

CHAPITRE 1

La violence – un défi
planétaire

Contexte

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

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

Le visible et l'invisible

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

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

Un problème qui peut être évité

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

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

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

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

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

Une approche de santé publique face à la violence

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

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

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

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

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

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

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

ENCADRE 1.1

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

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

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

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

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

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

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

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

Définir la violence

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

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

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

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

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

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

Intentionnalité

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

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

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

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

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

Typologie de la violence

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

Types de violence

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

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

— la violence collective.

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

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

Violence auto-infligée

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

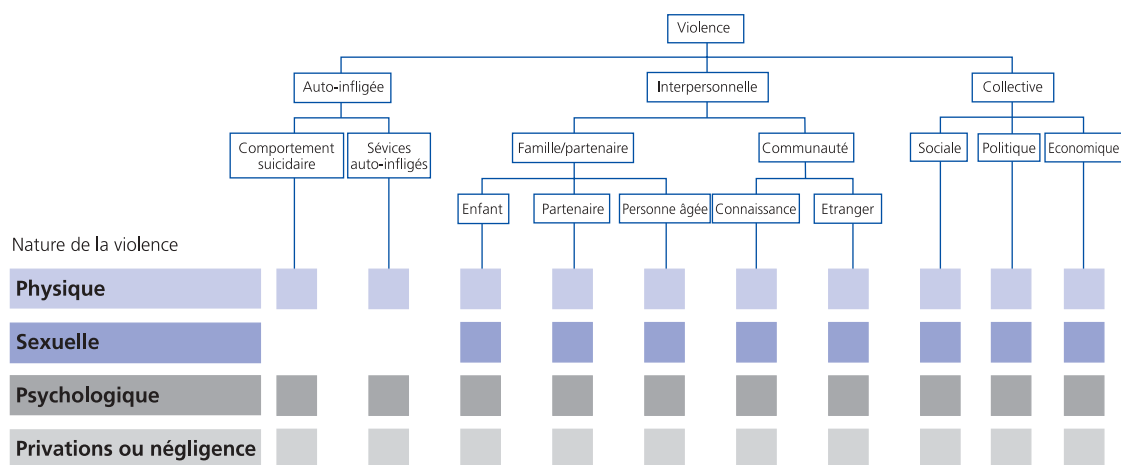
Violence interpersonnelle

La violence interpersonnelle se divise en deux catégories :

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

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

FIGURE 1.1
Typologie de la violence



Violence collective

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

Nature des actes violents

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

- physiques ;
- sexuels ;
- psychologiques ;

— et comporter privations et négligence.

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

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

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

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

Mesure de la violence Types de données

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

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

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

Données sur la mortalité

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

Autres types de données

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

TABLEAU 1.1

Types de données et sources potentielles d'informations

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

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

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

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

Sources de données

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

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

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

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

Problèmes relatifs à la collecte de données

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

Existence de données

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

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

Qualité des données

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

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

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

Autres obstacles

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

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

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

Aperçu des connaissances actuelles

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

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

Estimation de la mortalité

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

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

La mortalité par sexe et par âge

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

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

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

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

^a Arrondi au 1 000 le plus proche

^b Standardisé selon l'âge

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

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

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

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

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

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

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

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

Estimation de la violence non mortelle

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

TABLEAU 1.3

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

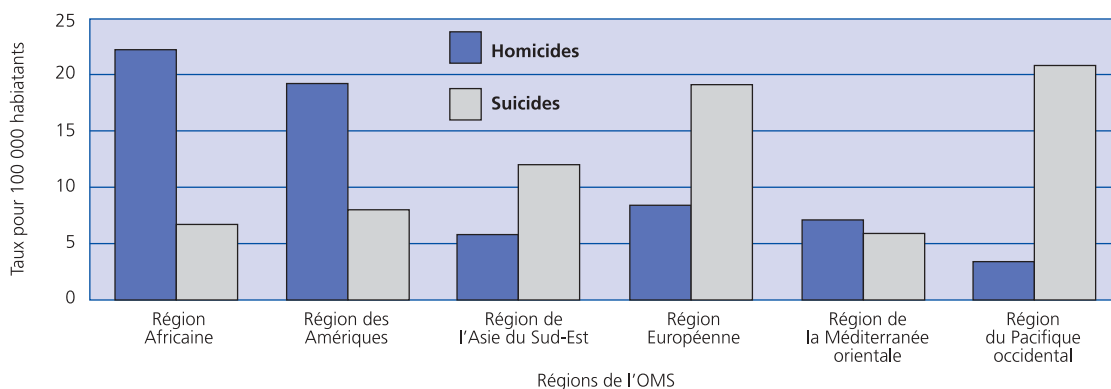
Groupe d'âge (années)	Taux d'homicides (pour 100 000 habitants)		Taux de suicides (pour 100 000 habitants)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0-4	5,8	4,8	0,0	0,0
5-14	2,1	2,0	1,7	2,0
15-29	19,4	4,4	15,6	12,2
30-44	18,7	4,3	21,5	12,4
45-59	14,8	4,5	28,4	12,6
≥60	13,0	4,5	44,9	22,1
Total ^a	13,6	4,0	18,9	10,6

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

^a Standardisé selon l'âge.

FIGURE 1.2

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



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

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

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

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

Le coût de la violence

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

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

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

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

Les racines de la violence – un modèle écologique

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

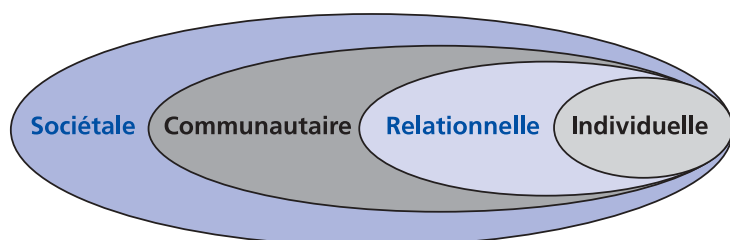
Niveaux multiples

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

Individuel

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

FIGURE 1.3
Modèle écologique servant à comprendre la violence



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

Relations

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

Communautés

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

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

Société

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

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

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

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

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

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

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

Les effets positifs

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

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

Les effets négatifs

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

La nécessité de mesures mondiales

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

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

Des liens complexes

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

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

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

Comment peut-on prévenir la violence?

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

Types de prévention

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

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

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

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

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

particulier et de campagnes médiatiques menées dans toute la communauté.

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

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

Des réponses aux multiples facettes

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

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

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

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

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

Documenter les mesures efficaces

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

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

Intervention de santé publique équilibrée

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

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

Les normes culturelles

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

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

Agir contre la violence à tous les niveaux

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

Niveau local

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

Niveau national

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

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

Niveau mondial

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

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

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

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

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

Les coûts

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

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

Les réponses

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

ENCADRE 1.3 (suite)

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

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

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

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

Problèmes pour les décideurs nationaux

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

Bibliographie

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

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

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

