

Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé



Organisation mondiale
de la Santé
Genève

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé

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

ISBN 92 41545623

(Classification NLM : HV6625)

Titre suggéré pour les citations : *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

Photographie de Nelson Mandela reproduite avec l'autorisation de l'African National Congress.

L'Organisation mondiale de la Santé est toujours heureuse de recevoir des demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement. Les demandes à cet effet et les demandes de renseignements doivent être adressées au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse, qui se fera un plaisir de fournir les renseignements les plus récents sur les changements apportés au texte, les nouvelles éditions prévues et les réimpressions et traductions déjà disponibles.

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

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat 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.

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.

Lorsqu'elle apparaît dans les titres de tableaux, la désignation « pays ou territoire » couvre les pays, territoires, villes ou zones.

Typeset and printed in Switzerland

Table des matières

Avant-propos

Préface

La violence – un défi planétaire

L'approche de santé publique face à la violence

 Définir la violence

 Typologie de la violence

 Mesure de la violence

Les répercussions de la violence – décès et problèmes de santé

Les racines de la violence – un modèle écologique

De l'analyse à l'action concrète

Les formes de violence et leur contexte

Violence interpersonnelle

 Les jeunes et la violence

 La violence entre partenaires

 Maltraitance des enfants et manque de soins de la part des parents ou des tuteurs

 Maltraitance des personnes âgées

 Violence sexuelle

 La dynamique de la violence interpersonnelle

Violence dirigée contre soi-même

 Ampleur du problème

 La dynamique du suicide

Violence collective

 Ampleur du problème

 Conséquences de la violence collective

 La dynamique des conflits violents

Comment prévenir la violence ?

Approches individuelles

Approches relationnelles

Actions communautaires

Approches sociétales

Quelques lacunes de taille

Recommandations sur les mesures à prendre

Conclusion

Bibliographie

Avant-propos



Le XX^e siècle restera comme une période marquée par la violence. Il nous laisse un lourd héritage de destruction de masse, de violence perpétrée à une échelle jamais vue et jamais imaginée auparavant dans l'histoire de l'humanité. Mais cet héritage – produit de technologies nouvelles mises au service d'idéologies de la haine – n'est pas le seul qui nous soit transmis ni que nous ayons à affronter.

Ce qui est moins visible mais bien plus répandu, c'est le fardeau des souffrances quotidiennes au niveau des êtres humains. C'est la douleur des enfants victimes de ceux qui devraient les protéger, des femmes blessées ou humiliées par un partenaire violent, des personnes âgées maltraitées par ceux qui s'occupent d'elles, des jeunes brutalisés par d'autres jeunes, ou encore des gens de tous âges qui retournent la violence contre eux-mêmes. Cette souffrance – et on pourrait en donner bien d'autres exemples – est un mal qui s'autoreproduit, car les nouvelles générations grandissent avec la violence des générations passées, les victimes vivent avec les bourreaux, et on laisse perdurer les situations sociales qui alimentent la violence. Il n'est pas un pays, une ville ou une communauté qui soit à l'abri. Nous ne sommes cependant pas impuissants face à ce phénomène.

La violence vit de l'absence de démocratie, de la violation des droits fondamentaux et de la mauvaise gouvernance. On dit souvent qu'une « culture de la violence » peut s'enraciner. C'est absolument indéniable ; en tant que Sud-Africain qui a connu l'apartheid et qui en vit encore les conséquences, je sais ce que c'est et j'en ai fait l'expérience. Il est vrai aussi que, lorsque les autorités approuvent le recours à la violence par leurs propres actes, la violence envahit toute la société. Dans bien des pays, la violence prédomine, à tel point qu'elle annihile tout espoir de développement économique et social. Nous ne pouvons tolérer cet état de choses plus longtemps.

Beaucoup de ceux qui sont confrontés jour après jour à la violence pensent qu'elle fait intrinsèquement partie de la condition humaine. Mais il n'en est rien. La violence n'est pas une fatalité, et on peut démanteler une culture de la violence. Dans mon propre pays et dans le monde entier, il y a des exemples extraordinaires qui montrent que la violence peut être endiguée. Les gouvernements, les communautés et les êtres humains peuvent changer le cours des choses.

Je me félicite de ce premier *Rapport mondial sur la violence et la santé*, qui devrait nous aider à mieux saisir le phénomène de la violence et ses répercussions sur la santé. Il en fait ressortir les différents aspects, depuis la souffrance « invisible » des plus vulnérables jusqu'à la tragédie bien trop visible des sociétés plongées dans un conflit. Il nous permet de mieux connaître les facteurs qui débouchent sur la violence, ainsi que les ripostes possibles des différents secteurs de la société. Ce faisant, il nous rappelle que sûreté et sécurité ne sont pas quelque chose qui va de soi : elles résultent d'un consensus collectif et d'un investissement public.

Le rapport expose les mesures à prendre aux niveaux local, national et international et formule des recommandations. Ce sera donc un outil précieux pour les décideurs, les chercheurs, les praticiens, les défenseurs de la cause et les volontaires associés à la prévention de la violence. Si, traditionnellement, la violence relève du système de justice pénale, le rapport plaide vigoureusement en faveur de la participation de tous les secteurs de la société aux efforts de prévention.

Nous devons à nos enfants – qui sont les plus vulnérables – une vie à l’abri de la violence et de la peur. Pour y parvenir, nous devons consentir des efforts sans relâche pour instaurer paix, justice et prospérité dans tous les pays, et aussi dans toutes les collectivités et toutes les familles. Il nous faut extirper les racines de la violence – seul moyen de faire du fardeau écrasant légué par le siècle passé une mise en garde pour l’avenir.

Nelson Mandela

Préface



La violence est omniprésente dans la vie de bien des gens, et elle nous concerne tous d'une façon ou d'une autre. Pour beaucoup, se protéger signifie fermer portes et fenêtres à double tour et éviter les endroits dangereux. Pour d'autres, il n'y a aucun moyen d'y échapper. La violence menace derrière les portes – bien occultée. Pour ceux qui vivent une situation de guerre ou de conflit, la violence imprègne tous les aspects de leur vie.

Le présent rapport, première synthèse exhaustive du problème à l'échelle mondiale, montre quel est le coût humain de la violence – plus de 1,6 million de morts chaque année et de nombreuses autres vies brisées sans que ce soit toujours visible – mais aussi quelles sont les différentes facettes de la violence interpersonnelle, de la violence collective et de la violence dirigée contre soi-même, tout en faisant ressortir les contextes dans lesquels elle survient. Il montre que là où la violence perdure, la santé est sérieusement compromise.

Le rapport nous lance un défi à bien des égards. Il nous force à aller au-delà de ce que nous jugeons commode et acceptable – à remettre en cause l'idée selon laquelle les actes de violence relèvent tout simplement de l'intimité familiale, d'un choix individuel ou de côtés inéluctables de la vie. La violence est un problème complexe associé à des schémas de pensée et de comportement façonnés par de nombreuses forces qui s'exercent à l'intérieur de la famille et de la communauté, des forces qui peuvent aussi transcender les frontières nationales. Le rapport nous invite à travailler avec tout un éventail de partenaires et à adopter une approche dynamique, scientifique et exhaustive.

Nous avons à notre disposition certains des outils et des connaissances qui permettront de changer les choses – les outils mêmes qui ont été utilisés avec succès pour résoudre d'autres problèmes de santé. C'est là un fait qui transparait tout au long du rapport. Nous savons aussi où appliquer ces connaissances. La violence est souvent prévisible et évitable. Tout comme d'autres problèmes de santé, elle n'est pas répartie de façon égale entre groupes de population ou entre contextes. Bon nombre des facteurs qui accroissent le risque de violence sont communs aux différentes formes de violence, et on peut agir sur eux.

L'importance de la prévention primaire est un leitmotiv tout au long du rapport. Des investissements même modestes à ce niveau peuvent avoir d'importantes retombées à long terme, mais il faut aussi la volonté des dirigeants et un appui en faveur de l'action de prévention de la part de toute une gamme de partenaires des secteurs public et privé, de pays industrialisés comme de pays en développement.

La santé publique a enregistré de remarquables progrès ces dernières décennies, notamment le recul de nombreuses maladies de l'enfant. Mais protéger nos enfants de ces maladies pour les laisser ensuite aux prises avec la violence ou les perdre plus tard par suite d'actes de violence entre partenaires, de faits de guerre ou de conflit, ou encore d'automutilations ou de suicide serait un échec de la santé publique.

Si la santé publique ne peut apporter toutes les réponses à ce problème complexe, nous sommes toutefois résolus à jouer le rôle qui nous revient dans la prévention de la violence à travers le monde. Le présent rapport contribuera à définir la riposte mondiale au phénomène de la violence et à faire de la planète un lieu plus sûr et plus sain pour tous ses habitants. Je vous invite à lire le rapport avec soin, puis à vous joindre à moi-même et aux nombreux spécialistes de la prévention de la violence qui y ont collaboré, pour répondre à son interpellation et agir concrètement.

Gro Harlem Brundtland
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé

La violence — un défi planétaire

Aucun pays, aucune collectivité n'est à l'abri de la violence. Les images et les récits de violence sont omniprésents dans les médias ; la violence est dans la rue, chez nous, à l'école, au travail et ailleurs encore. C'est un fléau universel qui détruit le tissu social et menace la vie, la santé et la prospérité de tous. Chaque année, la violence dans le monde fait plus de 1,6 million de morts. Pour une personne qui meurt des suites d'un acte de violence, beaucoup d'autres sont blessées ou confrontées à tout un éventail de problèmes physiques, sexuels, génésiques ou mentaux. La violence figure parmi les principales causes de décès de 15 à 44 ans dans le monde ; elle est responsable d'environ 14 % des décès chez les hommes et de 7 % des décès chez les femmes (1).

Parce qu'elle est omniprésente, la violence est souvent considérée comme un aspect inéluctable de la condition humaine – un fait de la vie qu'il faut affronter plutôt que prévenir. De plus, les gens pensent souvent que c'est un problème d'« ordre public », où le rôle des professionnels de santé se limite à la prise en charge des conséquences. Mais ces présupposés sont en train de changer, face aux succès remportés par les approches de santé publique appliquées à d'autres problèmes de santé liés à l'environnement et au comportement comme les cardiopathies, l'alcool au volant, le tabagisme ou le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/SIDA). Le champ de vision s'élargit, et l'accent est mis sur la prévention et sur les moyens de s'attaquer aux causes fondamentales de la violence. En même temps, la police, les tribunaux et les criminologistes se font aider par les spécialistes d'autres institutions et d'autres disciplines, depuis la psychologie de l'enfant jusqu'à l'épidémiologie.

Le coût de la violence s'explique en grande partie par ses répercussions sur la santé des victimes et par le fardeau qu'elle fait peser sur les établissements de santé (2). C'est pourquoi le secteur de la santé est particulièrement concerné par la prévention, où il a un rôle essentiel à jouer. Le Directeur général de la Santé des Etats-Unis d'Amérique a été le premier à le souligner clairement en 1979, dans un rapport intitulé *Healthy people* (3), où il déclarait que, dans les efforts pour améliorer la santé des habitants de son pays, on ne saurait ignorer les conséquences des comportements violents, de sorte que s'attaquer aux racines de la violence devenait une priorité pour les milieux de la santé.

Depuis, de nombreux praticiens et chercheurs en santé publique aux Etats-Unis et ailleurs ont entrepris de mieux comprendre le phénomène de la violence et de trouver des moyens de prévention (4). La question a été portée à l'attention du monde entier lorsque l'Assemblée mondiale de la Santé, réunie à Genève en 1996, a adopté une résolution dans laquelle elle déclarait que la violence constituait l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde (voir Encadré 1).

Mais sensibiliser aux possibilités de prévention de la violence n'est qu'une première étape dans la définition de la riposte. La violence est une question extrêmement délicate. Beaucoup ont du mal à l'affronter dans leur vie professionnelle, car elle soulève des questions incontournables sur leur vie personnelle. Parler de la violence suppose que l'on aborde des problèmes complexes de morale, d'idéologie et de culture. Il y a donc bien souvent une résistance aux niveaux tant officiel que personnel à aborder le sujet.

ENCADRÉ 1

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;

ENCADRÉ 1 (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 ;
4. PRIE EN OUTRE le Directeur général de présenter au Conseil exécutif, à sa quatre-vingt-dix-neuvième session, un rapport faisant état des progrès accomplis jusque-là et de soumettre un plan d'action en vue de progresser vers la mise au point d'une démarche scientifique de santé publique en matière de prévention de la violence.

L'objet de ce premier *Rapport mondial sur la violence et la santé*¹ est de remettre en cause le silence, les interdits et le sentiment d'inéluctabilité qui entourent les comportements violents, et d'encourager le débat pour mieux comprendre ce phénomène extraordinairement complexe. Si les initiatives et les actions de mobilisation individuelles sont précieuses pour surmonter apathie et résistance, l'impératif premier pour s'attaquer à la violence de manière globale est de constituer des partenariats de toutes sortes à tous les niveaux, pour mettre au point de concert des ripostes efficaces.

Ce résumé s'adresse avant tout aux responsables des décisions et politiques de santé publique au niveau national, ainsi qu'à ceux qui travaillent en santé publique au niveau local et sont donc le plus à l'écoute des problèmes et des besoins des collectivités. Les vues exprimées et les conclusions tirées ici se fondent sur le *Rapport mondial sur la violence et la santé* ainsi que sur les nombreuses études auxquelles se réfère le rapport.

- La violence est souvent considérée comme un aspect inéluctable de la condition humaine – un fait de la vie qu'il faut affronter plutôt que prévenir. Face aux succès remportés par les approches de santé publique appliquées à d'autres problèmes de santé liés à l'environnement et au comportement, ces présupposés sont en train de changer.
- Le secteur de la santé est particulièrement concerné par la prévention de la violence, où il a un rôle essentiel à jouer.
- L'impératif premier pour s'attaquer à la violence de manière globale est de constituer des partenariats de toutes sortes à tous les niveaux, pour mettre au point de concert des ripostes efficaces.

L'approche de santé publique face à la violence

D'une façon générale, la riposte du secteur de la santé à la violence est en grande partie réactive et thérapeutique. Parce qu'elle est généralement compartimentée en différents domaines de compé-

¹ Krug EG et al. (sous la direction de) *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

tence et d'intérêt particulier, on néglige souvent la vision plus large et les rapports entre les différentes formes de violence. Or la violence est un phénomène complexe qu'il faut aborder de manière plus globale.

La santé publique, par définition, ne se concentre pas sur les patients à titre individuel, mais plutôt sur la santé des communautés et des populations. Les interventions de santé publique sont axées, chaque fois que possible, sur les groupes de population les plus exposés aux maladies et aux traumatismes. Les objectifs fondamentaux de la santé publique sont de préserver, de promouvoir et d'améliorer la santé. La santé publique insiste sur la prévention des maladies ou des traumatismes ou sur la prévention de leur réapparition, plutôt que sur le traitement des conséquences pour la santé.

Traditionnellement, l'approche de santé publique face à une menace quelconque pour le bien-être comporte quatre étapes (5) :

- définir et surveiller l'ampleur du problème ;
- identifier les causes du problème ;
- formuler et expérimenter des moyens de le résoudre ;
- appliquer à large échelle les mesures qui s'avèrent efficaces.

L'approche de santé publique repose sur des bases scientifiques. Chaque étape – depuis l'identification du problème et de ses causes jusqu'à la planification, à l'expérimentation et à l'évaluation des mesures de riposte – doit être fondée sur des solides travaux de recherche et étayée par des faits convaincants. L'approche de santé publique revêt d'autre part un caractère multidisciplinaire. Les responsables de la santé publique travaillent en partenariat avec toute une gamme de spécialistes et d'organisations et font appel à tout un éventail de compétences professionnelles, qu'il s'agisse de médecins, d'épidémiologistes et de psychologues ou de sociologues, de criminologistes, d'enseignants ou d'économistes.

Pour ce qui concerne la violence, les praticiens de santé publique et leurs partenaires partent de la conviction – fondée sur les faits – que les comportements violents et leurs conséquences peuvent être évités. L'approche de santé publique

ne se substitue pas à la justice pénale ni aux interventions faisant appel aux droits fondamentaux ; elle complète les activités et leur offre des outils et des moyens de collaboration supplémentaires.

Définir la violence

L'une des raisons pour lesquelles la violence a longtemps été quasiment oubliée en tant que problème de santé publique est l'absence de définition claire du phénomène. La violence est quelque chose d'extrêmement diffus et complexe. Pour la définir, il faut faire appel, non pas à une science exacte, mais à la capacité de jugement. Les idées sur ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas en termes de comportement et sur ce qu'est le mal sont influencées par des facteurs culturels et sont constamment remises en question à mesure qu'évoluent les valeurs et les normes sociales. Il y a une génération, par exemple, les coups de baguette sur les fesses, les jambes ou les mains faisaient régulièrement partie de la discipline dans les écoles britanniques. Aujourd'hui, en Grande-Bretagne, un enseignant peut être poursuivi pour avoir usé de la contrainte physique sous quelque forme que ce soit contre un enfant.

La diversité des codes de morale à travers le monde fait que le thème de la violence est l'un des plus difficiles et des plus sensibles à aborder dans une instance internationale. Mais il est urgent de le faire. Il faut s'efforcer de parvenir à un consensus et de fixer des normes de comportement universelles passant par l'élaboration des droits fondamentaux afin de protéger la vie et la dignité de l'être humain dans un monde en pleine mutation.

Il y a bien des moyens de définir la violence, selon la personne qui la définit et selon le but visé. Une définition aux fins d'arrestation et de condamnation sera, par exemple, différente de la définition destinée à l'intervention des services sociaux. En ce qui concerne la santé publique, l'enjeu consiste à définir la violence de manière à englober toute la gamme des actes perpétrés et les expériences subjectives des victimes sans généraliser au point que la définition perde sa signification – ou sans donner une définition tellement large qu'elle décrirait les vicissitudes naturelles de la vie de tous

les jours en termes de pathologie. Qui plus est, il faut un consensus mondial pour pouvoir comparer les données entre pays et constituer une solide base de savoir.

L'Organisation mondiale de la Santé définit la violence comme suit (4) :

l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un maldéveloppement ou une carence.

La définition comprend aussi bien la violence interpersonnelle que les comportements suicidaires et les conflits armés. Elle couvre également toute une série d'actes qui vont au-delà des actes de violence physique, incluant menaces et intimidation. Outre la mort et les traumatismes, elle englobe la multiplicité des conséquences souvent moins évidentes des comportements violents, comme les atteintes psychologiques et les problèmes de carence et de développement affectifs qui compromettent le bien-être individuel, familial et communautaire.

Typologie de la violence

Face à la complexité, à l'omniprésence et à la diversité des actes de violence, les réactions s'assimilent à l'impuissance et l'apathie. Il faut un cadre analytique ou une typologie pour dégager les fils de cette trame serrée afin de faire apparaître plus clairement la nature du problème – et les mesures de riposte nécessaires. Jusqu'à présent, les travaux ont été cloisonnés dans des domaines spécialisés de recherche et d'action. Pour surmonter ce problème, le cadre analytique devrait souligner les traits communs et les liens entre les différentes formes de violence, ce qui permettra d'aborder la prévention de façon exhaustive. Il existe peu de typologies de ce type, et aucune d'entre elles n'est globale ni universellement acceptée (6).

La typologie utilisée dans le *Rapport mondial sur la violence et la santé* classe les actes de violence en trois grandes catégories, selon leur auteur : violence

dirigée contre soi-même, violence interpersonnelle et violence collective.

Cette classification initiale fait la distinction entre la violence qu'un individu s'inflige à lui-même, la violence infligée par un autre ou par un petit groupe d'individus et, enfin, la violence infligée par des groupes plus importants comme des États, des groupes politiques organisés, des milices et des organisations terroristes (voir Figure 1).

Ces trois grandes catégories sont encore subdivisées pour rendre compte de formes plus particulières de violence.

La violence dirigée contre soi-même comprend les comportements suicidaires et les sévices infligés à soi-même comme l'automutilation. Avoir un comportement suicidaire, ce peut être tout simplement penser à mettre fin à ses jours, mais ce peut être aussi préparer l'acte, trouver le moyen de le faire, tenter de se suicider et mener l'acte à son terme. Il ne faut toutefois pas voir ces actions comme différents points sur une ligne continue. Bon nombre de gens qui ont des idées suicidaires ne passent jamais à l'acte et même ceux qui font une tentative de suicide n'ont pas toujours l'intention de mourir.

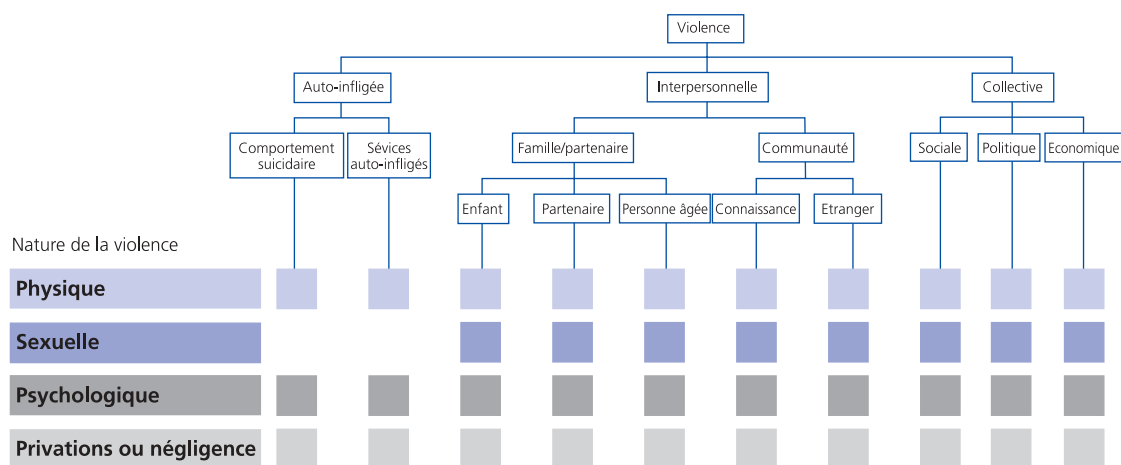
La violence interpersonnelle peut être classée en deux catégories subsidiaires :

- la violence familiale et la violence entre partenaires – c'est-à-dire essentiellement entre membres d'une famille et entre proches, et qui se manifeste généralement, mais pas toujours, à l'intérieur du foyer ;
- la violence communautaire – c'est-à-dire la violence entre des individus sans liens de parenté, qui se connaissent ou ne se connaissent pas, et qui survient généralement en dehors du foyer.

Le premier groupe comprend des formes de violence comme la maltraitance des enfants, la violence infligée par le partenaire et la maltraitance des personnes âgées. Le deuxième groupe comprend la violence des jeunes, les actes de violence aveugle, le viol ou les agressions sexuelles par des inconnus, ainsi que la violence en milieu institutionnel – école, lieu de travail, centre de détention ou établissement de soins, par exemple.

FIGURE 1

Typologie de la violence



La violence collective est l'instrumentalisation de la violence par des gens qui s'identifient en tant que groupe contre un autre groupe, afin de parvenir à des objectifs politiques, économiques ou sociaux. Elle peut prendre diverses formes : conflit armé entre Etats ou à l'intérieur d'un Etat, génocide, répression ou autres violations des droits fondamentaux, terrorisme ou criminalité organisée.

La typologie permet également d'appréhender la nature des actes de violence, qui peuvent être physiques, sexuels ou psychologiques, ou impliquer carence ou manque de soins. Elle envisage également la pertinence du contexte, le rapport entre l'auteur de l'acte et la victime, et – dans le cas de la violence collective – les causes éventuelles de cette violence.

Mesure de la violence

Pour agir sur le front de la santé publique, il faut mesurer l'ampleur du problème de santé particulier auquel on s'intéresse, car c'est déterminant pour prendre des décisions rationnelles. Il est important d'avoir des données fiables sur la violence, non seulement pour la planification et le suivi, mais aussi pour l'action de sensibilisation. Faute d'information, quasiment rien n'incite à prendre conscience du problème ou à y réagir.

Mesurer la violence pose de nombreux problèmes. Selon les pays, les systèmes de données sont

plus ou moins élaborés, de sorte que l'exhaustivité, la qualité, la fiabilité et l'utilité des renseignements disponibles varient beaucoup. Bon nombre d'actes de violence ne sont jamais enregistrés parce que les autorités n'en ont pas connaissance. D'autres sont portés à l'attention des autorités, mais les dossiers ne livrent pas toute l'information nécessaire pour une bonne compréhension du problème. Etant donné que la définition d'une forme de violence conditionne la façon dont les données sont recueillies, des définitions bien souvent lacunaires contribuent à occulter d'importants aspects du problème. Enfin, l'absence de cohérence dans les définitions et dans la collecte des données fait qu'il est difficile de comparer celles-ci entre collectivités ou entre pays.

A l'heure actuelle, ce sont les données sur la mortalité qui sont le plus recueillies et le plus disponibles. Les sources d'information sont notamment les certificats de décès, les registres de statistiques d'état civil et les rapports officiels sur les causes de décès. Mais les données sur la mortalité ne sont que la partie visible de l'iceberg. Pour une personne qui perd la vie, beaucoup d'autres sont blessées, psychologiquement diminuées ou handicapées à vie. Comme les issues fatales sont moins fréquentes (7-11), il faut d'autres types de données pour avoir un tableau plus complet de la situation en ce qui concerne la violence, en particulier :

- des données sur les maladies, les traumatismes et d'autres aspects de la santé ;
- des données auto-notifiées sur les mentalités, les croyances, les comportements, les pratiques culturelles, le harcèlement et l'exposition à la violence ;
- des données communautaires sur les caractéristiques démographiques et les niveaux de revenu, l'éducation et l'emploi ;
- des données sur la criminalité renseignant sur les caractéristiques et les circonstances des actes de violence et sur les délinquants violents ;
- des données économiques concernant le coût du traitement, des services sociaux et des activités de prévention ;
- des données d'ordre politique et législatif.

Ces données peuvent provenir de diverses sources, notamment individus, organismes ou dossiers institutionnels, programmes locaux, dossiers communautaires et officiels, enquêtes démographiques et autres, ainsi qu'études spéciales. Toutes ces sources peuvent être utiles pour appréhender le problème et montrent d'autre part pourquoi les partenariats multisectoriels sont un élément essentiel de l'approche de santé publique.

- La santé publique a à voir avec les communautés et les populations dans leur ensemble et se concentre sur celles qui sont les plus exposées au risque de maladie ou de traumatisme. L'approche de santé publique s'appuie sur des bases scientifiques – les politiques et les activités doivent être soustendues par de solides travaux de recherche. C'est aussi une approche multidisciplinaire.
- Pour agir sur le front de la santé publique, il faut une définition claire de la violence et un cadre permettant d'en saisir les multiples formes et les multiples contextes.
- Des données fiables sur la violence sont indispensables pour appréhender le phénomène. Mais elles sont aussi importantes pour l'action de sensibilisation. Faute de données, quasiment rien n'incite à prendre conscience du problème ou à y réagir.

Les répercussions de la violence – décès et problèmes de santé

On estime à 1,6 million le nombre de personnes qui ont perdu la vie en 2000 dans le monde par suite d'un acte de violence – soit un taux de près de 28,8 pour 100 000 (voir Tableau 1). Environ la moitié de ces décès étaient dus à un suicide, près d'un tiers à un homicide et environ un cinquième à des faits de guerre.

Il est évident que tout le monde n'est pas exposé de la même façon à la violence et, si l'on examine le problème de plus près, on voit qui étaient les principales victimes et où elles vivaient. Les hommes représentaient les trois quarts de toutes les victimes d'homicide, forme de violence dont le taux était plus de trois fois plus élevé parmi eux que parmi les femmes. C'est parmi les hommes de 15 à 29 ans que l'on a relevé les taux d'homicide les plus élevés au monde – 19,4 pour 100 000 (voir Tableau 2). Les taux d'homicide chez les hommes ont tendance à diminuer avec l'âge ; mais, pour les femmes, le taux est d'environ 4 pour 100 000 dans toutes les tranches d'âge, à l'exception des 5-14 ans où il est d'environ 2 pour 100 000.

En revanche, les taux de suicide ont tendance à augmenter avec l'âge pour les hommes comme pour les femmes (voir Tableau 2). C'est parmi les hommes de plus de 60 ans que l'on a noté les taux de suicide les plus élevés – 44,9 pour 100 000, soit plus du double des taux enregistrés parmi les femmes du même âge (22,1 pour 100 000). En revanche, chez les 15-29 ans, le taux était de 15,6 pour 100 000 parmi les hommes et de 12,2 pour 100 000 pour les femmes.

Les taux de mort violente varient également en fonction des niveaux de revenu. Dans les pays à revenu faible à moyen, ces taux sont plus de deux fois plus élevés (32,1 pour 100 000) que dans les pays à revenu élevé (14,4 pour 100 000). Mais ces taux généraux masquent de fortes variations. Par exemple, on observe des différences considérables entre les Régions de l'OMS (Figure 2). Dans la Région africaine et dans celle des Amériques, les taux d'homicide sont près de trois fois plus élevés que les taux de suicide. Or, dans la Région de l'Asie du SudEst et dans la Région européenne, les taux de

TABLEAU 1

Nombre estimatif de décès liés à des actes de violence dans le monde, 2000

Forme de violence	Nombre ^a	Taux pour 100 000 habitants ^b	Proportion du total (%)
Homicide	520 000	8,8	31,3
Suicide	815 000	14,5	49,1
Fait de guerre	310 000	5,2	18,6
Total ^c	1 659 000	28,8	100,0
Pays à revenu faible ou moyen	1 510 000	32,1	91,1
Pays à haut revenu	149 000	14,4	8,9

Source : Projet OMS de la charge mondiale de maladie pour 2000, Version 1.

^a Arrondi au millier le plus proche.

^b Corrigé de l'âge.

^c Y compris 14 000 décès par lésions intentionnelles résultant d'une mesure juridique.

suicide sont plus de deux fois plus élevés que les taux d'homicide et, dans la Région du Pacifique occidental, ils sont près de six fois plus élevés que les taux d'homicide.

Les taux généraux masquent également de fortes variations à l'intérieur des pays – entre populations urbaines et rurales, entre communautés riches et pauvres, et entre différents groupes raciaux et ethniques. A Singapour, par exemple, les taux de suicide sont plus élevés parmi les personnes d'origine chinoise et indienne que parmi les personnes d'origine malaise (12). Aux Etats-Unis en 1999, le taux d'homicide parmi les jeunes Africains Américains de 15 à 24 ans était plus de deux fois plus élevé que parmi les jeunes d'origine latinoaméricaine

TABLEAU 2

Taux estimatifs d'homicide et de suicide dans le monde, par tranche d'âge, 2000

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

Source : Projet OMS de la charge mondiale de maladie pour 2000, Version 1.

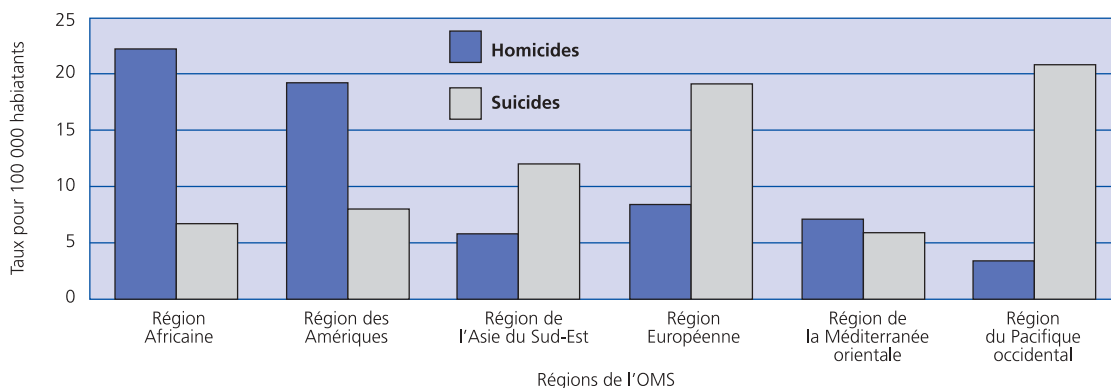
^a Corrigé de l'âge.

de la même tranche d'âge, et plus de 12 fois plus élevé que parmi les jeunes blancs de la même tranche d'âge qui n'étaient pas d'origine latinoaméricaine (13).

Mais les chiffres sur les morts violentes ne disent pas tout. Dans tous les pays, des agressions physiques, sexuelles et psychologiques se produisent chaque jour et viennent compromettre la santé et le bien-être de millions de gens, sans compter les dépenses considérables qu'elles entraînent chaque année pour les pays en termes de soins, de frais de justice, d'absentéisme et de perte de productivité (14-21) (voir Encadré 2). En outre, les effets de la violence sur la santé peuvent se faire sentir pendant des années après l'agression et peuvent comprendre des handicaps permanents comme lésion de la colonne vertébrale, lésion cérébrale ou perte d'un membre.

FIGURE 2

Taux d'homicide et de suicide par Région de l'OMS, 2000



ENCADRÉ 2**La violence coûte très cher**

En plus des souffrances humaines qu'elle provoque, la violence fait peser un très lourd fardeau sur l'économie.

Ainsi, des études parrainées par la Banque interaméricaine de Développement entre 1996 et 1997 sur les répercussions économiques de la violence dans six pays d'Amérique latine ont montré que les dépenses qu'elle entraînait rien que pour les services de santé représentaient 1,9 % du produit intérieur brut au Brésil, 5 % en Colombie, 4,3 % à El Salvador, 1,3 % au Mexique, 1,5 % au Pérou et 0,3 % au Venezuela (14). Une étude faite en 1992 aux Etats-Unis situait à US \$126 milliards le coût annuel du traitement des blessures par balles (15). Les agressions à l'arme blanche entraînaient des dépenses supplémentaires d'un montant de US \$51 milliards.

Les faits montrent qu'en règle générale, chez les victimes de violence familiale ou sexuelle, les problèmes de santé sont plus nombreux, les dépenses de santé nettement plus élevées et le recours aux services d'urgence d'un hôpital plus fréquent tout au long de la vie. Il en va de même pour les enfants victimes de maltraitance.

Pour calculer le fardeau que représente la violence pour l'économie, il faut prendre en compte toute une série de facteurs en plus des coûts directs des soins et de la justice pénale. Les coûts indirects peuvent notamment concerner :

- la mise à disposition d'un logement ou le placement dans un endroit sûr ou un établissement de soins de longue durée ;
- la perte de productivité due au décès prématuré, à un traumatisme, à l'absentéisme, à une incapacité de longue durée ou au potentiel gaspillé ;
- la dégradation de la qualité de la vie et la moindre capacité à se prendre en charge et s'occuper des autres ;
- les dégâts causés aux biens et infrastructures publics, d'où une désorganisation de services comme les soins de santé, les transports ou la distribution alimentaire ;
- la désorganisation de la vie quotidienne en raison de craintes pour la sécurité personnelle ;
- les effets dissuasifs du point de vue des investissements et du tourisme, qui freinent le développement économique.

Il est rare que les coûts de la violence soient équitablement répartis. Ceux qui peuvent le moins se protéger contre les difficultés économiques sont également ceux qui sont les plus touchés.

En plus des traumatismes physiques directs, les victimes de violence sont particulièrement exposées à toute une gamme de problèmes psychologiques et comportementaux, dont la dépression, l'alcoolisme, l'anxiété et le comportement suicidaire, tout comme à des problèmes de santé génésique, tels que grossesse non désirée, maladie sexuellement transmissible ou dysfonctionnement sexuel (22-25).

Il faut toutefois noter qu'il y a rarement une relation simple de cause à effet entre un acte de violence et ses répercussions, notamment lorsqu'il s'agit de sévices psychologiques. Même

dans des cas extrêmes, toute une gamme de réactions et d'effets est possible, car les gens réagissent de façon très individuelle à l'adversité. L'âge et le tempérament de la personne et le fait qu'elle bénéficie ou non d'un soutien affectif influencent l'issue de l'événement violent. Ceux qui sont actifs face à la violence sont généralement plus résistants que ceux qui restent passifs. Pour pouvoir asseoir les programmes de traitement et de prévention sur des bases solides, il faut faire des recherches beaucoup plus détaillées sur les conséquences de la violence sur la santé et les facteurs de médiation.

- On estime à 1,6 million le nombre de personnes qui ont perdu la vie par suite d'un acte de violence en 2000. Dans environ la moitié des cas, il s'agissait d'un suicide, dans un tiers des cas d'un homicide et dans un cinquième des cas de faits de guerre.
- En 2000, le taux de décès par suite de violence dans les pays les plus pauvres était deux fois plus élevé que dans les pays riches, encore que les taux varient d'une région à l'autre et même à l'intérieur des pays.
- La plupart des actes de violence n'ont pas de conséquences mortelles mais entraînent des traumatismes, des problèmes de santé mentale et de santé génésique, des maladies sexuellement transmissibles et d'autres problèmes. Les effets sur la santé peuvent durer des années et comprendre un handicap physique ou mental permanent.
- Outre les souffrances humaines qu'elle provoque, la violence a un énorme coût économique et social, même s'il est difficile à quantifier.

Les racines de la violence — un modèle écologique

Aucun facteur n'explique à lui seul pourquoi telle personne et non pas telle autre a un comportement violent, pourquoi une communauté est déchirée par la violence tandis qu'une communauté voisine vit en paix. La violence est un phénomène extrêmement complexe, enraciné dans l'interaction de nombreux facteurs — biologiques, sociaux, culturels, économiques et politiques.

Alors que certains facteurs de risque sont spécifiques d'une forme particulière de violence, il y a le plus souvent des facteurs de risque communs à toutes les formes de violence. Le cloisonnement en différents domaines de compétence et d'intérêt et le manque de collaboration entre les divers groupes ont tendance à masquer la chose et à encourager

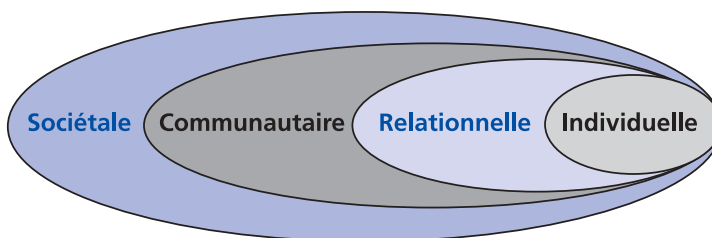
une approche fragmentaire de la prévention de la violence. Cela est contraire aux impératifs de la santé publique, qui doit envisager les différentes formes de violence dans leur contexte plus large et prendre conscience des schémas communs.

Le *Rapport mondial sur la violence et la santé* se sert d'un modèle écologique pour tenter de saisir les multiples facettes de la violence. Introduit à la fin des années 70 pour étudier la maltraitance des enfants (26, 27) et appliqué par la suite à d'autres aspects de la recherche sur la violence (28-32), ce modèle est encore en cours d'affinement comme outil théorique. Son avantage est d'aider à distinguer entre les multiples facteurs qui exercent une influence sur la violence tout en fournissant un cadre permettant de comprendre comment ces facteurs agissent les uns sur les autres (voir Figure 3).

Ce modèle aide à examiner les facteurs qui influencent le comportement — ou qui accroissent le risque de commettre un acte de violence ou d'être victime — en les répartissant à quatre niveaux :

- Au premier niveau, on dégage les facteurs biologiques et les antécédents personnels qui influencent le comportement de l'*individu* et augmente la probabilité qu'il soit victime de violence ou agisse avec violence. Parmi les exemples de facteurs que l'on peut mesurer ou suivre figurent les caractéristiques démographiques (âge, niveau d'éducation, revenu), les troubles psychologiques ou les troubles de la personnalité, la toxicomanie et les antécédents de comportement agressif ou de maltraitance subie.
- Au deuxième niveau, on examine les *relations* étroites, par exemple avec la famille, les amis,

FIGURE 3
Modèle écologique pour comprendre le phénomène de la violence



les partenaires et les pairs, pour voir si elles renforcent le risque d'être victime de violence ou de se montrer violent. Chez les jeunes, par exemple, le fait d'avoir des amis violents ou qui encouragent la violence peut accroître le risque d'être victime de violence ou de se comporter avec violence (33, 34).

- Au troisième niveau, on envisage les contextes de la *communauté* dans laquelle s'insèrent les relations sociales, par exemple école, lieu de travail ou quartier, pour tenter de repérer les caractéristiques qui accroissent le risque de violence. Le risque à ce niveau peut être influencé par des facteurs tels que le changement fréquent de domicile (par exemple, les gens d'un quartier y vivent longtemps ou le quittent souvent), la densité de population, le taux de chômage ou l'existence d'un trafic de drogue local.
- Au quatrième niveau, on examine les facteurs de *société* plus larges qui contribuent à créer un climat favorable ou défavorable à la violence. Il s'agit notamment de la libre disponibilité des armes, ainsi que des normes sociales et culturelles en vertu desquelles la priorité est donnée aux droits des parents par rapport au bien-être de l'enfant, le suicide est considéré comme relevant d'un choix individuel et non comme un acte de violence évitable, la domination masculine sur les femmes et les enfants est perpétuée, l'usage par la police d'une force excessive contre des citoyens est tolérée ou bien un conflit politique est encouragé. Les facteurs de société plus larges comprennent également les politiques sanitaires, économiques, éducatives et sociales qui font perdurer les inégalités économiques ou sociales entre groupes sociaux.

Les cercles qui se chevauchent dans le modèle montrent comment, à chaque niveau, les facteurs sont renforcés ou modifiés par des facteurs à un autre niveau. Par exemple, un individu à la personnalité agressive risque plus d'agir violemment dans une famille ou une communauté qui résout normalement les conflits par la violence que s'il vivait dans un milieu plus paisible. L'isolement

social, qui est un facteur communautaire très fréquent dans la maltraitance des personnes âgées, peut être influencé à la fois par des facteurs de société (par exemple, manque de respect pour les personnes âgées en général) et par des facteurs de relations (perte des amis et des proches).

Outre qu'il aide à élucider les causes de la violence et leurs interactions complexes, le modèle écologique donne également à penser que, pour prévenir la violence, il faut agir à différents niveaux en même temps. Il faut par exemple :

- s'attaquer aux facteurs de risque individuels et prendre des mesures pour modifier les comportements individuels à risque ;
- influencer les relations personnelles étroites, et agir pour instaurer des environnements familiaux sains et apporter une aide professionnelle et un appui aux familles en grande difficulté ;
- surveiller les lieux publics tels qu'écoles, lieux de travail et quartiers et prendre des mesures pour résoudre les problèmes qui pourraient déboucher sur la violence ;
- s'attaquer au problème des inégalités entre les sexes ainsi qu'aux attitudes et pratiques culturelles indésirables ;
- analyser les facteurs culturels, sociaux et économiques plus vastes qui contribuent à la violence et prendre des mesures pour les modifier, notamment combler le fossé entre riches et pauvres et assurer un accès équitable aux biens, aux services et aux possibilités.

- Aucun facteur n'explique à lui seul pourquoi telle personne et non pas telle autre a un comportement violent. La violence est un problème complexe enraciné dans l'interaction de nombreux facteurs – biologiques, sociaux, culturels, économiques et politiques.
- Alors que certains facteurs de risque sont spécifiques d'une forme particulière de violence, il y a le plus souvent des facteurs de risque communs à toutes les formes de violence.
- Outre qu'il aide à élucider les causes de la violence et leurs interactions complexes, le modèle écologique suggère également les mesures à prendre aux divers niveaux pour prévenir la violence.

De l'analyse à l'action concrète

Un modèle général des causes de la violence donne un aperçu utile et permet de dégager des possibilités de recherche et de prévention. Mais il y a souvent un abîme entre observer un effet et savoir comment il fonctionne. Les programmes de santé publique doivent se garder d'agir à partir d'hypothèses ou de faits anecdotiques. Pour être efficaces, les stratégies de prévention doivent se fonder sur une bonne compréhension – par des travaux de recherche de qualité – des facteurs qui influencent la violence et de leur interaction.

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

- la prévention primaire – il s'agit de prévenir la violence avant qu'elle ne se manifeste ;
- la prévention secondaire – il s'agit de se concentrer sur les réactions immédiates à la violence, telles que soins préhospitaliers, services d'urgence ou traitement contre une maladie sexuellement transmissible après un viol ;
- la prévention tertiaire – il s'agit de se concentrer sur les soins de longue durée après un acte de violence, comme réadaptation, réintégration et efforts visant à atténuer le traumatisme ou à réduire le handicap à long terme associé à la violence.

Ces trois niveaux de prévention sont définis par leur aspect temporel – la prévention est assurée avant l'acte de violence, immédiatement après ou à plus long terme. Bien que ces niveaux de prévention aient généralement été appliqués aux victimes de violence et dans le cadre des soins de santé, ils concernent également les auteurs d'actes violents et ont servi à caractériser les ripostes judiciaires à la violence.

De plus en plus, les chercheurs se sont tournés vers une définition de la prévention de la violence qui insiste sur le groupe cible auquel ils s'intéressent (35). Cette définition classe les interventions comme suit :

- Interventions générales – elles visent des groupes ou l'ensemble de la population indépendamment du risque individuel ; on

peut citer par exemple les programmes de prévention de la violence organisés pour tous les élèves d'une école ou les enfants d'un âge déterminé, ainsi que les campagnes organisées dans la communauté avec les médias.

- Interventions sélectives – elles visent ceux que l'on juge plus exposés au risque de violence (parce qu'ils présentent un ou plusieurs facteurs de risque) ; on peut citer en exemple la formation au rôle de parent destinée aux familles monoparentales à revenus très modestes.
- Interventions sur indication – elles visent ceux qui ont déjà manifesté un comportement violent, par exemple prise en charge des auteurs d'actes de violence familiale.

Dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement, la priorité est généralement donnée au traitement des conséquences immédiates de la violence – il faut aider les victimes et punir les auteurs d'actes de violence. Ces moyens de riposte sont certes importants et doivent être renforcés chaque fois que possible, mais il faut investir beaucoup plus dans la prévention primaire de la violence – c'est-à-dire dans des mesures destinées à éviter qu'elle ne se produise.

Pour mettre au point les mesures de riposte à la violence, il faut associer de nombreux secteurs et organismes différents et adapter les programmes au contexte culturel et au groupe de population. Les efforts déployés jusqu'ici souffrent surtout du manque d'évaluation rigoureuse. L'évaluation doit faire partie intégrante de tous les programmes pour que l'on puisse en tirer des enseignements et faire savoir ce qui marche et ce qui ne marche pas en matière de prévention de la violence.

- Il faut accorder un rang de priorité plus élevé à la prévention primaire de la violence – c'est-à-dire aux mesures propres à prévenir la violence avant qu'elle ne se manifeste.
- Il faut associer de nombreux secteurs et organismes différents aux activités de prévention, et l'évaluation doit faire partie intégrante de tous les programmes.

Les formes de violence et leur contexte

Il y a de multiples formes de violence, qui se manifestent dans des contextes très divers. Il faut envisager l'ampleur et la dynamique de la violence interpersonnelle, de la violence dirigée contre soi-même et de la violence collective pour en déterminer les interconnexions et disposer d'une base pour la prévention.

Violence interpersonnelle

En 2000, on estime à 520 000 le nombre de personnes qui ont perdu la vie dans le monde à la suite d'un acte de violence interpersonnelle – soit un taux de 8,8 pour 100 000. Mais les statistiques officielles sur les homicides ne disent pas tout. De nombreux décès sont maquillés en accidents ou attribués à des causes naturelles ou inconnues. En Inde, par exemple, les responsables de la santé publique soupçonnent que de nombreux décès de femmes signalés comme étant dus à des « brûlures accidentelles » sont en fait des meurtres où la femme a été délibérément arrosée d'essence, à laquelle le mari ou un autre membre de la famille a mis le feu (36). Là où les décès de nourrissons et de personnes âgées ne font pas l'objet d'une investigation systématique ou bien là où l'on ne pratique pas d'autopsie, les décès peuvent être faussement attribués à une maladie ou à une autre cause naturelle (37).

Pour une personne qui perd la vie à la suite d'un acte de violence, beaucoup d'autres sont blessées ou psychologiquement diminuées. Les données officielles sur les cas non mortels sont souvent incomplètes, en particulier pour les formes de violence interpersonnelle réprouvées par la société. On en trouvera une illustration dans le Tableau 3, qui montre que, dans les pays en développement comme dans les pays industrialisés, les femmes maltraitées par leur partenaire parlent probable-

ment plus de leur problème à des amies et à leur famille qu'à la police et que beaucoup n'en parlent à personne (25).

Les modalités de la violence interpersonnelle diffèrent beaucoup selon les régions du monde. Alors que la maltraitance des enfants et des personnes âgées et la violence entre partenaires sont des problèmes dans tous les pays, on note des taux extrêmement élevés de violence parmi les jeunes en Afrique et en Amérique latine par rapport à d'autres régions. Certaines formes de violence sexuelle, comme le mariage d'enfants et la traite d'enfants, sont plus évidentes en Afrique et en Asie du Sud qu'ailleurs (38, 39).

- En 2000, les actes de violence interpersonnelle ont fait environ 520 000 morts.
- Mais les statistiques officielles sur les homicides ne saisissent peut-être pas toutes les morts violentes, dont beaucoup, en particulier parmi les femmes, les enfants et les personnes âgées, peuvent être attribuées à la maladie ou d'autres causes naturelles.

Les jeunes et la violence

La violence parmi les jeunes (c'est-à-dire les individus âgés de 10 à 29 ans) comprend toute une série de comportements agressifs depuis les brimades et les coups jusqu'aux formes plus graves d'agression et à l'homicide. Dans tous les pays, ce sont les hommes jeunes qui sont à la fois les principaux auteurs et les principales victimes d'homicides.

En 2000, on estime que la violence entre jeunes a fait parmi eux 199 000 morts, soit un taux mondial de 9,2 pour 100 000. C'est en Afrique et en Amérique latine que l'on observe les taux d'homicide les plus élevés parmi les jeunes, alors

TABLEAU 3

Proportion de femmes victimes de violences physiques qui ont demandé de l'aide auprès de différents services, choix d'études dans la population

Pays ou zone	Echantillon (N)	Proportion de femmes victimes de violences physiques qui :			
		N'ont jamais rien dit à personne (%)	Ont pris contact avec la police (%)	En ont parlé à des amies (%)	En ont parlé à la 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 Moldova	4 790	—	6	30	31
Royaume-Uni	430	38	22	46	31

Source : Reproduit de la référence 25 avec l'autorisation de l'éditeur.

^a Femmes victimes d'une agression physique au cours des 12 derniers mois.

^b Se rapporte à la proportion de femmes qui en ont parlé à leur famille.

^c Se rapporte à la proportion de femmes qui en ont parlé à la famille de leur partenaire.

que les taux les plus faibles sont observés en Europe occidentale et dans certaines parties de l'Asie et du Pacifique (voir Figure 4). À l'exception notable des États-Unis, la plupart des pays où les taux d'homicide parmi les jeunes sont supérieurs à 10 pour 100 000 sont des pays en développement ou des pays pris dans l'engrenage du changement économique et social. Pour un jeune mort des suites d'un acte de violence, on estime qu'entre 20 et 40 sont blessés et doivent être hospitalisés. Dans certains pays, dont Israël, la Nouvelle-Zélande et le Nicaragua, la proportion est encore plus élevée (8-10).

Certains enfants manifestent dès leur plus jeune âge un comportement problématique qui évolue peu à peu vers des formes plus graves d'agressivité dans l'adolescence, qui perdurent généralement à l'âge adulte (40-42). La majorité des jeunes qui se montrent violents n'ont toutefois ce comportement que pendant une période plus limitée, au cours de l'adolescence, et n'avaient guère sinon pas manifesté de comportement problématique dans l'enfance (43). Bien souvent, ces « délinquants adolescents » sont à la recherche de sensations fortes (44) et commettent ces actes de violence en compagnie d'amis. Les jeunes sont d'autre part souvent associés à toute une gamme de comporte-

ments antisociaux et commettent plus de délits sans violence que de délits avec violence (45, 46). Parmi les jeunes qui manifestent un comportement violent et délinquant, l'alcool, la drogue ou les armes à feu renforcent la probabilité que traumatismes ou décès soient associés à la violence.

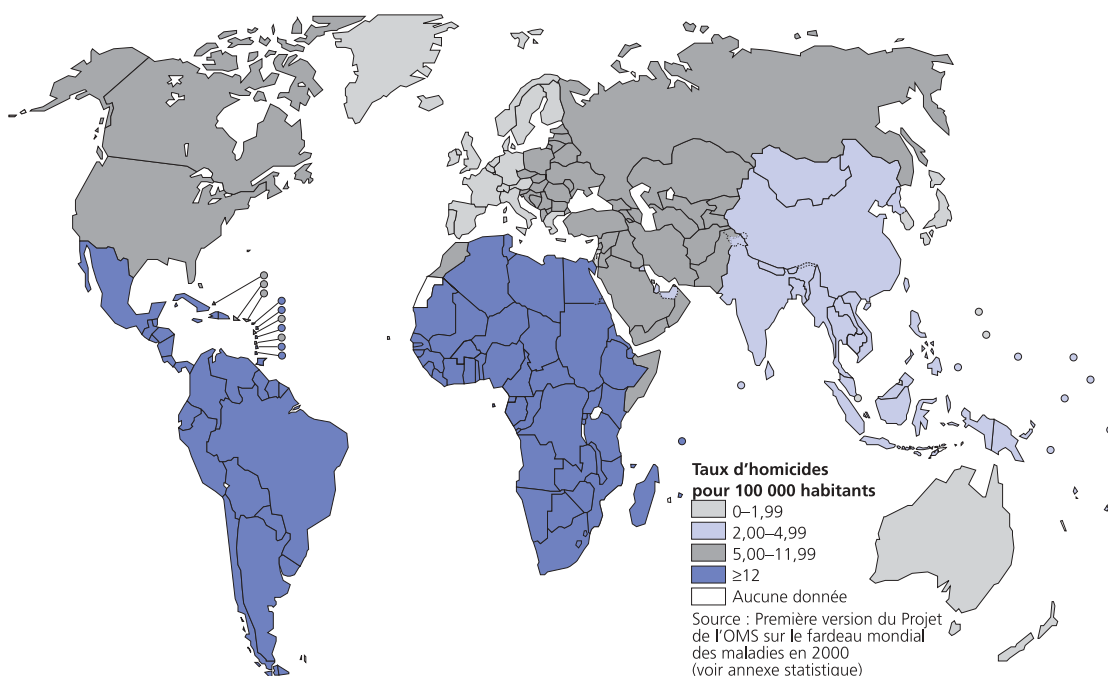
Les facteurs qui contribuent à la violence des jeunes recouvrent tous les niveaux du modèle écologique. Un comportement violent ou délinquant avant l'âge de 13 ans est un facteur individuel significatif (47, 48), de même que l'impulsivité ou l'agressivité démontrée ou prônée, les mauvais résultats scolaires (34, 49). Le fait

d'être témoin d'actes de violence au foyer ou de recevoir de durs châtimements corporels, l'absence de surveillance ou de contrôle parental et la fréquentation de jeunes délinquants constituent d'importants facteurs relationnels (33, 34, 50).

Aux niveaux de la communauté et de la société, certains faits donnent à penser que l'exposition à la violence par les médias renforce à court terme l'agressivité, encore que cela ne soit pas concluant pour l'impact des médias sur les formes plus graves de violence (comme agression ou homicide) et dans le long terme (43).

Les recherches sur d'autres facteurs dans la communauté et dans la société montrent que les jeunes vivant dans des quartiers et des communautés très touchés par la criminalité et la pauvreté sont plus exposés au risque de violence (33, 51). En outre, la violence parmi les jeunes augmente en période de conflit armé et de répression, de même que lorsque toute la société est prise dans l'engrenage du changement social et politique (52, 53). Des actes de violence parmi les jeunes sont également plus fréquents dans les pays où les politiques de protection sociale laissent à désirer, où les inégalités de revenus sont très marquées et où prévaut une culture de la violence (54-56).

FIGURE 4

Taux estimatif d'homicide parmi les jeunes de 10 à 29 ans, 2000^a

^a Les taux ont été calculés par Région de l'OMS et niveau de revenu national puis regroupés par fourchettes.

- On estime que la violence entre jeunes a fait parmi eux 199 000 morts en 2000.
- Pour un jeune qui perd la vie, 20 à 40 sont blessés et doivent être hospitalisés.

La violence entre partenaires

La violence infligée au partenaire est un phénomène qui touche tous les pays, toutes les cultures et tous les niveaux de la société sans exception, encore que certains groupes de population (par exemple, les groupes à bas revenus) soient plus exposés que d'autres à ce risque (57-60). Tout autant que les actes d'agression physiques comme les coups de poing ou de pied, la violence infligée par le partenaire comprend les rapports sexuels imposés et d'autres types de coercition sexuelle, des formes de harcèlement psychologique comme intimidation ou humiliation, ainsi que des comportements de contrainte comme isoler une personne de sa famille et de ses amis ou lui restreindre l'accès à une information et à une assistance.

Bien que les femmes puissent faire preuve de violence à l'égard de leur partenaire masculin et qu'il puisse également y avoir des actes de violence entre partenaires du même sexe, l'essentiel du fardeau dans ce domaine est supporté par les femmes victimes de partenaires masculins. Lors de 48 enquêtes faites dans la population à travers le monde, entre 10 et 69 % des femmes ont dit avoir fait l'objet de violences physiques de la part de leur partenaire masculin à un moment ou à un autre de leur vie (25).

La plupart des victimes d'agression physique subissent dans le temps de multiples actes de violence (61, 62). En général, elles subissent également plus d'une forme de mauvais traitement. Ainsi, une étude faite parmi 613 Japonaises victimes de mauvais traitements a montré que moins de 10 % avaient subi uniquement des violences physiques, alors que 57 % avaient subi des sévices physiques, psychologiques et sexuels (63). D'après une étude faite au Mexique, plus de la moitié des femmes physiquement agressées avaient

également subi des violences sexuelles de la part de leur partenaire (64).

Les événements qui déclenchent la violence dans des relations marquées par l'agressivité sont remarquablement cohérents à travers le monde (65-69) : soit la femme désobéit ou répond à l'homme, soit elle lui pose des questions à propos d'argent ou de conquêtes féminines, soit elle n'a pas préparé le repas à temps, soit elle ne s'est pas bien occupée des enfants ou du foyer, soit encore elle refuse d'avoir des relations sexuelles, soit, enfin, l'homme la soupçonne de lui être infidèle.

De nombreux facteurs ont été reliés au risque qu'un homme agresse physiquement sa partenaire. Parmi les facteurs individuels, les antécédents de violence dans la famille du partenaire masculin (en particulier, avoir vu sa mère battue) et l'alcoolisme du partenaire masculin sont prédominants dans de nombreuses études (58, 70-73). Au niveau interpersonnel, les marqueurs les plus cohérents qui se dégagent de la violence envers le partenaire sont les conflits ou la mésentente et la modicité des revenus (57, 58, 73, 74). On ne sait pas encore vraiment pourquoi la modicité des revenus accroît le risque de violence. Peut-être est-ce parce qu'elle suscite facilement les désaccords entre époux ou bien empêche la femme de se soustraire à une relation violente ou insatisfaisante ; ce peut être aussi le résultat d'autres facteurs concomitants de la pauvreté, comme le surpeuplement ou l'absence d'espoir.

Les femmes sont particulièrement vulnérables à la violence infligée par leur partenaire dans les sociétés où il y a de très nettes inégalités entre hommes et femmes, où les rôles sexospécifiques sont très strictement définis, où, en vertu des normes culturelles, un homme a le droit d'avoir des relations sexuelles quel que soit l'état d'esprit de la femme et, enfin, où les sanctions contre ce genre de comportement sont minimales (75, 76). A cause de tous ces facteurs, il est difficile, voire dangereux pour une femme de se soustraire à une relation violente. Mais, même dans ce cas, sa sécurité n'est pas garantie – la violence peut parfois perdurer et même croître, une fois que la femme a quitté son partenaire (77). C'est une situation que l'on trouve dans tous les pays.

- Lors d'enquêtes faites à travers le monde, entre 10 et 69 % des femmes ont dit avoir fait l'objet de violences physiques de la part de leur partenaire masculin à un moment ou à un autre de leur vie.

Maltraitance des enfants et manque de soins de la part des parents ou des tuteurs

Partout dans le monde, des enfants sont maltraités ou privés de soins par leurs parents ou leurs tuteurs. Comme pour la violence à l'égard du partenaire, la maltraitance d'un enfant suppose une violence physique, sexuelle ou psychologique ainsi qu'un manque de soins.

Bien qu'il y ait extrêmement peu de données fiables, on estime à 57 000 le nombre de décès d'enfants de moins de 15 ans par homicide survenus dans le monde en 2000. Les très jeunes enfants sont les plus exposés : les taux d'homicide parmi les enfants de 0 à 4 ans sont plus de deux fois plus élevés que parmi les enfants de 5 à 14 ans (5,2 pour 100 000 contre 2,1 pour 100 000). Les traumatismes crâniens sont la principale cause de décès, suivis par les traumatismes abdominaux et l'étouffement provoqué (78-80).

On manque également de données fiables sur les sévices n'entraînant pas la mort, mais des études faites dans divers pays donnent à penser que des enfants de moins de 15 ans sont souvent victimes de violences ou de manque de soins en raison desquels des soins médicaux et l'intervention des services sociaux sont nécessaires. En République de Corée, par exemple, 67 % des parents interrogés dans le cadre d'une étude récente ont admis fouetter leurs enfants pour qu'ils obéissent et 45 % ont dit leur donner des coups de poing ou des coups de pied ou encore les battre (81). Une étude faite en Ethiopie a montré que 21 % des écoliers en milieu urbain et 64 % des écoliers en milieu rural présentaient des bleus ou des tuméfactions dus aux punitions que leur avaient infligées leurs parents (82). On ne sait pas combien d'enfants à travers le monde sont victimes de violences sexuelles, mais des travaux de recherche permettent

de penser qu'environ 20 % des femmes et entre 5 et 10 % des hommes ont subi des sévices sexuels dans l'enfance (83, 84).

Parmi les facteurs individuels, l'âge et le sexe jouent un rôle important dans ce phénomène. D'une façon générale, ce sont les jeunes enfants qui sont les plus exposés au risque de violences physiques, alors que c'est parmi les enfants qui ont atteint la puberté ou l'adolescence que les sévices sexuels sont les plus fréquents (78, 84-89). Presque partout, les garçons sont plus souvent battus et victimes d'un châtement corporel que les filles, tandis que ces dernières sont plus exposées au risque d'infanticide, de violence sexuelle, de manque de soins ou de prostitution forcée (83, 90-92). Le fait d'être élevé par un seul parent ou par des parents très jeunes qui n'ont pas l'aide d'une famille élargie est un autre facteur qui renforce la vulnérabilité de l'enfant à la violence (90, 93, 94). Le surpeuplement ou d'autres relations violentes dans le foyer (par exemple, entre parents) sont eux aussi des facteurs de risque (91, 95-97).

Il ressort des recherches effectuées qu'en bien des endroits, les femmes déclarent infliger plus de châtements corporels à leurs enfants que les hommes – sans doute parce que ce sont elles aussi qui passent avec eux le plus de temps (91, 98-100). Toutefois, lorsque les actes de violence physique entraînent un traumatisme grave, voire la mort, ce sont le plus souvent des hommes qui en sont les auteurs (101-103). La probabilité est également beaucoup plus grande que des hommes soient les auteurs de sévices sexuels (83, 104). Parmi les facteurs qui renforcent la probabilité de maltraitance d'un enfant par un parent ou un tuteur figurent le fait d'avoir des attentes irréalistes sur le développement de l'enfant, la mauvaise maîtrise des impulsions, le stress et l'isolement social (90, 93, 102, 105, 106). De nombreuses études laissent penser d'autre part que la maltraitance des enfants est liée à la pauvreté et à l'absence de « capital social » – les réseaux sociaux et les relations de voisinage dont on sait qu'ils protègent les enfants (107-109).

- Environ 57 000 enfants ont été tués en 2000, et ce sont les enfants de 0 à 4 ans qui sont les plus exposés. Mais les victimes de sévices n'entraînant pas la mort ou de manque de soins sont beaucoup plus nombreuses. Environ 20 % des femmes et entre 5 et 10 % des hommes ont subi des sévices sexuels dans l'enfance.

Maltraitance des personnes âgées

On reconnaît aujourd'hui que la maltraitance des personnes âgées par leurs proches ou par des soignants est un grave problème social. C'est aussi un problème qui risque de s'accroître car, dans de nombreux pays, la population vieillit rapidement. Ainsi, entre 1995 et 2025, le nombre des plus de 60 ans dans le monde devrait doubler, passant de 542 millions à quelque 1,2 milliard (110).

Comme chez les enfants, la maltraitance chez les personnes âgées comporte des violences physiques, sexuelles et psychologiques, tout comme un manque de soins. Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables au risque d'extorsion de fonds, c'est-à-dire que des proches ou des soignants utilisent à mauvais escient leur argent et leurs ressources.

On est mal renseigné sur l'ampleur des violences infligées aux personnes âgées. Les quelques enquêtes faites dans la population permettent de penser qu'entre 4 % et 6 % sont victimes chez elles d'une forme ou d'une autre de violence (111-115) et que les mauvais traitements en institution sont peut-être plus fréquents qu'on le pense généralement. Lors d'une enquête faite aux États-Unis, par exemple, 36 % des membres du personnel d'un établissement de soins d'un État ont dit avoir été témoins au moins une fois de violences physiques infligées à un patient âgé au cours de l'année écoulée, 10 % ont reconnu avoir commis eux-mêmes au moins une fois un acte de violence physique et 40 % ont dit avoir harcelé psychologiquement des patients (116). Parmi les sévices en institution figurent le recours à la contrainte physique à l'encontre des personnes âgées, le nonrespect de la dignité des patients et de leur liberté de choix concernant la vie

quotidienne, ou le manque de soins (par exemple, apparition d'escarres) (117, 118).

Il semble que certaines situations exposent particulièrement les personnes âgées au risque de violence (112, 119-122). Dans certains cas, les relations déjà tendues à l'intérieur de la famille peuvent s'aggraver par suite du stress et de la frustration à mesure que la personne âgée perd son autonomie. Dans d'autres, le conflit peut être dû au fait que celui ou celle qui s'occupe de la personne âgée dépend d'elle pour son logement ou pour des raisons financières. Le changement social peut aussi jouer un rôle important. Dans certaines sociétés, les réseaux familiaux ou communautaires qui venaient autrefois en aide aux aînés sont peu à peu érodés par les mutations socio-économiques. Dans les pays de l'exUnion soviétique, par exemple, des personnes âgées de plus en plus nombreuses sont livrées à elles-mêmes, souvent dans des collectivités où l'instabilité favorise la criminalité et la violence.

Le risque d'être maltraité par le conjoint, des enfants adultes ou d'autres membres de la famille est à peu près le même pour les personnes âgées des deux sexes (111, 112). Mais, dans les cultures où la femme a un statut social inférieur, les femmes âgées affrontent un risque particulier – par exemple, être abandonnées lorsqu'elles perdent leur mari ou être dépossédées de leurs biens (123, 124). Certaines croyances traditionnelles exposent d'autre part les femmes âgées au risque de violence physique. En RépubliqueUnie de Tanzanie, par exemple, environ 500 femmes âgées accusées de sorcellerie sont tuées chaque année (125).

Dans des institutions comme hôpitaux ou établissements de soins, des violences risquent davantage de s'exercer là où les normes de soins laissent à désirer, où le personnel est mal formé ou surchargé de travail, où les contacts entre le personnel et les patients sont difficiles, où l'environnement matériel est défectueux et où les politiques favorisent les intérêts de l'institution plutôt que ceux des patients (117). Par ailleurs, peu de médecins ou d'agents infirmiers ont appris à diagnostiquer la maltraitance chez les personnes âgées, et les systèmes de santé ne font pas toujours des soins aux personnes âgées une priorité (126).

Remédier aux mentalités et pratiques discriminatoires dans les systèmes de soins est important pour prévenir la maltraitance des personnes âgées.

- Entre 4% et 6% des personnes âgées sont victimes chez elles d'une forme ou d'une autre de violence et les mauvais traitements en institution sont peut-être plus fréquents qu'on le pense généralement.

Violence sexuelle

La violence sexuelle comprend toute une série d'actes, notamment les rapports sexuels imposés dans le mariage ou dans une relation de couple, le viol par un inconnu, les viols systématiques lors d'un conflit armé, le harcèlement sexuel (y compris le fait d'exiger des faveurs sexuelles en échange d'un emploi ou d'une note scolaire), les sévices sexuels contre des enfants, la prostitution forcée et la traite à des fins sexuelles, le mariage d'enfants ainsi que les actes violant l'intégrité des femmes, y compris les mutilations sexuelles féminines et le contrôle obligatoire de la virginité. Il arrive aussi que des femmes et des hommes soient violés pendant une garde à vue ou en prison.

La plupart des sévices sexuels sont infligés par des hommes et des adolescents, et ce sont surtout des femmes et des jeunes filles qui en sont les victimes. Néanmoins, le viol d'hommes ou de garçons par d'autres hommes est un problème reconnu, et l'on a également signalé des cas de coercition sexuelle exercée sur de jeunes hommes par des femmes plus âgées.

D'après les données disponibles, dans certains pays près d'une femme sur quatre dit avoir été victime de violence sexuelle de la part de son partenaire, et jusqu'à un tiers des adolescentes disent avoir subi une initiation sexuelle forcée (61, 62, 127-129). C'est ainsi que 23% des femmes du nord de Londres, en Angleterre, ont dit avoir été victimes d'une tentative de viol ou d'un viol de la part d'un partenaire à un moment ou à un autre de leur vie (62). Des chiffres analogues ont été signalés à Guadalajara, au Mexique, et à Lima, au Pérou (23%), et dans la province des Midlands, au Zimbabwe (25%) (25, 130). Également d'après

les données disponibles, il semble que des centaines de milliers de femmes et de jeunes filles dans le monde entier soient achetées et vendues chaque année comme prostituées ou esclaves sexuelles (39, 131-134) ou victimes de violence sexuelle à l'école, au travail, dans des établissements de soins ou dans des camps de réfugiés (135-140). Ainsi, une enquête récente en Afrique du Sud qui comportait des questions sur le viol avant l'âge de 15 ans a montré que les enseignants étaient responsables de 32 % des viols d'enfant portés à la connaissance du public (141).

La violence sexuelle a de profondes répercussions sur la santé physique et mentale de la victime. Outre les traumatismes, 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 (28, 128, 142). Les conséquences pour la santé mentale sont tout aussi graves que les conséquences physiques et peuvent aussi durer très longtemps. 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, soit plus tard dans les « crimes d'honneur » (22-24, 143-145).

Plusieurs facteurs accroissent le risque de subir des rapports sexuels imposés. Il y a également un certain nombre de facteurs qui accroissent le risque qu'un individu impose des rapports sexuels à un autre. De plus, des facteurs de l'environnement social influencent la probabilité de viol et la réaction ultérieure. Des recherches évoquées précédemment montrent que les hommes au comportement sexuel violent risquent davantage d'avoir des fantasmes sexuels de coercition et de préférer des relations sexuelles impersonnelles, et qu'ils sont généralement plus hostiles à l'égard des femmes que les autres (146-150). On a également relié les comportements sexuels violents chez l'homme au fait d'avoir été témoin de violence dans la famille et d'avoir eu un père distant et peu affectueux (150-153). La pauvreté ou le fait de vivre dans une communauté qui tolère la violence sexuelle et l'absence quasi totale de sanctions à son égard sont également des facteurs contributifs (154-156). Il y a également plus de risque de violence sexuelle là

où la dominance sexuelle des hommes est encouragée, où les rôles sexospécifiques sont très rigides, et dans les pays où d'autres formes de violence sont très fréquentes (157-159).

- D'après les données disponibles, dans certains pays une femme sur quatre déclare être victime de violence sexuelle de la part de son partenaire, et jusqu'à un tiers des adolescentes disent avoir subi une initiation sexuelle forcée. Des centaines de milliers d'autres sont forcées à se prostituer ou sont victimes de violence dans d'autres contextes, comme l'école, le travail ou un établissement de soins.

La dynamique de la violence interpersonnelle

Les différentes formes de violence interpersonnelle ont en commun de nombreux facteurs de risque sous-jacents. Certains sont d'ordre psychologique et comportemental comme la difficulté à se maîtriser, le manque de confiance en soi ou les troubles de la personnalité et de la conduite. D'autres sont liés aux expériences vécues, comme le manque d'affection et d'appui, l'exposition à la violence familiale à un jeune âge (soit comme victime, soit comme témoin d'actes de violence dans la famille), ainsi que des antécédents familiaux ou personnels de divorce ou de séparation. La toxicomanie et l'alcoolisme sont souvent associés à la violence interpersonnelle, tandis que la pauvreté tout comme les disparités de revenus et les inégalités entre hommes et femmes comptent parmi les importants facteurs communautaires et sociétaux contributifs.

Mais les différentes formes de violence sont également reliées entre elles de façon importante. Par exemple, le fait d'avoir été rejeté ou délaissé ou d'avoir subi pendant l'enfance des mauvais traitements infligés par les parents est un facteur de risque accru de comportement agressif ou antisocial à l'âge adulte. Les enfants sont plus exposés au risque de sévices dans les familles où les adultes sont violents les uns envers les autres. Il semble d'une façon générale que les facteurs de la petite enfance se retrouvent dans presque toutes les formes de violence interpersonnelle et qu'il y a donc là des

possibilités de prévention qui pourraient être très intéressantes.

Il y a d'autre part d'importantes différences entre les diverses formes de violence interpersonnelle. Alors que les comportements agressifs dans la collectivité, y compris la violence des jeunes, sont généralement très visibles, la maltraitance et le manque de soins dans la famille ou entre partenaires sont notoirement secrets et cachés du public. Les armes utilisées diffèrent beaucoup selon les formes de violence. Par exemple, le poing, le pied ou différents objets sont plus souvent utilisés dans les différentes formes de violence familiale de même que dans les violences entre partenaires et les sévices sexuels ; en revanche, les cas de violence parmi les jeunes feront plus souvent intervenir des armes mortelles, comme arme à feu ou arme blanche.

D'autre part, les différentes formes de violence ne sont pas toutes considérées comme aussi « criminelles » et les autorités ne sont pas disposées à prendre les mêmes mesures à l'égard de leurs auteurs. La police et les tribunaux sont généralement beaucoup plus prêts à sanctionner les comportements violents des jeunes et d'autres personnes dans la collectivité que la violence dans la famille, qu'il s'agisse de maltraitance d'enfants, de traitement cruel de personnes âgées ou de sévices infligés par des hommes à leur partenaire. Dans bien des pays, on note une très nette réticence à reconnaître le phénomène de la violence sexuelle ou à sévir à son encontre. Même s'il existe des lois qui protègent de la violence, elles ne sont pas toujours appliquées. Dans certains pays, on trouve aussi parmi les auteurs d'actes de violence des responsables de l'application des lois.

La culture joue un rôle essentiel, car elle fixe les limites de ce qui est acceptable et de ce qui ne l'est pas dans les comportements et qu'elle détermine la réaction à la violence. Par exemple, les attitudes en matière de châtiments infligés aux enfants varient énormément dans le monde (160). Dans certains pays, les jeunes filles ou les femmes qui ont été violées ne sont pas protégées par la loi, mais elles peuvent être tuées par leurs proches pour sauver l'honneur de la famille ou bien être forcées d'épouser le violeur pour légaliser la relation sexuelle.

- Le fait de grandir dans un foyer marqué par la violence ou une séparation, la toxicomanie, l'isolement social, la rigidité des rôles sexospécifiques, la pauvreté et les inégalités de revenus, tout comme certaines caractéristiques personnelles comme l'incapacité à maîtriser son comportement ou le manque de confiance en soi, comptent parmi les facteurs de risque communs à toutes les formes de violence interpersonnelle.
- Alors que la violence dans la collectivité, particulièrement chez les jeunes, est très visible et généralement qualifiée de « criminelle », la violence à l'intérieur de la famille (y compris la maltraitance d'enfants et de personnes âgées ou la violence entre partenaires) est davantage masquée. En bien des endroits, la police et les tribunaux sont peu disposés ou prêts à sanctionner cette forme de violence et à reconnaître le phénomène de la violence sexuelle ou à agir à son encontre.

Violence dirigée contre soi-même

Presque partout dans le monde, le suicide est frappé d'ostracisme – il est condamné pour des raisons religieuses ou culturelles – et, dans certains pays, le comportement suicidaire est un délit pénal sanctionné par la loi. Le suicide est donc un acte secret, marqué par l'interdit, qui peut souvent être ignoré, classé de façon erronée ou délibérément occulté dans les registres officiels des décès.

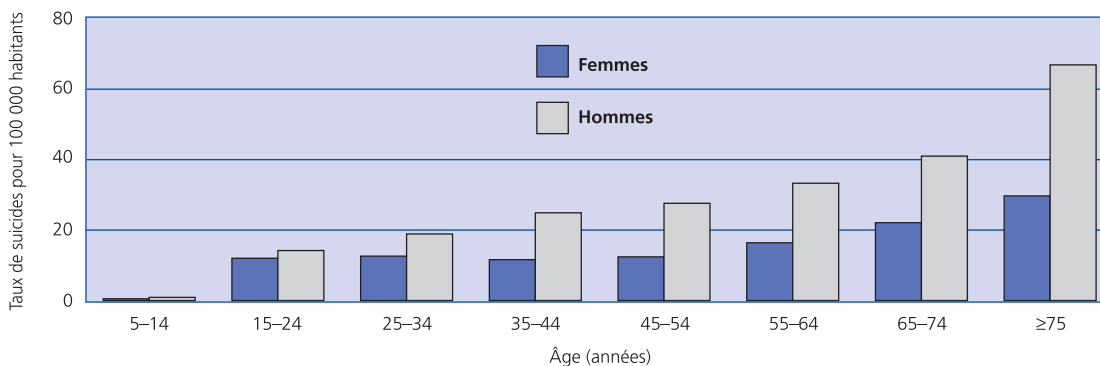
Ampleur du problème

On estime que 815 000 personnes se sont donné la mort en 2000 – environ une toutes les 40 secondes – ce qui fait du suicide la treizième cause de décès dans le monde. C'est dans les pays d'Europe orientale que les taux sont les plus élevés, tandis que les taux les plus faibles sont enregistrés principalement en Amérique latine et dans certains pays d'Asie.

D'une façon générale, les taux de suicide augmentent avec l'âge. Comme il ressort de la Figure 5, les suicides parmi les personnes de 75 ans et plus sont à peu près trois fois plus fréquents que

FIGURE 5

Taux de suicide dans le monde par âge et par sexe, 1995



parmi les personnes de 15 à 24 ans. Cependant, c'est parmi les moins de 45 ans que les chiffres absolus sont généralement les plus élevés. Parmi les personnes de 15 à 44 ans, les automutilations sont la quatrième cause de décès ainsi que la sixième cause de mauvaise santé et d'incapacité (1).

En moyenne, on compte trois suicides d'homme dans le monde pour un suicide de femme. Là encore, les variations sont très grandes d'un pays à l'autre, puisque le rapport homme/femme pour les suicides va de 1 : 1 en Chine à 10 : 1 à Porto Rico.

Les taux de suicide varient aussi à l'intérieur d'un même pays, entre la population urbaine et rurale et entre différents groupes raciaux et ethniques. Ainsi les taux de suicide sont souvent plus élevés dans la population autochtone que parmi le reste de la population d'un pays (161-163). Par exemple, dans l'État du Queensland en Australie, on a enregistré entre 1990 et 1995 un taux de suicide de 23,6 pour 100 000 dans la population aborigène et dans celle du Détroit de Torres, contre 14,5 pour 100 000 dans l'ensemble de l'État (164). Parmi les Inuits qui vivent dans l'Arctique au nord du Canada, on a signalé des taux de 59,5 et 74,3 pour 100 000, contre un taux de l'ordre de 15,0 pour 100 000 dans l'ensemble de la population canadienne (165).

Seule une minorité de gens qui ont des tendances suicidaires mettent réellement fin à leurs jours. En moyenne, on estime qu'il y a entre 2 et 3 tentatives de suicide pour un suicide parmi les personnes de plus de 65 ans alors que, parmi les jeunes de moins

de 25 ans, le rapport entre les tentatives de suicide et les suicides peut atteindre 100-200:1 (166, 167). Environ 10 % de ceux qui font une tentative de suicide finissent par se donner la mort. Il existe une proportion plus importante encore de personnes qui ont des pensées suicidaires, mais ne tentent jamais de les concrétiser. En moyenne, les femmes ont plus tendance aux pensées suicidaires que les hommes (168).

- Plus de 800 000 personnes se sont donné la mort en 2000, ce qui fait du suicide la treizième cause de décès dans le monde. Parmi les gens de 15 à 44 ans, les automutilations constituent la quatrième cause de décès et la sixième cause de mauvaise santé ou d'incapacité.
- Les taux de suicide ont tendance à augmenter avec l'âge et c'est parmi les personnes de 75 ans et plus qu'ils sont les plus élevés. À l'intérieur d'un pays, ils peuvent varier selon les groupes raciaux et ethniques de même qu'entre zones rurales et urbaines.
- En moyenne, on compte trois suicides d'homme pour un suicide de femme.
- Parmi les personnes ayant des tendances suicidaires, seule une minorité se donne la mort. La plupart d'entre elles ont des pensées suicidaires mais ne passent jamais à l'acte, et même celles qui font une tentative de suicide n'ont pas forcément l'intention de mourir.

La dynamique du suicide

Des circonstances ou des événements stressants très divers peuvent exposer à un risque accru de comportement autodestructeur (169-172), notamment la pauvreté, le chômage, la perte d'un proche, un conflit avec des parents ou des amis, la rupture d'une relation, ou encore des ennuis avec la justice ou des problèmes d'ordre professionnel. Ces événements sont certes fréquents, mais seule une minorité de gens est poussée au suicide. Pour que ces événements deviennent des facteurs qui précipitent ou déclenchent le suicide, il faut qu'ils surviennent chez quelqu'un qui est prédisposé ou qui risque particulièrement d'avoir un comportement autodestructeur.

Comme pour la violence interpersonnelle, les facteurs de risque prédisposants comprennent l'alcoolisme et la toxicomanie, des antécédents de sévices corporels ou sexuels dans l'enfance ainsi que l'isolement social (173-176). Des problèmes psychiatriques comme la dépression et les autres troubles de l'humeur, la schizophrénie ou le sentiment général de désespoir jouent également un rôle (177-179). Les maladies somatiques, en particulier celles qui s'accompagnent de douleurs ou d'un handicap, sont également des facteurs importants (180). Avoir accès à un moyen de se donner la mort (le plus souvent arme à feu, médicament ou poison agricole) est à la fois un important facteur de risque en soi et un élément important qui détermine si la tentative réussit ou non (181-183). Une tentative de suicide antérieure est un élément important qui permet de prévoir un geste fatal par la suite, notamment dans les six mois qui suivent la première tentative (184).

Il semble toutefois que plusieurs facteurs protègent contre les pensées ou les actes suicidaires, notamment la confiance en soi et une bonne insertion, surtout avec la famille et les amis, l'appui social, la stabilité et l'harmonie dans le couple et, enfin, l'engagement religieux (185-188).

- Bien des gens connaissent des difficultés ou vivent des moments tragiques, or seule une infime minorité est poussée au suicide. Pour que de tels événements « déclenchent » un suicide, il faut qu'ils surviennent chez quelqu'un qui est prédisposé ou qui risque d'avoir un comportement autodestructeur.

- Parmi les facteurs de risque d'une prédisposition au suicide figurent l'abus de l'alcool et des drogues, les mauvais traitements subis pendant l'enfance, l'isolement social, ainsi que la dépression et d'autres problèmes psychiatriques. Parmi les autres facteurs importants figurent le fait d'avoir accès à un moyen de se suicider et des antécédents récents de tentative de suicide.

Violence collective

La violence collective sous ses multiples formes retient beaucoup l'attention du grand public. Des conflits violents entre pays et entre groupes, le terrorisme d'état ou de groupe, le viol en tant qu'arme de guerre, les déplacements massifs de populations ainsi que les guerres de bandes sont autant d'événements qui surviennent tous les jours dans bien des régions du monde. Ils ont d'énormes répercussions sur la santé, qu'il s'agisse de décès, de maladies, d'incapacités ou d'angoisse.

On ne sait toujours pas quel est le meilleur moyen de réagir aux diverses formes de violence collective, mais il apparaît aujourd'hui à l'évidence que la santé publique a un rôle important à jouer. Comme l'a déclaré l'Assemblée mondiale de la Santé en 1981 (189), le rôle des agents de santé dans la promotion et le maintien de la paix est un facteur important pour l'instauration de la santé pour tous.

Ampleur du problème

Le XX^e siècle a été l'une des périodes les plus violentes de l'histoire de l'humanité. On estime à 191 millions le nombre de personnes (pour beaucoup plus de la moitié des civils) qui ont perdu la vie directement ou indirectement à la suite d'un conflit (190). Outre la Première et la Deuxième Guerre mondiale, deux des événements les plus catastrophiques sur ce plan ont été la terreur stalinienne et le Grand Bond en avant en Chine (1958-1960), au cours duquel des millions de gens ont péri. Pour ces deux derniers événements, on ne connaît pas encore avec certitude le nombre des victimes.

Des millions de gens ont perdu la vie durant des conflits, même si l'on ne connaîtra jamais les chiffres

exacts. Dans bien des régions du monde, les décès et les traumatismes ne sont pas enregistrés avec précision, et la tenue des dossiers est souvent désorganisée en période de conflit (191). De plus, de nombreuses raisons expliquent que les parties à un conflit essaient de masquer ou de manipuler les faits concernant les décès et les destructions provoqués.

Aux milliers de personnes tuées chaque année lors de conflits violents s'ajoutent tous les blessés, dont certains restent handicapés à vie. On possède peu de données sur les incapacités liées à un conflit, mais quelques chiffres suffisent à souligner l'impact à long terme des conflits. Ainsi, plus de 30 années de conflit armé en Ethiopie ont fait environ 1 million de morts, dont la moitié étaient des civils. A peu près un tiers des 300 000 soldats revenus du front à la fin du conflit avaient été blessés ou handicapés et au moins 40 000 personnes avaient perdu un ou plusieurs membres lors du conflit (192). Au Cambodge, 36 000 personnes – soit une sur 236 à l'échelle nationale – ont perdu un membre après avoir sauté sur une mine terrestre (193). Dans certains conflits, des civils ont été mutilés, victimes d'une stratégie délibérée destinée à démoraliser la population et détruire ses structures sociales. On en a deux exemples notables avec la guerre civile au Mozambique dans les années 80 et le conflit plus récent en Sierra Leone où de nombreux habitants ont eu les oreilles, les lèvres ou un membre coupés par les rebelles qui combattaient les forces gouvernementales (194).

Le viol a lui aussi été utilisé délibérément comme arme dans de nombreux conflits, notamment en Corée durant la Deuxième Guerre mondiale, au Bangladesh pendant la guerre d'indépendance, et lors des conflits qui ont touché l'Algérie, l'Indonésie, l'Inde (Cachemire), le Libéria, le Rwanda, l'Ouganda et l'exYougoslavie. Les soldats violent les épouses, les filles, les mères et les sœurs de leurs adversaires pour les humilier et se venger de l'ennemi. On estime, par exemple, qu'entre 10 000 et 60 000 femmes ont été violées par des soldats lors du conflit en Bosnie-Herzégovine (195).

- Le XX^e siècle a été l'une des périodes les plus violentes de l'histoire de l'humanité. Plus de la moitié de ceux qui ont perdu la vie lors d'un conflit dans le monde étaient des civils.

Conséquences de la violence collective

Outre les menaces directes que les conflits font peser en termes de décès ou de traumatismes, ils contribuent indirectement à accroître les taux de mortalité et de morbidité dans la population civile. C'est ainsi qu'ils entraînent la destruction d'infrastructures et désorganisent des services vitaux comme les soins médicaux et la santé publique, notamment les services de vaccination, et augmentent donc le risque de maladie infectieuse. Lors du conflit en Bosnie-Herzégovine, par exemple, moins de 35 % des enfants ont été vaccinés en 1994 alors que le pourcentage était de 95 % avant le début des hostilités (196, 197). En règle générale, les taux de mortalité infantile augmentent en période de conflit.

La violence et la cruauté qui caractérisent les conflits sont à l'origine de bien des problèmes psychologiques et comportementaux, dont la dépression et l'angoisse, les comportements suicidaires, l'alcoolisme ou l'état de stress posttraumatique. Par ailleurs, un traumatisme psychologique peut se manifester par un comportement déviant ou antisocial, par exemple conflit intrafamilial ou agressivité envers les autres – situation souvent exacerbée par l'accès facile aux armes et par l'insensibilité à la violence chez des gens ayant connu une longue période de conflit. Mais l'impact d'un conflit sur la santé mentale est quelque chose d'extrêmement complexe et imprévisible, car il est influencé par divers facteurs comme la nature du conflit, le type de traumatisme et d'épreuve vécue, le contexte culturel ainsi que les ressources dont disposent les individus et la population pour faire face à la situation (198).

Les conflits désorganisent les relations commerciales et industrielles et détournent vers la défense les ressources normalement destinées à d'autres services et secteurs vitaux (199, 200). C'est souvent la production ou la distribution alimentaire qui est précisément visée en période de conflit (201). On estime qu'au cours du XX^e siècle, la famine liée à des conflits ou à un génocide a fait 40 millions de morts.

Les troubles sociaux provoqués par les conflits créent les conditions de la violence sexuelle et du déplacement forcé de vastes groupes de population (202, 203). Ce ne sont pas simplement des effets

secondaires malheureux des conflits ; il y a bien souvent volonté délibérée des combattants de soumettre ou dominer une population.

- Les petits enfants et les réfugiés comptent parmi les groupes les plus vulnérables à la maladie et à la mort en période de conflit. Les taux de morbidité et de mortalité dans ces deux groupes peuvent augmenter de façon dramatique.
- De nombreux problèmes de santé, dont la dépression et l'anxiété, les comportements suicidaires, l'alcoolisme et l'état de stress post-traumatique, peuvent également se manifester en période de conflit.
- Les conflits entraînent la destruction d'infrastructures et désorganisent des services vitaux comme les soins médicaux, en même temps qu'ils ont des répercussions sur le commerce, la production et la distribution alimentaire et qu'ils provoquent le déplacement de milliers de gens.

La dynamique des conflits violents

Les conflits qui s'accompagnent de violence ont généralement des causes très profondes et sont souvent la résultante de tensions qui existaient depuis longtemps entre différents groupes. La Commission Carnegie pour la Prévention des Conflits dangereux a dégagé plusieurs facteurs qui exposent les États au risque de conflit violent (204), notamment :

- L'absence de démocratie et l'inégalité d'accès au pouvoir. Le risque est particulièrement élevé lorsque le pouvoir est associé à une identité ethnique ou religieuse et lorsqu'on a affaire à un régime répressif qui n'hésite pas à violer les droits fondamentaux.
- Des inégalités sociales caractérisées par une répartition très inégale des ressources et par l'inégalité d'accès à ces ressources. Un conflit risque particulièrement de survenir lorsque l'économie est en crise, ce qui exacerbe les inégalités sociales et intensifie la lutte pour les ressources.

- La mainmise d'un seul groupe sur des ressources naturelles précieuses comme les pierres précieuses, le pétrole ou le bois ou encore sur la drogue. Ces dernières décennies, la lutte pour le contrôle des mines de diamant en Afrique centrale, du bois et des pierres précieuses au Cambodge, ainsi que de la drogue en Afghanistan, en Colombie et au Myanmar a joué un rôle primordial dans les conflits violents.
- Une évolution démographique rapide face à laquelle l'État n'est plus en mesure d'assurer les services essentiels ni d'offrir des emplois.

La facilité d'accès aux armes, particulièrement au sortir d'un conflit lorsque la démobilisation ne s'est pas accompagnée de la collecte des armes ou de la création d'emplois pour les anciens soldats, est également un facteur important.

Il semble que certains aspects de la mondialisation contribuent aux conflits (205). En particulier, la fragmentation et la marginalisation de certains pays et certains groupes, la concurrence féroce pour les ressources et les inégalités croissantes à l'intérieur de certaines sociétés risquent de créer des conditions qui accroissent la probabilité de conflits politiques violents. Aucun de ces facteurs n'est sans doute suffisant à lui seul mais, à eux tous, ils peuvent contribuer à l'éruption de la violence.

La Commission Carnegie pour la Prévention des Conflits dangereux a dégagé plusieurs facteurs qui exposent les États au risque de conflit violent, notamment :

- L'absence de démocratie et l'inégalité d'accès au pouvoir.
- Des inégalités sociales caractérisées par une répartition très inégale des ressources et par l'inégalité d'accès à ces ressources.
- La mainmise d'un seul groupe sur des ressources naturelles précieuses.
- Une évolution démographique rapide face à laquelle l'État n'est plus en mesure d'assurer les services essentiels ni d'offrir des emplois.

Comment prévenir la violence ?

La violence est un problème multiforme qui a des causes biologiques, psychologiques, sociales et environnementales. Il n'y a pas de solution simple ou unique au problème ; en fait, il faut s'y attaquer simultanément à de multiples niveaux et dans de multiples secteurs de la société. Compte tenu de la perspective qu'offre le modèle écologique, les programmes et politiques de prévention de la violence peuvent être ciblés sur l'individu, les relations, la communauté ou la société, et ils peuvent être organisés en collaboration avec différents secteurs de la société – à l'école, au travail, dans diverses institutions et dans le système pénal. Pour porter ses fruits, la prévention de la violence doit s'appuyer sur des bases scientifiques et revêtir un caractère exhaustif. D'une façon générale, les interventions au cours de l'enfance et celles qui se maintiennent dans le temps ont plus de chances de donner de bons résultats que les programmes à court terme.

On trouvera dans la partie qui suit un bref aperçu des divers programmes organisés dans le monde pour lutter contre la violence ou y faire face.

Approches individuelles

Au niveau individuel, la prévention de la violence se concentre sur deux objectifs. Il s'agit tout d'abord de favoriser des mentalités et des comportements sains chez les enfants et les jeunes afin de les protéger au fur et à mesure qu'ils grandissent et, ensuite, de modifier les mentalités et les comportements chez ceux qui se montrent déjà violents ou risquent de retourner la violence contre eux-mêmes. Il s'agit en particulier d'apprendre aux gens à résoudre les différends et les conflits sans avoir recours à la violence.

Plusieurs approches sont centrées sur les convictions et les comportements individuels :

- Programmes éducatifs – par exemple incitations à poursuivre jusqu'au bout les études

secondaires, formation professionnelle pour les jeunes et les jeunes adultes de milieux défavorisés, et programmes d'information sur l'abus des drogues.

- Programmes de développement social – notamment prévention du harcèlement physique et initiation préscolaire. Ces programmes visent à améliorer les performances scolaires et les relations sociales. Les programmes de développement social tout spécialement sont conçus pour donner aux enfants et aux adolescents des compétences sociales et leur apprendre à maîtriser la colère, à résoudre les conflits et à se forger une morale.
- Programmes thérapeutiques – notamment services de conseil pour les victimes de violence ou les personnes qui risquent de se suicider, groupes d'appui et thérapies comportementales pour les individus souffrant de dépression ou d'autres troubles psychiatriques associés au suicide.
- Programmes de traitement – pour les personnes qui risquent de se suicider, notamment traitement médical de celles qui souffrent de troubles psychiatriques. Il existe également des programmes destinés aux délinquants sexuels et aux personnes qui maltraitent leur partenaire ou leurs enfants. Ces programmes sont généralement menés en groupe de manière à examiner les questions de sexospécificité et à apprendre aux gens à maîtriser leur colère et à assumer la responsabilité de leurs actes.

Divers facteurs conditionnent l'efficacité de ces différentes approches. Ainsi, les programmes de développement social qui insistent sur les compétences sociales comptent parmi les meilleures stratégies pour prévenir la violence parmi les jeunes – mais semblent être plus efficaces lorsqu'ils sont organisés parmi les enfants d'âge préscolaire et des

élèves du primaire que parmi les élèves du secondaire (206-208).

Les services de conseil destinés aux hommes qui maltraitent leur partenaire ont montré qu'ils pouvaient aider certains à modifier leur comportement (209, 210), mais le taux d'abandon est généralement très élevé et bon nombre de ceux qu'on y envoie ne se présentent jamais (209, 211). D'un autre côté, les thérapies comportementales lorsqu'il y a un risque de suicide ont montré qu'elles pouvaient agir en atténuant les pensées et les comportements suicidaires (212, 213).

- Les approches individuelles se concentrent sur les moyens de favoriser des mentalités et comportements sains parmi les enfants et les jeunes à mesure qu'ils grandissent, et sur les moyens de modifier les mentalités et les comportements chez ceux qui se montrent déjà violents ou qui risquent de retourner la violence contre eux-mêmes.

Approches relationnelles

Les approches relationnelles cherchent avant tout à influencer les relations qu'ont les victimes et les auteurs d'actes de violence avec les personnes qu'ils voient le plus souvent. Elles se concentrent généralement sur les problèmes à l'intérieur de la famille – par exemple, conflit conjugal, absence de liens affectifs entre parents et enfants, manque de discipline ou d'encadrement des enfants – ainsi que les influences néfastes exercées par des pairs.

Plusieurs approches visent les relations :

- Formation au rôle de parent – il s'agit d'améliorer les liens affectifs entre les parents et leurs enfants, d'encourager les parents à élever leurs enfants en veillant à la continuité des méthodes suivies et de les aider à faire preuve de maîtrise d'eux-mêmes en élevant leurs enfants. Ce type de programme peut être organisé dans les cas où des enfants risquent d'être maltraités par leurs parents ou pour éviter qu'un jeune enfant tombe plus tard dans la délinquance lorsque son comportement est préoccupant.
- Tutorat – il s'agit de confier un jeune, notamment s'il risque de manifester un

comportement antisocial, à un adulte extérieur à la famille qui s'occupe de lui et peut servir de modèle de rôle positif et de guide.

- Thérapies familiales – ces activités ont pour but d'améliorer la communication et l'interaction entre les membres de la famille et de les aider à résoudre les problèmes entre parents et enfants.
- Visites à domicile – visites généralement assurées par une infirmière ou un autre professionnel de santé dans des familles qui ont particulièrement besoin d'appui et d'orientation pour s'occuper de leurs enfants ou dans lesquelles il y a un risque manifeste de maltraitance d'un enfant. Ces visites peuvent également aider à prévenir par la suite les comportements délinquants. Parmi les interventions figurent : services de conseil, formation et envoi à un spécialiste ou à un autre organisme.
- Formation à la maîtrise des relations interpersonnelles – on réunit généralement des groupes mixtes d'hommes et de femmes et un animateur pour examiner les questions de sexospécificité et de relations qui jouent un rôle dans la violence, de manière à donner aux intéressés les compétences nécessaires pour les maîtriser.

Tous ces programmes ont fait la preuve de leur efficacité dans certains contextes. Par exemple, dans les pays en développement comme dans les pays industrialisés, les visites à domicile se sont avérées utiles pour lutter contre la maltraitance des enfants, et elles comptent parmi les interventions les plus prometteuses pour faire reculer la violence à long terme parmi les jeunes (214-216). La formation au rôle de parent et les thérapies familiales ont également à long terme des effets positifs, car elles aident à faire reculer les comportements violents et délinquants pour un coût moindre à long terme que d'autres formes de traitement (43, 217-219).

Les programmes « Stepping Stones » et « Men as Partners », initialement mis au point pour l'Afrique, mais adoptés depuis dans bien des régions du monde en développement, sont des activités bien connues de formation aux aptitudes relationnelles (220, 221). Des évaluations qualitatives de ces programmes en Afrique et en Asie ont montré que les hommes les avaient jugés utiles, car

ils les aidaient à communiquer, à respecter les femmes et à assumer la responsabilité de leur comportement (222).

- Les approches relationnelles ont pour but d'influencer les relations qu'ont les victimes et les auteurs d'actes de violence avec les personnes qu'ils voient le plus régulièrement et elles se concentrent sur les problèmes à l'intérieur de la famille et sur les influences néfastes exercées par des pairs.

Actions communautaires

Le but principal des activités communautaires de prévention de la violence est de sensibiliser la population à la question et d'en débattre, d'encourager les actions collectives, de s'attaquer aux causes sociales et matérielles de la violence dans le milieu local et, enfin, d'assurer la prise en charge des victimes et de les aider.

Plusieurs approches sont axées sur les facteurs communautaires :

- Les campagnes d'éducation par les médias destinées à l'ensemble d'une communauté ou les campagnes éducatives axées plus particulièrement sur l'école, le lieu de travail ou les établissements de soins, entre autres.
- Les modifications du milieu physique, par exemple amélioration de l'éclairage sur la voie publique, sécurisation des voies d'accès à l'école pour les enfants et les jeunes, surveillance et élimination des polluants de l'environnement qui peuvent compromettre le développement de l'enfant.
- Les activités extrascolaires à l'intention des jeunes faisant intervenir le sport, le théâtre, les arts et la musique.
- La formation des policiers, des professionnels de la santé et de l'éducation, et des employeurs pour leur donner les moyens de reconnaître les différentes formes de violence et de mieux y réagir.
- L'organisation d'une police sociopréventive pour nouer des partenariats entre la police et divers groupes communautaires.

- Les programmes menés dans des contextes particuliers comme l'école, le travail, les camps de réfugiés ou les établissements de soins – notamment hôpitaux, dispensaires et établissements de soins de longue durée pour personnes âgées. Ces programmes visent à changer l'environnement institutionnel par l'adoption de politiques, de lignes directrices et de protocoles appropriés.
- Les interventions communautaires coordonnées – qui associent de nombreux secteurs pour améliorer services et programmes.

Les campagnes d'éducation ont fait leurs preuves dans certaines situations, par exemple la campagne multimédias *Soul City* menée en Afrique du Sud contre diverses formes de violence interpersonnelle, notamment harcèlement physique, violence de bandes, violence infligée par le partenaire, viol et harcèlement sexuel. Des évaluations de la série télévisée pour adultes *Soul City* ont montré que les gens étaient plus conscients des problèmes de violence familiale et de relations entre hommes et femmes, et que les mentalités et les normes sociales avaient évolué en conséquence. On a noté un net renforcement de la volonté de changer de comportement et de se mobiliser contre la violence, en milieux tant urbain que rural, de même qu'entre hommes et femmes.

Les initiatives en matière de police sociopréventive ont donné quelques bons résultats à Rio de Janeiro, au Brésil, et à San José, au Costa Rica (223, 224), mais il faut faire une évaluation plus rigoureuse pour en déterminer vraiment l'efficacité. L'amélioration de la formation des policiers et des agents de santé est un élément clé dans la prévention de nombreuses formes de violence. Mais les faits montrent que la formation à elle seule ne suffit pas à combattre la violence. Elle doit s'accompagner et être renforcée par des efforts pour modifier les mentalités et la culture locale (225-227).

Le maillage et la coopération multisectorielle au niveau communautaire sont de plus en plus utilisés face à la violence. Des conseils de coordination, des forums interinstitutions et autres activités analogues sont mis sur pied avec toutes sortes de gens, notamment des magistrats, des agents de santé

communautaires et des travailleurs sociaux, des groupes de femmes, des enseignants ainsi que les autorités religieuses et politiques locales. Il s'agit généralement de mettre en commun information et compétences, de repérer les problèmes en matière de prestation de services, de sensibiliser la population et d'agir face à une ou plusieurs formes de violence.

- Les actions communautaires visent à sensibiliser la population au problème de la violence, à encourager les mesures dans la communauté, à assurer la prise en charge des victimes et à les aider.

Approches sociétales

Ces approches de la prévention de la violence se concentrent sur les facteurs culturels, sociaux et économiques, et sur l'influence qu'ils exercent dans différents contextes et différentes communautés.

Plusieurs approches sont axées sur ces facteurs de société :

- Mesures législatives et judiciaires comme adoption ou amélioration de lois contre la violence sexuelle et la violence contre le partenaire, ou contre les châtiments corporels infligés aux enfants à la maison, à l'école ou dans d'autres contextes, adoption de lois obligeant à notifier les cas de maltraitance d'enfants ou de personnes âgées et d'une marche à suivre pour la prise en charge des cas de violence familiale ou sexuelle.
- Traités internationaux – bien des conventions et traités internationaux intéressent la prévention de la violence. Non seulement ces instruments fixent des normes pour la législation nationale, mais ils sont également très utiles pour l'action de sensibilisation.
- Changements politiques pour lutter contre la pauvreté et les inégalités, et améliorer l'aide aux familles – par exemple, projets d'assistance sociale et de développement économique, création d'emplois, amélioration de l'enseignement, congés parentaux, travail des mères et encadrement des enfants.

- Efforts pour modifier les normes sociales et culturelles. Cette action est particulièrement importante lorsqu'on veut s'attaquer aux problèmes de l'inégalité entre hommes et femmes, de la discrimination raciale ou ethnique ou des pratiques traditionnelles nuisibles, autant de problèmes qui sont souvent solidement enracinés dans le tissu social.
- Mise en œuvre de programmes de désarmement et de démobilisation dans les pays qui sortent d'un conflit, notamment création d'emplois pour les anciens soldats.

On considère qu'il est possible de réduire sensiblement les cas de maltraitance et de manque de soins aux enfants en luttant contre la pauvreté, en améliorant le niveau de l'enseignement et les possibilités d'emploi, de même qu'en développant les possibilités de garde des enfants et en améliorant la qualité. Les recherches faites dans plusieurs pays montrent que de bons programmes destinés aux très jeunes enfants peuvent compenser les inégalités socio-économiques et améliorer des aspects tels que le développement de l'enfant et ses résultats scolaires (228) – ce qui contribue également à faire reculer la violence parmi les jeunes.

Divers pays ont pris des mesures pour lutter contre la violence par les armes à feu, notamment moyennant un contrôle plus strict des conditions de détention de ces armes ou une réglementation plus sévère de l'entreposage des armes pour éviter les vols ou le commerce d'armes volées. Ces mesures ont contribué à réduire les taux d'homicide et de suicide dans certains contextes (229-232). Parmi les autres mesures qui se sont avérées efficaces contre le suicide figurent l'adoption de restrictions rigoureuses à la vente de produits agrochimiques toxiques et de médicaments, ainsi que l'élimination de substances nocives comme le monoxyde de carbone dans le gaz de ville et les gaz d'échappement. Par exemple, des restrictions à la vente du paraquat, un herbicide qui jouait un rôle central dans les suicides au Samoa, ont permis de faire reculer notablement les taux de suicide en moins de trois ans (233).

- Les approches sociétales se concentrent sur les facteurs culturels, sociaux et économiques qui conditionnent la violence et insistent sur les modifications de la législation, des politiques générales et de l'environnement social et culturel plus large susceptibles de faire reculer la violence dans différents contextes et dans la collectivité.

Quelques lacunes de taille

Les pages qui précèdent ont donné un bref aperçu des divers programmes organisés dans le monde pour lutter contre la violence ou y faire face. Mais elles montrent aussi que, dans bien des cas, l'efficacité des programmes n'a pas été évaluée de façon rigoureuse. Pour savoir ce qui marche et ce qui ne marche pas en matière de prévention de la violence et pour appliquer les ressources là où elles seront le plus efficaces, il faut accorder un rang de priorité plus élevé à l'évaluation dans toutes les activités. Il faut toutefois noter que, pour que des travaux de recherche rigoureux donnent des résultats, il faut du temps. La volonté d'investir dans des méthodes avérées ne devrait pas empêcher d'encourager les approches prometteuses.

Mais d'autres lacunes sont évidentes. Comme on l'a vu auparavant, il n'y a pas suffisamment de programmes axés sur la prévention primaire – c'est-à-dire sur les mesures destinées à prévenir la violence avant qu'elle ne survienne – par rapport à

la prévention secondaire ou tertiaire. Il y a d'autre part un déséquilibre dans l'orientation des programmes – les stratégies communautaires et sociétales sont défavorisées par rapport aux programmes axés sur les facteurs individuels et relationnels.

Enfin, il se trouve que la plupart des programmes de prévention de la violence ont été mis au point et expérimentés dans des pays industrialisés. Il est urgent de mettre au point ou d'adapter, de tester et d'évaluer bien d'autres programmes de prévention dans les pays en développement, et de savoir ceux qui marchent et ceux qui ne marchent pas dans des contextes beaucoup plus divers.

- Relativement peu d'approches ont été soumises à une évaluation d'efficacité ; l'évaluation doit avoir un rang de priorité plus élevé dans toutes les activités.
- Il n'y a pas suffisamment de programmes axés sur la prévention primaire, par rapport à la prévention secondaire ou tertiaire.
- Les programmes qui agissent aux niveaux communautaire ou sociétal sont défavorisés par rapport aux programmes axés sur les facteurs individuels ou relationnels.
- Il est urgent de mettre au point ou d'adapter, de tester et d'évaluer bien d'autres programmes de prévention dans les pays en développement.

Recommandations sur les mesures à prendre

Etant donné le caractère multiforme de la violence, les gouvernements et les parties prenantes doivent s'engager à tous les niveaux décisionnels – local, national et international. Les recommandations qui suivent rendent compte de cette nécessité d'adopter des approches collectives et multisectorielles.

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 important d'établir un plan d'action national pour prévenir la violence et encourager des ripostes efficaces qui puissent se maintenir dans le temps. Ce plan doit être le fruit d'un consensus élaboré par tout un éventail d'acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, y compris les organisations concernées. Il doit tenir compte des ressources humaines et financières qui sont et seront disponibles pour sa mise en œuvre et prévoir des activités telles que l'examen et la réforme de la législation et des politiques existantes, la mise en place de moyens 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. Le plan devrait également comprendre un calendrier et un mécanisme d'évaluation et désigner une organisation chargée de suivre la mise en œuvre et de faire rapport périodiquement sur les progrès accomplis. Il faudrait aussi préciser dans le plan les mécanismes de coordination aux niveaux local, national et international qui permettront aux divers secteurs de collaborer à l'action de prévention de la violence, par exemple justice pénale, éducation, travail, santé et action sociale.

Recommandation 2. Développer les moyens de collecte de données sur la violence

Il est nécessaire de développer les capacités nationales de collecte et d'analyse des données sur la violence pour pouvoir fixer les priorités, orienter la conception des programmes et suivre les progrès réalisés. Dans certains pays, peut-être sera-t-il préférable que le gouvernement désigne une institution, un organisme ou un service officiel chargé de rassembler et de comparer les données communiquées par les autorités de la santé, la police ou d'autres organes qui sont en contact régulier avec les victimes ou les auteurs d'actes de violence. Dans les pays aux ressources limitées, l'organisme en question pourrait également assurer la fonction de suivi décrite dans la Recommandation 1.

Recueillir des données est important à tous les niveaux, mais c'est au niveau local que seront garanties la qualité et l'exhaustivité des données. Il faut mettre au point des systèmes simples, efficaces et peu coûteux à appliquer, adaptés au niveau de compétences du personnel et conformes aux normes nationales et internationales. Il faudrait d'autre part prévoir des filières d'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 des moyens de faire des analyses comparées.

Au niveau international, on manque actuellement de normes agréées pour la collecte de données sur la violence qui permettraient de développer les comparaisons de données entre pays et entre cultures. Il faudrait y remédier en appliquant plus largement des normes agréées au niveau international comme la Classification internationale des causes extérieures de

traumatismes (*International Classification of external causes of injury*) (234) et les lignes directrices pour la surveillance des traumatismes (*Injury surveillance guidelines*) mises au point par l'Organisation mondiale de la Santé et les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (235).

Recommandation 3. Définir les priorités et encourager la recherche sur les causes, les conséquences, les coûts et la prévention de la violence

Il y a bien des raisons de faire de la recherche sur la violence, mais l'une des toutes premières priorités est de mieux comprendre le phénomène de la violence dans différents contextes culturels pour pouvoir mettre au point des ripostes appropriées et les évaluer. Au niveau national, la recherche peut être encouragée par les politiques officielles, par la participation directe d'institutions publiques (bon nombre de ministères des affaires sociales ou de l'intérieur, tout comme bon nombre d'organismes liés à la justice pénale possèdent 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. Pour obtenir un maximum de résultats, les autorités locales devraient associer tous les partenaires ayant les compétences requises, notamment départements d'université (médecine, sciences sociales, criminologie et épidémiologie), services de recherche et organisations non gouvernementales.

Certaines questions mondiales hautement prioritaires appellent des recherches au niveau international, notamment les rapports entre la violence et divers aspects de la mondialisation (en particulier ses répercussions économiques, écologiques et culturelles), les facteurs de risque et de protection communs à différentes cultures et sociétés et, enfin, les approches prometteuses en matière de prévention applicables dans divers contextes.

Recommandation 4. Promouvoir des mesures de prévention primaire

L'importance de la prévention primaire est un leitmotiv que l'on retrouve tout au long du *Rapport*

mondial sur la violence et la santé. On trouvera ci-après quelques-unes des principales mesures de prévention primaire qui peuvent aider à combattre 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 les plans tant matériel que socio-économique ;
- mesures destinées à prévenir les traumatismes par armes à feu et à améliorer la sécurité dans le contexte de l'utilisation de ces armes ;
- campagnes utilisant les médias 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. Les améliorations d'infrastructures peuvent avoir des effets importants sur plusieurs formes de violence, car il s'agit plus particulièrement de s'attaquer à des facteurs environnementaux dans la collectivité – c'est-à-dire savoir où la violence est fréquente, analyser ce qui fait qu'un lieu particulier est dangereux, et modifier ou éliminer ces facteurs. Cela exige aussi des améliorations de l'infrastructure socio-économique locale, par un développement des investissements et une amélioration de l'éducation et des possibilités d'emplois rémunérateurs.

Prévenir les blessures par armes à feu et améliorer les mesures de sécurité dans le contexte de l'utilisation de ces armes sont un autre enjeu pour ceux qui décident des interventions nationales ou locales. De plus, même si les travaux de recherche n'ont pas encore donné de résultats concluants sur la façon dont l'exposition à la violence par les médias influence de nombreuses formes de violence, on peut se servir de divers médias publics et privés pour modifier les mentalités et les comportements ainsi que les normes sociales face à la violence. Selon la

situation à tel ou tel endroit, la plupart des interventions de prévention primaire peuvent avoir des effets importants qui se renforcent les uns les autres.

Recommandation 5. Renforcer les mesures en faveur des victimes de la violence

Les systèmes nationaux de santé devraient avoir pour but d'assurer des soins de qualité aux victimes de toutes les formes de violence et d'offrir les services de réadaptation et d'appui nécessaires pour éviter des complications ultérieures. Les priorités sont notamment 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 aiguiller les victimes vers les organismes appropriés qui assureront suivi et appui ;
- veiller à ce que les services de santé, la justice, la police et les services sociaux évitent de harceler de nouveau 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 ;
- inscrire dans les programmes d'études de médecine et de soins infirmiers 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 limiter les coûts pour les systèmes de santé et les systèmes sociaux. Mais, lors de leur conception et de leur mise en œuvre, il faut prévoir des garde-fous contre le harcèlement ultérieur des victimes – c'est-à-dire éviter de les exposer au risque de sévices ultérieurs de la part des auteurs des actes de violence, de condamnation par la famille ou la communauté, ou 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 réformes législatives et judiciaires, campagnes visant à mieux sensibiliser l'opinion au problème, activités de formation et de suivi de la police et des fonctionnaires, et, enfin, incitations éducatives ou économiques pour les groupes défavorisés.

Un peu partout dans le monde, les politiques et programmes de protection sociale sont sérieusement mis à mal. De nombreux pays ont vu les salaires baisser en termes réels, l'infrastructure de base se détériorer et les services se dégrader en qualité et en volume dans le domaine de la santé et de l'éducation et dans le secteur social. Ces phénomènes ayant un rapport avec la violence, les gouvernements devraient faire tout en leur pouvoir pour préserver les services de protection sociale, le cas échéant en revoyant les priorités du budget national.

Recommandation 7. Renforcer la collaboration et les échanges d'informations en matière de prévention de la violence

Il faut améliorer les relations de travail entre institutions internationales, gouvernements, chercheurs, réseaux et organisations non gouvernementales qui s'occupent de la prévention de la violence si l'on veut renforcer les échanges de connaissances, s'entendre sur des buts en matière de prévention et coordonner les mesures prises. Pour ce faire, il faudrait créer des mécanismes de coordination afin d'éviter les doubles emplois et tirer parti des économies rendues possibles par une mise en commun des compétences, des réseaux, des financements et des moyens nationaux.

Il faudrait reconnaître et encourager le rôle des groupes de sensibilisation – par exemple, ceux qui s’occupent de la violence à l’encontre des femmes, des violations des droits fondamentaux, de la maltraitance des personnes âgées et de la prévention du suicide – par des mesures pratiques comme leur conférer un statut officiel dans les grandes conférences internationales et les inclure dans les groupes de travail officiels. Il faudrait faciliter la collaboration des experts travaillant sur les différentes formes de violence en prévoyant des lieux de rencontre pour faciliter l’échange d’information ainsi que les travaux de recherche et de sensibilisation communs.

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.

Si les pays sont nombreux à avoir progressé dans l’harmonisation de leur législation avec les obliga-

tions et les engagements internationaux qu’ils ont pris, ce n’est cependant pas le cas pour tous. Là où l’obstacle majeur est le manque de ressources ou d’information, la communauté internationale devrait faire davantage pour apporter de l’aide. Dans d’autres cas, il faudra mener des campagnes vigoureuses pour impulser des changements dans la législation et la pratique.

Recommandation 9. Rechercher sur la base d’accords internationaux des ripostes concrètes au trafic mondial d’armes et de drogue

Le trafic mondial d’armes et de drogue est indissociable de la violence dans les pays en développement comme dans les pays industrialisés. Des progrès même modestes sur l’un ou l’autre de ces deux fronts aideront à faire reculer la violence dont sont victimes des millions de gens. Mais jusqu’ici – et malgré l’intérêt suscité par la question sur le plan mondial – aucune solution ne semble en vue. Des stratégies de santé publique pourraient contribuer à en réduire les répercussions sur la santé aux niveaux national et local, et il faudrait donc leur accorder un rang de priorité beaucoup plus élevé dans les mesures au niveau mondial.

Conclusion

Même si les connaissances sont encore lacunaires et s'il faut de toute urgence intensifier les recherches, l'expérience faite jusqu'à présent a livré d'importants enseignements sur les moyens de prévenir la violence et d'en limiter les conséquences. En particulier :

La violence est un phénomène souvent prévisible et évitable. Comme le montre le *Rapport mondial sur la violence et la santé*, certains facteurs semblent être de forts éléments prédictifs de la violence, même s'il est parfois difficile d'établir un lien de causalité direct. En dégageant ces facteurs et en les mesurant, on peut avertir les décideurs à temps de la nécessité d'agir. De plus, l'éventail des outils d'action s'élargit sans cesse à mesure que progresse la recherche axée sur la santé publique.

Investir en amont donne des résultats en aval. Les autorités ont un peu partout tendance à agir une fois que la violence s'est manifestée. Or, investir dans la prévention – particulièrement dans des activités de prévention primaire qui agissent « en amont » des problèmes – pourrait bien être d'un meilleur rapport coût/efficacité et avoir d'importantes retombées à long terme.

Lorsqu'on met au point des interventions, il est déterminant d'appréhender le contexte dans lequel s'inscrit la violence. Toutes les sociétés connaissent ce phénomène, mais le contexte – c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles la violence surgit, sa nature et l'attitude de la société à son égard – varie énormément d'une situation à l'autre. Partout où des programmes de prévention sont envisagés, il faut comprendre le contexte dans lequel s'inscrit la violence pour pouvoir adapter l'intervention à la population visée.

Les différentes formes de violence sont reliées entre elles par bien des facteurs importants et elles

ont souvent en commun certains facteurs de risque. Malheureusement, les activités de recherche et de prévention des différentes formes de violence ont souvent été conçues de façon cloisonnée – problème qu'il faudra résoudre pour renforcer l'efficacité des interventions.

Les ressources doivent aller aux groupes les plus vulnérables. La violence, comme bien des problèmes de santé, n'est pas un phénomène neutre. Aucune classe sociale n'est épargnée par la violence, mais tous les travaux de recherche montrent que ce sont les groupes économiquement défavorisés qui sont le plus à risque. Il faut dénoncer le manque d'intérêt pour les besoins des pauvres – qui, dans la plupart des sociétés, sont généralement les moins bien desservis par les divers services de protection et de soins assurés par l'Etat – si l'on veut prévenir la violence.

La tolérance à l'égard de la violence empêche de s'attaquer au problème. Elle l'encourage beaucoup et empêche de prendre des mesures de riposte. C'est particulièrement vrai de la vision selon laquelle la violence, tout comme l'inégalité entre hommes et femmes qui lui est liée de près, est quelque chose d'immuable dans les sociétés humaines. La tolérance à l'égard de la violence est souvent renforcée par l'intérêt : il suffit de prendre pour exemple le droit – sanctionné par la société – qu'a un homme de « corriger » sa femme. Pour faire reculer la violence interpersonnelle et collective, il faut combattre la tolérance à l'égard de la violence sous toutes ses formes.

La volonté politique de s'attaquer au problème de la violence est essentielle à l'action de santé publique. Les organisations, les individus et les institutions à la base peuvent certes faire beaucoup, mais, en dernière analyse, c'est de l'engagement des

autorités politiques que dépend le succès de cette action. C'est tout aussi important au niveau national – où sont prises les décisions en matière de politique, de législation et de financement – qu'aux niveaux des provinces, des districts et des municipalités, qui ont la responsabilité de la gestion courante des politiques et programmes. Il faut souvent des efforts soutenus de la part de nombreux secteurs de la société pour susciter un engagement politique en faveur du combat contre la violence.

La violence n'est pas une fatalité. On peut faire beaucoup pour s'attaquer au problème et le

prévenir. Le monde n'a pas encore vraiment mesuré l'ampleur de la tâche et ne dispose pas encore de tous les outils nécessaires. Mais la base de connaissances mondiales ne cesse de s'élargir, et des expériences très utiles ont déjà été faites.

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. *Injury: a leading cause of the global burden of disease*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Département Prévention de la violence et des traumatismes, 1999 (document non publié WHO/HSC/PVI/99.11).
2. Miller TR, Cohen MA, Rossman SB. Victim costs of violent crime and resulting injuries. *Health Affairs*, 1993, 12 :186–197.
3. *Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention*. Washington, D.C., United States Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health and Surgeon General, 1979 (publication 79–55071).
4. WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document non publié WHO/EHA/SPI.POA.2).
5. Mercy JA et al. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, 1993, 12 :7–29.
6. Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Current Issues in Public Health*, 1995, 1 :2–9.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Yip PSF, Tan RC. Suicides in Hong Kong and Singapore: a tale of two cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 1998, 44 :267–279.
13. Anderson RN. Deaths: leading causes for 1999. *National Vital Statistics Reports*, 2001, 49 :1–87.
14. Buvinic M, Morrison A. *Violence as an obstacle to development*. Washington, D.C., Inter-American Development Bank, 1999 :1–8 (Technical Note 4 : Economic and social consequences of violence).
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health*, 1998, 4 :41–70.
19. 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.
20. Campbell JC, Soeken K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5 :1017–1035.
21. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4 :54–69.
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. Davidson JR et al. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53 :550–555.
24. 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.
25. 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).
26. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations : the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49 :604–616.
 27. Bronfenbrenner V. *The ecology of human development : experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard University Press, 1979.
 28. Garbarino J. *Adolescent development : an ecological perspective*. Columbus, Ohio (Etats-Unis d'Amérique), Charles E. Merrill, 1985.
 29. Tolan PH, Guerra NG. *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.
 30. Heise LL. Violence against women : an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4 :262–290.
 31. 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.
 32. Carp RM. *Elder abuse in the family : an interdisciplinary model for research*. New York, (Etats-Unis d'Amérique), Springer, 2000.
 33. 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. Dans : Howell JC et al. (sous la direction de) *Sourcebook on serious, violent, and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1995 :213–237.
 34. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood : a synthesis of longitudinal research. Dans : Loeber R, Farrington DP (sous la direction de) *Serious and violent juvenile offenders : risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1998 :86–105.
 35. Tolan PH, Guerra NG. Prevention of juvenile delinquency : current status and issues. *Journal of Applied and Preventive Psychology*, 1994, 3 :251–273.
 36. Karkal M. How the other half dies in Bombay. *Economic and Political Weekly*, 24 August 1985 :1424.
 37. Reece RM, Krous HF. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. Dans : Reece RM, Ludwig S (sous la direction de) *Child abuse : medical diagnosis and management*. Deuxième édition. Philadelphie, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001 :517–543.
 38. UNICEF Innocenti Research Center. Early marriage : child spouses. *Innocenti Digest*, 2001, No. 7.
 39. Brown L. *Sex slaves : the trafficking of women in Asia*. Londres (Royaume-Uni), Virago Press, 2001.
 40. Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. *Recent findings from a program of research on the causes and correlates of delinquency*. Washington, D.C., United States Department of Justice, 1995.
 41. 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.
 42. Stattin H, Magnusson M. Antisocial development : a holistic approach. *Development and Psychopathology*, 1996, 8 :617–645.
 43. *Youth violence : a report of the Surgeon General*. Washington, D.C. United States Department of Health and Human Services, 2001.
 44. LeBlanc M, Frechette M. *Male criminal activity from childhood through youth*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Springer-Verlag, 1989.
 45. Farrington DP. Predicting adult official and self-reported violence. Dans : Pinard GF, Pagani L (sous la direction de) *Clinical assessment of dangerousness : empirical contributions*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press, 2001 :66–88.
 46. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. Dans : Reiss AJ, Roth JA (sous la direction de) *Understanding and preventing violence : panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 3. Social influences*. Washington, D.C, National Academy Press, 1994 :377–570.
 47. Loeber R et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993, 5 :103–133.
 48. 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.
 49. 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.
 50. Smith C, Thornberry TP. The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology*, 1995, 33 :451–481.
 51. Farrington DP. Predictors, causes, and correlates of male youth violence. Dans : Tonry M, Moore MH (sous la direction de) *Youth violence*. Chicago, Illinois (Etats-Unis d'Amérique), University of Chicago Press, 1998 :421–475.
 52. Ortega ST et al. Modernization, age structure, and regional context : a cross-national study of crime. *Sociological Spectrum*, 1992, 12 :257–277.
 53. 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).
54. Messner SF. Research on cultural and socio-economic factors in criminal violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 1988, 11 :511–525.
 55. Fajnzylber P, Lederman D, Loayza N. *Inequality and violent crime*. Washington, D.C., World Bank, 1999.
 56. 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.
 57. Gonzales de Olarte E, Gavilano Llosa P. Does poverty cause domestic violence? Some answers from Lima. Dans : Morrison AR, Biehl ML (sous la direction de) *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, D.C., Inter-American Development Bank, 1999 :35–49.
 58. Ellsberg MC et al. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1999, 89 :241–244.
 59. Rodgers K. Wife assault : the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14 :1–22.
 60. Martin SL et al. Domestic violence in northern India. *American Journal of Epidemiology*, 1999, 150 :417–426.
 61. Ellsberg MC et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51 :1595–1610.
 62. Mooney J. *The hidden figure : domestic violence in north London*. Londres, Middlesex University, 1993.
 63. Yoshihama M, Sorenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates : experiences of women in Japan. *Violence and Victims*, 1994, 9 :63–77.
 64. 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 dans la perspective des sexespécificités]. Nuevo León, Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población, 1996.
 65. Schuler SR et al. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 1996, 43 :1729–1742.
 66. Zimmerman K. *Plates in a basket will rattle : domestic violence in Cambodia. A summary*. Phnom Penh, Project Against Domestic Violence, 1995.
 67. Armstrong A. *Culture and choice : lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe*. Harare, Violence Against Women in Zimbabwe Research Project, 1998.
 68. Gonzalez Montes S. Domestic violence in Cuetzalan, Mexico : some research questions and results. Dans : *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.
 69. Osakue G, Hilber AM. Women's sexuality and fertility in Nigeria. Dans : Petchesky R, Judd K (sous la direction de) *Negotiating reproductive rights*. Londres, Zed Books, 1998 :180–216.
 70. Johnson H. *Dangerous domains : violence against women in Canada*. Toronto, Ontario (Canada), International Thomson Publishing, 1996.
 71. Larrain SH. *Violencia puertas adentro : la mujer golpeada*. [La violencer derrière les portes closes : les femmes battues]. Santiago, Editorial Universitaria, 1994.
 72. 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.
 73. Black DA et al. *Partner, child abuse risk factors literature review*. National Network of Family Resiliency, National Network for Health, 1999 (site Web : <http://www.nnh.org/risk/>).
 74. 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.
 75. 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.
 76. Levinson D. *Violence in cross-cultural perspective*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1989.
 77. 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.
 78. Kirschner RH, Wilson H. Pathology of fatal child abuse. Dans : Reece RM, Ludwig S (sous la direction de) *Child abuse : medical diagnosis and management*. Deuxième édition. Philadelphie, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001 :467–516.
 79. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. Dans : Reece RM, Ludwig S (sous la direction de) *Child abuse : medical diagnosis and management*. Deuxième édition. Philadelphie, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001 :47–80.
 80. 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.
 81. Hahm H, Guterman N. The emerging problem of physical child abuse in South Korea. *Child Maltreatment*, 2001, 6 :169–179.
 82. Ketsela T, Keddebe D. Physical punishment of elementary school children in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 1997, 35 :23–33.

83. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:409-17.
84. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:31-53.
85. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1543-1555.
86. Kotch JB et al. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 1993, 17:233-247.
87. Menick DM. Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire : le cas du Sénégal. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1557-1565.
88. Madu SN, Peltzer K. Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:259-268.
89. 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.
90. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, D.C., National Academy of Sciences Press, 1993.
91. Hunter WM et al. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology*, 2000, 25:435-447.
92. Égalité, développement et paix. New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2000.
93. Zununegui MV, Morales JM, Martínez V. Maltrato infantil : Factores socioeconómicos y estado de salud. [Les mauvais traitements à enfant : facteurs socio-économiques et état de santé]. *Anales Españoles de Pediatría*, 1997, 47:33-41.
94. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16:823-832.
95. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence : parental use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:959-973.
96. Kim DH et al. Children's experience of violence in China and Korea : a transcultural study. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1163-1173.
97. Sumba RO, Bwibo NO. Child battering in Nairobi, Kenya. *East African Medical Journal*, 1993, 70:688-692.
98. 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.
99. Tang CS. The rate of child abuse in Chinese families : a community survey in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:381-391.
100. Vargas NA et al. Parental attitude and practice regarding physical punishment of school children in Santiago de Chile. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:1077-1082.
101. Jenny C et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:621-626.
102. 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.
103. Starling SP, Holden JR. Perpetrators of abusive head trauma : comparison of two geographic populations. *Southern Medical Journal*, 2000, 93:463-465.
104. Finkelhor D. *A sourcebook on child sexual abuse*. Londres, Sage, 1986.
105. 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.
106. Bardi M, Borgognini-Tari SM. A survey of parent-child conflict resolution : intrafamily violence in Italy. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:839-853.
107. 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.
108. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and child maltreatment : a multi-level study. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1019-1040.
109. Runyan DK et al. Children who prosper in unfavorable environments : the relationship to social capital. *Pediatrics*, 1998, 101:12-18.
110. Randal J, German T. *The ageing and development report : poverty, independence, and the world's people*. Londres, HelpAge International, 1999.
111. Pillemer K, Finkelhor D. Prevalence of elder abuse : a random sample survey. *The Gerontologist*, 1988, 28:51-57.
112. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:5-58.
113. Kivelä SL et al. Abuse in old age : epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:1-18.
114. Ogg J, Bennett GCJ. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 1992, 305:998-999.
115. Comijs HC et al. Elder abuse in the community : prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46:885-888.
116. 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.
117. Bennett G, Kingston P, Penhale B. *The dimensions of elder abuse : perspectives for practitioners*. Londres, Macmillan, 1997.
118. 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.
119. Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 1990, 301 :1359-1362.
 120. Nolan MR, Grant G, Keady J. *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham (Royaume-Uni), Open University Press, 1996.
 121. O'Loughlin A, Duggan J. *Abuse, neglect and mistreatment of older people: an exploratory study*. Dublin, National Council on Ageing and Older People, 1998 (Report No. 52).
 122. Keikelame J, Ferreira M. *Mpathekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape Flats*. Le Cap, Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology, 2000.
 123. Owen M. *A world of widows*. Londres, Zed Books, 1996.
 124. Gorman M, Petersen T. *Violence against older people and its health consequences: experience from Africa and Asia*. Londres, HelpAge International, 1999.
 125. Witchcraft: a violent threat. *Ageing and Development*, 2000, 6 :9.
 126. Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments: conclusions and recommendations. *Annals of Emergency Medicine*, 1992, 21 :79-83.
 127. 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.
 128. 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.
 129. 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.
 130. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6 :57-65.
 131. Programme d'information pour les migrations. *Trafficking and prostitution: the growing exploitation of migrant women from central and eastern Europe*. Genève, Organisation internationale pour les Migrations, 1995.
 132. Chauzy JP. *Kyrgyz Republic: trafficking*. Genève, Organisation internationale pour les Migrations, 20 janvier 2001 (Notes à l'intention de la presse).
 133. Dinan K. *Owed justice: Thai women trafficked into debt bondage in Japan*. New York, (Etats-Unis d'Amérique), Human Rights Watch, 2000.
 134. Richard AO. *International trafficking in women to the United States: a contemporary manifestation of slavery and organized crime*. Washington, D.C., Center for the Study of Intelligence, 1999.
 135. 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.
 136. Omaar R, de Waal A. Crimes without punishment: sexual harassment and violence against female students in schools and universities in Africa. *African Rights*, July 1994 (Discussion Paper No. 4).
 137. *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, Committee of Latin America and the Caribbean for the Defense of the Rights of the Woman, and Center for Reproductive Law and Policy, 1998.
 138. Dehlendorf CE, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex-related offenses. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279 :1883-1888.
 139. Lamont JA, Woodward C. Patient-physician sexual involvement: a Canadian survey of obstetrician-gynecologists. *Canadian Medical Association Journal*, 1994, 150 :1433-1439.
 140. Nduna S, Goodyear L. *Pain too deep for tears: assessing the prevalence of sexual and gender violence among Burundian refugees in Tanzania*. Kibondo (République-Unie de Tanzanie), International Rescue Committee, 1997.
 141. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Social Science and Medicine* (sous presse).
 142. Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 1999, 9 :115-120.
 143. Cheasty M, Clare AW, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: casecontrol study. *British Medical Journal*, 1998, 316 :198-201.
 144. Mercy JA et al. Intentional injuries. Dans: Mashaly AY, Graitcer PH, Youssef ZM (sous la direction de) *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. Le Caire (Égypte), Rose El Youssef New Presses, 1993 :65-84.
 145. 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.
 146. 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.
 147. 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.

148. 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.
149. 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.
150. Ouimette PC, Riggs D. Testing a mediational model of sexually aggressive behavior in non-incarcerated perpetrators. *Violence and Victims*, 1998, 13 :117–130.
151. Lisak D, Roth S. Motives and psychodynamics of self-reported, unincarcerated rapists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 55 :584–589.
152. Borowsky IW, Hogan M, Ireland M. Adolescent sexual aggression : risk and protective factors. *Pediatrics*, 1997, 100 :E7.
153. Crowell NA, Burgess AW (sous la direction de) *Understanding violence against women*. Washington, D.C., National Academy Press, 1996.
154. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health : a focus on research*. New York, (Etats-Unis d'Amérique), Population Council, 1995.
155. Zeeb PD. Forbidden or forgiven? Rape in cross-cultural perspective. *Psychology of Women Quarterly*, 1993, 17 :499–514.
156. 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.
157. 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.
158. Gartner R. The victims of homicide : a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55 :92–106.
159. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador : socialización y violencia juvenil. [El Salvador : socialisation et violence juvénile]. Dans : Ramos CG (sous la direction de) *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.
160. 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.
161. Hunter EM. An examination of recent suicides in remote Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1991, 25 :197–202.
162. Cheng TA, Hsu MA. A community study of mental disorders among four aboriginal groups in Taiwan. *Psychological Medicine*, 1992, 22 :255–263.
163. Lester D. *Suicide in American Indians*. Commack, New York (Etats-Unis d'Amérique), Nova Science, 1997.
164. Baume PJM, Cantor CH, McTaggart PG. *Suicides in Queensland : a comprehensive study, 1990–1995*. Brisbane (Australie), Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1997.
165. Kermayer L, Fletcher C, Boothroyd L. Suicide among the Inuit of Canada. Dans : Leenaars A et al. (sous la direction de) *Suicide in Canada*. Toronto (Canada), University of Toronto Press, 1998 :189–211.
166. McIntire MS, Angle CR. The taxonomy of suicide and self-poisoning : a pediatric perspective. Dans : Wells CF, Stuart IR (sous la direction de) *Self-destructive behavior in children and adolescents*. New York, (Etats-Unis d'Amérique), Van Nostrand Reinhold, 1981 :224–249.
167. McIntosh JL et al. *Elder suicide : research, theory and treatment*. Washington, D.C., American Psychological Association, 1994.
168. 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.
169. Kaltiala-Heino R et al. Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents : school survey. *British Medical Journal*, 1999, 319 :348–351.
170. Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. Life events in suicide and undetermined death in southeast Scotland : a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34 :645–650.
171. Thacore VR, Varma SL. A study of suicides in Ballarat, Victoria, Australia. *Crisis*, 2000, 21 :26–30.
172. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour : a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 1984, 19 :93–115.
173. Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47 :383–392.
174. 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.
175. 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.
176. Draper B. Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996, 11 :577–587.
177. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170 :447–452.

178. Roy A. Suicide in schizophrenia. Dans : Roy A (sous la direction de) *Suicide*. Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Williams & Wilkins, 1986 :97–112.
179. 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.
180. 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.
181. *National injury mortality reports, 1987–1998*. Atlanta, Géorgie (Etats-Unis d'Amérique), Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
182. Zhang J. Suicide in Beijing, China, 1992–1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26 :175180.
183. Yip PSF. An epidemiological profile of suicide in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, 31 :62–70.
184. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behaviour. Dans : Silverman MM, Maris RW (sous la direction de) *Suicide prevention : toward the year 2000*. New York, (Etats-Unis d'Amérique), Guilford, 1985 :22–35.
185. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts : a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 39 :603–610.
186. 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.
187. 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.
188. Botsis AJ. Suicidal behaviour : risk and protective factors. Dans : Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN (sous la direction de) *Suicide : biopsychosocial approaches*. Amsterdam (Pays-Bas), Elsevier Science, 1997 :129–146.
189. WHA34.38. Dans : *Recueil des résolutions et décisions* de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif, Volume II, 1973–1984. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1985 : 397–398.
190. Rummel RJ. *Death by government : genocide and mass murder since 1900*. New Brunswick, NJ, et Londres (Royaume-Uni), Transaction Publications, 1994.
191. Zwi A, Ugalde A, Richards P. The effects of war and political violence on health services. Dans : Kurtz L (sous la direction de) *Encyclopedia of violence, peace and conflict*. San Diego, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Academic Press, 1999 :679–690.
192. Kloos H. Health impacts of war in Ethiopia. *Disasters*, 1992, 16 :347–354.
193. Stover E et al. The medical and social consequences of land mines in Cambodia. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272 :331–336.
194. *Getting away with murder, mutilation, rape : new testimony from Sierra Leone*. New York, (Etats-Unis d'Amérique), Human Rights Watch, 1999 (Vol. 11, No. 3).
195. Ashford MW, Huet-Vaughn Y. The impact of war on women. Dans : Levy BS, Sidel VW (sous la direction de) *War and public health*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 1997 :186–196.
196. Mann J et al. Bosnia : the war against public health. *Medicine and Global Survival*, 1994, 1 :130–146.
197. Horton R. On the brink of humanitarian disaster. *Lancet*, 1994, 343 :1053.
198. Summerfield D. The psychosocial effects of conflict in the Third World. *Development in Practice*, 1991, 1 :159–173.
199. Brauer J, Gissy WG (sous la direction de) *Economics of conflict and peace*. Aldershot (Royaume-Uni), Avebury, 1997.
200. Cranna M (sous la direction de) *The true cost of conflict*. Londres, Earthscan and Saferworld, 1994.
201. Macrae J, Zwi A. Famine, complex emergencies and international policy in Africa : an overview. Dans : Macrae J, Zwi A (sous la direction de) *War and hunger : rethinking international responses to complex emergencies*. Londres, Zed Books, 1994 :6–36.
202. Reed H, Haaga J, Keely C (sous la direction de) *The demography of forced migration : summary of a workshop*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Academy Press, 1998.
203. Hampton J (sous la direction de) *Internally displaced people : a global survey*. Londres (Royaume-Uni), Earthscan, Norwegian Refugee Council and Global IDP Survey, 1998.
204. Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict. *Preventing deadly conflict : final report*. New York, New York (Etats-Unis d'Amérique), Carnegie Corporation, 1997.
205. Zwi AB, Fustukian S, Sethi D. Globalisation, conflict and the humanitarian response. Dans : Lee K, Buse K, Fustukian S (sous la direction de) *Health policy in a globalising world*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
206. Hawkins JD et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153 :226–234.
207. 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.
208. Olweus D, Limber S, Mihalic S. *Bullying prevention program*. Boulder, Colorado (Etats-Unis d'Amé-

- rique), University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1998 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 9).
209. Edleson JL. Intervention for men who batter : a review of research. Dans : Stith SR, Staus MA (sous la direction de) *Understanding partner violence: prevalence, causes, consequences and solutions*. Minneapolis, Minnesota (Etats-Unis d'Amérique), National Council on Family Relations, 1995 :262–273.
 210. 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 (site Web : <http://www.iup.edu/maati/publications/30MonthFollowup.shtm>).
 211. Gondolf EW. Batterer programs : what we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12 :83–98.
 212. 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.
 213. 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.
 214. 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. Dans : Powell DR (sous la direction de) *Annual advances in applied developmental psychology: parent education as an early childhood intervention*. Norwood, New Jersey (Etats-Unis d'Amérique), Ablex, 1988 :79–104.
 215. 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.
 216. Farrington DP, Welsh BC. Delinquency prevention using family-based interventions. *Children and Society*, 1999, 13 :287–303.
 217. Patterson GR, Capaldi D, Bank L. An early starter model for predicting delinquency. Dans : Pepler DJ, Rubin KH (sous la direction de) *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, New Jersey (Etats-Unis d'Amérique), Lawrence Erlbaum, 1991 :139–168.
 218. Tremblay RE et al. Parent and child training to prevent early onset of delinquency : the Montreal longitudinal experimental study. Dans : McCord J, Tremblay RE (sous la direction de) *Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence*. New York, New York (Etats-Unis d'Amérique), Guilford, 1992 :117–138.
 219. Greenwood PW et al. *Diverting children from a life of crime : measuring costs and benefits*. Santa Monica, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Rand, 1996.
 220. Welbourn A. *Stepping Stones*. Oxford (Royaume-Uni), Strategies for Hope, 1995.
 221. *Men as partners*. New York, New York, AVSC International, 1998.
 222. Gordon G, Welbourn A. *Stepping Stones and men*. Washington, D.C., Inter-Agency Gender Working Group, 2001.
 223. Buvinic M, Morrison A, Shifter M. *Violence in Latin America and the Caribbean : a framework for action*. Washington, D.C., Inter-American Development Bank, 1999.
 224. Jarquin E, Carrillo F. *La economía política de la reforma judicial*. [L'économie politique de la réforme judiciaire]. Washington, D.C., Inter-American Development Bank, 1997.
 225. Bradley J et al. *Whole-site training : a new approach to the organization of training*. New York, (Etats-Unis d'Amérique), AVSC International, 1998.
 226. McLeer SV et al. Education is not enough : a systems failure in protecting battered women. *Annals of Emergency Medicine*, 1989, 18 :651–653.
 227. 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.
 228. Boocock SS. Early childhood programs in other nations : goals and outcomes. *The Future of Children*, 1995, 5 :94–114.
 229. 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.
 230. 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.
 231. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Archives of Suicide Research*, 1998, 4 :7–24.
 232. Carrington PJ, Moyer MA. Gun control and suicide in Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151 :606–608.
 233. Bowles JR. Suicide in Western Samoa : an example of a suicide prevention program in a developing country. Dans : Diekstra RFW et al. (sous la direction de) *Preventive strategies on suicide*, Leiden (Pays-Bas), Brill, 1995 :173–206.
 234. WHO Collaborating Centre on Injury Surveillance. *International Classification of external causes of injuries*. Amsterdam, Consumer Safety Institute, 2001.
 235. Holder Y et al. (sous la direction de) *Injury surveillance guidelines*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (publié en collaboration avec les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis) (document WHO/NMH/VIP/01.02).