	Guerre	1,6	11	Guerre	1,6
14	Homicide	1,1	15	Violence interpersonnelle	1,0
42	Suicide	0,3	58	Blessures auto-infligées	0,2

Source : Première version du projet de l'OMS sur le fardeau mondial des maladies pour 2000.

^a Aucun pays à revenu élevé dans la Région.

TABLEAU A.6 (suite)

AMÉRIQUES					
Total					
Rang	Cause	% du total	Rang	Cause	% du total
DÉCÈS			DALY		
1	Cardiopathie ischémique	15,6	1	Troubles dépressifs unipolaires	8,1
2	Maladie cérébrovasculaire	7,7	2	Troubles liés à la consommation d'alcool	4,4
3	Infections des voies respiratoires inférieures	4,4	3	Cardiopathie ischémique	4,4
4	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	3,9	4	Affections périnatales	3,9
5	Diabète sucré	3,7	5	Violence interpersonnelle	3,8
6	Bronchopneumopathie chronique obstructive	3,5	6	Maladie cérébrovasculaire	3,3
7	Homicide	2,7	7	Accidents de la route	3,2
8	Affections périnatales	2,6	8	Infections des voies respiratoires inférieures	2,7
9	Accidents de la route	2,4	9	Anomalies congénitales	2,6
10	Cardiopathie hypertensive	2,3	10	Perte de l'ouïe chez l'adulte	2,6
21	Suicide	1,1	26	Blessures auto-infligées	1,1
62	Guerre	0,0	86	Guerre	0,0
Hommes					
Rang	Cause	% du total	Rang	Cause	% du total
DÉCÈS			DALY		
1	Cardiopathie ischémique	15,5	1	Troubles liés à la consommation d'alcool	6,6
2	Maladie cérébrovasculaire	6,5	2	Violence interpersonnelle	6,2
3	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	4,6	3	Troubles dépressifs unipolaires	5,5
4	Homicide	4,5	4	Cardiopathie ischémique	4,9
5	Infections des voies respiratoires inférieures	4,1	5	Accidents de la route	4,5
6	Bronchopneumopathie chronique obstructive	3,6	6	Affections périnatales	4,1
7	Accidents de la route	3,3	7	Maladie cérébrovasculaire	2,8
8	Diabète sucré	3,1	8	Infections des voies respiratoires inférieures	2,7
9	Affections périnatales	2,8	9	Perte de l'ouïe chez l'adulte	2,6
10	Cirrhose du foie	2,4	10	Anomalies congénitales	2,5
15	Suicide	1,6	19	Blessures auto-infligées	1,5
51	Guerre	0,1	73	Guerre	0,1
Femmes					
Rang	Cause	% du total	Rang	Cause	% du total
DÉCÈS			DALY		
1	Cardiopathie ischémique	15,7	1	Troubles dépressifs unipolaires	11,2
2	Maladie cérébrovasculaire	9,1	2	Cardiopathie ischémique	3,8
3	Infections des voies respiratoires inférieures	4,7	3	Maladie cérébrovasculaire	3,8
4	Diabète sucré	4,5	4	Affections périnatales	3,7
5	Bronchopneumopathie chronique obstructive	3,4	5	Diabète sucré	2,8
6	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	3,2	6	Anomalies congénitales	2,8
7	Cancer du sein	3,2	7	Infections des voies respiratoires inférieures	2,7
8	Cardiopathie hypertensive	2,7	8	Perte de l'ouïe chez l'adulte	2,6
9	Affections périnatales	2,3	9	Maladies diarrhéiques	2,0
10	Cancers du côlon et du rectum	2,0	10	Anémie	2,0
30	Homicide	0,6	27	Violence interpersonnelle	0,9
32	Suicide	0,5	42	Blessures auto-infligées	0,6
66	Guerre	0,3	87	Guerre	0,0

TABLEAU A.6 (suite)

AMÉRIQUES (suite)**Pays à revenu élevé**

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	20,8
2	Maladie cérébrovasculaire	7,0
3	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	6,6
4	Bronchopneumopathie chronique obstructive	4,5
5	Infections des voies respiratoires inférieures	4,0
6	Cancers du côlon et du rectum	2,8
7	Diabète sucré	2,8
8	Maladie d'Alzheimer et autres formes de démence	2,2
9	Cancer du sein	2,0
10	Cardiopathie hypertensive	1,8
14	Suicide	1,3
22	Homicide	0,7
66	Guerre	0,0

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Troubles dépressifs unipolaires	11,0
2	Cardiopathie ischémique	7,1
3	Troubles liés à la consommation d'alcool	6,7
4	Maladie cérébrovasculaire	3,4
5	Accidents de la route	3,3
6	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	3,2
7	Maladie d'Alzheimer et autres formes de démence	3,1
8	Diabète sucré	2,8
9	Bronchopneumopathie chronique obstructive	2,8
10	Perte de l'ouïe chez l'adulte	2,6
12	Blessures auto-infligées	1,7
18	Violence interpersonnelle	1,4
87	Guerre	0,0

Pays à faible revenu et à revenu moyen

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	11,2
2	Maladie cérébrovasculaire	8,2
3	Infections des voies respiratoires inférieures	4,7
4	Diabète sucré	4,5
5	Homicide	4,4
6	Affections périnatales	4,2
7	Accidents de la route	2,9
8	Bronchopneumopathie chronique obstructive	2,7
9	Cardiopathie hypertensive	2,6
10	Maladies diarrhéiques	2,4
24	Suicide	0,9
60	Guerre	0,1

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Troubles dépressifs unipolaires	6,7
2	Affections périnatales	5,1
3	Violence interpersonnelle	4,8
4	Troubles liés à la consommation d'alcool	3,4
5	Infections des voies respiratoires inférieures	3,4
6	Accidents de la route	3,2
7	Maladie cérébrovasculaire	3,2
8	Anomalies congénitales	3,1
9	Cardiopathie ischémique	3,1
10	Maladies diarrhéiques	2,8
30	Blessures auto-infligées	0,8
82	Guerre	0,1

Source : Première version du projet de l'OMS sur le fardeau mondial des maladies pour 2000.

TABLEAU A.6 (suite)

ASIE DU SUD-EST**Total**

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	13,7
2	Infections des voies respiratoires inférieures	9,5
3	Affections périnatales	7,1
4	Maladies diarrhéiques	6,7
5	Maladie cérébrovasculaire	5,7
6	Tuberculose	4,8
7	Accidents de la route	3,1
8	VIH/SIDA	2,6
9	Bronchopneumopathie chronique obstructive	2,2
10	Anomalies congénitales	1,9
16	Suicide	1,2
28	Homicide	0,5
34	Guerre	0,4

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Affections périnatales	8,9
2	Infections des voies respiratoires inférieures	7,4
3	Maladies diarrhéiques	5,5
4	Troubles dépressifs unipolaires	4,7
5	Cardiopathie ischémique	4,4
6	Tuberculose	3,5
7	Accidents de la route	3,3
8	Anomalies congénitales	3,0
9	VIH/SIDA	2,7
10	Anémie	2,3
19	Blessures auto-infligées	1,2
38	Violence interpersonnelle	0,5
41	Guerre	0,5

Hommes

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	13,6
2	Infections des voies respiratoires inférieures	9,8
3	Maladies diarrhéiques	7,1
4	Affections périnatales	6,8
5	Maladie cérébrovasculaire	5,3
6	Tuberculose	5,1
7	Accidents de la route	4,3
8	VIH/SIDA	3,1
9	Bronchopneumopathie chronique obstructive	2,1
10	Cirrhose du foie	1,9
14	Suicide	1,4
22	Homicide	0,7
25	Guerre	0,6

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Affections périnatales	9,0
2	Infections des voies respiratoires inférieures	7,2
3	Maladies diarrhéiques	5,4
4	Accidents de la route	5,0
5	Cardiopathie ischémique	4,8
6	Tuberculose	4,0
7	Troubles dépressifs unipolaires	3,7
8	VIH/SIDA	3,3
9	Anomalies congénitales	3,1
10	Perte de l'ouïe chez l'adulte	2,1
17	Blessures auto-infligées	1,3
27	Guerre	0,8
32	Violence interpersonnelle	0,7

Femmes

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	13,9
2	Infections des voies respiratoires inférieures	9,0
3	Affections périnatales	7,5
4	Maladies diarrhéiques	6,3
5	Maladie cérébrovasculaire	6,2
6	Tuberculose	4,3
7	Bronchopneumopathie chronique obstructive	2,3
8	Anomalies congénitales	2,0
9	VIH/SIDA	2,0
10	Cancer du col de l'utérus	1,8
20	Suicide	0,9
37	Homicide	0,4
48	Guerre	0,2

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Affections périnatales	8,7
2	Infections des voies respiratoires inférieures	7,6
3	Troubles dépressifs unipolaires	5,7
4	Maladies diarrhéiques	5,6
5	Cardiopathie ischémique	4,1
6	Tuberculose	3,1
7	Anomalies congénitales	2,9
8	Anémie	2,7
9	Maladie cérébrovasculaire	2,1
10	VIH/SIDA	2,1
25	Blessures auto-infligées	1,0
51	Violence interpersonnelle	0,3
63	Guerre	0,2

TABLEAU A.6 (suite)

ASIE DU SUD-EST^a (suite)**Pays à faible revenu et à revenu moyen**

Rang	Cause	% du total	Rang	Cause	% du total
DÉCÈS			DALY		
1	Cardiopathie ischémique	13,7	1	Affections périnatales	8,9
2	Infections des voies respiratoires inférieures	9,5	2	Infections des voies respiratoires inférieures	7,4
3	Affections périnatales	7,1	3	Maladies diarrhéiques	5,5
4	Maladies diarrhéiques	6,7	4	Troubles dépressifs unipolaires	4,7
5	Maladie cérébrovasculaire	5,7	5	Cardiopathie ischémique	4,4
6	Tuberculose	4,8	6	Tuberculose	3,5
7	Accidents de la route	3,1	7	Accidents de la route	3,3
8	VIH/SIDA	2,6	8	Anomalies congénitales	3,0
9	Bronchopneumopathie chronique obstructive	2,2	9	VIH/SIDA	2,7
10	Anomalies congénitales	1,9	10	Anémie	2,3
16	Suicide	1,2	19	Blessures auto-infligées	1,2
28	Homicide	0,5	38	Violence interpersonnelle	0,5
34	Guerre	0,4	41	Guerre	0,5

Source : Première version du projet de l'OMS sur le fardeau mondial des maladies pour 2000.

^a Aucun pays à revenu élevé dans la Région.

TABLEAU A.6 (suite)

EUROPE**Total**

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	24,3
2	Maladie cérébrovasculaire	15,4
3	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	3,9
4	Infections des voies respiratoires inférieures	3,0
5	Bronchopneumopathie chronique obstructive	2,8
6	Cancers du côlon et du rectum	2,5
7	Suicide	1,9
8	Cancer de l'estomac	1,9
9	Cirrhose du foie	1,8
10	Cardiopathie hypertensive	1,6
18	Homicide	0,8
34	Guerre	0,4

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Cardiopathie ischémique	10,1
2	Maladie cérébrovasculaire	6,8
3	Troubles dépressifs unipolaires	6,0
4	Troubles liés à la consommation d'alcool	3,4
5	Maladie d'Alzheimer et autres formes de démence	3,0
6	Blessures auto-infligées	2,6
7	Accidents de la route	2,5
8	Infections des voies respiratoires inférieures	2,4
9	Perte de l'ouïe chez l'adulte	2,3
10	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	2,2
18	Violence interpersonnelle	1,4
33	Guerre	0,7

Hommes

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	23,4
2	Maladie cérébrovasculaire	11,6
3	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	6,0
4	Bronchopneumopathie chronique obstructive	3,6
5	Suicide	3,0
6	Infections des voies respiratoires inférieures	3,0
7	Cancers du côlon et du rectum	2,4
8	Cancer de l'estomac	2,2
9	Cirrhose du foie	2,2
10	Cancer de la prostate	1,9
14	Homicide	1,2
29	Guerre	0,6

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Cardiopathie ischémique	11,0
2	Maladie cérébrovasculaire	5,6
3	Troubles liés à la consommation d'alcool	5,1
4	Troubles dépressifs unipolaires	4,0
5	Blessures auto-infligées	3,7
6	Accidents de la route	3,4
7	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	3,2
8	Bronchopneumopathie chronique obstructive	2,6
9	Infections des voies respiratoires inférieures	2,5
10	Empoisonnements	2,1
15	Violence interpersonnelle	1,9
26	Guerre	1,0

Femmes

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	25,2
2	Maladie cérébrovasculaire	19,3
3	Cancer du sein	3,3
4	Infections des voies respiratoires inférieures	3,1
5	Cancers du côlon et du rectum	2,5
6	Bronchopneumopathie chronique obstructive	2,0
7	Cardiopathie hypertensive	2,0
8	Diabète sucré	1,8
9	Cancer de l'estomac	1,6
10	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	1,6
16	Suicide	0,8
28	Homicide	0,4
44	Guerre	0,1

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Cardiopathie ischémique	9,0
2	Troubles dépressifs unipolaires	8,6
3	Maladie cérébrovasculaire	8,3
4	Maladie d'Alzheimer et autres formes de démence	4,2
5	Arthrose	2,9
6	Cancer du sein	2,8
7	Perte de l'ouïe chez l'adulte	2,5
8	Infections des voies respiratoires inférieures	2,3
9	Diabète sucré	2,0
10	Affections périnatales	1,8
21	Blessures auto-infligées	1,1
34	Violence interpersonnelle	0,7
58	Guerre	0,3

TABLEAU A.6 (suite)

EUROPE (suite)**Pays à revenu élevé**

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	18,4
2	Maladie cérébrovasculaire	11,3
3	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	5,1
4	Infections des voies respiratoires inférieures	4,1
5	Cancers du côlon et du rectum	3,4
6	Bronchopneumopathie chronique obstructive	3,4
7	Cancer du sein	2,3
8	Diabète sucré	2,1
9	Maladie d'Alzheimer et autres formes de démence	1,9
10	Cancer de la prostate	1,8
15	Suicide	1,3
44	Homicide	0,1
68	Guerre	0,0

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Troubles dépressifs unipolaires	7,9
2	Cardiopathie ischémique	7,5
3	Maladie d'Alzheimer et autres formes de démence	6,1
4	Troubles liés à la consommation d'alcool	5,3
5	Maladie cérébrovasculaire	5,1
6	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	3,1
7	Arthrose	2,9
8	Accidents de la route	2,7
9	Perte de l'ouïe chez l'adulte	2,5
10	Bronchopneumopathie chronique obstructive	2,4
14	Blessures auto-infligées	1,9
53	Violence interpersonnelle	0,2
86	Guerre	0,0

Pays à faible revenu et à revenu moyen

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	28,3
2	Maladie cérébrovasculaire	18,1
3	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	3,1
4	Bronchopneumopathie chronique obstructive	2,4
5	Suicide	2,3
6	Infections des voies respiratoires inférieures	2,3
7	Cancer de l'estomac	2,1
8	Cirrhose du foie	1,8
9	Empoisonnements	1,8
10	Cancers du côlon et du rectum	1,8
13	Homicide	1,3
21	Guerre	0,6

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Cardiopathie ischémique	11,4
2	Maladie cérébrovasculaire	7,7
3	Troubles dépressifs unipolaires	5,1
4	Infections des voies respiratoires inférieures	3,0
5	Blessures auto-infligées	2,9
6	Troubles liés à la consommation d'alcool	2,5
7	Affections périnatales	2,4
8	Accidents de la route	2,3
9	Perte de l'ouïe chez l'adulte	2,2
10	Empoisonnements	2,1
12	Violence interpersonnelle	1,9
24	Guerre	1,0

Source : Première version du projet de l'OMS sur le fardeau mondial des maladies pour 2000.

TABLEAU A,6 (suite)

MÉDITERRANÉE ORIENTALE**Total**

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	10,5
2	Infections des voies respiratoires inférieures	9,1
3	Affections périnatales	7,5
4	Maladies diarrhéiques	7,1
5	Maladie cérébrovasculaire	5,3
6	Tuberculose	3,4
7	Accidents de la route	2,3
8	Anomalies congénitales	2,2
9	Rougeole	2,0
10	Cardiopathie hypertensive	1,8
18	Guerre	1,0
21	Homicide	0,8
25	Suicide	0,6

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Affections périnatales	8,4
2	Infections des voies respiratoires inférieures	8,4
3	Maladies diarrhéiques	6,9
4	Troubles dépressifs unipolaires	3,5
5	Anomalies congénitales	3,3
6	Cardiopathie ischémique	3,1
7	Accidents de la route	2,5
8	Tuberculose	2,2
9	Rougeole	2,2
10	Maladie cérébrovasculaire	2,0
20	Guerre	1,0
29	Violence interpersonnelle	0,7
34	Blessures auto-infligées	0,5

Hommes

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	11,7
2	Infections des voies respiratoires inférieures	8,6
3	Affections périnatales	7,6
4	Maladies diarrhéiques	6,7
5	Maladie cérébrovasculaire	5,0
6	Tuberculose	4,3
7	Accidents de la route	3,2
8	Anomalies congénitales	2,1
9	Rougeole	1,9
10	Néphrite et néphrose	1,8
15	Guerre	1,3
21	Homicide	0,9
26	Suicide	0,6

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Affections périnatales	8,9
2	Infections des voies respiratoires inférieures	8,3
3	Maladies diarrhéiques	6,7
4	Accidents de la route	3,7
5	Cardiopathie ischémique	3,6
6	Anomalies congénitales	3,3
7	Tuberculose	2,8
8	Troubles dépressifs unipolaires	2,8
9	Rougeole	2,1
10	Maladie cérébrovasculaire	2,0
15	Guerre	1,5
25	Violence interpersonnelle	0,9
37	Blessures auto-infligées	0,5

Femmes

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Infections des voies respiratoires inférieures	9,6
2	Cardiopathie ischémique	9,2
3	Maladies diarrhéiques	7,5
4	Affections périnatales	7,4
5	Maladie cérébrovasculaire	5,7
6	Tuberculose	2,3
7	Anomalies congénitales	2,2
8	Rougeole	2,1
9	Cardiopathie hypertensive	2,0
10	Diabète sucré	1,7
26	Suicide	0,6
27	Homicide	0,6
29	Guerre	0,5

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Infections des voies respiratoires inférieures	8,4
2	Affections périnatales	7,9
3	Maladies diarrhéiques	7,1
4	Troubles dépressifs unipolaires	4,2
5	Anomalies congénitales	3,2
6	Cardiopathie ischémique	2,6
7	Anémie	2,3
8	Rougeole	2,2
9	Maladie cérébrovasculaire	2,0
10	Coqueluche	1,7
36	Blessures auto-infligées	0,6
39	Guerre	0,6
40	Violence interpersonnelle	0,5

TABLEAU A.6 (suite)

MÉDITERRANÉE ORIENTALE (suite)**Pays à revenu élevé**

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	20,7
2	Maladie cérébrovasculaire	11,3
3	Accidents de la route	6,3
4	Cardiopathie hypertensive	4,2
5	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	3,1
6	Néphrite et néphrose	2,3
7	Diabète sucré	2,3
8	Infections des voies respiratoires inférieures	2,2
9	Anomalies congénitales	1,8
10	Bronchopneumopathie chronique obstructive	1,6
16	Homicide	1,0
22	Suicide	0,8
27	Guerre	0,6

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Cardiopathie ischémique	7,5
2	Accidents de la route	7,2
3	Troubles dépressifs unipolaires	6,9
4	Perte de l'ouïe chez l'adulte	5,5
5	Maladie cérébrovasculaire	3,4
6	Anomalies congénitales	3,1
7	Anémie	2,7
8	Diabète sucré	2,5
9	Troubles liés à la consommation de drogue	2,3
10	Chutes	2,3
22	Violence interpersonnelle	1,0
31	Blessures auto-infligées	0,7
35	Guerre	0,6

Pays à faible revenu et à revenu moyen

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Cardiopathie ischémique	10,4
2	Infections des voies respiratoires inférieures	9,1
3	Affections périnatales	7,6
4	Maladies diarrhéiques	7,1
5	Maladie cérébrovasculaire	5,3
6	Tuberculose	3,4
7	Accidents de la route	2,2
8	Anomalies congénitales	2,2
9	Rougeole	2,0
10	Cardiopathie hypertensive	1,8
18	Guerre	1,0
20	Homicide	0,8
26	Suicide	0,6

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Affections périnatales	8,5
2	Infections des voies respiratoires inférieures	8,4
3	Maladies diarrhéiques	6,9
4	Troubles dépressifs unipolaires	3,5
5	Anomalies congénitales	3,3
6	Cardiopathie ischémique	3,1
7	Accidents de la route	2,5
8	Tuberculose	2,2
9	Rougeole	2,2
10	Maladie cérébrovasculaire	2,0
20	Guerre	1,0
29	Violence interpersonnelle	0,7
34	Blessures auto-infligées	0,5

Source : Première version du projet de l'OMS sur le fardeau mondial des maladies pour 2000.

TABLEAU A,6 (suite)

PACIFIQUE OCCIDENTAL**Total**

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Maladie cérébrovasculaire	16,2
2	Bronchopneumopathie chronique obstructive	13,8
3	Cardiopathie ischémique	8,2
4	Infections des voies respiratoires inférieures	4,7
5	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	3,5
6	Cancer du foie	3,5
7	Cancer de l'estomac	3,2
8	Suicide	3,0
9	Tuberculose	3,0
10	Affections périnatales	2,8
27	Homicide	0,5
66	Guerre	0,0

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Bronchopneumopathie chronique obstructive	7,3
2	Maladie cérébrovasculaire	5,8
3	Troubles dépressifs unipolaires	5,8
4	Infections des voies respiratoires inférieures	5,2
5	Affections périnatales	4,6
6	Accidents de la route	3,7
7	Anémie	3,2
8	Cardiopathie ischémique	3,0
9	Blessures auto-infligées	2,8
10	Chutes	2,6
33	Violence interpersonnelle	0,7
85	Guerre	0,1

Hommes

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Maladie cérébrovasculaire	15,8
2	Bronchopneumopathie chronique obstructive	13,1
3	Cardiopathie ischémique	8,3
4	Cancer du foie	4,5
5	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	4,5
6	Infections des voies respiratoires inférieures	4,0
7	Cancer de l'estomac	3,8
8	Accidents de la route	3,4
9	Tuberculose	3,3
10	Suicide	2,7
23	Homicide	0,7
56	Guerre	0,0

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Bronchopneumopathie chronique obstructive	7,3
2	Maladie cérébrovasculaire	6,1
3	Accidents de la route	4,9
4	Troubles dépressifs unipolaires	4,8
5	Infections des voies respiratoires inférieures	4,6
6	Affections périnatales	4,3
7	Cardiopathie ischémique	3,2
8	Anémie	3,1
9	Chutes	2,8
10	Cancer du foie	2,7
13	Blessures auto-infligées	2,3
27	Violence interpersonnelle	0,9
75	Guerre	0,1

Femmes

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Maladie cérébrovasculaire	16,6
2	Bronchopneumopathie chronique obstructive	14,6
3	Cardiopathie ischémique	8,1
4	Infections des voies respiratoires inférieures	5,6
5	Suicide	3,5
6	Affections périnatales	3,2
7	Cardiopathie hypertensive	2,8
8	Tuberculose	2,7
9	Cancer de l'estomac	2,5
10	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	2,3
39	Homicide	0,3
67	Guerre	0,0

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Bronchopneumopathie chronique obstructive	7,2
2	Troubles dépressifs unipolaires	7,1
3	Infections des voies respiratoires inférieures	5,9
4	Maladie cérébrovasculaire	5,5
5	Affections périnatales	4,9
6	Blessures auto-infligées	3,5
7	Anémie	3,3
8	Cardiopathie ischémique	2,6
9	Arthrose	2,5
10	Anomalies congénitales	2,4
51	Violence interpersonnelle	0,4
86	Guerre	0,0

TABLEAU A.6 (suite)

PACIFIQUE OCCIDENTAL (suite)**Pays à revenu élevé**

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Maladie cérébrovasculaire	15,7
2	Cardiopathie ischémique	10,8
3	Infections des voies respiratoires inférieures	7,4
4	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	5,3
5	Cancer de l'estomac	5,1
6	Cancers du côlon et du rectum	3,4
7	Cancer du foie	3,3
8	Suicide	2,4
9	Accidents de la route	2,2
10	Diabète sucré	2,1
43	Homicide	0,2
— ^a	Guerre	— ^a

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Maladie cérébrovasculaire	7,6
2	Troubles dépressifs unipolaires	6,4
3	Cardiopathie ischémique	4,2
4	Arthrose	3,4
5	Accidents de la route	3,4
6	Troubles liés à la consommation d'alcool	3,1
7	Blessures auto-infligées	2,9
8	Cancer de l'estomac	2,7
9	Diabète sucré	2,7
10	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	2,6
52	Violence interpersonnelle	0,3
— ^a	Guerre	— ^a

Pays à faible revenu et à revenu moyen

Rang	Cause	% du total
DÉCÈS		
1	Maladie cérébrovasculaire	16,2
2	Bronchopneumopathie chronique obstructive	15,5
3	Cardiopathie ischémique	7,8
4	Infections des voies respiratoires inférieures	4,4
5	Cancer du foie	3,5
6	Tuberculose	3,3
7	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	3,3
8	Affections périnatales	3,2
9	Suicide	3,1
10	Cancer de l'estomac	3,0
26	Homicide	6,0
64	Guerre	0,0

Rang	Cause	% du total
DALY		
1	Bronchopneumopathie chronique obstructive	7,7
2	Troubles dépressifs unipolaires	5,8
3	Maladie cérébrovasculaire	5,7
4	Infections des voies respiratoires inférieures	5,5
5	Affections périnatales	5,0
6	Accidents de la route	3,7
7	Anémie	3,3
8	Cardiopathie ischémique	2,8
9	Blessures auto-infligées	2,8
10	Chute	2,6
32	Violence interpersonnelle	0,7
83	Guerre	0,1

Source : Première version du projet de l'OMS sur le fardeau mondial des maladies pour 2000.

^a Aucun décès ou traumatisme lié à la guerre n'a été notifié.

TABLEAU A.7

Mortalité imputable à des blessures intentionnelles,^a par sexe, groupe d'âge et pays, dernière année disponible entre 1990 et 2000^b

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Total ^{d,e}	Hommes						
				Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Total ^e	1994-1999	Nombre	409 957	322 031	1164	3252	96 914	100 799	66 598	53 304
		Taux	21,1	34,3	1,7	2,2	43,3	48,5	46,0	45,2
Albanie	1998	Nombre	846	689	4	16	333	193	103	39
		Taux	26,7	46,4	—	—	93,1	53,2	45,9	27,8
Argentine	1996	Nombre	3 980	3 145	37	85	936	720	689	678
		Taux	11,4	19,0	2,1	1,7	21,0	21,9	28,5	34,1
Arménie	1999	Nombre	167	128	2	3	29	45	27	22
		Taux	4,3	6,9	—	—	5,9	10,4	12,0	10,3
Australie	1998	Nombre	2 954	2 325	9	23	727	803	435	328
		Taux	14,9	23,6	—	1,1	34,6	37,4	25,7	24,0
Autriche	1999	Nombre	1 629	1 161	3	7	174	304	279	394
		Taux	16,3	25,0	—	—	22,1	29,6	36,7	60,4
Azerbaïdjan	1999	Nombre	430	367	0	10	185	107	41	24
		Taux	5,8	10,0	—	—	17,5	12,6	10,9	8,3
Bahamas	1995-1997	Nombre	47	40	1	2	21	11	3	2
		Taux	16,0	28,4	—	—	50,4	—	—	—
Barbade	1993-1995	Nombre	36	28	0	0	11	9	4	3
		Taux	14,0	22,1	—	—	—	—	—	—
Biélorus	1999	Nombre	4 537	3 664	3	27	755	1 226	968	685
		Taux	41,4	72,5	—	2,7	67,6	105,9	125,6	101,5
Belgique	1995	Nombre	2 330	1 653	3	14	276	505	395	460
		Taux	19,5	28,9	—	—	26,6	42,7	44,4	50,4
Brésil	1995	Nombre	43 866	39 046	99	573	20 183	12 011	4 344	1 835
		Taux	27,7	50,2	1,2	2,2	89,1	71,9	49,5	35,8
Bulgarie	1999	Nombre	1 550	1 143	4	12	156	227	293	451
		Taux	14,9	23,5	—	—	17,0	27,2	37,0	57,9
Canada	1997	Nombre	4 145	3 222	14	65	784	1 091	758	510
		Taux	12,8	20,1	—	2,1	24,8	28,4	28,7	23,8
Chili	1994	Nombre	1 226	1 070	10	16	365	329	191	159
		Taux	9,0	16,5	—	—	19,7	21,5	22,2	28,1
Chine (RAS de Hong Kong)	1996	Nombre	863	548	5	14	105	181	103	141
		Taux	12,3	15,9	—	—	15,0	19,8	20,0	33,6
Chine (sélection de régions urbaines et rurales)	1999	Nombre	19 276	9 719	16	143	1 766	2 702	1 944	3 148
		Taux	15,5	15,9	—	1,1	10,1	17,2	20,7	47,7
Colombie	1995	Nombre	24 728	22 685	56	310	12 169	7 272	2 141	737
		Taux	65,1	122,4	2,3	4,6	220,5	191,3	116,5	65,1
Costa Rica	1995	Nombre	394	330	3	9	124	124	50	21
		Taux	12,0	20,1	—	—	24,9	32,9	27,0	18,3
Croatie	1999	Nombre	1 134	825	1	8	131	207	197	281
		Taux	21,4	34,8	—	—	27,1	39,6	49,8	86,2
Cuba	1997	Nombre	2 819	2 024	7	17	511	581	375	533
		Taux	23,5	33,9	—	—	35,7	44,4	42,7	78,0
République tchèque	1999	Nombre	1 769	1 386	3	7	245	335	426	370
		Taux	14,4	24,1	—	—	19,9	31,8	39,6	49,1
Danemark	1996	Nombre	955	670	2	4	92	178	184	210
		Taux	14,8	21,6	—	—	16,7	29,9	34,6	47,1
Équateur	1996	Nombre	2 242	1 905	5	34	872	643	234	117
		Taux	20,8	36,0	—	1,6	50,7	58,5	41,5	32,6
El Salvador	1991	Nombre	2 776	2 491	2	31	1 464	552	250	192
		Taux	61,9	119,2	—	2,9	204,9	143,2	106,3	125,2

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Femmes						
			Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Total ^e	1994-1999	Nombre	87 926	990	1 612	18 385	22 543	18 368	26 027
		Taux	8,5	1,5	1,1	8,5	10,8	12,1	16,0
Albanie	1998	Nombre	156	5	10	76	39	16	11
		Taux	9,1	—	—	17,4	10,8	—	—
Argentine	1996	Nombre	835	35	60	214	176	160	190
		Taux	4,4	2,1	1,2	4,9	5,2	6,2	7,1
Arménie	1999	Nombre	39	0	2	3	10	8	16
		Taux	1,9	—	—	—	—	—	—
Australie	1998	Nombre	629	10	13	161	209	118	117
		Taux	6,2	—	—	7,9	9,7	7,2	7,1
Autriche	1999	Nombre	468	3	4	50	101	109	201
		Taux	8,4	—	—	6,5	10,3	14,3	20,6
Azerbaïdjan	1999	Nombre	63	1	3	14	22	12	11
		Taux	1,8	—	—	—	2,4	—	—
Bahamas	1995-1997	Nombre	7	0	1	2	3	1	0
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Barbade	1993-1995	Nombre	9	0	0	3	2	2	1
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Bélarus	1999	Nombre	873	3	13	143	215	219	279
		Taux	14,2	—	—	13,2	18,1	24,9	22,8
Belgique	1995	Nombre	677	3	9	73	195	156	241
		Taux	10,7	—	—	—	17,0	17,5	19,2
Brésil	1995	Nombre	4 820	84	302	1 977	1 518	569	370
		Taux	6,0	1,0	1,2	8,7	8,8	6,0	6,0
Bulgarie	1999	Nombre	407	1	5	44	64	86	207
		Taux	7,1	—	—	5,0	7,7	10,1	20,7
Canada	1997	Nombre	923	10	32	189	303	233	156
		Taux	5,6	—	1,1	6,2	8,0	8,7	5,7
Chili	1994	Nombre	156	5	12	50	42	25	22
		Taux	2,2	—	—	2,7	2,7	2,7	2,9
Chine (RAS de Hong Kong)	1996	Nombre	315	4	13	65	83	39	110
		Taux	8,6	—	—	9,0	8,8	8,9	23,4
Chine (sélection de régions urbaines et rurales)	1999	Nombre	9 557	19	120	2 117	2 587	1 757	2 957
		Taux	15,2	—	1,0	13,1	17,5	19,6	40,5
Colombie	1995	Nombre	2 043	34	151	982	575	218	83
		Taux	10,4	1,5	2,3	17,8	14,2	10,9	6,0
Costa Rica	1995	Nombre	64	1	4	31	20	7	1
		Taux	3,7	—	—	6,5	5,3	—	—
Croatie	1999	Nombre	309	1	3	21	50	74	160
		Taux	9,9	—	—	4,5	9,9	17,1	31,1
Cuba	1997	Nombre	795	4	14	208	212	164	193
		Taux	13,4	—	—	15,1	16,1	18,1	26,3
République tchèque	1999	Nombre	383	4	6	54	64	99	156
		Taux	5,7	—	—	4,6	6,3	8,9	14,0
Danemark	1996	Nombre	285	1	1	21	73	90	99
		Taux	8,3	—	—	4,0	12,8	17,2	16,8
Équateur	1996	Nombre	337	6	28	185	70	24	24
		Taux	5,8	—	1,4	11,0	6,4	4,2	5,9
El Salvador	1991	Nombre	285	1	23	164	50	29	18
		Taux	11,5	—	2,2	21,6	11,6	11,4	—

TABLEAU A.7 (suite)

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Total ^{d,e}	Hommes						
				Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Estonie	1999	Nombre	701	546	2	4	102	156	167	115
		Taux	42,9	74,0	—	—	63,6	101,8	138,7	112,8
Finlande	1998	Nombre	1 355	1 053	1	5	188	334	312	213
		Taux	23,3	37,3	—	—	38,1	57,3	57,2	52,8
France	1998	Nombre	10 997	8 058	14	36	1 092	2 358	1 938	2 620
		Taux	15,6	24,1	—	0,6	17,8	36,6	36,7	51,7
Géorgie	1992	Nombre	214	160	0	0	38	42	30	50
		Taux	4,1	6,8	—	—	7,0	8,4	8,6	16,9
Allemagne	1999	Nombre	11 928	8 532	27	65	1 185	2 348	2 133	2 774
		Taux	11,5	17,7	1,3	1,0	15,9	22,6	26,9	36,4
Grèce	1998	Nombre	548	425	1	1	82	107	100	134
		Taux	4,3	6,9	—	—	6,9	9,5	10,6	12,4
Guyana	1994-1996	Nombre	126	99	0	0	43	32	16	8
		Taux	19,1	32,3	—	—	37,1	47,8	—	—
Hongrie	1999	Nombre	3 628	2 724	4	19	302	747	873	780
		Taux	29,5	49,0	—	—	25,9	72,8	90,5	102,3
Islande	1994-1996	Nombre	29	24	0	0	8	6	5	4
		Taux	10,6	17,8	—	—	—	—	—	—
Irlande	1997	Nombre	498	398	1	5	156	118	76	42
		Taux	13,4	21,6	—	—	33,8	31,2	25,8	16,9
Israël	1997	Nombre	430	335	0	2	108	82	48	95
		Taux	7,3	12,1	—	—	14,6	15,1	12,4	28,4
Italie	1997	Nombre	5 416	4 108	0	11	748	933	873	1 543
		Taux	7,3	11,8	—	—	12,1	14,6	16,2	27,4
Japon	1997	Nombre	24 300	16 376	32	86	2 036	3 145	5 963	5 114
		Taux	15,1	21,4	1,1	0,9	14,9	26,1	43,2	43,1
Kazakstan	1992	Nombre	5 844	4 569	14	99	1 470	1 706	845	434
		Taux	36,7	60,3	—	3,7	68,8	91,6	86,3	74,3
Koweït	1999	Nombre	97	71	1	3	24	38	3	2
		Taux	4,2	5,1	—	—	7,5	7,9	—	—
Kirghizistan	1999	Nombre	906	727	1	16	201	272	153	84
		Taux	22,6	38,1	—	—	30,1	56,2	74,3	52,7
Lettonie	1999	Nombre	1 075	806	0	1	132	256	246	171
		Taux	38,6	64,4	—	—	50,5	96,4	122,4	99,1
Lituanie	1999	Nombre	1 856	1 498	2	13	282	482	468	251
		Taux	45,8	80,5	—	—	68,7	115,1	163,3	100,9
Luxembourg	1995-1997	Nombre	75	55	0	0	8	17	14	16
		Taux	15,4	23,4	—	—	—	—	—	—
Malte	1997-1999	Nombre	25	19	0	0	4	8	2	4
		Taux	6,1	—	—	—	—	—	—	—
Maurice	1999	Nombre	214	144	2	3	40	66	22	11
		Taux	17,5	23,6	—	—	26,2	45,6	27,5	—
Mexique	1997	Nombre	17 153	15 131	129	434	6 636	4 540	2 116	1 276
		Taux	19,8	36,5	2,2	2,6	46,6	53,5	46,3	45,0
Pays-Bas	1999	Nombre	1 729	1 166	4	15	202	380	308	257
		Taux	9,5	13,1	—	—	12,9	19,5	19,5	20,9
Nouvelle-Zélande	1998	Nombre	638	479	5	16	180	132	77	69
		Taux	16,6	25,3	—	—	44,0	30,8	24,0	26,5
Nicaragua	1996	Nombre	522	398	2	13	193	108	51	30
		Taux	14,4	23,8	—	—	30,1	31,7	32,2	32,9
Norvège	1997	Nombre	575	416	1	6	94	114	91	110
		Taux	11,8	17,4	—	—	20,4	23,0	22,6	29,6
Panama (sauf zone du canal)	1997	Nombre	453	401	5	8	186	125	44	32
		Taux	17,0	30,1	—	—	48,5	45,3	28,0	31,1

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Femmes						
			Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥60 ans
Estonie	1999	Nombre	155	3	4	14	35	43	56
		Taux	16,3	—	—	9,2	22,7	29,7	29,7
Finlande	1998	Nombre	302	1	3	43	77	99	79
		Taux	9,9	—	—	9,1	13,7	18,4	13,2
France	1998	Nombre	2 939	8	23	308	721	781	1 098
		Taux	7,9	—	0,4	5,1	11,1	14,7	15,8
Géorgie	1992	Nombre	54	0	0	12	13	9	20
		Taux	1,9	—	—	—	—	—	4,4
Allemagne	1999	Nombre	3 396	16	42	303	685	783	1 567
		Taux	5,9	—	0,7	4,3	7,0	10,0	14,3
Grèce	1998	Nombre	123	0	1	15	26	37	44
		Taux	1,9	—	—	—	2,3	3,8	3,4
Guyana	1994-1996	Nombre	27	0	1	13	8	4	2
		Taux	7,5	—	—	—	—	—	—
Hongrie	1999	Nombre	904	5	9	73	173	222	422
		Taux	12,7	—	—	6,6	16,9	20,8	34,8
Islande	1994-1996	Nombre	5	0	0	1	0	1	2
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Irlande	1997	Nombre	100	1	1	26	24	24	24
		Taux	5,1	—	—	5,8	6,2	8,3	7,8
Israël	1997	Nombre	95	0	3	14	25	8	45
		Taux	3,0	—	—	—	4,4	—	10,4
Italie	1997	Nombre	1 308	2	14	173	252	279	588
		Taux	3,3	—	—	2,9	4,0	5,0	7,8
Japon	1997	Nombre	7 923	42	82	903	1 139	2 078	3 679
		Taux	9,0	1,5	0,9	6,9	9,6	14,9	23,7
Kazakstan	1992	Nombre	1 275	18	40	299	354	239	325
		Taux	15,1	—	1,5	14,6	18,6	21,8	30,1
Koweït	1999	Nombre	26	0	0	6	18	1	1
		Taux	3,2	—	—	—	—	—	—
Kirghizistan	1999	Nombre	179	5	10	56	39	21	48
		Taux	8,2	—	—	8,5	7,9	9,4	20,9
Lettonie	1999	Nombre	269	3	6	27	63	66	103
		Taux	16,7	—	—	10,7	23,5	27,3	31,8
Lituanie	1999	Nombre	358	5	9	44	78	87	135
		Taux	15,1	—	—	11,0	18,4	25,6	31,4
Luxembourg	1995-1997	Nombre	20	0	0	3	7	5	5
		Taux	8,3	—	—	—	—	—	—
Malte	1997-1999	Nombre	6	0	0	2	1	1	2
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Maurice	1999	Nombre	70	2	3	29	26	7	3
		Taux	11,4	—	—	19,7	18,8	—	—
Mexique	1997	Nombre	2 022	109	236	825	467	195	190
		Taux	4,2	2,0	1,5	5,7	5,2	4,0	5,7
Pays-Bas	1999	Nombre	563	1	10	96	156	147	153
		Taux	6,1	—	—	6,3	8,3	9,6	9,4
Nouvelle-Zélande	1998	Nombre	159	2	7	58	51	22	19
		Taux	8,1	—	—	14,2	11,3	6,8	—
Nicaragua	1996	Nombre	124	2	18	71	17	10	6
		Taux	5,7	—	—	10,9	—	—	—
Norvège	1997	Nombre	159	0	1	28	46	47	37
		Taux	6,4	—	—	6,3	9,7	12,1	7,5
Panama (sauf zone du canal)	1997	Nombre	52	3	6	22	10	5	6
		Taux	3,7	—	—	5,9	—	—	—

TABLEAU A.7 (suite)

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Total ^{d,e}	Hommes						
				Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Paraguay	1994	Nombre	577	508	3	11	203	162	76	53
		Taux	15,9	28,6	—	—	31,8	37,2	39,8	50,4
Philippines	1993	Nombre	8 677	7 770	20	80	3 296	3 039	1 041	294
		Taux	15,9	28,5	0,4	0,6	34,9	53,4	35,4	20,0
Pologne	1995	Nombre	6 619	5 364	12	82	944	1 919	1 485	922
		Taux	16,0	27,3	—	1,8	21,8	42,1	50,2	37,9
Portugal	1999	Nombre	671	494	3	4	70	98	85	234
		Taux	5,2	8,3	—	—	6,0	9,3	10,0	27,0
Porto Rico	1998	Nombre	1 129	1 022	1	11	557	238	125	89
		Taux	28,6	53,7	—	—	112,6	65,2	45,1	38,1
République de Corée	1997	Nombre	7 061	4 794	17	71	1 141	1 646	1 125	794
		Taux	14,9	21,3	—	1,3	17,2	26,3	33,9	45,3
République de Moldova	1999	Nombre	999	794	4	15	150	255	221	149
		Taux	26,7	46,2	—	—	33,6	66,0	82,9	76,3
Roumanie	1999	Nombre	3 560	2 817	10	57	479	763	843	665
		Taux	14,1	23,3	—	2,6	17,2	32,3	44,5	37,2
Fédération de Russie	1998	Nombre	85 511	68 013	98	581	15 476	25 190	16 695	9 973
		Taux	53,7	91,9	2,9	4,0	95,7	146,3	143,5	111,7
Singapour	1998	Nombre	446	280	0	3	67	97	57	56
		Taux	13,9	17,4	—	—	19,3	21,4	21,3	37,2
Slovaquie	1999	Nombre	825	680	0	5	111	208	215	141
		Taux	13,8	24,1	—	—	16,3	34,9	46,4	42,9
Slovénie	1999	Nombre	623	476	1	5	65	125	135	145
		Taux	26,0	42,4	—	—	29,5	55,0	68,8	97,7
Espagne	1998	Nombre	3 620	2 757	2	9	561	636	489	1 060
		Taux	7,3	11,7	—	—	11,8	14,3	14,9	29,2
Sainte-Lucie	1993-1995	Nombre	21	17	0	0	9	5	2	1
		Taux	16,0	—	—	—	—	—	—	—
Suède	1996	Nombre	1 367	947	0	1	147	239	274	286
		Taux	13,0	18,4	—	—	17,0	25,8	31,3	33,7
Suisse	1996	Nombre	1 513	1 060	2	10	197	265	262	324
		Taux	17,8	26,5	—	—	28,5	30,8	38,6	55,7
Tadjikistan	1995	Nombre	557	451	4	6	149	175	74	43
		Taux	13,7	22,4	—	—	19,6	37,2	36,3	28,7
Thaïlande	1994	Nombre	6 530	5 133	21	106	1 881	1 866	885	375
		Taux	11,6	18,5	0,8	1,3	20,6	29,9	27,7	19,5
Ex-République yougoslave de Macédoine	1997	Nombre	202	153	0	1	18	53	31	50
		Taux	9,7	15,0	—	—	—	23,5	19,7	39,1
Trinité-et-Tobago	1994	Nombre	313	243	0	4	82	78	52	27
		Taux	26,1	39,0	—	—	45,3	53,1	64,5	48,1
Turkménistan	1998	Nombre	742	603	2	19	249	215	94	23
		Taux	18,9	31,4	—	—	38,1	47,9	53,0	20,1
Ukraine	1999	Nombre	20 762	16 255	28	148	2 862	5 133	4 710	3 373
		Taux	36,9	63,8	2,5	3,2	51,8	96,7	117,4	93,5
Royaume-Uni	1999	Nombre	4 920	3 803	20	34	886	1 329	868	666
		Taux	7,6	12,0	1,1	0,6	15,1	19,3	15,9	12,7
Angleterre et Pays de Galles	1999	Nombre	4 015	3 077	19	29	667	1 050	736	576
		Taux	6,9	10,8	—	0,6	12,9	17,2	15,2	12,3
Irlande du Nord	1999	Nombre	145	123	0	1	49	50	15	8
		Taux	8,8	14,9	—	—	25,9	27,6	—	—

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Femmes						
			Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Paraguay	1994	Nombre	69	2	4	25	19	9	10
		Taux	3,7	—	—	4,0	—	—	—
Philippines	1993	Nombre	907	11	46	403	226	136	86
		Taux	3,3	—	0,4	4,4	4,0	4,6	4,7
Pologne	1995	Nombre	1 255	14	25	168	379	301	368
		Taux	5,6	—	0,6	4,0	8,4	9,4	10,1
Portugal	1999	Nombre	177	3	8	18	33	25	90
		Taux	2,5	—	—	—	3,0	2,7	7,6
Porto Rico	1998	Nombre	107	3	4	43	30	13	14
		Taux	5,1	—	—	8,9	7,2	—	—
République de Corée	1997	Nombre	2 267	19	72	663	690	363	460
		Taux	9,2	—	1,5	10,5	11,6	10,8	17,2
République de Moldova	1999	Nombre	205	5	11	28	49	48	64
		Taux	9,9	—	—	6,3	11,8	15,4	21,3
Roumanie	1999	Nombre	743	11	20	114	157	177	264
		Taux	5,5	—	1,0	4,2	6,7	8,8	11,1
Fédération de Russie	1998	Nombre	17 498	90	303	3 000	4 342	3 862	5 902
		Taux	19,2	2,8	2,2	19,3	24,8	28,6	34,5
Singapour	1998	Nombre	166	0	0	50	30	29	56
		Taux	10,4	—	—	14,5	6,7	11,1	32,4
Slovaquie	1999	Nombre	145	0	1	18	42	40	44
		Taux	4,5	—	—	—	7,2	8,0	8,8
Slovénie	1999	Nombre	147	0	0	15	28	48	56
		Taux	11,4	—	—	—	12,3	24,6	24,6
Espagne	1998	Nombre	863	1	5	122	174	162	399
		Taux	3,2	—	—	2,7	4,0	4,8	8,3
Sainte-Lucie	1993-1995	Nombre	3	0	0	2	0	0	0
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Suède	1996	Nombre	420	3	8	48	90	132	139
		Taux	7,7	—	—	5,8	10,2	15,5	12,7
Suisse	1996	Nombre	453	3	5	53	102	114	176
		Taux	9,9	—	—	7,7	12,2	16,9	21,8
Tadjikistan	1995	Nombre	106	0	0	38	31	15	21
		Taux	5,3	—	—	5,0	6,4	—	11,0
Thaïlande	1994	Nombre	1 397	15	78	550	418	210	126
		Taux	4,9	—	1,0	6,2	6,7	6,3	5,3
Ex-République yougoslave de Macédoine	1997	Nombre	49	0	1	6	18	5	19
		Taux	4,7	—	—	—	—	—	—
Trinité-et-Tobago	1994	Nombre	70	2	2	33	19	6	8
		Taux	11,6	—	—	21,2	—	—	—
Turkménistan	1998	Nombre	139	1	4	59	35	18	21
		Taux	7,1	—	—	9,1	7,6	—	13,5
Ukraine	1999	Nombre	4 507	22	72	559	983	1 100	1 771
		Taux	13,6	2,0	1,6	10,5	17,7	22,9	27,4
Royaume-Uni	1999	Nombre	1 117	7	14	195	330	261	310
		Taux	3,2	—	—	3,5	4,9	4,7	4,5
Angleterre et Pays de Galles	1999	Nombre	938	7	13	152	272	219	275
		Taux	3,0	—	—	3,1	4,6	4,5	4,5
Irlande du Nord	1999	Nombre	22	0	0	11	8	1	2
		Taux	2,7	—	—	—	—	—	—

TABLEAU A.7 (suite)

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Total ^{d,e}	Hommes						
				Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Écosse	1999	Nombre	760	603	1	4	170	229	117	82
		Taux	14,1	22,9	—	—	33,4	38,7	25,3	18,7
États-Unis d'Amérique	1998	Nombre	49 586	38 974	396	894	12 511	11 688	6 885	6 600
		Taux	17,4	28,3	4,1	3,0	44,2	36,4	30,1	34,6
Uruguay	1990	Nombre	457	357	1	5	64	90	86	111
		Taux	14,0	23,5	—	—	17,8	31,5	36,7	50,3
Ouzbékistan	1998	Nombre	2 414	1 821	2	73	585	690	315	156
		Taux	12,1	19,0	—	1,6	17,6	29,7	33,0	22,2
Venezuela	1994	Nombre	4 704	4 254	16	104	2 435	1 109	357	232
		Taux	23,2	42,0	—	2,6	80,8	53,1	33,4	38,6

Source : Base de données de l'OMS sur la mortalité de septembre 2001.

^a Blessures intentionnelles = ICD-10 X60-Y09, Y35, Y36 (ICD-9 E950-E978, E990-E999).

^b Ou la moyenne des trois dernières années disponibles entre 1990 et 2000 pour les populations inférieures à 1 million d'habitants.

^c Nombre = nombre de décès; taux = nombre de décès pour 100 000. Les cas où l'âge de la personne décédée n'était pas connu ont été répartis proportionnellement entre les groupes d'âge sur la base de la répartition des blessures intentionnelles dans la population. Les nombres de décès ont été arrondis au nombre entier le plus proche, ce qui explique toute erreur apparente dans le total. Les chiffres de population se trouvent sur le site Web de l'Organisation mondiale de la Santé <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

^d Standardisé selon l'âge.

^e Total combiné hommes et femmes.

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Femmes						
			Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Écosse	1999	Nombre	157	0	1	32	50	41	33
		Taux	5,4	—	—	6,5	8,4	8,5	5,4
États-Unis d'Amérique	1998	Nombre	10 612	326	613	2 297	3 524	2 170	1 682
		Taux	7,1	3,5	2,2	8,3	10,8	9,0	6,6
Uruguay	1990	Nombre	100	2	6	25	14	13	39
		Taux	5,6	—	—	7,1	—	—	13,6
Ouzbékistan	1998	Nombre	593	2	17	266	147	77	84
		Taux	5,7	—	—	8,1	6,2	7,8	8,7
Venezuela	1994	Nombre	450	16	43	202	116	38	35
		Taux	4,4	—	1,1	6,9	5,6	3,5	5,1

TABLEAU A.8

Mortalité imputable aux homicides,^a par sexe, groupe d'âge et pays, dernière année disponible entre 1990 et 2000^b

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Total ^{d,e}	Hommes						
				Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Total ^e	1994-1999	Nombre	165 438	137 038	1176	1843	58 607	46 390	20 251	8772
		Taux	8,7	14,6	1,7	1,2	25,9	22,1	13,9	7,4
Albanie	1998	Nombre	660	573	2	9	286	165	84	27
		Taux	21,0	38,7	—	—	79,9	45,5	37,2	19,4
Argentine	1996	Nombre	1 611	1 347	37	35	514	371	239	152
		Taux	4,7	8,1	2,1	1,0	11,5	11,3	9,9	7,6
Arménie	1999	Nombre	98	77	2	1	20	29	16	9
		Taux	2,6	4,2	—	—	4,1	6,7	—	—
Australie	1998	Nombre	295	201	9	8	59	66	42	17
		Taux	1,6	2,1	—	—	2,8	3,1	2,5	—
Autriche	1999	Nombre	68	32	3	2	3	15	4	5
		Taux	0,8	0,8	—	—	—	—	—	—
Azerbaïdjan	1999	Nombre	375	323	0	10	176	86	32	19
		Taux	5,0	8,7	—	—	16,6	10,1	8,5	—
Bahamas	1995-1997	Nombre	43	37	1	1	20	10	3	2
		Taux	14,9	26,1	—	—	48,4	—	—	—
Biélorus	1999	Nombre	1 123	784	3	2	203	303	171	102
		Taux	10,5	15,6	—	—	18,2	26,2	22,1	15,1
Belgique	1995	Nombre	169	100	3	1	24	34	22	16
		Taux	1,6	1,9	—	—	2,3	2,9	2,5	—
Brésil	1995	Nombre	37 076	33 751	99	436	18 400	10 352	3 393	1 071
		Taux	23,0	42,5	1,2	2,5	81,2	61,9	38,7	20,9
Bulgarie	1999	Nombre	238	174	4	1	38	47	48	36
		Taux	2,6	4,0	—	—	4,1	5,6	6,1	4,6
Canada	1997	Nombre	431	285	14	12	100	76	48	35
		Taux	1,4	1,9	—	—	3,2	2,0	1,8	1,6
Chili	1994	Nombre	410	356	10	4	125	118	58	41
		Taux	3,0	5,4	—	—	6,7	7,7	6,7	7,2
Chine (RAS de Hong Kong)	1996	Nombre	63	39	5	3	8	10	3	9
		Taux	1,0	1,3	—	—	—	—	—	—
Chine (sélection de régions urbaines et rurales)	1999	Nombre	2 405	1 655	16	44	514	684	264	133
		Taux	1,8	2,5	—	0,5	3,0	4,4	2,8	2,0
Colombie	1995	Nombre	23 443	21 705	56	239	11 730	7 039	2 016	625
		Taux	61,6	116,8	2,3	5,5	212,5	185,1	109,7	55,2
Costa Rica	1995	Nombre	179	153	3	1	57	62	22	7
		Taux	5,4	9,3	—	—	11,5	16,6	12,2	—
Croatie	1999	Nombre	128	95	1	1	17	33	22	21
		Taux	2,6	4,0	—	—	—	6,3	5,6	6,4
Cuba	1997	Nombre	747	584	7	5	263	210	63	36
		Taux	6,2	9,6	—	—	18,4	16,0	7,2	5,3
République tchèque	1999	Nombre	151	97	3	1	22	36	27	8
		Taux	1,4	1,8	—	—	1,8	3,4	2,5	—
Danemark	1996	Nombre	59	36	2	1	12	14	4	3
		Taux	1,1	1,4	—	—	—	—	—	—
Équateur	1996	Nombre	1 632	1 501	5	21	684	535	178	78
		Taux	15,3	28,2	—	1,5	39,8	48,7	31,5	21,8
El Salvador	1993	Nombre	2 480	2 290	8	35	1 043	659	344	201
		Taux	55,6	108,4	—	5,1	133,1	165,4	139,5	122,7
Estonie	1999	Nombre	227	168	2	0	29	59	56	23
		Taux	14,8	23,1	—	—	18,0	38,4	46,3	22,2

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Femmes						
			Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Total ^e	1994-1999	Nombre	28 400	991	1 094	7 844	8 589	4 831	5 050
		Taux	8,5	1,5	1,1	8,5	10,8	12,1	16,0
Albanie	1998	Nombre	87	4	3	31	30	12	6
		Taux	5,3	—	—	7,2	8,3	—	—
Argentine	1996	Nombre	264	36	15	86	63	30	35
		Taux	1,5	2,1	—	2,0	1,9	1,2	1,3
Arménie	1999	Nombre	21	0	2	3	6	5	5
		Taux	1,0	—	—	—	—	—	—
Australie	1998	Nombre	94	10	1	26	26	15	16
		Taux	1,0	—	—	1,3	1,2	—	—
Autriche	1999	Nombre	36	3	0	4	16	8	5
		Taux	0,8	—	—	—	—	—	—
Azerbaïdjan	1999	Nombre	52	1	2	12	19	9	9
		Taux	1,4	—	—	—	—	—	—
Bahamas	1995-1997	Nombre	7	0	1	2	3	1	0
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Bélarus	1999	Nombre	339	3	6	60	102	78	90
		Taux	5,8	—	—	5,5	8,6	8,8	7,3
Belgique	1995	Nombre	69	3	3	12	24	9	18
		Taux	1,2	—	—	—	2,1	—	—
Bésil	1995	Nombre	3 325	85	183	1 484	1 089	308	177
		Taux	4,1	1,1	1,1	6,5	6,3	3,3	2,8
Bulgarie	1999	Nombre	64	1	1	12	13	15	22
		Taux	1,3	—	—	—	—	—	2,2
Canada	1997	Nombre	146	10	10	33	48	25	20
		Taux	1,0	—	—	1,1	1,3	0,9	0,7
Chili	1994	Nombre	54	5	3	17	17	5	7
		Taux	0,8	—	—	—	—	—	—
Chine (RAS de Hong Kong)	1996	Nombre	24	4	4	4	9	3	0
		Taux	0,8	—	—	—	—	—	—
Chine (sélection de régions urbaines et rurales)	1999	Nombre	750	19	37	218	283	117	76
		Taux	1,2	—	0,4	1,4	1,9	1,3	1,0
Colombie	1995	Nombre	1 738	33	106	827	511	189	72
		Taux	9,0	1,4	2,5	15,0	12,6	9,4	5,2
Costa Rica	1995	Nombre	26	1	2	15	7	1	0
		Taux	1,4	—	—	—	—	—	—
Croatie	1999	Nombre	33	1	1	3	7	9	12
		Taux	1,2	—	—	—	—	—	—
Cuba	1997	Nombre	163	4	4	78	55	13	9
		Taux	2,7	—	—	5,7	4,2	—	—
République tchèque	1999	Nombre	54	4	2	14	9	13	12
		Taux	1,0	—	—	—	—	—	—
Danemark	1996	Nombre	23	1	0	7	7	5	3
		Taux	0,8	—	—	—	—	—	—
Équateur	1996	Nombre	131	5	5	54	40	9	18
		Taux	2,5	—	—	3,2	3,7	—	—
El Salvador	1993	Nombre	190	3	4	72	56	34	20
		Taux	8,4	—	—	8,8	12,4	12,9	9,8
Estonie	1999	Nombre	59	3	1	4	19	21	11
		Taux	7,4	—	—	—	—	14,4	—

TABLEAU A.8 (suite)

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Total ^{d,e}	Hommes						
				Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Finlande	1998	Nombre	125	90	1	1	15	38	22	13
		Taux	2,2	3,3	—	—	—	6,5	4,0	—
France	1998	Nombre	436	269	14	12	56	80	75	32
		Taux	0,7	0,9	—	—	0,9	1,2	1,4	0,6
Allemagne	1999	Nombre	720	418	27	12	95	127	101	56
		Taux	0,9	1,0	1,3	—	1,3	1,2	1,3	0,7
Grèce	1998	Nombre	144	109	1	0	21	38	31	18
		Taux	1,2	1,9	—	—	1,8	3,4	3,3	—
Guyana	1994-1996	Nombre	42	35	0	0	14	12	6	3
		Taux	6,6	11,8	—	—	—	—	—	—
Hongrie	1999	Nombre	291	170	4	4	19	54	58	31
		Taux	2,6	3,2	—	—	—	5,3	6,0	4,1
Irlande	1997	Nombre	30	21	1	0	8	6	5	1
		Taux	0,8	1,2	—	—	—	—	—	—
Israël	1997	Nombre	30	24	0	0	11	8	3	2
		Taux	0,5	0,9	—	—	—	—	—	—
Italie	1997	Nombre	720	561	0	6	170	207	101	77
		Taux	1,1	1,8	—	—	2,7	3,2	1,9	1,4
Japon	1997	Nombre	719	435	32	19	72	80	132	99
		Taux	0,6	0,7	1,1	—	0,5	0,7	1,0	0,8
Kazakstan	1999	Nombre	2 448	1 841	14	17	483	738	380	209
		Taux	17,1	27,4	—	—	24,8	45,5	42,4	36,1
Koweït	1999	Nombre	39	26	1	1	9	12	2	1
		Taux	2,2	2,4	—	—	—	—	—	—
Kirghizistan	1999	Nombre	341	266	1	3	63	110	59	30
		Taux	8,6	14,2	—	—	9,4	22,7	28,7	18,8
Lettonie	1999	Nombre	308	213	0	0	47	69	61	36
		Taux	11,6	17,3	—	—	18,0	26,0	30,4	20,9
Lituanie	1999	Nombre	297	209	2	3	45	72	55	32
		Taux	7,5	11,3	—	—	11,0	17,2	19,2	12,9
Maurice	1999	Nombre	33	19	2	0	3	9	2	3
		Taux	2,9	—	—	—	—	—	—	—
Mexique	1997	Nombre	13 542	12 170	129	224	5 281	3 810	1 751	975
		Taux	15,9	29,6	2,3	2,1	37,1	44,9	38,3	34,4
Pays-Bas	1999	Nombre	203	144	4	4	36	58	31	11
		Taux	1,3	1,7	—	—	2,3	3,0	2,0	—
Nouvelle-Zélande	1998	Nombre	57	32	5	2	10	6	6	3
		Taux	1,5	1,7	—	—	—	—	—	—
Nicaragua	1996	Nombre	285	246	2	5	117	66	37	19
		Taux	8,4	15,1	—	—	18,2	19,3	23,3	—
Norvège	1997	Nombre	41	28	1	2	7	11	6	1
		Taux	0,9	1,3	—	—	—	—	—	—
Panama (sauf zone du canal)	1997	Nombre	293	265	5	2	136	75	29	18
		Taux	10,9	19,8	—	—	35,3	27,1	18,5	—
Paraguay	1994	Nombre	459	420	3	4	171	144	61	37
		Taux	12,6	23,4	—	—	26,8	33,0	31,9	35,9
Philippines	1993	Nombre	7 726	7 181	20	59	3 020	2 845	977	260
		Taux	14,2	26,4	0,4	0,7	31,9	49,9	33,2	17,7
Pologne	1995	Nombre	1 088	785	12	10	132	292	211	128
		Taux	2,7	4,0	—	—	3,0	6,4	7,1	5,3
Portugal	1999	Nombre	118	82	3	0	30	19	14	16
		Taux	1,1	1,6	—	—	2,6	—	—	—
Porto Rico	1998	Nombre	804	731	1	7	500	149	59	15
		Taux	20,6	38,1	—	—	101,0	40,8	21,3	—

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Femmes						
			Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥60 ans
Finlande	1998	Nombre	35	1	0	3	12	14	5
		Taux	1,2	—	—	—	—	—	—
France	1998	Nombre	167	8	6	31	42	41	39
		Taux	0,5	—	—	0,5	0,6	0,8	0,6
Allemagne	1999	Nombre	302	16	17	53	98	58	60
		Taux	0,7	—	—	0,7	1,0	0,7	0,5
Grèce	1998	Nombre	35	0	0	4	6	9	16
		Taux	0,5	—	—	—	—	—	—
Guyana	1994-1996	Nombre	7	0	0	3	3	1	0
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Hongrie	1999	Nombre	121	5	3	19	35	23	36
		Taux	2,0	—	—	—	3,4	2,2	3,0
Irlande	1997	Nombre	9	1	0	2	1	3	2
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Israël	1997	Nombre	6	0	0	2	3	0	1
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Italie	1997	Nombre	159	2	6	36	28	27	60
		Taux	0,5	—	—	0,6	0,4	0,5	0,8
Japon	1997	Nombre	284	42	21	37	29	64	91
		Taux	0,4	1,5	0,3	0,3	0,2	0,5	0,6
Kazakstan	1999	Nombre	607	2	19	130	184	117	156
		Taux	7,9	—	—	6,8	11,0	11,2	15,4
Koweït	1999	Nombre	13	0	0	4	7	1	1
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Kirghizistan	1999	Nombre	75	5	3	22	17	12	16
		Taux	3,5	—	—	3,4	—	—	—
Lettonie	1999	Nombre	95	3	3	8	31	23	27
		Taux	6,6	—	—	—	11,5	9,5	8,3
Lituanie	1999	Nombre	88	5	3	10	21	16	33
		Taux	4,0	—	—	—	5,0	—	7,7
Maurice	1999	Nombre	14	2	1	1	6	2	2
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Mexique	1997	Nombre	1 372	110	97	496	360	148	161
		Taux	3,1	2,0	0,9	3,4	4,0	3,0	4,8
Pays-Bas	1999	Nombre	59	1	4	21	16	7	10
		Taux	0,8	—	—	1,4	—	—	—
Nouvelle-Zélande	1998	Nombre	25	2	1	9	11	2	0
		Taux	1,3	—	—	—	—	—	—
Nicaragua	1996	Nombre	39	2	4	16	7	6	4
		Taux	2,2	—	—	—	—	—	—
Norvège	1997	Nombre	13	0	1	3	3	4	2
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Panama (sauf zone du canal)	1997	Nombre	28	3	3	13	5	1	3
		Taux	2,0	—	—	—	—	—	—
Paraguay	1994	Nombre	39	2	0	16	10	6	5
		Taux	2,2	—	—	—	—	—	—
Philippines	1993	Nombre	545	11	33	173	160	108	59
		Taux	2,1	—	0,4	1,9	2,8	3,6	3,3
Pologne	1995	Nombre	303	14	5	46	93	56	89
		Taux	1,4	—	—	1,1	2,1	1,8	2,4
Portugal	1999	Nombre	36	3	2	6	10	9	6
		Taux	0,7	—	—	—	—	—	—
Porto Rico	1998	Nombre	73	3	1	33	23	7	6
		Taux	3,7	—	—	6,8	5,6	—	—

TABLEAU A.8 (suite)

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Total ^{d,e}	Hommes						
				Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
République de Corée	1997	Nombre	987	602	17	23	168	243	112	39
		Taux	2,0	2,4	—	0,7	2,5	3,9	3,4	2,2
République de Moldova	1999	Nombre	410	307	4	5	78	106	65	49
		Taux	11,2	18,0	—	—	17,5	27,4	24,4	25,1
Roumanie	1999	Nombre	803	572	10	12	122	164	140	124
		Taux	3,3	4,8	—	—	4,4	6,9	7,4	6,9
Fédération de Russie	1998	Nombre	33 553	25 130	99	147	6 067	10 595	5 792	2 429
		Taux	21,6	34,0	2,9	1,3	37,5	61,5	49,8	27,2
Singapour	1998	Nombre	45	29	0	0	9	13	5	2
		Taux	1,3	1,7	—	—	—	—	—	—
Slovaquie	1999	Nombre	132	89	0	0	21	38	18	12
		Taux	2,3	3,2	—	—	3,1	6,4	—	—
Slovénie	1999	Nombre	30	20	1	0	3	6	7	3
		Taux	1,3	1,8	—	—	—	—	—	—
Espagne	1998	Nombre	355	255	2	3	70	91	50	39
		Taux	0,8	1,2	—	—	1,5	2,1	1,5	1,1
Suède	1996	Nombre	110	74	0	0	11	28	21	14
		Taux	1,2	1,5	—	—	—	3,0	2,4	—
Suisse	1996	Nombre	77	48	2	4	10	17	11	4
		Taux	1,1	1,4	—	—	—	—	—	—
Tadjikistan	1995	Nombre	354	301	4	2	107	129	38	21
		Taux	8,5	14,3	—	—	14,0	27,4	18,6	14,0
Thaïlande	1994	Nombre	4 161	3 481	21	83	1 138	1 394	628	217
		Taux	7,5	12,6	0,8	1,4	12,5	22,3	19,7	11,3
Ex-République yougoslave de Macédoine	1997	Nombre	47	38	0	0	5	19	7	7
		Taux	2,2	3,7	—	—	—	—	—	—
Trinité-et-Tobago	1994	Nombre	146	108	0	2	39	35	23	9
		Taux	12,1	17,1	—	—	21,6	23,8	28,5	—
Turkménistan	1998	Nombre	333	279	2	2	116	114	32	12
		Taux	8,6	14,6	—	—	17,8	25,5	18,2	—
Ukraine	1999	Nombre	6 260	4 421	28	41	941	1 674	1 196	541
		Taux	11,7	17,8	2,5	1,2	17,0	31,6	29,8	15,0
Royaume-Uni	1999	Nombre	440	335	20	10	108	109	60	28
		Taux	0,8	1,2	1,1	—	1,8	1,6	1,1	0,5
Angleterre et Pays de Galles	1999	Nombre	295	214	19	8	68	61	34	24
		Taux	0,6	0,9	—	—	1,3	1,0	0,7	0,5
Irlande du Nord	1999	Nombre	24	20	0	1	4	11	3	1
		Taux	1,4	2,4	—	—	—	—	—	—
Écosse	1999	Nombre	121	101	1	1	36	37	23	3
		Taux	2,4	4,1	—	—	7,1	6,3	5,0	—
États-Unis d'Amérique	1998	Nombre	17 893	13 652	396	257	6 670	3 984	1 609	736
		Taux	6,9	10,7	4,1	1,3	23,6	12,4	7,0	3,9
Uruguay	1990	Nombre	136	105	1	1	22	36	22	24
		Taux	4,4	7,1	—	—	6,0	12,6	9,2	10,8
Ouzbékistan	1998	Nombre	790	567	2	18	178	222	100	47
		Taux	4,1	6,0	—	—	5,3	9,6	10,5	6,7
Venezuela	1994	Nombre	3 353	3 120	15	60	1 926	787	232	100
		Taux	16,0	29,7	—	2,3	63,9	37,7	21,7	16,7

Source : Base de données de l'OMS sur la mortalité de septembre 2001.

^a Homicides = ICD-10 X85-Y09 (ICD-9 E960-E969).

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Femmes						
			Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
République de Corée	1997	Nombre	385	19	19	100	141	59	47
		Taux	1,6	—	—	1,6	2,4	1,8	1,8
République de Moldova	1999	Nombre	103	4	6	13	31	19	30
		Taux	5,2	—	—	—	7,5	—	10,0
Roumanie	1999	Nombre	231	11	5	37	56	48	74
		Taux	1,8	—	—	1,4	2,4	2,4	3,1
Fédération de Russie	1998	Nombre	8 423	90	135	1 632	2 452	1 907	2 207
		Taux	9,8	2,8	1,3	10,5	14,0	14,1	12,9
Singapour	1998	Nombre	16	0	0	5	4	3	3
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Slovaquie	1999	Nombre	43	0	1	4	14	11	13
		Taux	1,4	—	—	—	—	—	—
Slovénie	1999	Nombre	10	0	0	1	4	0	5
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Espagne	1998	Nombre	100	1	0	24	22	15	38
		Taux	0,4	—	—	0,5	0,5	—	0,8
Suède	1996	Nombre	36	3	3	5	14	6	5
		Taux	0,8	—	—	—	—	—	—
Suisse	1996	Nombre	29	3	2	6	5	4	9
		Taux	0,8	—	—	—	—	—	—
Tadjikistan	1995	Nombre	53	0	0	16	18	7	11
		Taux	2,8	—	—	—	—	—	—
Thaïlande	1994	Nombre	680	15	62	208	216	109	71
		Taux	2,5	—	1,1	2,4	3,4	3,3	3,0
Ex-République yougoslave de Macédoine	1997	Nombre	9	0	1	0	5	1	2
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Trinité-et-Tobago	1994	Nombre	38	2	0	15	11	5	5
		Taux	6,6	—	—	—	—	—	—
Turkménistan	1998	Nombre	54	1	0	13	21	8	11
		Taux	3,0	—	—	—	4,5	—	—
Ukraine	1999	Nombre	1 839	22	36	285	500	454	541
		Taux	6,1	2,0	1,1	5,3	9,0	9,5	8,4
Royaume-Uni	1999	Nombre	105	7	6	26	38	15	13
		Taux	0,4	—	—	0,5	0,6	—	—
Angleterre et Pays de Galles	1999	Nombre	81	7	6	19	28	11	10
		Taux	0,3	—	—	—	0,5	—	—
Irlande du Nord	1999	Nombre	4	0	0	2	2	0	0
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Écosse	1999	Nombre	20	0	0	5	8	4	3
		Taux	0,7	—	—	—	—	—	—
États-Unis d'Amérique	1998	Nombre	4 241	327	202	1 268	1 446	542	457
		Taux	3,1	3,5	1,1	4,6	4,4	2,2	1,8
Uruguay	1990	Nombre	31	2	1	12	5	2	9
		Taux	1,9	—	—	—	—	—	—
Ouzbékistan	1998	Nombre	223	2	8	58	67	49	39
		Taux	2,4	—	—	1,8	2,8	4,9	4,0
Venezuela	1994	Nombre	233	16	18	103	67	14	15
		Taux	2,3	—	—	3,5	3,2	—	—

- ^b Ou la moyenne des trois dernières années disponibles entre 1990 et 2000 pour les populations inférieures à 1 million d'habitants.
- ^c Nombre = nombre de décès; taux = nombre de décès pour 100 000. Les cas où l'âge de la personne décédée n'était pas connu, ont été répartis proportionnellement entre les groupes d'âge sur la base de la répartition des homicides dans la population. Les nombres de décès ont été arrondis au nombre entier le plus proche, ce qui explique toute erreur apparente dans le total. Les chiffres de population se trouvent sur le site Web de l'Organisation mondiale de la Santé <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.
- ^d Standardisé selon l'âge.
- ^e Total combiné hommes et femmes.

TABLEAU A.9

Mortalité imputable au suicide,^a par sexe, groupe d'âge et pays, dernière année disponible entre 1990 et 2002^b

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Total ^{d,e}	Hommes						
				Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Total ^e	1994-1999	Nombre	250 012	189 255	0	1469	39 399	55 983	47 321	45 083
		Taux	12,5	19,9	0,0	1,0	17,4	26,7	32,5	38,0
Albanie	1998	Nombre	165	104	0	2	46	28	18	10
		Taux	5,3	7,1	—	—	12,7	7,8	—	—
Argentine	1996	Nombre	2 245	1 709	0	14	402	328	442	523
		Taux	6,5	10,6	—	—	9,0	10,0	18,3	26,3
Arménie	1999	Nombre	67	49	0	0	9	16	11	13
		Taux	1,7	2,6	—	—	—	—	—	—
Australie	1998	Nombre	2 633	2 108	0	6	666	732	393	311
		Taux	13,3	21,4	—	—	31,7	34,1	23,2	22,7
Autriche	1999	Nombre	1 555	1 126	0	2	171	289	275	389
		Taux	15,5	24,2	—	—	21,7	28,2	36,1	59,7
Azerbaïdjan	1999	Nombre	54	44	0	0	9	21	9	5
		Taux	0,8	1,3	—	—	—	2,5	—	—
Biélorus	1999	Nombre	3 408	2 877	0	22	552	923	797	583
		Taux	30,9	56,9	—	2,9	49,4	79,7	103,4	86,3
Belgique	1995	Nombre	2 155	1 550	0	10	252	471	373	444
		Taux	17,9	27,1	—	—	24,3	39,9	41,9	48,7
Bosnie-Herzégovine	1991	Nombre	531	457	0	15	167	151	83	41
		Taux	11,3	19,4	—	—	27,0	29,4	22,9	20,4
Brésil	1995	Nombre	6 584	5 174	0	38	1 812	1 649	935	740
		Taux	4,7	7,6	—	0,2	8,0	9,9	10,7	14,4
Bulgarie	1999	Nombre	1 307	965	0	7	118	180	245	415
		Taux	12,3	19,6	—	—	12,8	21,5	30,9	53,3
Canada	1997	Nombre	3 681	2 914	0	39	682	1 010	708	475
		Taux	11,3	18,1	—	1,9	21,6	26,3	26,8	22,1
Chili	1994	Nombre	801	704	0	2	240	211	133	118
		Taux	6,1	11,1	—	—	12,9	13,8	15,5	20,9
Chine (RAS de Hong Kong)	1996	Nombre	788	501	0	6	96	168	99	131
		Taux	11,2	14,6	—	—	13,8	18,5	19,4	31,2
Chine (sélection de régions urbaines et rurales)	1999	Nombre	16 836	8 048	0	83	1 252	2 018	1 680	3 015
		Taux	13,7	13,5	—	0,9	7,2	12,9	17,9	45,7
Colombie	1995	Nombre	1 172	905	0	15	427	230	123	110
		Taux	3,4	5,5	—	—	7,7	6,1	6,7	9,7
Costa Rica	1995	Nombre	211	174	0	5	66	61	27	14
		Taux	6,6	10,9	—	—	13,4	16,4	14,8	—
Croatie	1999	Nombre	989	716	0	5	112	170	171	258
		Taux	18,5	30,2	—	—	23,2	32,5	43,2	79,1
Cuba	1997	Nombre	2 029	1 401	0	5	235	355	310	496
		Taux	17,1	23,8	—	—	16,4	27,1	35,3	72,6
République tchèque	1999	Nombre	1 610	1 285	0	3	223	298	399	362
		Taux	13,0	22,3	—	—	18,1	28,2	37,1	48,1
Danemark	1996	Nombre	892	631	0	1	80	163	180	207
		Taux	13,6	20,2	—	—	14,5	27,4	33,8	46,5
Équateur	1996	Nombre	593	396	0	7	188	107	56	38
		Taux	5,5	7,8	—	—	10,9	9,7	9,9	10,5
El Salvador	1993	Nombre	429	276	0	4	168	56	26	21
		Taux	8,5	12,1	—	—	21,5	14,0	10,7	13,0
Estonie	1999	Nombre	469	376	0	2	73	97	111	92
		Taux	28,1	50,9	—	—	45,5	63,6	92,5	90,3

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Femmes						
			Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥60 ans
Total ^e	1994-1999	Nombre	60 757	1	543	10 854	14 299	13 777	21 283
		Taux	5,7	0,0	0,4	5,0	6,8	9,0	13,0
Albanie	1998	Nombre	61	0	1	42	9	4	4
		Taux	3,6	—	—	9,7	—	—	—
Argentine	1996	Nombre	536	0	9	129	113	130	155
		Taux	3,0	—	—	2,9	3,3	5,1	5,8
Arménie	1999	Nombre	18	0	0	0	4	3	11
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Australie	1998	Nombre	525	0	2	135	183	103	101
		Taux	5,2	—	—	6,6	8,5	6,3	6,1
Autriche	1999	Nombre	429	0	1	46	85	101	196
		Taux	7,6	—	—	6,0	8,6	13,2	20,1
Azerbaïdjan	1999	Nombre	10	0	0	2	3	3	2
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Biélorus	1999	Nombre	531	0	4	83	113	142	189
		Taux	8,5	—	—	7,7	9,5	16,1	15,4
Belgique	1995	Nombre	605	0	3	61	171	147	223
		Taux	9,4	—	—	6,1	14,9	16,5	17,8
Bosnie-Herzégovine	1991	Nombre	74	0	4	19	17	16	18
		Taux	3,3	—	—	—	—	—	—
Brésil	1995	Nombre	1 410	0	36	496	430	258	190
		Taux	1,9	—	0,2	2,2	2,5	2,7	3,1
Bulgarie	1999	Nombre	342	0	3	32	51	71	185
		Taux	5,8	—	—	3,6	6,1	8,4	18,5
Canada	1997	Nombre	767	0	12	156	255	208	136
		Taux	4,6	—	—	5,1	6,7	7,8	5,0
Chili	1994	Nombre	97	0	4	33	25	20	15
		Taux	1,4	—	—	1,8	1,6	2,2	—
Chine (RAS de Hong Kong)	1996	Nombre	287	0	5	61	74	36	110
		Taux	7,9	—	—	8,5	7,9	8,2	23,4
Chine (sélection de régions urbaines et rurales)	1999	Nombre	8 788	0	64	1 899	2 304	1 640	2 881
		Taux	14,0	—	0,8	11,8	15,6	18,3	39,5
Colombie	1995	Nombre	267	0	10	153	63	29	11
		Taux	1,4	—	—	2,8	1,6	1,4	—
Costa Rica	1995	Nombre	37	0	1	16	12	6	1
		Taux	2,3	—	—	—	—	—	—
Croatie	1999	Nombre	273	0	1	18	41	65	148
		Taux	8,6	—	—	—	8,1	15,0	28,8
Cuba	1997	Nombre	628	0	6	130	157	151	184
		Taux	10,6	—	—	9,5	11,9	16,6	25,1
République tchèque	1999	Nombre	325	0	0	40	55	86	144
		Taux	4,7	—	—	3,4	5,4	7,7	12,9
Danemark	1996	Nombre	261	0	0	14	66	85	96
		Taux	7,5	—	—	—	11,6	16,2	16,3
Équateur	1996	Nombre	197	0	17	130	30	14	6
		Taux	3,2	—	—	7,7	2,7	—	—
El Salvador	1993	Nombre	153	0	13	103	18	11	8
		Taux	5,3	—	—	12,5	—	—	—
Estonie	1999	Nombre	93	0	0	10	17	22	44
		Taux	8,9	—	—	—	—	15,3	23,4

TABLEAU A.9 (suite)

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Total ^{d,e}	Hommes						
				Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Finlande	1998	Nombre	1 228	962	0	3	173	296	290	200
		Taux	21,1	34,0	—	—	35,1	50,8	53,2	49,6
France	1998	Nombre	10 534	7 771	0	10	1 036	2 278	1 863	2 584
		Taux	14,8	23,2	—	—	16,9	35,3	35,3	51,0
Géorgie	1992	Nombre	204	151	0	0	35	37	29	50
		Taux	3,9	6,4	—	—	6,4	7,4	8,3	16,9
Allemagne	1999	Nombre	11 160	8 082	0	26	1 087	2 221	2 032	2 716
		Taux	10,6	16,7	—	0,6	14,6	21,3	25,6	35,6
Grèce	1998	Nombre	403	315	0	0	61	69	69	116
		Taux	3,1	4,9	—	—	5,2	6,1	7,3	10,7
Guyana	1994-1996	Nombre	84	64	0	0	28	20	10	5
		Taux	12,5	20,5	—	—	24,6	30,2	—	—
Hongrie	1999	Nombre	3 328	2 550	0	11	283	693	815	749
		Taux	26,9	45,7	—	—	24,3	67,5	84,5	98,2
Islande	1994-1996	Nombre	28	24	0	0	8	6	5	4
		Taux	10,4	17,5	—	—	—	—	—	—
Irlande	1997	Nombre	466	376	0	4	148	112	71	41
		Taux	12,5	20,4	—	—	32,0	29,6	24,1	16,5
Israël	1997	Nombre	379	301	0	2	95	70	44	90
		Taux	6,5	10,8	—	—	12,8	12,9	11,4	26,9
Italie	1997	Nombre	4 694	3 547	0	5	578	726	772	1 466
		Taux	6,2	9,9	—	—	9,3	11,4	14,3	26,0
Japon	1997	Nombre	23 502	15 906	0	34	1 964	3 064	5 829	5 015
		Taux	14,5	20,7	—	0,5	14,4	25,4	42,2	42,3
Kazakstan	1999	Nombre	4 004	3 340	0	49	963	1 172	711	445
		Taux	27,9	50,3	—	3,2	49,4	72,2	79,3	76,9
Koweït	1999	Nombre	47	34	0	1	11	21	1	0
		Taux	1,5	1,8	—	—	—	4,3	—	—
Kirghizistan	1999	Nombre	559	460	0	12	138	162	94	54
		Taux	14,0	23,9	—	—	20,6	33,5	45,6	34,0
Lettonie	1999	Nombre	764	593	0	1	85	187	185	135
		Taux	27,0	47,1	—	—	32,5	70,4	92,1	78,3
Lituanie	1999	Nombre	1 552	1 287	0	8	237	410	413	219
		Taux	38,4	69,2	—	—	57,8	97,9	144,1	88,1
Luxembourg	1995-1997	Nombre	72	53	0	0	8	16	14	15
		Taux	14,7	22,5	—	—	—	—	—	—
Maurice	1999	Nombre	174	120	0	1	35	56	20	8
		Taux	14,3	19,7	—	—	23,0	38,7	25,0	—
Mexique	1997	Nombre	3 369	2 828	0	81	1 350	731	365	300
		Taux	3,9	6,9	—	0,8	9,5	8,6	8,0	10,6
Pays-Bas	1999	Nombre	1 517	1 015	0	7	165	321	276	246
		Taux	8,3	11,3	—	—	10,5	16,5	17,5	20,0
Nouvelle-Zélande	1998	Nombre	574	442	0	9	170	126	71	66
		Taux	15,0	23,6	—	—	41,5	29,4	22,1	25,3
Nicaragua	1996	Nombre	230	147	0	6	76	41	13	11
		Taux	5,9	8,4	—	—	11,8	12,0	—	—
Norvège	1997	Nombre	533	387	0	3	87	103	85	109
		Taux	10,9	16,1	—	—	18,8	20,8	21,1	29,3
Panama (sauf zone du canal)	1997	Nombre	145	124	0	1	48	46	15	14
		Taux	5,8	9,8	—	—	12,5	16,7	—	—
Paraguay	1994	Nombre	109	82	0	4	30	18	14	15
		Taux	3,2	5,1	—	—	4,8	—	—	—
Philippines	1993	Nombre	851	509	0	0	256	163	59	31
		Taux	1,5	1,9	—	—	2,7	2,9	2,0	2,1

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Femmes						
			Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥60 ans
Finlande	1998	Nombre	266	0	2	40	65	85	74
		Taux	8,8	—	—	8,5	11,6	15,8	12,3
France	1998	Nombre	2 763	0	9	277	679	740	1 058
		Taux	7,4	—	—	4,6	10,4	14,0	15,3
Géorgie	1992	Nombre	53	0	0	11	13	9	20
		Taux	1,9	—	—	—	—	—	4,4
Allemagne	1999	Nombre	3 078	0	9	250	587	725	1 507
		Taux	5,1	—	—	3,5	6,0	9,2	13,7
Grèce	1998	Nombre	88	0	1	11	20	28	28
		Taux	1,4	—	—	—	1,8	2,9	2,1
Guyana	1994-1996	Nombre	20	0	1	10	5	3	1
		Taux	5,6	—	—	—	—	—	—
Hongrie	1999	Nombre	778	0	1	54	138	199	386
		Taux	10,7	—	—	4,8	13,5	18,6	31,8
Islande	1994-1996	Nombre	5	0	0	1	0	1	2
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Irlande	1997	Nombre	90	0	0	24	23	21	22
		Taux	4,7	—	—	5,4	5,9	7,3	7,1
Israël	1997	Nombre	78	0	0	12	20	7	39
		Taux	2,4	—	—	—	3,5	—	9,0
Italie	1997	Nombre	1 147	0	6	137	224	252	528
		Taux	2,9	—	—	2,3	3,5	4,5	7,0
Japon	1997	Nombre	7 596	0	19	866	1 110	2 013	3 588
		Taux	8,5	—	—	6,6	9,4	14,4	23,2
Kazakstan	1999	Nombre	664	0	10	187	163	136	167
		Taux	8,7	—	—	9,8	9,7	13,1	16,6
Koweït	1999	Nombre	13	0	0	2	11	0	0
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Kirghizistan	1999	Nombre	99	0	2	34	22	9	32
		Taux	4,7	—	—	5,2	4,5	—	13,9
Lettonie	1999	Nombre	171	0	0	19	32	43	76
		Taux	10,0	—	—	—	11,9	17,9	23,5
Lituanie	1999	Nombre	265	0	1	34	57	71	102
		Taux	11,2	—	—	8,5	13,4	20,9	23,7
Luxembourg	1995-1997	Nombre	19	0	0	3	7	5	5
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Maurice	1999	Nombre	54	0	0	28	20	5	1
		Taux	8,9	—	—	19,0	14,5	—	—
Mexique	1997	Nombre	541	0	30	327	107	47	29
		Taux	1,1	—	0,3	2,3	1,2	1,0	0,9
Pays-Bas	1999	Nombre	502	0	5	75	140	139	143
		Taux	5,4	—	—	4,9	7,5	9,1	8,8
Nouvelle-Zélande	1998	Nombre	132	0	4	49	40	20	19
		Taux	6,8	—	—	12,0	8,9	6,2	—
Nicaragua	1996	Nombre	83	0	12	55	10	4	2
		Taux	3,5	—	—	8,5	—	—	—
Norvège	1997	Nombre	146	0	0	25	43	43	35
		Taux	5,9	—	—	5,6	9,1	11,0	7,1
Panama (sauf zone du canal)	1997	Nombre	21	0	0	9	5	4	3
		Taux	1,7	—	—	—	—	—	—
Paraguay	1994	Nombre	27	0	2	9	8	3	5
		Taux	1,5	—	—	—	—	—	—
Philippines	1993	Nombre	342	0	0	226	64	27	24
		Taux	1,2	—	—	2,5	1,1	0,9	1,3

TABLEAU A.9 (suite)

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Total ^{d,e}	Hommes						
				Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Pologne	1995	Nombre	5 499	4 562	0	60	809	1 625	1 274	794
		Taux	13,4	23,2	—	1,9	18,7	35,7	43,0	32,7
Portugal	1999	Nombre	545	407	0	1	39	78	71	218
		Taux	4,0	6,7	—	—	3,3	7,4	8,3	25,1
Porto Rico	1998	Nombre	321	290	0	3	58	89	66	74
		Taux	8,1	15,6	—	—	11,7	24,4	23,7	31,6
République de Corée	1997	Nombre	6 024	4 162	0	31	966	1 398	1 012	755
		Taux	12,8	18,8	—	0,9	14,6	22,3	30,5	43,1
République de Moldova	1999	Nombre	579	482	0	6	72	149	155	100
		Taux	15,5	28,1	—	—	16,1	38,6	58,2	51,2
Roumanie	1999	Nombre	2 736	2 235	0	35	357	599	703	541
		Taux	10,8	18,5	—	2,2	12,8	25,4	37,1	30,3
Fédération de Russie	1998	Nombre	51 770	42 785	0	335	9 414	14 614	10 898	7 524
		Taux	32,1	57,9	—	3,0	58,2	84,9	93,7	84,3
Singapour	1998	Nombre	371	221	0	3	50	66	50	52
		Taux	11,7	14,1	—	—	14,4	14,5	18,8	34,7
Slovaquie	1999	Nombre	692	590	0	5	90	170	197	128
		Taux	11,5	20,8	—	—	13,2	28,5	42,5	38,9
Slovénie	1999	Nombre	590	453	0	4	61	119	128	141
		Taux	24,6	40,3	—	—	27,7	52,3	65,3	95,0
Espagne	1998	Nombre	3 261	2 499	0	4	490	545	439	1 021
		Taux	6,5	10,5	—	—	10,3	12,3	13,3	28,1
Suède	1996	Nombre	1 253	872	0	1	135	211	253	272
		Taux	11,8	16,9	—	—	15,6	22,8	28,9	32,0
Suisse	1996	Nombre	1 431	1 010	0	4	187	248	251	320
		Taux	16,7	25,1	—	—	27,0	28,9	37,0	55,0
Tadjikistan	1995	Nombre	199	146	0	0	42	46	36	22
		Taux	5,2	8,1	—	—	5,5	9,8	17,7	14,7
Thaïlande	1994	Nombre	2 333	1 631	0	1	743	473	257	158
		Taux	4,1	5,9	—	—	8,1	7,6	8,1	8,2
Ex-République yougoslave de Macédoine	1997	Nombre	155	115	0	1	13	34	24	43
		Taux	7,4	11,3	—	—	—	15,1	15,3	33,6
Trinité-et-Tobago	1994	Nombre	148	118	0	2	35	35	28	18
		Taux	12,6	19,5	—	—	19,3	23,8	34,7	—
Turkménistan	1998	Nombre	406	322	0	15	133	101	62	11
		Taux	10,4	16,9	—	—	20,3	22,5	34,8	—
Ukraine	1999	Nombre	14 452	11 806	0	80	1 922	3 460	3 514	2 830
		Taux	25,2	46,0	—	2,3	34,8	65,2	87,6	78,4
Royaume-Uni	1999	Nombre	4 448	3 443	0	4	777	1 220	806	636
		Taux	6,8	10,8	—	—	13,2	17,7	14,8	12,1
Angleterre et Pays de Galles	1999	Nombre	3 690	2 840	0	2	598	989	700	551
		Taux	6,3	9,9	—	—	11,5	16,2	14,4	11,8
Irlande du Nord	1999	Nombre	121	103	0	0	45	39	12	7
		Taux	7,3	12,5	—	—	23,8	21,5	—	—
Écosse	1999	Nombre	637	500	0	2	134	192	94	78
		Taux	11,7	18,8	—	—	26,3	32,5	20,3	17,8
États-Unis d'Amérique	1998	Nombre	30 575	24 538	0	241	5 718	7 523	5 218	5 838
		Taux	10,4	17,3	—	1,2	20,2	23,4	22,8	30,6

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Femmes						
			Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Pologne	1995	Nombre	937	0	6	121	286	245	279
		Taux	4,2	—	—	2,9	6,3	7,7	7,6
Portugal	1999	Nombre	138	0	3	12	23	16	84
		Taux	1,9	—	—	—	2,1	—	7,1
Porto Rico	1998	Nombre	31	0	0	10	7	6	8
		Taux	1,5	—	—	—	—	—	—
République de Corée	1997	Nombre	1 862	0	34	563	549	303	413
		Taux	7,6	—	1,1	8,9	9,3	9,0	15,5
République de Moldova	1999	Nombre	97	1	0	15	18	29	34
		Taux	4,7	—	—	—	—	9,3	11,3
Roumanie	1999	Nombre	501	0	4	77	101	129	190
		Taux	3,6	—	—	2,9	4,3	6,4	8,0
Fédération de Russie	1998	Nombre	8 985	0	79	1 369	1 893	1 955	3 689
		Taux	9,4	—	0,8	8,8	10,8	14,5	21,6
Singapour	1998	Nombre	150	0	0	45	26	26	53
		Taux	9,4	—	—	12,9	5,8	9,9	30,5
Slovaquie	1999	Nombre	102	0	0	14	28	29	31
		Taux	3,2	—	—	—	4,8	5,8	6,2
Slovénie	1999	Nombre	137	0	0	14	24	48	51
		Taux	10,6	—	—	—	10,5	24,6	22,4
Espagne	1998	Nombre	762	0	4	98	152	147	361
		Taux	2,8	—	—	2,1	3,5	4,3	7,5
Suède	1996	Nombre	381	0	2	43	76	126	134
		Taux	6,9	—	—	5,2	8,6	14,8	12,2
Suisse	1996	Nombre	421	0	0	47	97	110	167
		Taux	9,1	—	—	6,8	11,6	16,3	20,7
Tadjikistan	1995	Nombre	53	0	0	22	13	8	10
		Taux	2,5	—	—	2,8	—	—	—
Thaïlande	1994	Nombre	702	0	1	342	202	101	56
		Taux	2,4	—	—	3,9	3,2	3,0	2,4
Ex-République yougoslave de Macédoine	1997	Nombre	40	0	0	6	13	4	17
		Taux	3,8	—	—	—	—	—	—
Trinité-et-Tobago	1994	Nombre	30	0	0	18	8	1	3
		Taux	5,0	—	—	—	—	—	—
Turkménistan	1998	Nombre	84	0	3	47	14	10	10
		Taux	4,1	—	—	7,1	—	—	—
Ukraine	1999	Nombre	2 646	0	14	275	484	645	1 228
		Taux	7,6	—	—	5,1	8,7	13,4	19,0
Royaume-Uni	1999	Nombre	1 005	0	1	169	292	246	297
		Taux	2,9	—	—	3,0	4,4	4,5	4,3
Angleterre et Pays de Galles	1999	Nombre	850	0	0	133	244	208	265
		Taux	2,7	—	—	2,7	4,1	4,3	4,3
Irlande du Nord	1999	Nombre	18	0	0	9	6	1	2
		Taux	—	—	—	—	—	—	—
Écosse	1999	Nombre	137	0	1	27	42	37	30
		Taux	4,7	—	—	5,5	7,1	7,7	5,0
États-Unis d'Amérique	1998	Nombre	6 037	0	83	1 029	2 076	1 624	1 225
		Taux	4,0	—	0,4	3,7	6,4	6,7	4,8

TABLEAU A.9 (suite)

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Total ^{d,e}	Hommes						
				Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Uruguay	1990	Nombre	318	251	0	3	42	54	65	87
		Taux	9,6	16,4	—	—	11,8	19,0	27,5	39,4
Ouzbékistan	1998	Nombre	1 620	1 252	0	53	407	468	215	109
		Taux	8,0	13,0	—	1,7	12,2	20,1	22,5	15,5
Venezuela	1994	Nombre	1 089	890	0	26	349	262	121	131
		Taux	6,1	10,3	—	1,0	11,6	12,6	11,3	21,8

Source : Organisation mondiale de la Santé, 2002.

^a Suicides = ICD-10 X60–X84 (ICD-9 E950–E959).

^b Ou la moyenne des trois dernières années disponibles entre 1990 et 2000 pour les populations inférieures à 1 million d'habitants.

^c Nombre = nombre de décès; taux = nombre de décès pour 100 000. Les cas où l'âge de la personne décédée n'était pas connu, ont été répartis proportionnellement entre les groupes d'âge sur la base de la répartition des suicides dans la population. Les nombres de décès ont été arrondis au nombre entier le plus proche, ce qui explique toute erreur apparente dans le total. Les chiffres de population se trouvent sur le site Web de l'Organisation mondiale de la Santé <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

^d Standardisé selon l'âge.

^e Total combiné hommes et femmes.

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Femmes						
			Tous âges ^d	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	≥ 60 ans
Uruguay	1990	Nombre	67	0	3	13	9	11	30
		Taux	3,7	—	—	—	—	—	10,5
Ouzbékistan	1998	Nombre	368	0	7	208	80	28	45
		Taux	3,3	—	—	6,3	3,3	2,8	4,7
Venezuela	1994	Nombre	199	0	9	98	49	23	20
		Taux	2,1	—	—	3,3	2,4	2,1	2,9

TABLEAU A.10

Mortalité imputable à des armes à feu, par intention^a et pays, dernière année disponible entre 1990 et 2000^b

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Total	Mortalité imputable à des armes à feu			
				Homicide	Suicide	Non intentionnelle	Indéterminée
Albanie	1998	Nombre	741	591	98	50	2
		Taux	22,1	17,6	2,9	1,5	—
Australie	1998	Nombre	334	56	248	23	7
		Taux	1,8	0,3	1,3	0,1	—
Autriche	1999	Nombre	293	17	272	3	1
		Taux	3,6	—	3,4	—	—
Belgique	1995	Nombre	379	59	289	2	29
		Taux	3,7	0,6	2,9	—	0,3
Bulgarie	1999	Nombre	133	51	55	20	7
		Taux	1,6	0,6	0,7	0,2	—
Canada	1997	Nombre	1 034	159	818	45	12
		Taux	3,4	0,5	2,7	0,1	—
Chine (RAS de Hong Kong)	1996	Nombre	6	3	3	0	0
		Taux	—	—	—	—	—
Croatie	1999	Nombre	226	69	145	11	1
		Taux	5,0	1,5	3,2	—	—
République tchèque	1999	Nombre	259	46	185	17	11
		Taux	2,5	0,4	1,8	—	—
Danemark	1996	Nombre	101	15	80	4	2
		Taux	1,9	—	1,5	—	—
Estonie	1999	Nombre	71	31	32	1	7
		Taux	4,9	2,1	2,2	—	—
Finlande	1998	Nombre	295	22	267	3	3
		Taux	5,7	0,4	5,2	—	—
France	1998	Nombre	2 964	170	2 386	68	340
		Taux	5,0	0,3	4,1	0,1	0,6
Allemagne	1999	Nombre	1 201	155	906	16	124
		Taux	1,5	0,2	1,1	—	0,2
Grèce	1998	Nombre	194	74	86	34	0
		Taux	1,8	0,7	0,8	0,3	—
Hongrie	1999	Nombre	129	31	96	1	1
		Taux	1,3	0,3	1,0	—	—
Islande	1994–1996	Nombre	7	1	5	0	1
		Taux	—	—	—	—	—
Irlande	1997	Nombre	54	7	44	3	0
		Taux	1,5	—	1,2	—	—
Israël	1997	Nombre	161	15	73	0	73
		Taux	2,8	—	1,3	—	1,3
Italie	1997	Nombre	1 171	463	626	38	44
		Taux	2,0	0,8	1,1	0,1	0,1
Japon	1997	Nombre	83	22	45	10	6
		Taux	0,1	0,0	0,0	—	—
Koweït	1999	Nombre	16	16	0	0	0
		Taux	—	—	—	—	—
Lettonie	1999	Nombre	92	34	47	5	6
		Taux	3,8	1,4	1,9	—	—
Lituanie	1999	Nombre	67	18	35	4	10
		Taux	1,8	—	0,9	—	—
Luxembourg	1995–1997	Nombre	12	1	9	0	2
		Taux	—	—	—	—	—
Malte	1997–1999	Nombre	7	4	2	1	0
		Taux	—	—	—	—	—
Pays-Bas	1999	Nombre	131	75	51	5	0
		Taux	0,8	0,5	0,3	—	—

TABLEAU A.10 (suite)

Pays ou région	Année	Mesure ^c	Total	Mortalité imputable à des armes à feu			
				Homicide	Suicide	Non intentionnelle	Indéterminée
Nouvelle-Zélande	1998	Nombre	84	4	72	6	2
		Taux	2,2	—	1,9	—	—
Norvège	1997	Nombre	139	10	127	2	0
		Taux	3,2	—	2,9	—	—
Portugal	1999	Nombre	202	61	62	2	77
		Taux	2,0	0,6	0,6	—	0,8
République de Corée	1997	Nombre	59	19	22	9	9
		Taux	0,1	—	0,0	—	—
République de Moldova	1999	Nombre	68	45	7	9	7
		Taux	1,9	1,2	—	—	—
Roumanie	1999	Nombre	73	19	24	26	4
		Taux	0,3	—	0,1	0,1	—
Singapour	1998	Nombre	6	0	5	1	0
		Taux	—	—	—	—	—
Slovaquie	1999	Nombre	171	43	88	20	20
		Taux	3,2	0,8	1,6	0,4	0,4
Slovénie	1999	Nombre	61	9	49	2	1
		Taux	3,1	—	2,5	—	—
Espagne	1998	Nombre	352	85	224	43	0
		Taux	0,9	0,2	0,6	0,1	—
Suède	1996	Nombre	183	11	163	3	6
		Taux	2,1	—	1,8	—	—
Thaïlande	1994	Nombre	2 434	2 184	158	84	8
		Taux	4,2	3,8	0,3	0,1	—
Ex-République yougoslave de Macédoine	1997	Nombre	41	20	16	5	0
		Taux	2,1	1,0	—	—	—
Royaume-Uni	1999	Nombre	197	45	140	6	6
		Taux	0,3	0,1	0,2	—	—
Angleterre et Pays de Galles	1999	Nombre	159	23	115	6	15
		Taux	0,3	0,0	0,2	—	—
Irlande du Nord	1999	Nombre	28	15	11	0	2
		Taux	1,7	—	—	—	—
Écosse	1999	Nombre	25	7	14	0	4
		Taux	0,5	—	—	—	—
États-Unis d'Amérique	1998	Nombre	30 419	11 802	17 432	866	319
		Taux	11,3	4,4	6,4	0,3	0,1

Source : Base de données de l'OMS sur la mortalité de septembre 2001.

^a Homicide par arme à feu = ICD-10 X93-X95 (ICD-9 E965); suicide à l'arme à feu = ICD-10 X72-X74 (ICD-9 E955); arme à feu, non intentionnelle = ICD-10 W32-W34 (ICD-9 E922); arme à feu, indéterminé = ICD-10 Y22-Y24 (ICD-9 E985).

^b Ou la moyenne des trois dernières années disponibles entre 1990 et 2000 pour les populations inférieures à 1 million d'habitants.

^c Nombre = nombre de décès; taux = nombre de décès pour 100 000. Le taux n'a pas été calculé lorsque moins de 20 décès sont signalés. Les chiffres de population se trouvent sur le site Web de l'Organisation mondiale de la Santé <http://www3.who.int/whosis/whsa/ftp/download.htm>.

Références

On trouvera ci-dessous une liste de références sur les questions liées à la violence ; il s'agit avant tout de l'adresse Internet d'organisations qui s'occupent de la recherche, de la prévention et de la sensibilisation concernant la violence. En établissant cette liste, on s'est efforcé d'offrir un échantillon représentatif plutôt qu'une liste exhaustive. Tout a été mis en œuvre pour que les sites Web mentionnés soient fiables, actualisés et suffisamment riches. La section I contient une liste de métasites, la section II une liste de sites Web subdivisés en fonction des types de violence, et la section III une liste de sites Web généraux qui peuvent intéresser ceux qui sont concernés par la recherche, la prévention et la sensibilisation.

Section I. Métasites liés à la violence

On trouvera ci-dessous cinq métasites qui, ensemble, offrent un accès à des centaines de sites Web d'organisations du monde entier s'intéressant au problème de la violence. On trouvera également une brève description de chacun des métasites.

Département Prévention de la violence et des traumatismes de l'OMS : liens extérieurs

http://www.who.int/violence_injury_prevention/externalinks.htm

Le Département Prévention de la violence et des traumatismes de l'OMS offre une importante liste de liens extérieurs avec des organisations du monde entier qui s'intéressent à la recherche, la prévention et la sensibilisation concernant la violence. Les sites Web de ces organismes sont indiqués par région géographique et par pays ainsi que par type de violence et de sujet.

Economics of Civil Wars, Crime and Violence : related links

<http://www.worldbank.org/research/conflict>

Sur le site Web de la Banque mondiale, ce lien assure l'accès aux sites Web consacrés à l'étude des conflits. La liste contient notamment des données sur les variables politiques et économiques concernant les pays confrontés à des conflits internes violents, des informations sur les organisations et des instituts intervenant dans le domaine du règlement des conflits et des sites offrant un contexte historique et des analyses de cas particuliers de conflits internes.

Injury Control Resource Information Network

<http://www.injurycontrol.com/icrin>

L'Injury Control Resource Information Network contient une liste dynamique de références de base dans le domaine de la recherche sur les traumatismes et de la violence et de la lutte contre la violence, accessibles par Internet. Les sites sont répertoriés par catégorie et contiennent des données et des statistiques, les résultats de travaux de recherche récents et des indications sur l'éducation et la formation. Si la majorité d'entre eux sont des sites d'agences fédérales ou d'Etats des Etats-Unis d'Amérique, quelques-uns concernent d'autres pays.

Injury Prevention Web

<http://www.injuryprevention.org>

L'Injury Prevention Web contient plus de 1400 liens avec des sites Web du monde entier concernant la prévention de la violence et des traumatismes. Ces sites sont classés par ordre alphabétique et par catégorie, par exemple prévention de la violence, prévention du suicide et guerres et conflits. Le site contient également une mise à jour hebdomadaire de récents articles parus dans des revues, de rapports, de critiques d'ouvrages et d'offres d'emploi dans le domaine de la recherche sur les traumatismes et la violence et dans le domaine de la prévention.

Minnesota Center Against Violence and Abuse : electronic clearing house

<http://www.mincava.umn.edu>

Le centre d'échange électronique du Minnesota Center Against Violence and Abuse contient des articles, des aide-mémoire et d'autres sources d'informations ainsi que des liens avec des sites Web sur un large éventail de sujets liés à la violence, notamment la maltraitance de l'enfant, la violence par bandes et la maltraitance des personnes âgées. Le site fournit également des bases de données accessibles comprenant plus de 700 manuels de formation, vidéos et autres matériels d'enseignement.

Section II. Sites Web liés à la violence

Le Tableau 1 comprend une liste de sites Web, principalement la page d'accueil d'organisations s'occupant de la violence, classés par type de violence. Les sites Web mentionnés donnent des indications non seulement sur les organisations elles-mêmes, mais sur des sujets liés à la violence en général.

TABLEAU 1

Sites Web liés à la violence

Type de violence	Site Web
Maltraitance de l'enfant	
Casa Alianza : Covenant House Latin America	http://www.casa-alianza.org/EN/index-en.shtml
Child Abuse Prevention Network	http://child-abuse.com
Great Lakes Area Regional Resource Center : Early Prevention of Violence Database	http://www.glarrc.org/Resources/EPVD.cfm
Société internationale pour la prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les enfants	http://www.ispcan.org
Minnesota Center Against Violence and Abuse	http://www.mincava.umn.edu
Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme : Convention relative aux droits de l'enfant	http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc.htm
Fonds des Nations Unies pour l'enfance	http://www.unicef.org
Centre de recherche Innocenti	http://www.unicef-icdc.org
Violence collective	
Centre for the Study of Violence and Reconciliation	http://www.wits.ac.za/csvr
Correlates of War Project	http://www.umich.edu/cowproj
Global Internally Displaced Persons Project	http://www.idpproject.org
International Relations and Security Network : Security Watch	http://www.isn.ethz.ch/infoservice
Bureau de la Coordination des Affaires humanitaires	http://www.reliefweb.int/ocha_ol
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés	http://www.unhcr.ch
Institut international de Recherche pour la Paix (Stockholm)	http://www.sipri.se

TABLEAU 1 (suite)

Maltraitance de l'enfant

Maltraitance des personnes âgées

Action on Elder Abuse	http://www.elderabuse.org.uk
Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse	http://www.mun.ca/elderabuse
HelpAge International	http://www.helpage.org
International Network for the Prevention of Elder Abuse	http://www.inpea.net
National Center on Elder Abuse	http://www.elderabusecenter.org
National Committee for the Prevention of Elder Abuse	http://www.preventelderabuse.org/index.html

Suicide

American Association of Suicidology	http://www.suicidology.org
Australian Institute for Suicide Research and Prevention	http://www.gu.edu.au/school/aisrap
National Strategy for Suicide Prevention	http://www.mentalhealth.org/suicideprevention
Suicide Information and Education Centre/Suicide Prevention Training Programmes	http://www.suicideinfo.ca
The Suicidology Web : Suicide and Parasuicide	http://www.suicide-parasuicide.rumos.com

Violence envers les femmes

Global Alliance Against Traffic in Women	http://www.inet.co.en/org/gaatw
Centre international de Recherche sur les Femmes	http://www.icrw.org
Latin American and Caribbean Women's Health Network	http://www.reddesalud.web.cl
National Sexual Violence Resource Center	http://www.nsvrc.org
Network of East-West Women	http://www.neww.org/index.htm
Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme : Women's Rights are Human Rights	http://www.unhchr.ch/women/index.html
Research, Action and Information Network for the Bodily Integrity of Women	http://www.rainbo.org
Fonds de Développement des Nations Unies pour la femme	http://www.undp.org/unifem
Programme des Nations Unies pour le Développement : la femme et le développement	http://www.undp.org/gender
Women Against Violence Europe	http://www.wave-network.org

Violence des jeunes

Center for the Prevention of School Violence	http://www.ncsu.edu/cpsv
Center for the Study and Prevention of Violence	http://www.colorado.edu/cspv
Banque interaméricaine de Développement : prévention de la violence	http://www.iadb.org/sds/SOC/site_471_e.htm
National Center for Injury Prevention and Control	http://www.cdc.gov/ncipc
National Criminal Justice Reference Service	http://www.ncjrs.org/intlwww.html
Partnerships Against Violence Network	http://www.pavnet.org
TMR Network Project : Nature and Prevention of Bullying	http://www.goldsmiths.ac.uk/tmr
Réseau d'information des Nations Unies sur la criminalité et la justice	http://www.uncjin.org/Statistics/statistics.html

Section III. Autres sites Web

Le Tableau 2 contient les autres sites Web qui peuvent intéresser ceux qui s'occupent de recherche, de prévention et de sensibilisation concernant la violence. Ces sites se réfèrent avant tout à des contextes plus larges comme le développement économique et social, les droits de l'homme et la criminalité, mais contiennent aussi des instruments permettant de mieux comprendre les traumatismes consécutifs à des actes de violence.

TABLEAU 2
Autres sites Web

Organisation	Site Web
Amnesty international	http://www.amnesty.org/
Campbell Collaboration's Crime and Justice Coordinating Group	http://www.aic.gov.au/campbellcj/
Centers for Disease Control and Prevention	http://www.cdc.gov/ncipc
Nation Center for Injury Prevention and Control	http://www.cdc.gov/ncipc/pub_res/intimate.htm (<i>Intimate partner surveillance: uniform elements and recommended data elements</i>)
Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde	http://www.ensp.fiocruz.br/claves.html
Economic and Social Research Council: Violence Research Programme	http://www1.rhbnc.ac.uk/sociopolitical-science/vrp/realhome.htm
Human Rights Watch	http://www.hrw.org/
Institute for Security Studies	http://www.iss.co.za
Inter-American Coalition for the Prevention of Violence	http://www.iacpv.org
International Action Network on Small Arms	http://www.iansa.org
International Campaign to Ban Landmines	http://www.icbl.org/
International Center for the Prevention of Crime	http://www.crime-prevention-intl.org
Organisation internationale du Travail	http://www.ilo.org
Medical Research Council of South Africa: Crime, Violence and Injury Lead Programme	http://www.mrc.ac.za/crime/crime.htm
National Library of Medicine: Entrez PubMed	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi
Organisation panaméricaine de la Santé: prévention de la violence et des traumatismes	http://www.paho.org/English/hcp/hcn/violence-unit-page.htm http://www.paho.org/English/HCP/HCN/guidelines-eng.htm (<i>Guidelines for the epidemiological surveillance of violence and injuries in the Americas</i>)
Red Andina de Prevención de Violencia	http://www.redandina.org
Trauma.org	http://www.trauma.org/trauma.html
Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture	http://www.unesco.org
Programme des Nations Unies pour les établissements humains	http://www.unhabitat.org/default.asp
Institut des Nations Unies pour la recherche sur le désarmement	http://www.unog.ch/unidir
Institut interrégional de recherche des Nations Unies sur la criminalité et la justice	http://www.unicri.it
Office des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime	http://www.odccp.org/crime_prevention.html
Fonds des Nations Unies pour la Population	http://www.unfpa.org
Institut de Recherche des Nations Unies pour le Développement social	http://www.unrisd.org
Université pour la Paix	http://www.upeace.org
Organisation mondiale de la Santé	http://www.who.int/ http://www.who.int/violence_injury_prevention/pdf/injuryguidelines.pdf (<i>Injury surveillance guidelines</i>)

Le Département Prévention de la violence et des traumatismes de l'OMS sera heureux de fournir l'adresse complète des organisations mentionnées aux lecteurs qui n'ont pas accès à Internet. Il suffit de contacter le Département à l'adresse suivante :

Département Prévention de la violence et des traumatismes

Organisation mondiale de la Santé

20, avenue Appia

1211 Genève 27

Suisse

Tél. : +41 22 791 3480

Télécopie : +41 22 791 4332

mél. : vip@who.int

Index

Nota : Les numéros de page en gras renvoient aux entrées principales et aux définitions.

A

Action on Elder Abuse, Royaume-Uni 140–141, 150, 151, 356

Activités parascolaires, écoles **49**

Adolescents (*voir également* Violence chez les jeunes) 11–12, **32–34**, 36–38, 212–213

comportement suicidaire **211–212**, 215–217

violence sexuelle dont sont victimes les 73–74, **168–172**, 180–182

Adultes, maltraités pendant l'enfance 16–17, **80–82**, 175

Afrique 27–28, 31, 39–40, 142

mariage des enfants **173–174**

mesures de prévention **183**, 186–187, 189–190

mortalité imputable à des blessures intentionnelles **298–301**

pandémie de SIDA 38, 113–114, 126

principales causes de décès **316–317**

réfugiés **251–252**

soins aux personnes âgées 142, 147, 150–151

statistiques, démographiques **290–291**

d'homicides 10–12, 27–30, 66–68, **302–305**

de suicides 10–12, 208–209, 219, **306–310**

victimes de guerre 241–242, 247, 248, **311–314**

violence, exercée par le partenaire **100**

sexuelle **167**, 168–169, **172–173**, 179

Afro-Américains 11, 208–209, 219

Âge

estimations de la mortalité 298–301, 328–335

maltraitance des enfants 66, **73**, 88

mortalité imputable, à des blessures de guerre **311–314**

à des blessures intentionnelles **298–301**, 328–335

population des Etats Membres de l'OMS **209–297**

risque de suicide **206–209**, 210

statistiques, d'homicides **10–11**, 302–305, 336–341

de suicides **10–11**, 306–310, 342–349

tentatives de suicide 189–191, 227

vieillesse de la population 139–140

violence, chez les jeunes 27, 27–30, **31**

sexuelle **174–175**

Âgisme 157–158

Agresseurs

aide aux 159

caractéristiques **72–76**, 144–146, **154**

éducation 84, **183**

traitement **83**, 118

Agressivité

cheminement de développement **33–34**

lien avec les médias **41–42**

Agriculture, conflit armé **252**

Aide aux victimes

femmes maltraitées **116**

protection 280

recommandations en matière d'amélioration des services **277–280**

victimes de sexe masculin 171–172

violence sexuelle **183**, 185–186

Alcool

suicide **214**

violence, chez les jeunes 34–35, **48–49**

exercée par le partenaire **109–110**

sexuelle 175, **176**

Amérique du Nord (*voir également* Amériques)

centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle **186**

maltraitance des personnes âgées 142, 147, 153

prévention de la violence **156**, 278

suicide 206–207, **210**

violence, chez les jeunes 30, 33–34, 35, 36

exercée par le partenaire **103**, 105, 110, 117, 120

Amérique latine (*voir également* Amériques)

coût de la violence 11–12

législation relative aux droits de l'enfant 87

mariage précoce 173, 174

programmes de prévention de la violence 115, 116, **122**, 123

soins aux personnes âgées 144, **150**

taux de suicides **206**

violence, chez les jeunes 27, 31, 39, 43

exercée par le partenaire 99, **100**

sexuelle **167**, 187–188

Amériques (*voir également* Amérique latine ; Amérique du Nord ; Organisation panaméricaine de la Santé)

coalition pour la prévention de la violence **278**

- mortalité imputable, à des blessures intentionnelles **300–301**
à la guerre **311–314**
principales causes de décès **318–319**
promotion de la santé par l'OPS et l'OMS **255–256**
réfugiés **251**
statistiques, démographiques **290–293**
d'homicides 10–12, **302–305**
de suicides 10–12, **306–310**
- Amnistie Internationale 241, 243, 254, 258
site Web 356
- AMS, *voir* Assemblée mondiale de la Santé
- Années de vie corrigées de l'incapacité (DALY) 287, **287–288**, 314–327
- Anxiété, suicide **213**
- Application de la loi, *voir* Police
- Approche axée sur la santé publique
après les conflits **258**
fourniture de données **258**
maltraitance des personnes âgées 139, 153
modèle écologique **13–16**, 46, 72–73, **144–147**, 158
prévention de la violence **3–5**, 9–13, 17–21, 269–282
violence collective 239
- Approche multidisciplinaire
prévention, de la violence 3, 18, 270, 279, **273**
du suicide 228
- Armes (*voir également* Armes à feu)
homicide chez les jeunes 39
partenaire masculin violent 104
prévention de la violence 50–51
recommandations **276**
suicide **217**
violence chez les jeunes **18–33**, 50
violence collective 245, **246**, 260, 263
- Armes à feu (*voir également* Armes)
mortalité par pays **350–351**
recommandations **276**
- Arrestation obligatoire, violence familiale 117
- Asie (*voir également* Asie et Pacifique occidental ; Asie du Sud-Est)
mariage des enfants 173–174
mesures de prévention 150, 183, 189
de la maltraitance des personnes âgées 150
réfugiés **251**
traite de personnes/femmes et d'enfants à des fins sexuelles 168, 172
violence sexuelle **167**, 172, 183, 189
- Asie du Sud-Est (*voir également* Asie ; Asie et Pacifique occidental)
mortalité imputable, à des blessures intentionnelles **300–301**
à la guerre **311–314**
principales causes de décès **320–321**
statistiques, démographiques **292–293**
d'homicides 10–12, **302–305**
de suicide 10–12, **306–310**
- Asie et Pacifique occidental (*voir également* Asie ; Asie du Sud-Est)
taux d'homicide chez les jeunes 27, 28
violence exercée par le partenaire **100**
- Assemblée mondiale de la Santé (AMS), initiatives de paix **256–257**
- Auteurs de violence, *voir* Agresseurs
- Automutilation **205–207**
- B**
- Banque interaméricaine de développement 13, 278, 355
- Banque mondiale 278
- C**
- Campagnes
médias 275–277, **276**
prévention, de la maltraitance des enfants **84**
de la maltraitance des personnes âgées **154–157**
de la violence familiale **129**
de la violence sexuelle **186–187**
- Campagnes de sensibilisation du public, maltraitance des personnes âgées **154–157**, 158–159
- Capital social
maltraitance des enfants **75**
violence, chez les jeunes 39
exercée par le partenaire 112
- Caractéristiques
agresseurs, partenaires **107–111**
personnes âgées 145–146
enfants à risque **72–73**
familles violentes **72–76**
hommes violents sur le plan sexuel **176–177**
jeunes délinquants 34–36, **34–36**
- Caraïbes
législation relative à la violence familiale 116
violence, chez les jeunes 27, 39, 43
exercée par le partenaire **100**
sexuelle 168, 180, 187
- Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict 244
- Catégories, violence **5–6**
- Catholicisme 219
- Centres
aide aux victimes d'agression sexuelle 183, 186
femmes battues **116**
maltraitance des personnes âgées **151–152**
prévention du suicide **223**
- Charte des Nations Unies 260
- Châtiments corporels 71
- Chômage 39–40, 74, 107

- CIM, *voir* Classification internationale des maladies
- Civils, conflits armés **250**
- Classification internationale des maladies (CIM)
241–275, **285**
- Coalition interaméricaine pour la prévention de la violence **278**, 356
- Coalitions, prévention de la maltraitance des enfants **85**
- Coercition, violence sexuelle **165**, 166–170, **170–172**, 179–181, **182**
- Collecte de données 4, 273, **274**
protection de l'enfance **86–87**
suicide **209**, 226–227
violence, chez les jeunes **51–52**
collective **241–242**, 257–258, 260
sexuelle **166**
- Collecte d'informations, *voir* Collecte de données
- Comité international de la Croix-Rouge 239, 258
- Communautés 6–7, **13–14**
intégration sociale **39**
maltraitance, des enfants **75**, 83–85
des personnes âgées **145–147**
non violentes 106–108
prévention, de la violence **4**, 46, **45–48**, 83–85, 186–188, 275
du suicide **223**, 228
violence, chez les jeunes **38–40**, 43, 46, **45–48**
collective 244, 245–247, **257–258**
exercée par le partenaire 108, **110–113**, 111, 121–123, 125
sexuelle **176**, 178, 186–188
- Communication (*voir également* Médias)
campagnes de prévention **122**, 275, **276**
diffusion des connaissances **53–54**
recommandations en matière de prévention **280**
- Comparabilité, données 241–242
- Compétences
apprentissage de l'autonomie fonctionnelle **183**
développement social **44–47**
rôle de parent 77–79
- Comportements à risque, jeunes **32–33**, 36
- Conflits armés (*voir également* Violence collective ; Guerre) **240**
ampleur **242–244**
civils **250–252**
coûts socio-économiques **251–252**
définitions **239**
maladies transmissibles **247–248**, 250, 261–262
mesures après les conflits **257–258**, 259
morbidity **246–247**, 249
mortalité 10–11, **241–242**, 246–247, 250
torture **243**
viol 165, **173**, 190, 242
violence exercée par des partenaires 112
- Conseil de l'Europe 157, 243
- Conseil de sécurité des Nations Unies, Tribunal pour le Rwanda 240
- Conseils psychosociaux
comportement suicidaire 223
maltraitance des personnes âgées 152
téléphone 153, 183, 222
violence, chez les jeunes 49
sexuelle 183
- Conséquences
maltraitance, des enfants 16, **76–77**, 80–81, 175
des personnes âgées **147–149**
violence, collective 239, **246–247**, 261–262
exercée par le partenaire 104–107, **112–105**
sexuelle **171**, 180–182
- Consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant, OMS 65
- Conventions (*voir également* Traités internationaux)
contre la criminalité transnationale organisée et le Protocole visant à prévenir la traite des personnes (2000) 189
contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984) 189, 243, 281
pour la prévention et la répression du crime de génocide (1948) 240, 281
pour la répression et l'abolition de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui (1949) 281
relative aux droits de l'enfant (1989) 70, 86, **87**, 189, 281
sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) 189, 281
sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965) 281
- Conventions de Genève (1949) 189, 240, 250, 253
- Coordination
mesures de prévention de la violence familiale **121–123**, 119
multisectorielle 3–4, **273**, 280
organismes des Nations Unies **279**
- Cour pénale internationale, Statut de Rome 189, 281
- Coûts
maltraitance des enfants **77**
violence, chez les jeunes 53
collective **251–252**
contre les femmes **113–115**
dirigée contre soi 205
en général 3, **11–12**
en milieu de travail **19–20**
- Criminalité, relation avec le capital social 39
- Croissance, vieillissement de la population 139–140
- Croix-Rouge, Comité international de la 239, 258

D

DALY, *voir* Années de vie corrigées de l'incapacité
 Déclaration (*voir également* Signalement)
 facteurs culturels 11
 maltraitance, des enfants 68, 79, **82**, 85
 des personnes âgées 153
 suicide **209**, 225
 violence sexuelle 166–167, 170, **188–189**
 Déclaration obligatoire
 maltraitance, des enfants 68, **82**, 85
 des personnes âgées 149–159
 Déficience intellectuelle, maltraitance des personnes
 âgées 146
 Déficience physique, maltraitance des personnes âgées
 145
 Définitions
 capital social **39**
 conflits armés **240**
 génocide **240**
 guerre **240**
 jeunes **27**
 maltraitance, des enfants **65–66**
 des personnes âgées **140–142**
 prévention **16**
 situations d'urgence complexes **239**
 suicide **205**
 torture **243**
 vieillesse **139**
 viol **165**
 violence **5–6**
 collective **239–241**
 dirigée contre soi **205–206**
 exercée par des partenaires intimes **99**
 sexuelle **165–166**
 Demandeurs d'asile, *voir* réfugiés
 Démence 145, 146, 157
 Dépenses sociales, moins d'homicides 40–43
 Dépistage
 maltraitance des enfants/manque de soins **79**
 violence familiale 121
 Dépression **213–214**, 220
 Détection, maltraitance des enfants 79–80
 Développement de l'enfant, prévention de la violence
 sexuelle 83–86
 Discipline (*voir également* Punition)
 enfants 36, **68–72**, 88
 épouse **104–106**, 112, 269–270
 Distribution de l'aide, problèmes éthiques **257**
 Données
 comparabilité **8–9**, 101, **102–103**, 209, 274
 sources/types **7–8**
 Droits de l'enfant 87, **85–88**, 189, 281
 Droits de l'homme
 conventions internationales 189, 240, **281**

gouvernements **243**, 253, **260**

personnes âgées **158**

violations 241, **243**, 258

Dynamique

violence, chez les jeunes **104–107**

exercée par le partenaire **33**, 35

E

Echange d'informations 15, 272, **274**, 280–281

violence chez les jeunes 52, **53–54**

violence collective **258**, 260

Ecoles

châtiments corporels **71**

mesures de prévention de la violence familiale

123, 124

prévention, de la maltraitance des enfants **82–84**

de la maltraitance des personnes âgées **156**

de la violence chez les jeunes 44, **45**, 49

de la violence sexuelle 182, **186–188**

du suicide **222–223**

programmes de développement social **43**, 44–46

violence sexuelle **172–173**

Education (*voir également* Formation) 4, 280

campagnes de prévention médiatiques 275, **276**

lien avec la violence contre les femmes **175**

mutilation des organes génitaux féminins 191

prévention, de la maltraitance des enfants **82–84**

de la maltraitance des personnes âgées **153–157**,

158–159

de la violence sexuelle **183**, 186–188

rôle de parent **78**

VIH/SIDA **182**

violence chez les jeunes 43, **44–46**, 45

Education des enfants, *voir* Rôle de parent

Egalité, recommandations pour la promotion **280**

Emploi

femmes maltraitées **115**

suicide **218**

Enfants (*voir également* Maltraitance des enfants ;

Violence chez les jeunes) **32–34**, 46, 213, 218

discipline **68–74**, 88, 271

manque de soins 36, 66, 67, 71, 85, 88, 356

médias 84

mesures de prévention primaire de la violence **80–85**

programmes préscolaires **43**, 45–46

soldats 261–262

violence, familiale **76**, 81, 113, **115**

sexuelle perpétrée par des enseignants 172–173

vulnérabilité **66**

Engagement, nécessité d'un engagement politique 271

Enseignants, violence contre des élèves 172–173

Environnements (*voir également* Infrastructures)

éliminer les toxines 49

- recommandations en matière de prévention de la violence **277**
 suicide **217–220**, 227–228
 violence chez les jeunes 38–42
- Epidémie
 conflit armé 247
 SIDA 38, 114, **182**, 251
- Équipes chargées d'examiner les décès d'enfants 82–83
- Esclavage (*voir également* Traite) 242
- Etablissements
 châtiments corporels 71
 maltraitance des personnes âgées **142–145**, 147–149, 159
 réforme 124
- Etats (*voir également* Gouvernements)
 protection sociale 42
 violence collective **6**, 245
- Ethique, fourniture d'aide **257**
- Etudes jumelées, comportement suicidaire 211–215
- Etudes transnationales
 recommandations en matière de prévention de la violence 274
 suicide 211–212, 226
- Europe (*voir également* Europe de l'Est)
 mortalité imputable, à la guerre **310–313**
 à des blessures intentionnelles **298–301**
 principales causes de décès **322–323**
 réfugiés **251**
 statistiques, démographiques **292–295**
 d'homicides 10–12, 28–29, **302–305**
 de suicides 10–12, 206–208, **306–309**
 traite de personnes/femmes et d'enfants à des fins sexuelles 170
 violence, chez les jeunes 37
 exercée par le partenaire **101**
- Europe de l'Est (*voir également* Europe)
 homicide chez les jeunes 27, 28
 maltraitance des personnes âgées 147
 mariage précoce 173
 suicide 206, **217–220**
 violence sexuelle **167**
- Evaluations
 campagnes médiatiques 276
 formation au rôle de parent 47, **78**
 interventions, de santé publique 17
 pour prévenir la maltraitance des personnes âgées 156–157, **159**
 mesures de prévention, de la maltraitance des enfants 79, 81, **84**, 88
 de la violence sexuelle **192**
 prévention du suicide 228
 programme de prévention de la violence, chez les jeunes 53
 familiale 115–116, **118**, 118–119
- Événements marquants, suicide **215–217**
- Evolution
 démographique/sociale 15, **40**, 246–247
 épidémie de SIDA 38, 139
 femmes dans les sociétés en transition 110, 112
 socio-économique 139, 218, 269
 violence collective **244–245**, 263
- Examen, décès d'enfants 82–83
- Exploitation financière, personnes âgées 141, 142, 145, **154**
- F**
- Facteurs biologiques
 suicide **214–215**, 220, 227
 violence chez les jeunes **35**
- Facteurs culturels 11, **17**, 109
 maltraitance, des enfants 72, **75**, 88
 des personnes âgées 139, **140–142**, 145, **158**
 mariage des enfants **173–174**, 190
 mutilation des organes génitaux féminins **190**
 partenaire masculin violent **104–107**, 112
 rôle de parent **65**, 69–70
 suicide 208, **217–220**, 228
 violence, chez les jeunes **43**
 en général 5, 14, **269–272**
 sexuelle 109, **174**, 179, **180–183**
- Facteurs démographiques
 populations âgées 139–140
 suicide **207–209**
 violence, chez les jeunes **39–40**
 collective 244, **246–247**, 250–252
- Facteurs de protection
 suicide 216, **219–220**
 traditions culturelles 270
- Facteurs de risque **14–16**, 270
 maltraitance, des enfants/manque de soins **71–76**, 88
 des personnes âgées **145–147**
 suicide **211–220**
 viol **175**, 176–177
 violence, chez les jeunes **35–43**, 51–52
 collective **244–247**
 exercée par le partenaire **106–107**
 sexuelle **174–180**
- Facteurs économiques
 suicide **218**
 violence collective **244–246**, 251–252
- Facteurs liés à la personnalité
 agresseurs, enfants **72–76**
 violence chez les jeunes 35–43
- Facteurs physiologiques
 suicide 215, 220
 violence chez les jeunes 35
- Facteurs psychologiques

- suicide **212–213**, 220, **227**
 violence, chez les jeunes 35–36
 sexuelle 171, **176–178**, 181, **183**
- Facteurs sociétaux
 maltraitance, des enfants **75–76**, 84–88
 des personnes âgées **145–147**
 prévention du suicide **224–226**
 violence, chez les jeunes **39–43**, 48, **49–52**
 collective 244, **245–247**, 260
 exercée par le partenaire 108, **112**
 sexuelle **177**, 179
- Facteurs socio-économiques
 amélioration des infrastructures 275
 comportement suicidaire **217–220**
 groupes vulnérables **270–271**
 maltraitance, des enfants 74, 88
 des personnes âgées 139, 147, 158
 politiques de protection sociale **280**
 relations violentes 106, 119
 violence, chez les jeunes 38, **39**, 42, 50–52
 collective **244–246**, 251–252
 exercée par un partenaire 110, 110, **115–116**
- Famille monoparentale 38, 74, 75
- Familles 6, 219–220, 270
 crimes d'honneur **104**, 178
 femmes maltraitées 105–106, 110, 126
 maltraitance, des enfants 72, **73**, 77
 des personnes âgées 135, 142, 145, **147–148**,
 157, 159
 services de soutien **78–79**
 stratégies de prévention de la violence **46–48**,
 49–50, **77–78**, 159
 violence, chez les jeunes **36**, 46–47, 49
 sexuelle **177–178**
- Famine, liée aux conflits 242
- Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge
 et du Croissant-Rouge 257
- Femmes (*voir également* Filles ; Veuves) 5, **11**, 71, 73,
 110, **175–176**
 accusations de sorcellerie 141, **143**, 158
 âgées maltraitées 141, **143**, 158
 espérance de vie 139
 facteurs de vulnérabilité **174–176**
 héritage de l'épouse 174
 mutilations génitales **190**, 191
 postes de police entièrement féminins **117–118**
 programmes de prévention de la violence familiale
124
 réaction à la violence **105–107**, 123
 risques associés à la pauvreté **270–271**
 sites Web sur la prévention de la violence 356–357
 stigmates du VIH/SIDA 182
 suicide 211, 216
 taux de mortalité 10, **104**, 113, 114, 165
- traite de personnes/femmes et d'enfants à des fins
 sexuelles **168**, 170, 189–190
 victimes de travailleurs de la santé 173
 violence, à l'égard de l'épouse **105–106**, 112, 269–
 270
 en milieu de travail 19–20
 exercée par le partenaire **99–126**
 sexuelle **165–193**
- Femmes battues
 centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle **116**,
 183, **187**
 violence exercée par le partenaire 99, 104–105
- Filles (*voir également* Femmes) 72, 172, 182
 initiation sexuelle forcée **168–169**
 mutilations génitales **190–192**
 taux d'homicide **28–29**
- Fonds de développement des Nations Unies pour
 la femme 116, 123, 357
- Forces armées
 enfants soldats **261–262**
 maladies sexuellement transmissibles 248, 261
 traitement des civils **250**
- Forces de sécurité, torture 243
- Formation (*voir également* Education)
 détection de la violence familiale 118–119
 personnel médical **190–191**, 276
 prévention de la maltraitance, des enfants **77–78**, 79,
 83–85, **88**
 des personnes âgées **153–154**, 158–159
 prévention du suicide 221–222, 227, 228
 programmes de formation au rôle de parent **47**,
 77–78
- Forums interorganisations, violence familiale 122
- Foyers d'hébergement
 femmes battues 111, **116**
 maltraitance des personnes âgées 151–152
- Foyers d'accueil d'urgence (*voir également* Centres
 d'aide aux victimes d'agression sexuelle)
 femmes battues 111, **116**
 maltraitance des personnes âgées 151–152
- G**
- Gangs
 viol 165, **168**, 177
 violence chez les jeunes **38–40**, 43, **48–49**
- Garçons (*voir également* Hommes ; Violence chez les
 jeunes) 73, **171–172**
- Garderies thérapeutiques, enfants maltraités 80–81
- Gaz naturel, suicide 224, **225**
- Génétique, suicide **217–218**, 227
- Génocide **240**, 279
- Gouvernements
 droits de l'homme 252, 260, **279–281**

- mesures de prévention de la violence **18**, 20–21, 86, **260**, 262
- nécessité d'engagement **271**
- planification de mesures d'urgence 253
- plans d'action nationaux **273–274**
- politiques de prévention de la violence 272–273, **280**
- recherche sur la violence 124, 274
- violence chez les jeunes **42–43**
- Grossesse 113–114, 180
- Groupes
- génocide **240**
 - sensibilisation **280–281**
 - soutien après un suicide 225–226
 - vulnérable **270–271**
- Guerre (*voir également* Conflit armé ; Violence collective) 16
- définitions **239–241**
 - distinction des conflits armés **240**
 - estimations de la mortalité 10, 241–242
 - évolution **314–327**
 - histoire **242**, 244
 - invalidité **249**
 - viol **173**, 242
- Guerre asymétrique 240
- Guerre civile **250–252**
- Guerre du Golfe 248, 252–253
- Guerres mondiales 242
- H**
- Harcèlement sexuel 19–20, **170–171**, 181
- Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme 18, 258, 358
- Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés 18, 171, 190, 358
- Hindouisme 219
- Histoire, guerre 242, 244
- Holocauste nazi 240
- Homicides **10–11**, 42–43, 52
- honneur familial **103**, 178
 - maltraitance des enfants **66**, 72, **82–83**
 - milieu de travail 19–20
 - mortalité, par pays **336–342**
 - par Région de l'OMS **302–305**
 - par arme à feu, par pays **352–353**
 - partenaire masculin violent **104**, 107, 114
 - personnes âgées 141, **142**, 145
 - violence, chez les jeunes **27–54**, 41, 42–43, 51
 - sexuelle 165
- Hommes (*voir également* Garçons)
- crises d'identité 178
 - dépression 213
 - maltraitance des enfants 70, 73
 - taux d'homicides/suicides **10–12**, 28–29, 210
- violence, chez les jeunes **27–30**
- contre les 104–105, 168, **169–170**
 - contre les femmes **99–126**
 - en milieu de travail 19–20
 - sexuelle **176–177**, 183, **188**
- Hôpitaux
- centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle **187**
 - maltraitance des personnes âgées 153
 - prévention de la maltraitance des enfants 86
- Human Rights Watch 241, 252, 358
- I**
- Idéation, suicidaire 209, **211**
- IHDC, *voir* Institute for Health and Development Communication
- Imitation, suicides 217, **225**
- Immigration **217–220**
- Incidences économiques
- mondialisation **15**
 - violence, collective **251–253**
 - contre les femmes **114–115**
 - en général 3, **11–12**, 19–20
- Incidences sur la santé
- maltraitance, des enfants **76–77**
 - des personnes âgées 140, **148**, 158
 - violence, collective 239, **246–249**, 252–253, 261–262
 - exercée par le partenaire **112–114**
 - sexuelle **165**, 179–180
- Indicateurs
- comportement suicidaire 227
 - maltraitance des personnes âgées **152–153**, 154
 - violence collective **244**, 260
- Individus
- facteurs de risque de viol **176**
 - modèle écologique de la violence 13–14
 - prévention de la violence chez les jeunes **43**, 45–46, 48
 - réaction aux traumatismes 249
 - services de soutien **189**
 - violence exercée par le partenaire **109–111**
- Inégalité de revenu, lien avec les homicides **40**
- Inégalités
- lien avec les homicides **40**
 - mondialisation **15**, 245
 - rôle du secteur de la santé 254
 - sexuelles/sociales **277**
 - violence collective 244–245
- Infantilisation, personnes âgées 241–242
- Infrastructures (*voir également* Environnements)
- amélioration des **275**
 - appauvries 39, 75
 - incidences des conflits armés **252**

Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS)
220, 227

Initiatives de paix, OPS/OMS **256–257**

INPEA, *voir* International Network for the Prevention of Elder Abuse

Institut international de recherches sur la paix de Stockholm (SIPRI) 241–242, 356

Institute for Health and Development Communication (IHDC), Afrique du Sud 276

Institut pour la solidarité internationale des femmes, Montréal 187–188

Intégration sociale
prévention des conflits armés 260, 262
violence chez les jeunes **41**

Intentionnalité 5–6, 65

International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) 139–140, **148–151**, 356

Internet
échange d'informations 53
sites Web sur la violence **356–357**, 358

Interventions
après un conflit armé **258–259**, 262
après un suicide **225–226**
faire reculer la violence 16–17, **270**
maltraitance, des enfants **77–80**
des personnes âgées **151–157**, 158
prévention, de la violence sexuelle **192**, 193
du suicide 220, **220–221**, 222, 227–228

Interventions locales **17–18**, 274–275
maltraitance des personnes âgées **149–157**
violence familiale 123–124

Interventions nationales **18–21**
prévention de la maltraitance, des enfants **84–85**, 87
des personnes âgées **147–149**
prévention de la violence familiale **126**
protection sociale 42–43
recherche sur la violence 274

Interventions psychosociales, suicide 222–223, 225–226

Inuits, suicide **210**

Islam **191**, 191

Isolement
personnes âgées 145
risque de suicide 216

Isolement social
maltraitance, des enfants 75
des personnes âgées 146
risque de suicide 216

J

Justice pénale
maltraitance, des enfants **83**, 86
des personnes âgées 139
violence familiale **115–118**

L

Leçons, prévention de la violence **270–272**

Législation
châtiments corporels 71
droits de l'homme **252**, 279–280
maltraitance, des enfants **82–83**
des personnes âgées **153**, 158
violence, familiale **115–118**
sexuelle 178, **188–189**

Liens
maltraitance des enfants/problèmes des adultes 16, 76, 80–81, 175
mondialisation, inégalités et conflit **245**
variables de la violence **14–16**, 27, 125–126, **249**
violence familiale/maltraitance des enfants 74

Lignes directrices
médias et suicide 225
populations de réfugiés 190
preuves d'agression sexuelle 184
Protocole d'Istanbul sur la torture 243
violence contre les femmes 102

Logement
maltraitance des enfants 73
prévention de la violence chez les jeunes 49–50

Loisirs, prévention de la violence chez les jeunes 48

M

Maintien de la paix, activités des Nations Unies **262**

Maladies (*voir également* Morbidité)
conséquences de la maltraitance des enfants 76–77, 81–82, 175
DALY 285, **287–288**, 314–321
fardeau mondial 3
personnes âgées 147–149
sexuellement transmissibles 13, 38 114, 165, 180, 181, 185, 192, 247–248
suicide 215
transmissibles 140, **247–248**, 250
violence, collective **246–247**
exercée par le partenaire 113–114

Maladie d'Alzheimer 145, 146, 157

Maladies sexuellement transmissibles (*voir* Virus de l'immunodéficience humaine)

Maltraitance des enfants 7, 13, 16, **65–89**, 271
ampleur **66–72**
conséquences **76–77**, 81–82, 175
déclaration/signalement 68, **82**, 85
définitions **65–66**
enfant secoué **67**
facteurs de risque **72–76**
fatale **66**, 72–73, **82**, 83
non fatale **66–72**
physique **66**, 68–70
prévention **77–86**, 184

- recommandations **86–89**
- risque de suicide **215–216**
- sexuelle **69–70**, 83–84, **171–173**, 175, **177**
- sites Web 355
- syndrome de l'enfant battu 65, **67**
- Maltraitance des personnes âgées 13, 16, **139–159**
 - ampleur **142–145**
 - campagne de sensibilisation du public **153–156**, 158, 159
 - conséquences **147–149**
 - définitions **140–142**
 - facteurs de risque **145–147**
 - indicateurs **152–153**, 154
 - mortalité **141**, 145, 148
 - prévention **149–157**
 - recommandations **157–159**
 - site Web 356
- Manque de soins 5, **7**, 13, 16
 - enfants 36, **66**, 67, 71, 85, 88, 356
 - personnes âgées 139, 140, 142, 149
 - populations les plus pauvres 272
 - violence chez les jeunes 36
- Mariage 111, 181, 216
 - enfants **173–174**, 177–178, **190**
- Marqueurs médicaux, suicide **214–215**
- Mass media, *voir* Médias
- Mauvais traitements (*voir* Maltraitance)
- Médias **276**
 - prévention de la maltraitance, des enfants **84**
 - des personnes âgées 156, 158–159
 - prévention de la violence sexuelle **187**
 - suicide **225**
 - violence chez les jeunes 43, **44–45**
- Médicaments antirétroviraux 185
- Méditerranée orientale
 - honneur familial 104
 - mortalité imputable, à la guerre **310–313**
 - à des blessures intentionnelles **298–301**
 - principales causes de décès **324–325**
 - statistiques, démographiques **294–297**
 - d'homicides 11, **302–305**
 - de suicides 11, **306–309**
 - violence exercée par le partenaire **101**
- Méthodes
 - homicide chez les jeunes 29
 - suicide **217**, 224–225
- Milieu urbain
 - taux de suicides **217**
 - violence chez les jeunes 38–40
- Mines terrestres 249, 258, 260
- Minorités ethniques
 - génocide **240**
 - suicide **208–209**, 210, 217–220
- Modèle de Blumer, maltraitance des personnes âgées 149–150
- Modèles
 - écologiques **13–16**, 46, 71–72, **145–147**, 158
 - maltraitance, des enfants 72–73
 - des personnes âgées **145–147**, 158
 - prévention, de la violence chez les jeunes **46**, 47
 - de la violence sexuelle 184
- Mondialisation
 - avantages possibles **253–254**
 - inégalités **15**, 245
 - nécessité de recherche 275
 - politiques de protection sociale 280
 - traite de personnes/femmes et d'enfants à des fins sexuelles 179
 - violence collective **245**, 260, 263
- Monoxyde de carbone, lutte contre le suicide 224
- Morbidité (*voir également* Maladies ; Traumatismes)
 - coût de la violence 13
 - mondiale 3
 - sources de données 7
 - violence collective **246–247**
- Mortalité
 - blessures intentionnelles **298–301**, 328–335
 - estimations mondiales 3, **7–12**, 27–31, 285, **286**, 314–315
 - femmes maltraitées **103**, 114
 - homicide chez les jeunes **27–31**, 39–43, 51
 - infantile **67**, 72–73, 114, **247**
 - juvénile **66**, 72–73, **82–85**, 115, 246–247
 - guerre **247**, 250
 - maltraitance des enfants **66**, 72–73, **82–85**
 - violence familiale **115**
 - liée à la guerre **241–242**, 249, 310–313
 - maltraitance des personnes âgées 140, **141**, 143, 146
 - maternelle **114**
 - par arme à feu, par pays **352–353**
 - principales causes par Région de l'OMS **326–327**
 - statistiques, d'homicides **302–305**, 336–342
 - de suicides **306–309**, 344–351
 - suicide **205–210**, 219–220
 - taux nationaux **287**
 - violence, collective 10–11, **240–242**, 246–247, 250
 - sexuelle 165, 166
- Motivations
 - viol 165
 - violence, chez les jeunes 34
 - exercée par le partenaire **104–105**
- Moyen-Orient, réfugiés **251**
- Mutilation
 - conflits armés 249
 - génitale, femmes 166, **190**, 191

N

National Center on Elder Abuse, Etats-Unis 147–148, 356

Négligence

Neurobiologie, suicide 215, 220

Normes

collecte de données **274**

recherche sur la violence chez les jeunes 52

O

OMCT, *voir* Organisation mondiale contre la torture

OMS, *voir* Organisation mondiale de la Santé

Ordonnances de protection, violence familiale **18**, 20–21, 272, 273

Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) 244

Organisation des Etats américains 278

Organisation des Nations Unies

décès de personnel en zone de conflit 242

activités de maintien de la paix **262**

Comité permanent interorganisations 239

Convention relative aux droits de l'enfant 70, 86, **87**, 189, 281

mesures de prévention de la violence **279**

mesures de prévention de la violence familiale 120

prévention de la violence sexuelle 188

prévention du suicide 226

Protocole d'Istanbul sur la torture 243

sites Web des organisations 356, 357, 358

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture 278, 358

Organisations humanitaires

Code de conduite 257

décès de personnel lié à la guerre 242

interventions contre la violence collective **255–256**, 262

Organisation mondiale contre la torture (OMCT) 170

Organisation mondiale de la Santé (OMS) 5, 10–12, 18

Consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant 65

estimations des homicides d'enfant 66

estimations du nombre de victimes de guerre 241

étude de la violence exercée par le partenaire 111–112

initiatives de paix 239, **255–256**

lignes directrices, en matière de violence familiale 102

pour la surveillance des traumatismes 274

prévention, de la violence collective 254, 262

du suicide **226**

site Web 358

Organisations non gouvernementales 20–21

campagnes **276**

décès de membres du personnel 242

données sur les droits de l'homme 241, 258

droits de l'enfant 87

mesures de prévention, de la maltraitance des

personnes âgées 156, **156**

de la mutilation des organes génitaux féminins

191

de la violence familiale 121, 123

mesures face à des conflits armés 252–253

prévention de la torture 243

recommandations en matière de coordination **280**

Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) 119, **123**, 253–254, 279

site Web 356

Organismes internationaux, recommandations en matière de collaboration **280**

Orphelins, épidémie de SIDA 139

OTAN, *voir* Organisation du Traité de l'Atlantique Nord

Programmes de sensibilisation

suicide **220–226**

violence chez les jeunes 43–54

violence familiale **121–124**

P

Pacifique occidental

mortalité imputable, à des blessures intentionnelles **298–301**

à la guerre **310–313**

principales causes de décès **326–327**

statistiques, démographiques **296–297**

sur les homicides 10–12, **302–305**

sur le suicide 10–12, **306–309**

violence exercée par le partenaire **100**

Pacte international relatif aux droits civils et politiques 253, 281

Pauvreté

lien avec la violence **271–272**

personnes âgées 140, 142, 146

violence, chez les jeunes 39, **49–50**

sexuelle **175–176**, 179

Pays en développement

évolution démographique 138–139

maltraitance des personnes âgées 138–139,

142–144, 147, 157–158

mesures de prévention de la violence **115–116**, 157

VIH/SIDA 37, 114, 139, 183, **185**

violence familiale 104–105, 115–116

Pays industrialisés

maltraitance des personnes âgées **144–145**, 147–148, 153

vieillesse de la population 138–139

violence exercée par le partenaire 103–104

Personnel médical

aide aux enfants soldats **261–262**

formation **79**, 88, 185–186, 276

- incidences des conflits armés **252**
- prévention, de la torture 243
 - de la violence sexuelle **184–186**, 193
- reconnaissance de la maltraitance des personnes âgées 152–154
- sensibilisation à la maltraitance des enfants **79**, 88
- Personnel soignant/tuteurs
 - maltraitance, des enfants **66**, **73–75**
 - des personnes âgées **145–147**, **148–149**, 154
 - violence sexuelle **173**, 186, 192–193
- Personnes âgées (*voir également* Maltraitance des personnes âgées)
 - croissance démographique **138–139**
 - droits de l’homme **158**
 - pandémie de SIDA 139
 - suicide 212–213, 217
- Personnes déplacées à l’intérieur de leur propre pays, *voir* Réfugiés
- Personnes déplacées, *voir* Réfugiés
- Perte, suicide 215, 216, 225–226
- Pesticides, suicides 217, **224**
- Peuples autochtones **210**
- Pharmacothérapie, prévention du suicide **220**, 227–228
- Planification, recommandations en matière de prévention **274**
- Planification stratégique, recommandations en matière de prévention **273**
- Plans d’action, prévention de la violence 123–124, **274–275**
- Police 117, 159, 187, 243
 - postes entièrement féminins **117–118**
 - violence chez les jeunes **42–49**
- Politique
 - nécessité d’un engagement **271**
 - violence collective **243–244**, 253
- Politiques
 - fourniture de données sur les conflits 258
 - lutte contre la violence collective **253**
 - prévention, de la maltraitance des enfants **83**, 84–86
 - de la violence chez les jeunes 42, **52–53**
 - du suicide **226**
 - protection sociale **279–280**
 - violence, familiale **117**
 - sexuelle **171–172**, 179
- Population
 - Etats Membres de l’OMS **290–297**
 - réinstallation forcée 251
 - vieillesse **139–140**
- Population indigène
 - anciens 140
 - décès imputables à des conflits 242
 - suicide 209, **210**, 219
- Populations insulaires du détroit de Torres, suicide **210**
- Poursuites
 - maltraitance des enfants **83**
 - violence sexuelle 188
- Pouvoir, abus de 5, 165
- Prédicteurs
 - suicide **214**, 219
 - violence, chez les jeunes 33, **35–36**
 - en général 270
 - exercée par le partenaire **108–112**
- Préparation à la vie quotidienne **183**
- Pression des pairs
 - violence, chez les jeunes **37**
 - sexuelle **161**
- Prévalence
 - maltraitance, des enfants **66–71**
 - des personnes âgées **144–145**
 - violence, chez les jeunes **27–34**
 - collective **241–244**
 - dirigée contre soi **206–211**
 - exercée par le partenaire **99–104**, 109
 - sexuelle **166–174**
- Prévention 3, **14–21**
 - approche axée sur la santé publique **3–5**, 9–13, 16–18, 280–281
 - campagnes médiatiques 278, **279**
 - définitions **16**
 - maltraitance, des enfants **77–89**
 - des personnes âgées **149–159**
 - plans d’action nationaux **273–274**
 - recommandations **272–281**
 - suicide **220–226**
 - violence, chez les jeunes **43**, 45–54
 - collective **252–262**
 - dirigée contre soi **220–226**
 - en milieu de travail **19–21**
 - exercée par le partenaire **115–126**
 - sexuelle **171–172**, 182–192
- Prévention primaire **16**, 272, 274–275
 - maltraitance des personnes âgées 158
 - violence, familiale **123**, 126
 - sexuelle **192**
- Prévention secondaire **16**, 275–276
- Prévention tertiaire **16**
- Priorités
 - aide aux victimes **275**
 - contexte **274–275**
 - prévention, de la maltraitance des personnes âgées 157
 - de la violence sexuelle **192**
- Prisons, violence sexuelle 171
- Privations **6–85**
- Production alimentaire, conflits armés **252**
- Programmes
 - d’encadrement, violence chez les jeunes **47**
 - d’entraide

maltraitance des personnes âgées 159
 soutien après un suicide 225–226
 développement social 43, **45–46**
 formation au rôle de parent **47**, 77–78
 lutte contre les mutilations génitales féminines **190**
 prévention, de la maltraitance des enfants **80–85**
 de la maltraitance des personnes âgées **151–157**,
 159
 de la violence chez les jeunes **43**, 45–59
 de la violence familiale **118–119**, 123
 de la violence sexuelle **183**, 185, 192
 promotion de la santé par l’OPS et l’OMS **255–256**
 renforcement préscolaire **43**, 45–46
 santé publique **4**
 soutien familial **81–82**
 visites à domicile **81**

Programmes d’intervention en situation de crise
 maltraitance, des enfants 79–80
 des personnes âgées **151–152**
 violence collective **255–257**

Projet de World Studies of Abuse in the Family
 Environment (WorldSAFE) **68–70**, 71–72

Promiscuité, violence sexuelle **175**

Prophylaxie, infection à VIH **185**, 192

Prostitution (*voir également* Travailleurs du sexe) **170**,
 172, 173

Protection
 conférée par l’Etat 42
 enfants maltraités **82**, 83–84
 sociale, recommandations en matière
 de politique **280**
 stratégies d’aide aux femmes maltraitées **105–106**

Protocole d’Istanbul 243

Protocoles, preuves d’agression sexuelle **184**

Punition (*voir également* Discipline)
 enfants **68–69**, 271
 épouses **104–105**, 112, 270–271
 viol en tant que 165, 178

Q

Qualité, collecte de données **9–10**
 Quotient intellectuel (QI), violence chez les jeunes 37

R

Réadaptation, enfants soldats **261–262**

Recherche 4, **274**
 maltraitance, des enfants 68–77, 86–87, **88**
 des personnes âgées 157, 158
 suicide 210, 220–221, **227**
 violence, chez les jeunes **52–54**
 collective 258, **260–262**
 dans les médias **44–45**
 exercée par le partenaire **102–103**, 112, 125
 sexuelle 166, **191–192**

Recommandations

maltraitance des personnes âgées **157–159**
 prévention, de la maltraitance des enfants **86–88**
 de la violence **273–281**
 de la violence chez les jeunes **52–54**
 du suicide **226–228**

violence, collective **258–263**
 exercée par le partenaire **124–126**
 sexuelle **191–192**

Réfugiés 250, **256–257**
 risque de contracter le VIH **248**
 services de santé **252**
 violence sexuelle **173**, 190

Régions rurales, suicide **217**

Relations
 facteurs de risque de viol **176**
 maltraitance des personnes âgées **146**
 modèle écologique 13, **14**
 suicide **215–216**, 220–223
 violence, chez les jeunes **36–37**, 46–48
 exercée par le partenaire 107, **110**
 violentes **106**, 122

Religion, suicide **218–219**, 271

Révélation
 maltraitance des enfants 84
 violence exercée par le partenaire 102

Révoltes scolaires et étudiantes 39

Rôle de parent
 ateliers 123
 facteurs culturels **65**, 69–70
 formation **47**, 78–79
 maltraitance des enfants 65–66, **73–74**
 méthodes disciplinaires **68–74**, 88, 271
 prévention de la violence sexuelle 184
 protection contre le suicide 219
 violence chez les jeunes **37–38**

Rôle des institutions spécialisées des Nations Unies 17

S

Santé génésique
 maltraitance des enfants 86
 partenaire masculin violent **113–114**
 violence sexuelle 165, 180

Santé mentale
 maltraitance des enfants 76–77
 prévention du suicide **220**
 violence, collective **255–256**
 exercée par le partenaire 113, **114**
 sexuelle 165, **179**

Schizophrénie, risque de suicide 214, 220

Secteur de la santé
 responsabilités **272–273**, 278
 rôle du 254, 262–263

Séries de cas, maltraitance des enfants **81**

- Sérotonine, suicide 215, 220, 227
- Services de soutien
- adultes maltraités pendant l'enfance **81–82**
 - après un suicide **225–226**, 228
 - familles **79–80**
 - maltraitance, des enfants **78–79**, 81
 - des personnes âgées **151–152**
 - prévention du suicide 220
 - réfugiés **190**
 - victimes **278–280**
 - de violence sexuelle 171–172, **183**, 185–186
 - violence, collective **255–258**, 262
 - familiale **116**, 125
- Services médico-légaux, violence sexuelle **184**, 187
- Services sociaux, maltraitance des personnes âgées **151–152**
- Sexe
- enfants maltraités 70, **72**
 - espérance de vie 140
 - maltraitance des personnes âgées 145
 - mortalité imputable, à des blessures de guerre 310–313
 - à des blessures intentionnelles **298–301**, 328–335
 - population des Etats membres de l'OMS **290–297**
 - promotion de l'égalité **278**
 - statistiques d'homicides **10–11**, 302–305, 336–342
 - suicide **10–11**, 207, **208**, 211, **306–309**, 344–351
 - violence, chez les jeunes **27–32**
 - sexuelle 192
- SIDA, *voir également* Syndrome d'immunodéficience acquise 113, 114, **183**
- Signalement, facteurs culturels, 12
 - maltraitance, des enfants 68, **82**, 85
 - des personnes âgées 149–159
 - suicides **209–211**
 - violences sexuelles 166–167, 171–174, 176
- SIPRI, *voir* Institut international de recherches sur la paix de Stockholm
- Sites Web, sur la violence **355**, 356
- Situations d'urgence complexes **239–240**
- Société internationale pour la prévention des mauvais traitements et négligences envers les enfants 65, 355–356
- Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge, Fédération internationale des 257
- Soins aux personnes âgées
 - milieu, familial **142**
 - institutionnel **144**
- Soins de santé
 - conflits armés **252**, 257–258, 259
 - coût de la violence 3, **12–13**
 - formation du personnel **80**, 88, 184–185, 276
 - initiatives de l'OPS et de l'OMS **255–256**
 - maltraitance, des enfants **80–82**
 - des personnes âgées **153–154**
 - prévention de la violence chez les jeunes 49
 - réfugiés 254
 - rétablissement après les conflits **258–259**, 262
 - violence, familiale **118–119**
 - sexuelle **183**, 184–186
 - dans le secteur des **173**, 185, **192**
- Soins en établissement, *voir* Etablissements
- Sources, données **7–9**, 166, 241
- Soutien social, suicide 219, **224–226**
- Sports, prévention de la violence chez les jeunes 45
- Statistiques **285–353**
 - comparabilité des données **8–9**, 101, **102–103**, 209, 274
 - mortalité, mondiale 285, **286**, 314–315
 - par pays **287**, 328–335, 336–342, 344–351, 352–353
 - par Région de l'OMS **298–301**, 302–305, 306–309, 311–314, 316–327
 - population des Etats membres de l'OMS **290–297**
 - types/sources de données **7–9**, 167, 241
- Statut de Rome de la Cour pénale internationale (1998) 189, 281
- Stéréotypes, personnes âgées 157
- Stigmates
 - partenaire masculin violent 106
 - VIH/SIDA 182
- Stratégies
 - femmes maltraitées 105–106
 - prévention de la violence chez les jeunes **43**, 45–52
 - révélation de la violence familiale 103
- Stress
 - maltraitance, des enfants 75
 - des personnes âgées 145, 157
 - violence collective 249, **249**
- Suicide (*voir également* Violence dirigée contre soi) 6, 16, 114, **205–228**, 270
 - ampleur **206–209**
 - définitions **205**
 - estimations, erronées **209**
 - mondiales **10**, 206–207
 - facteurs, de protection 217, **220**
 - de risque **212–220**
 - précipitants **215–216**
 - idéation 205, **211**, 215–216
 - méthodes **217**, 224–225
 - par balle, par pays **352–353**
 - prédicteurs **214**
 - prévention **220–226**
 - recommandations **226–228**
 - sites Web 355

- statistiques de mortalité **206–209**, 306–309, 344–348
 - tendances dans le temps **207**
 - tentatives 205, **209**, 211
 - violence, en milieu de travail 19–20
 - sexuelle 165, **181**
 - Surveillance
 - conflits armés 255, 258, 260
 - maltraitance des enfants 86
 - violence chez les jeunes 51–52
 - Syndrome, de l'enfant battu 65, **67**
 - de mort subite du nourrisson 66, 83
 - de stress post-traumatique 76, 77, 112, 181, 249
 - d'immunodéficience acquise (SIDA)
 - (voir également Virus de l'immunodéficience humaine) 13, 38, 114
 - personnes âgées **140**
 - violence sexuelle **182**
 - Systèmes de croyances, violence sexuelle 179
- T**
- Technologies, nouvelles armes **246**, 263
 - Téléphone, conseils psychosociaux 152, 183, 222
 - Télévision 43, **44–45**, 84, 186, **276**
 - Terrorisme 6, 240, 246, 263
 - Thérapie cognitivo-comportementale 221
 - Thérapies (voir également Traitements)
 - comportementales **84**, 221
 - comportement suicidaire **220–221**, 227
 - maltraitance des enfants **81–82**, 84
 - prévention de la violence chez les jeunes **47**
 - Torture, conflit armé **242**, 243
 - Toxicomanie
 - lien avec la maltraitance des enfants 75
 - Toxines, violence chez les jeunes 49
 - Traditions (voir également Facteurs culturels)
 - partenaire masculin violent 103, **104–105**, 112
 - soins aux personnes âgées **141–142**, 158
 - Trafic, d'armes **281**
 - de stupéfiants 281
 - Traite
 - exploitation sexuelle **167**, 170, 172, 180, **189–190**
 - risques de contracter des maladies 181
 - Traités
 - droits, de l'enfant 70, 85–87, **189**, 281
 - de l'homme **280–281**
 - prévention de la violence, collective **252**
 - sexuelle **189**
 - Traités internationaux (voir également Conventions)
 - droits, de l'enfant 70, 85–86, **87**, 189, 281
 - de l'homme 189, 240, 243, **281–282**
 - violence, collective **253**
 - sexuelle **189**, 279
 - Traitements (voir également Thérapies)
 - agresseurs **83**
 - auteurs de violence sexuelle 183
 - partenaires violents **118**
 - prévention du suicide 213, **220–221**, 227
 - Traumatismes
 - enfants soldats **261**
 - fardeau mondial 286
 - maltraitance des enfants 66, **67**
 - mines terrestres 249
 - mortalité, imputable à la guerre **310–313**
 - par pays **328–335**
 - par région de l'OMS **298–301**, 310–313
 - partenaire masculin violent 114
 - principales causes de décès 286–287, **314–327**
 - violence, chez les jeunes **29–33**
 - sexuelle 165, **179–180**
 - Travailleurs du sexe
 - traite **166**, 170, 180, **189–190**
 - violence sexuelle contre **172**
 - Tribunaux, violence familiale 117
 - Trouble bipolaire 213–214
 - de l'humeur, suicide **221**, 227–228
 - Typologie de la violence 6, 7
- U**
- UE, voir Union européenne
 - Union européenne (UE)
 - mesures de lutte contre la traite des personnes 190
 - violence en milieu de travail 19–20
 - Urgence, situations d'urgence complexes **239–240**, 257
- V**
- Vaccination, conflits armés 247, 256
 - Variations géographiques
 - estimations de la mortalité **10–12**
 - maltraitance, des enfants 66, 88
 - des personnes âgées 145–146
 - violence, chez les jeunes **27–32**
 - dirigée contre soi 206–209
 - exercée par le partenaire 104–105, 107
 - sexuelle 168–170, 172–174
 - Veuves
 - risque de suicide 216
 - violence à l'égard des **141**, 158
 - Victimes, voir également Homicides ; Mortalité
 - violence collective **239–263**, 241, 246, **249**, 261–262
 - Victimisation, violence sexuelle contre les enfants **175**
 - VIH, voir Virus de l'immunodéficience humaine
 - Vingtème siècle, décès liés aux conflits **242**
 - Viol (voir également Violence sexuelle)
 - centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle 184, **187**
 - comportement suicidaire **181**

- conflit armé **173**, 190, 242
 conséquences physiques **180–181**
 définition **165**
 des hommes **169–170**
 en tant que punition 165, 177
 facteurs de risque **175**, 176–177
 facteurs sociétaux 178, **179**, 180–181
 gang **168**, 177
 honneur familial 103
 réforme du droit **188–189**
 risque de contracter le VIH 179, **180**, 185
 signalé 12, 166–167
- Violence (*voir également* Maltraitance des enfants ;
 Maltraitance des personnes âgées ; Violence
 exercée par des partenaires intimes ; Violence
 sexuelle)
 définitions **5–6**
 dirigée contre soi **6–7**, 205, 228
 droits de l'homme **280–281**
 typologie **6–7**
- Violence chez les jeunes 11, 15, 27–54, **35**
 ampleur **27–54**
 définitions **27**
 développement **33–34**
 dynamique **33–35**
 facteurs de risque **35–43**, 51–52
 homicides **27–54**, 41, 42–43, 51
 influence des médias 43, **44–45**
 lien avec la pauvreté 271
 non fatale **29–31**
 prévention **43**, 45–54
 recommandations **52–54**
 sites Web 355
 tendances **27–28**
- Violence collective (*voir également* Conflits armés ;
 Guerre) 6, **7**, 239–263
 ampleur **242–244**
 conséquences 239, **247–252**, 261
 définitions **239–241**
 données **241**, 258, 260
 enfants soldats **261–262**
 facteurs de risque **244–247**
 génocide **240–241**, 281
 nature **244**
 prévention **253–258**
 recommandations **259–263**, 262–263
 sites Web 355
 victimes **241–242**, 246–248, **249**
- Violence conjugale, (*voir* Violence exercée par des
 partenaires intimes; violence familiale)
 Violence dirigée contre soi (*voir également* Suicide)
6–7, 205–228
 ampleur **206–211**
 automutilation **205–206**
- coûts 205
 définitions **205–206**
 facteurs de risque **211–219**
 prévention **220–225**
 recommandations **225–227**
- Violence en milieu de travail **19–20**
- Violence exercée par des partenaires intimes
 (*voir également* Violence familiale)
- Violence exercée par le partenaire, 6, 11–14, 16,
99–126, 269–270
 conséquences **104–105**, 112–115
 comparabilité des données **102**
 définitions **99**
 dynamique **103–106**
 enfants **76**, 81, 114, **115**, 126
 facteurs de risque **106–110**
 homicides **103**
 mortalité maternelle 114
 prévalence **99–103**
 prévention **115–126**
 principes de bonnes pratiques **123–124**
 recommandations **124–126**
 sites Web 357
 violence sexuelle **167–168**, 174, 181
- Violence familiale (*voir également* Violence exercée par
 des partenaires intimes) 16
 approches multisectorielles **124**
 conseils de coordination **119–120**
 enfants **76**, 81, 113, **115**
 législation **115–118**
 mesures de prévention **121–124**
 de la maltraitance des personnes âgées **147–148**,
 159
 services de soutien **116**, 125
 sociétés non violentes 107–108
 travail de sensibilisation **119**
 variations locales **108**
- Violence non mortelle (*voir également* Traumatismes)
8, **9**
 contre les enfants **66–71**
 contre les femmes 113
 estimations mondiales **11**
 jeunes **29–32**
 partenaires intimes **99–103**
 tentatives de suicide 205, **209**, 212
- Violence physique **6–7**
 enfants **66**, 68–70, 72–73, **81**
 milieu de travail 19–20
 partenaire masculin violent 99, **100–101**, 104, 106,
 113
 personnes âgées 140–141, 148, **155**
 risque de suicide 215–216
 violence chez les jeunes 11, 31, **32**, **34**
- Violence psychologique 5, **6–7**, 19–20

enfants **70–71**, 76–77
 femmes 101, 102, 113
 personnes âgées 141, 144, 148, **154**
 Violence sexuelle (*voir également* Maltraitance des
 enfants ; Violence exercée par des partenaires
 intimes) **6–7**, 11, 16, **165–193**, 270–272
 ampleur **166–174**
 coercition **165**, 166–169, **170–171**, 179–180, **181**
 conséquences **171**, 180–182
 conventions internationales **189**
 définitions **165**
 en tant que comportement appris **160**
 facteurs de risque **174–180**
 milieu médical **173**, 186, **192**
 personnes âgées 141, 143, **154**
 prévention **83–84**, 183–191
 recommandations **191–193**
 suicide **181**, 215–216
 traite **166**, 168–169, 170–172
 types **165–166**
 victimes de sexe masculin **171–172**
 VIH/SIDA **182**

Violence verbale
 enfants 71
 personnes âgées 144
 Voleurs, caractéristiques **176**
 Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
 (*voir également* Syndrome d'immunodéficience
 acquise)
 conflits armés **247–248**
 prophylaxie **185**, 192
 violence sexuelle 165, **180**, 181
 Visites à domicile
 maltraitance des enfants **79**
 prévention de la violence chez les jeunes **46–47**
 Vulnérabilité
 enfants **72–73**
 groupes à risque **174**, 271–272
 personnes âgées **141**, 146–147

W

World Wide Web, sites sur la violence **356–357**, 358

BIBLIOGRAPHIE THEMATIQUE OMS

Violence : a public health priority.

WHO Global Consultation on Violence and Health.
1996 • 36 pages • document WHO/EHA/SPI.POA.2

Injury : a leading cause of the global burden of disease.

E. Krug.
1999 • 56 pages • document WHO/HSC/PVI/99.11

Injury surveillance guidelines.

Y. Holder et al.
2001 • 91 pages • document WHO/NMH/VIP/01.02
(publié en collaboration avec les Centers for Disease Control and Prevention
des Etats-Unis d'Amérique)

**Guidance for surveillance of injuries due to landmines
and unexploded ordnance.**

D. Sethi, E. Krug.
2000 • 30 pages • document WHO/NMH/PVI/00.2

Violence against women : a priority health issue.

1997 • Dossier d'information • document WHO/FRH/WHD/97.8

**Putting women first : ethical and safety recommendations for research
on domestic violence against women**

2001 • 31 pages • document WHO/FCH/GWH/01.01

**Rapport : consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant
OMS, Genève, 29-31 mars 1999.**

1999 • 54 pages • document WHO/HSC/PVI/99.1

**Missing voices : views of older persons on elder abuse.
Organisation mondiale de la Santé/International Network
for the Prevention of Elder Abuse**

2002 • 22 pages • documents WHO/NMH/VIP/02.1 & WHO/NMH/NPH/02.2

**Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale :
nouvelle conception, nouveaux espoirs.**

2001 • 182 pages

Preventing suicide : a resource for primary health care workers.

2000 • 21 pages • document WHO/NMH/MBD/00.4

Pour plus de détails sur ces ouvrages et sur les autres publications de l'OMS,
s'adresser au Service Marketing et Diffusion,
Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.

La violence écourte la vie de millions de personnes dans le monde chaque année et gâche celle de millions d'autres. Elle ignore les frontières géographiques ou raciales ou encore celles de l'âge ou du revenu. Elle frappe aussi bien les enfants et les adolescents que les femmes et les personnes âgées. Elle s'insinue dans les foyers, dans les écoles et dans les lieux de travail. Les hommes et les femmes, où qu'ils résident, ont le droit de vivre leur propre vie et d'élever leurs enfants à l'abri de la crainte de la violence. Nous devons les aider à jouir de ce droit en faisant clairement comprendre que la violence est évitable et en nous attachant ensemble à en définir les causes profondes et à prendre les mesures qui s'imposent.

Kofi Annan, Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies,
Lauréat du Prix Nobel de la Paix, 2001

Massacres, déplacements forcés de populations, accès discriminatoire aux soins de santé – dans les contextes dans lesquels MSF intervient, la violence, surtout la violence politique, est souvent l'une des principales causes de mortalité. Son absence dans les registres épidémiologiques reflète souvent la position ambiguë des médecins et des experts face au pouvoir. Le rapport sur la violence vient briser enfin le mur du silence.

Morten Rostrup, Président, Conseil international de Médecins sans Frontières (MSF),
Lauréat du Prix Nobel de la Paix, 1999

Il faut absolument s'engager davantage pour accroître les efforts mondiaux de prévention de la violence. C'est pourquoi je me félicite particulièrement de la parution de ce rapport. Pour la première fois, toutes les connaissances disponibles ont été réunies en une même publication. La société civile, les organismes des Nations Unies et les gouvernements doivent conjuguer leurs efforts pour mettre en œuvre les recommandations du rapport.

Jody Williams, Campagne internationale pour interdire les mines,
Lauréat du Prix Nobel de la Paix, 1997

Aussi longtemps que l'humanité continue de recourir à la violence pour résoudre les conflits, notre planète ne connaîtra ni la paix ni la sécurité et la santé continuera à en pâtir. Le présent rapport nous aide à regarder en face la réalité de la violence en tant que problème de santé publique, mais il nous apporte aussi un message d'espoir pour l'avenir. Ce n'est peut-être que lorsque nous aurons compris que la violence nous détruit corps et âme que nous commencerons collectivement à agir contre ses causes profondes et ses conséquences. Ce rapport est un grand pas dans cette direction.

Oscar Arias, ancien Président du Costa Rica
Lauréat du Prix Nobel de la Paix, 1987

L'OMS a apporté une contribution substantielle en offrant une perspective mondiale sur toutes les formes de violence. Le coût humain et social considérable de la violence n'a pas suffisamment retenu l'attention jusqu'ici comme problème de santé publique. Le rapport favorisera un nouvel engagement des agents de santé et des autres parties prenantes en faveur de la lutte contre la violence. Pendant plus de 20 ans, l'Association internationale des Médecins pour la Prévention de la Guerre nucléaire a soutenu que les armes et la guerre nucléaires constituent des expressions ultimes de la violence qui doivent être éliminées si nous entendons léguer aux générations futures une planète sur laquelle la vie soit possible.

Anton Chazov et Bernard Lown, Association internationale des Médecins pour la Prévention de la Guerre nucléaire,
Lauréats du Prix Nobel de la Paix, 1985

ISBN 92 4 154561 5

