



prévention de la violence les faits

prévention de la violence les faits

Série d'exposés sur la prévention de la violence

La présente série de sept exposés, à l'intention des défenseurs, des concepteurs et agents de mise en œuvre de programmes et autres intéressés, résume les données factuelles concernant l'efficacité des sept principales stratégies suivantes de prévention de la violence interpersonnelle et autoinfligée : 1) favoriser des relations sûres, stables et épanouissantes entre les enfants et leurs parents et dispensateurs de soins; 2) développer des aptitudes à la vie quotidienne chez les enfants et les adolescents; 3) réduire la disponibilité et la consommation nocive de l'alcool; 4) réduire l'accès aux armes à feu, aux armes blanches et aux pesticides; 5) promouvoir l'égalité entre les sexes; 6) changer les normes culturelles qui favorisent la violence; 7) offrir des programmes de dépistage des victimes ainsi que des programmes de soins et de soutien aux victimes.

L'Organisation mondiale de la Santé remercie l'Agence de la santé publique du Canada pour la traduction de ce document en Français.

Pour consulter une base de données factuelles sur des interventions visant à prévenir la violence, veuillez vous rendre à l'adresse www.preventviolence.info.

Pour consulter un répertoire de publications sur la prévention de la violence, y compris la présente série d'exposés, veuillez vous rendre à l'adresse <http://www.who.int/violenceprevention/publications/en/index.html>.



**Organisation
mondiale de la Santé**

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Prévention de la violence : les faits.
(Série d'exposés sur la prévention de la violence)

Contenu : Aperçu. – 1. Favoriser des relations sûres, stables et épanouissantes entre les enfants et leurs parents et dispensateurs de soins – 2. Développer des aptitudes à la vie quotidienne chez les enfants et les adolescents – 3. Réduire la disponibilité et la consommation nocive de l'alcool – 4. Réduire l'accès aux armes à feu, aux armes blanches et aux pesticides – 5. Promouvoir l'égalité entre les sexes – 6. Changer les normes culturelles qui favorisent la violence – 7. Offrir des programmes de dépistage des victimes ainsi que des programmes de soins et de soutien aux victimes.

1. Violence – prévention et contrôle. 2. Violence domestique – prévention et contrôle. 3. Aggressivité.
4. Relations interpersonnelles. 5. Comportement social. I. Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250084 4

(classification LC : HV 6625)

© Organisation mondiale de la Santé 2013

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

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

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

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception : minimum graphics
Imprimé à Malte

Contenu

Aperçu	1
1. Prévenir la violence en favorisant des relations sûres, stables et épanouissantes entre les enfants et leurs parents et dispensateurs de soins	9
2. Prévenir la violence en développant des aptitudes à la vie quotidienne chez les enfants et les adolescents	29
3. Prévenir la violence en réduisant la disponibilité et la consommation nocive de l'alcool	49
4. Réduire l'accès aux moyens létaux : armes à feu, armes blanches et pesticides	67
5. Promouvoir l'égalité entre les sexes afin de prévenir la violence contre les femmes	89
6. Changer les normes culturelles et sociales qui favorisent la violence	107
7. Réduire la violence par des programmes de dépistage des victimes ainsi que des programmes de soins et de soutien aux victimes	123

prévention de la violence
les faits

Aperçu

Aperçu

Comme est-il indiqué dans le *Rapport mondial sur la violence et la santé*,¹ la violence a sans doute toujours fait partie de la vie humaine. Aujourd'hui, la violence est à l'origine de plus de 1,5 million de décès chaque année et d'un nombre encore plus grand de blessures non mortelles et de problèmes de santé chroniques sans blessures à la suite de tentatives de suicide, de violence interpersonnelle (violence juvénile, violence entre partenaires intimes, maltraitance des enfants, maltraitance des personnes âgées et violence sexuelle) ainsi que de violence collective (guerres et autres formes de conflits armés). Globalement, la violence figure parmi les principales causes de décès dans le monde pour les personnes âgées de 15 à 44 ans.

« Bien que la violence ait toujours existé, le monde n'a pas à l'accepter comme un aspect inévitable de la condition humaine. 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.¹»

Leur expérience et les études scientifiques qu'ils ont menées montrent clairement qu'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 d'accidents du travail et de faire reculer les maladies infectieuses et les maladies provoquées par des aliments et de l'eau contami-

nés 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 ou 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 données factuelles. Le document *Prévention de la violence – Les faits* est un ensemble de sept exposés, fondés sur des revues rigoureuses de la littérature, qui examine les données scientifiques concernant l'efficacité des interventions visant à prévenir la violence interpersonnelle et autoinfligée.² Chaque exposé porte sur une stratégie globale de prévention de la violence et, dans ce cadre, examine les données factuelles concernant l'efficacité de certaines interventions particulières. Voici les stratégies de prévention de la violence traitées dans les sept exposés :

1. Favoriser des relations sûres, stables et épanouissantes entre les enfants et leurs parents et dispensateurs de soins
2. Développer des aptitudes à la vie quotidienne chez les enfants et les adolescents;
3. Réduire la disponibilité et la consommation nocive de l'alcool

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

² Bien que ces exposés et l'aperçu s'appuient sur un vaste éventail de travaux, ils sont particulièrement inspirés des deux publications suivantes : 1) Rosenberg, M.L. et coll. « Interpersonal violence », dans Jamison D.T. et coll. (sous la direction de), *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2e édition, Washington, D.C., Oxford University Press et la Banque mondiale, 2006, p. 755770; 2) Mercy J.A. et coll. « Preventing violence in developing countries : a framework for action ». *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 2008;15(4):197–208.

4. Réduire l'accès aux armes à feu, aux armes blanches et aux pesticides
5. Promouvoir l'égalité entre les sexes afin de prévenir la violence contre les femmes
6. Changer les normes culturelles et sociales qui favorisent la violence
7. Offrir des programmes de dépistage des victimes ainsi que des programmes de soins et de soutien aux victimes

Le présent document résume les grandes constatations tirées des sept exposés et met en lumière, pour chaque stratégie, les interventions ayant démontré le plus d'efficacité pour prévenir la violence. Le tableau 1 en présente un aperçu, indiquant pour chaque intervention la qualité des données factuelles appuyant son efficacité et les types de violence qu'elle permet de prévenir selon ces données.

Les interventions

Les sept exposés fournissent plus de détails sur ces interventions et certaines autres, ainsi que des exemples de leur mise en œuvre et une analyse complète des forces et limites des données factuelles concernant leur efficacité.

1. Favoriser des relations sûres, stables et épanouissantes entre les enfants et leurs parents et dispensateurs de soins

Certaines interventions qui favorisent des relations stimulantes entre parents (ou dispensateurs de soins) et enfants dès les premières années de vie se sont révélées efficaces pour prévenir la maltraitance des enfants et réduire l'agressivité juvénile. Ces types d'interventions peuvent également prévenir les conséquences négatives à vie que la maltraitance entraîne sur la santé mentale et physique, le fonctionnement social et professionnel, le capital humain et la sécurité et, enfin, le développement social et économique. De nouvelles données démontrent également que ces interventions réduisent les condamnations et les actes violents pendant l'adolescence et au début de l'âge adulte et qu'elles aident probablement à réduire la violence entre partenaires intimes ainsi que la violence autoinfligée plus tard dans la vie.

Selon des essais de grande qualité menés aux États-Unis et dans d'autres pays développés, le programme de visites à domicile du Nurse Family Partnership et le Positive Parenting Programme (Triple P) réduisent la maltraitance des enfants. Dans les programmes de visites à domicile, du

personnel qualifié visite parents et enfants à domicile et fournit aux parents des conseils de santé, du soutien, de la formation en développement de l'enfant ainsi que du mentorat spécialisé pour améliorer la santé de l'enfant, renforcer la capacité des parents à élever leurs enfants et prévenir la maltraitance des enfants. Les programmes d'éducation parentale tel le Triple P sont habituellement offerts dans des centres et dispensés à des groupes, et visent à prévenir la maltraitance des enfants en améliorant les aptitudes des parents à élever leurs enfants, en renforçant les connaissances des parents en matière de développement de l'enfant et en promouvant des stratégies efficaces de gestion du comportement de l'enfant. Les données factuelles semblent également indiquer que les programmes destinés aux parents et aux enfants – qui combinent habituellement l'éducation des parents et celle des enfants, les services de soutien social et d'autres services – peuvent prévenir la maltraitance des enfants et la violence juvénile plus tard dans la vie.

Puisque les données factuelles concernant l'efficacité des programmes d'éducation parentale et des programmes parents-enfants continuent de s'accumuler dans les pays à revenu élevé, le temps est venu de les mettre en œuvre à grande échelle et d'en évaluer les résultats dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.

2. Développer des aptitudes à la vie quotidienne chez les enfants et les adolescents

Les données factuelles révèlent que les aptitudes à la vie quotidienne acquises dans les programmes de développement social (qui visent le renforcement des compétences sociales, émotionnelles et comportementales) peuvent prévenir la violence juvénile, et que les programmes d'enrichissement préscolaire (qui fournissent aux enfants des aptitudes scolaires et sociales dès leur plus jeune âge) s'annoncent prometteurs. Les aptitudes à la vie quotidienne aident les enfants et les adolescents à répondre efficacement aux problèmes quotidiens. Ces programmes, qui ciblent les enfants au tout début de leur vie, peuvent prévenir l'agressivité, réduire la participation aux actes violents, améliorer les aptitudes sociales, accroître le niveau de scolarité et améliorer les perspectives d'emploi. Ces effets sont plus marqués chez les enfants issus de familles et de quartiers pauvres. Les bienfaits des programmes de grande qualité qui investissent leurs efforts au tout début de la vie de l'enfant peuvent durer jusqu'à l'âge adulte.

TABLEAU 1

Aperçu des interventions de prévention de la violence et qualité des données factuelles démontrant leur efficacité selon le type de violence

Intervention	Type de violence					
	ME	VPI	VS	VJ	MPA	S
1. Favoriser des relations sûres, stables et épanouissantes entre les enfants et leurs parents et dispensateurs de soins						
Formation au rôle de parent, visite à domicile par une infirmière	●			○		
Programmes parents-enfants	○			○		
2. Développer des aptitudes à la vie quotidienne chez les enfants et les adolescents						
Programmes d'enrichissement préscolaire				○		
Programmes de développement social				●		
3. Réduire la disponibilité et la consommation nocive de l'alcool						
Réglementation de la vente d'alcool				○		
Hausse du prix de l'alcool				○		
Interventions auprès des buveurs		●				
Amélioration des milieux de consommation d'alcool				○		
4. Réduire l'accès aux armes à feu, aux armes blanches et aux pesticides						
Politiques restrictives touchant le permis et l'achat d'armes à feu				○		○
Application des interdictions de port d'arme à feu en public				○		
Politiques visant à restreindre ou à interdire les substances toxiques						○
5. Promouvoir l'égalité entre les sexes pour prévenir la violence contre les femmes						
Programmes en milieu scolaire visant à s'attaquer aux normes et aux attitudes sexistes		●	○			
Microcrédit combiné à la formation en matière d'égalité entre les sexes		○				
Interventions liées aux aptitudes à la vie quotidienne		○				
6. Changer les normes culturelles et sociales qui favorisent la violence						
Marketing social visant à modifier les normes sociales		○	○			
7. Offrir des programmes de dépistage ainsi que des programmes de soins et de soutien aux victimes						
Dépistage et orientation		○				
Programmes de défense des droits		●				
Interventions psychosociales				○		
Ordonnances de protection		○				

CLÉ

- Élément bien corroboré par les données factuelles (multiples essais contrôlés randomisés auprès de différentes populations)
- Nouvelles données factuelles

ME – Maltraitance des enfants; VPI – Violence entre partenaires intimes; VS – Violence sexuelle; VJ – Violence juvénile; MPA – Maltraitance des personnes âgées; S – Suicide et autres formes de violence autoinfligée

La plupart des recherches sur les programmes d'aptitude à la vie quotidienne ont été effectuées dans des pays à revenu élevé, particulièrement les États-Unis. D'autres données sont nécessaires pour connaître l'incidence des programmes d'enrichissement préscolaire et de développement social dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.

3. Réduire la disponibilité et la consommation nocive de l'alcool

Il est de plus en plus démontré qu'il est possible de prévenir la violence en réduisant la disponibilité de l'alcool, par des interventions brèves et des traitements de longue durée à l'intention des buveurs, et en améliorant la gestion des milieux où l'alcool est servi. Jusqu'à maintenant, peu de données factuelles concernant l'efficacité de telles interventions proviennent d'essais contrôlés randomisés; elles sont essentiellement fournies par des pays développés et certaines régions de l'Amérique latine.

La disponibilité de l'alcool peut être réglementée par la restriction des heures ou des jours de vente et par la diminution du nombre de points de vente au détail. En général, on constate que la réduction des heures de vente d'alcool est associée à une diminution de la violence tandis que le foisonnement des points de vente est associé à l'augmentation de la violence. La modélisation économique laisse croire fortement que la hausse des prix de l'alcool (p. ex., par la majoration des taxes, les monopoles contrôlés par l'État et les politiques de prix minimum) peuvent faire baisser la consommation et, ainsi, réduire la violence.

Des interventions brèves et des traitements de longue durée à l'intention des buveurs – par exemple, à l'aide de la thérapie cognitivocomportementale – ont permis dans plusieurs essais de réduire diverses formes de violence, telles que la maltraitance des enfants, la violence entre partenaires intimes et le suicide.

Certaines données factuelles récentes appuient l'efficacité des interventions effectuées dans les débits de boissons et autour de ceux-ci et qui ciblent des facteurs tels que l'entassement des clients, les niveaux de confort, l'aménagement des lieux, la formation du personnel et l'accès à des services de transport en fin de soirée.

4. Réduire l'accès aux armes à feu, aux armes blanches et aux pesticides

De nouvelles données factuelles laissent croire que la réduction de l'accès aux armes à feu et aux pes-

ticides peut prévenir les homicides (qui touchent essentiellement les jeunes hommes âgés de 15 à 29 ans), les suicides et les blessures et réduire les coûts de ces formes de violence pour la société. Toutefois, il faut réaliser des études plus rigoureuses à ce sujet.

Par exemple, selon certaines données recueillies, les administrations qui ont adopté des mesures législatives restrictives sur les armes à feu et qui comptent moins de propriétaires de telles armes connaissent en général de plus faibles niveaux de violence armée. Des politiques restrictives concernant l'achat et les permis d'armes à feu – notamment les interdictions, les systèmes d'octroi de permis, l'imposition d'un âge minimal pour leur achat, les vérifications des antécédents – ont été mises en œuvre et semblent être efficaces dans des pays tels que l'Australie, l'Autriche, le Brésil et la Nouvelle-Zélande. Des études menées en Colombie et au Salvador montrent que la mise en application des interdictions de porter des armes à feu en public peut réduire les taux d'homicides.

L'entreposage sûr des pesticides, l'interdiction des ces derniers et leur remplacement par des produits moins toxiques pourraient prévenir bon nombre des quelque 370 000 cas de suicide causés par l'ingestion de pesticides chaque année. Les conventions internationales visent à réglementer les produits dangereux. Toutefois, de nombreux pesticides hautement toxiques sont encore utilisés à grande échelle. Il faudrait donc, selon les recherches, que les interdictions soient accompagnées d'une évaluation des besoins agricoles et du remplacement de ces pesticides par d'autres produits antiparasitaires à faible risque.

5. Promouvoir l'égalité entre les sexes afin de prévenir la violence contre les femmes

Bien qu'il faille effectuer des recherches plus approfondies, les données factuelles démontrent que des interventions dans les écoles et les collectivités peuvent promouvoir l'égalité entre les sexes et prévenir la violence contre les femmes en s'attaquant aux stéréotypes et aux normes culturelles qui accordent aux hommes pouvoir et contrôle sur les femmes.

Les programmes en milieu scolaire peuvent aborder les questions de normes et d'attitudes sexistes avant qu'elles ne soient profondément enracinées chez les enfants et les jeunes. Les essais réalisés sur le programme Safe Dates aux États-Unis et le programme Youth Relationship Project au Canada, qui traitent aussi de la violence dans

les fréquentations, ont donné de bons résultats.

Les études relatives à l'évaluation des résultats commencent à appuyer les interventions communautaires de prévention de la violence contre les femmes, en promouvant l'égalité entre les sexes. Les données factuelles indiquent que les programmes qui combinent le microcrédit et la formation en matière d'égalité entre les sexes peuvent réduire la violence entre partenaires intimes. Certaines des données factuelles les plus solides recueillies concernent l'initiative IMAGE de l'Afrique du Sud, qui associe le microcrédit et la formation en matière d'égalité entre les sexes. Autre intervention pour laquelle les données factuelles sur son efficacité continuent de s'accumuler : le Stepping Stones, un programme de formation aux aptitudes à la vie quotidienne, offert en Afrique et en Asie, qui aborde la violence sexospécifique, les compétences en relations interpersonnelles, l'entraînement à l'assertivité et la communication sur le VIH.

6. Changer les normes culturelles et sociales qui favorisent la violence

Les règles ou attentes de comportement – c'est-à-dire les normes dans un groupe culturel ou social – peuvent encourager la violence. Les interventions qui remettent en question les normes culturelles et sociales favorisant la violence peuvent prévenir des actes de violence, et elles ont été largement utilisées, mais la base de données factuelles sur leur efficacité est peu solide. Ces interventions nécessitent des évaluations plus rigoureuses.

Des données factuelles tendent à confirmer l'efficacité des interventions qui combattent la violence dans les fréquentations et les sévices sexuels chez les adolescents et les jeunes adultes en s'attaquant aux normes sociales et culturelles sexistes. D'autres interventions semblent prometteuses, notamment celles qui ciblent la violence juvénile et l'éducation par le divertissement (infodivertissement) dans le but de réduire la violence entre partenaires intimes.

7. Offrir des programmes de dépistage des victimes ainsi que des programmes de soins et de soutien aux victimes

Les interventions destinées à dépister les victimes de violence interpersonnelle et à fournir du soutien et des soins efficaces sont essentielles pour protéger la santé et briser les cycles de violence d'une génération à l'autre.¹

Un nombre croissant de données factuelles confirment l'efficacité des interventions suivantes :

outils de dépistage permettant de dépister les victimes de violence d'un partenaire intime et de les orienter vers les services appropriés; interventions psychosociales – telle la thérapie cognitivocomportementale axée sur le traumatisme – visant à réduire les problèmes de santé mentale liés à la violence, notamment l'état de stress posttraumatique (ESPT); ordonnances de protection qui empêchent l'auteur d'un crime de prendre contact avec la victime, afin de réduire la victimisation répétée des personnes ayant subi de la violence de la part d'un partenaire intime. Plusieurs essais indiquent que les programmes de défense des droits – qui offrent des services tels que conseils, counselling, planification de la sécurité et orientation vers d'autres organismes – augmentent l'adoption de comportements sûrs par les victimes, et diminuent d'ailleurs les risques de préjudice.

Tirer parti des politiques qui s'attaquent aux déterminants sociaux de la violence

La violence interpersonnelle est fortement associée aux facteurs sociaux de macroniveau tels que le chômage, l'inégalité de revenus, les changements sociaux rapides et l'accès à l'éducation. Toute stratégie globale de prévention de la violence doit non seulement s'attaquer aux facteurs de risque ciblés par les interventions décrites dans ces exposés, mais aussi être intégrée à des politiques orientées vers ces facteurs sociaux de macroniveau et exploiter tout leur potentiel en vue de réduire les inégalités qui alimentent la violence interpersonnelle.

Prochaines étapes

Au cours des dernières décennies, la sensibilisation à la prévention de la violence s'est accrue rapidement. En particulier, dans les pays à revenu élevé, on constate une nette augmentation du nombre de gouvernements qui élaborent activement des politiques de prévention de la violence et des programmes de mise en œuvre fondés sur des données factuelles du même type que celles examinées dans le présent document et les sept exposés. Cependant, les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire n'arrivent pas toujours à augmenter les

¹ L'exposé ne traite pas du domaine des soins d'urgence pré-hospitaliers, puisque ce sujet a déjà été traité dans les lignes directrices suivantes : Mock C. et autres. *Guidelines for trauma quality improvement*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009; Sasser S. et autres. *Prehospital trauma care systems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005; Mock C. et autres. *Guidelines for essential trauma care*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

investissements en faveur de la prévention de la violence. Les pays donateurs plus riches devraient donc s'efforcer de consacrer à ce problème une part plus grande de l'aide au développement. Autre aspect important : les gouvernements devraient réorienter une plus grande part du budget consacré aux soins des victimes de violence, à la recherche et à la poursuite des auteurs d'actes violents et à l'application des peines vers la prévention de la violence. Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre des prochaines étapes présentées ci-après contribuerait grandement à faire progresser les priorités en matière de prévention de la violence et, du même coup, à renforcer la sécurité et le mieux-être des gens de partout dans le monde.

- Élargir la base de données factuelles tout **en adoptant immédiatement des mesures et en mettant en œuvre des interventions**, fondées sur les données factuelles présentées dans les exposés, pour prévenir la violence interpersonnelle et autoinfligée dans tous les pays.
- **Intensifier et élargir la sensibilisation à la prévention de la violence auprès des décideurs** dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire et auprès des dirigeants des pays à revenu élevé et des organismes donateurs internationaux.
- **Accroître les apports de ressources financières et de soutien technique en faveur de la prévention de la violence consentis aux pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.** Actuellement,

la communauté internationale, par le truchement d'organismes tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, appuie la prévention des maladies dans les pays en développement; elle pourrait tout aussi bien contribuer aux coûts de lancement d'initiatives nationales de prévention de la violence.

- **Renforcer les travaux de collaboration fondés sur des données factuelles et axés sur la prévention entre les organismes de santé publique et de justice pénale**, qui sont les deux secteurs gouvernementaux les plus directement touchés par la violence et pour lesquels les enjeux de la prévention sont les plus importants.
- **Améliorer l'investissement dans la recherche sur la violence et la prévention de la violence**, surtout dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, particulièrement dans le but d'augmenter le nombre d'études d'évaluation des résultats.

Le document *Prévention de la violence – Les faits* peut aider les groupes de défense, les décideurs ainsi que les concepteurs de programmes et agents de mise en œuvre à réduire le lourd fardeau de décès et de blessures causés par la violence. Il peut contribuer à réduire les incidences considérables de la violence sur la santé mentale et physique, le rendement scolaire et professionnel, la capacité des gens à établir avec succès des relations avec les autres, la sécurité des collectivités et, enfin, le développement social et économique des pays.

prévention de la violence

les faits

1.

Prévenir la violence en favorisant des relations sûres, stables et épanouissantes entre les enfants et leurs parents et dispensateurs de soins



Aperçu

Les interventions qui encouragent les relations sûres, stables et épanouissantes entre les parents (ou dispensateurs de soins) et leurs enfants au tout début de leur vie peuvent prévenir la maltraitance des enfants et réduire l'agressivité chez les enfants.

Le présent exposé porte sur l'efficacité des interventions qui encouragent des relations sûres, stables et épanouissantes afin de prévenir la maltraitance des enfants et les comportements agressifs pendant l'enfance. L'attention est portée sur les programmes de prévention primaire, ceux qui sont mis en œuvre assez tôt pour éviter le développement de comportements violents tels que la maltraitance des enfants et l'agressivité chez les enfants (un facteur de risque de la violence juvénile).

Il existe quatre types de programmes de prévention de la violence qui visent à développer des relations stimulantes.

Les programmes de formation au rôle de parent (p. ex., Positive Parenting Program ou Triple P) fournissent de l'information et du soutien pour aider les parents. Les programmes parents-enfants (p. ex., Early Head Start) offrent tant aux parents qu'à leurs enfants des services liés au soutien familial, à l'éducation préscolaire, à la garde d'enfants, à la santé et aux activités communautaires. Les groupes de soutien social (p. ex., Parents Anonymous) aident les parents à bâtir des réseaux sociaux en vue d'offrir du soutien entre pairs et réduire l'isolement social. Les interventions dans les médias (p. ex., la série télévisée Families) visent à éduquer les parents de manière à élargir leurs connaissances et à mieux les sensibiliser à la maltraitance des enfants.

Les données factuelles indiquent que les programmes de formation au rôle de parent et les programmes parents-enfants peuvent réduire la maltraitance des enfants et le comportement agressif des enfants.

Des données factuelles de grande qualité ont montré par exemple que le programme de visites à domicile du Nurse Family Partnership et le programme Triple P aux États-Unis réduisent la maltraitance des enfants. Les constatations faites permettent également de penser que les programmes de formation au rôle de parent et les programmes parents-enfants peuvent réduire les comportements agressifs, perturbateurs et rebelles chez les enfants à court terme, et les arrestations, les condamnations et les actes violents pendant l'adolescence et au début de l'âge adulte.

Des évaluations plus rigoureuses des programmes de prévention dans le monde sont nécessaires.

Il faut effectuer des évaluations plus rigoureuses ainsi qu'un plus grand nombre d'analyses coût-efficacité, en utilisant la maltraitance réelle, plutôt que les facteurs de risque de la maltraitance, comme mesure des résultats. De plus, il faut de toute urgence effectuer davantage de recherches sur l'applicabilité et l'efficacité des programmes de prévention de la violence dans les pays en développement.

Les conséquences négatives à vie de la maltraitance des enfants peuvent être évitées.

Des données factuelles solides indiquent que les programmes qui font la promotion de relations sûres, stables et épanouissantes entre les parents (ou dispensateurs de soins) et leurs enfants réduisent la maltraitance des enfants ainsi que les conséquences négatives à vie que cette maltraitance peut avoir sur la santé mentale et physique, le fonctionnement social et professionnel, le capital humain, la sécurité et, en définitive, le développement économique.

1. Introduction

ENCADRÉ 1

Les premières relations influencent le développement physique et social

Les attachements positifs et sécurisants avec les dispensateurs de soins sont liés aux éléments qui suivent.

- Meilleures aptitudes sociales pendant la petite enfance, notamment sur les plans de la compétence, de la sociabilité, de la gentillesse, de l'esprit de coopération, du respect des règles, de l'engagement envers les pairs, du développement d'une attitude consciencieuse et de la capacité d'imiter les mères.
- Activité sociale et popularité accrues, meilleure estime de soi et regard positif sur l'enfance.
- Aptitude accrue à résoudre les problèmes et QI plus élevé durant la petite enfance et aptitude aux études à l'adolescence.
- Capacité accrue de faire face au stress durant la petite enfance.
- Choix positifs en matière de santé et de modes de vie à l'âge adulte.
- Les attachements non sécurisants avec les dispensateurs de soins sont liés aux éléments qui suivent.
- Recours à l'agression vers l'âge de quatre ans.
- Retrait social pendant l'enfance.
- Dépendance, nonrespect des règles, hostilité, impulsivité et agressivité accrus au préscolaire et à la maternelle.
- Trouble réactionnel de l'attachement, caractérisé par un comportement social perturbé et inapproprié, notamment un comportement violent.
- Anxiété, dépression, trouble des conduites, trouble de personnalité antisociale et autres problèmes de santé mentale.

Les relations sûres, stables et épanouissantes avec les parents et autres dispensateurs de soins sont essentielles au développement sain de l'enfant (1,2). De telles relations favorisent l'affection durable ainsi que la sensibilité, la confiance et la supervision parentales, tout en permettant à l'enfant d'explorer le monde en toute sécurité et d'acquérir les compétences nécessaires pour établir avec les autres des relations fondées sur l'amour et le soutien. Les premières relations influeraient sur le développement structurel et fonctionnel du cerveau qui, à son tour, influencerait sur le développement cognitif, émotionnel et social de l'enfant (voir l'**encadré 1**; 2,3). L'absence de relations sûres, stables et

épanouissantes ou leur perturbation au cours des premières années peut avoir des effets graves et durables et est reliée à divers problèmes de l'enfance à l'âge adulte, notamment l'anxiété et la dépression, une faible aptitude à la communication, une faible estime de soi, une difficulté à établir des relations avec ses pairs, un manque d'empathie pour les personnes en détresse, un faible niveau de scolarité et de productivité économique et la possibilité de devenir auteur ou victime d'actes de violence (1-6).

La maltraitance des enfants est un risque que courent particulièrement les familles qui ont des difficultés à établir des relations sûres, stables et

TABLEAU 1

Programmes visant à favoriser des relations sûres, stables et épanouissantes*

	Triple P (Positive Parenting Program)	Nurse Family Partnership
RÔLE DE PARENT	Offre différents niveaux de soutien aux parents, allant de l'information (niveau 1) à des séances touchant les problèmes graves de la petite enfance (niveau 5). Le programme Triple P vise à renforcer la stabilité, l'harmonie et la solidarité au sein de la famille, à réduire les comportements difficiles, à établir des relations harmonieuses avec les enfants et à gérer efficacement les problèmes.	Programme de visites à domicile par des infirmières, fondé sur des données factuelles, qui vise à améliorer la santé, le bien-être et l'autosuffisance des nouvelles mères à faible revenu et de leurs enfants. Les femmes s'inscrivent le plus tôt possible, idéalement vers la 16e semaine de grossesse. Les visites permettent essentiellement de fournir des conseils et du soutien en matière de santé prénatale, de l'information sur le développement de l'enfant et du mentorat spécialisé à la mère
	www.triplep.net	www.nursefamilypartnership.org
	En vigueur en Australie, en Belgique, au Canada, en Allemagne, à Hong Kong, en Nouvelle-Zélande, à Singapour, en Suisse, au Royaume-Uni et aux États-Unis par exemple.	En vigueur aux États-Unis par exemple.
PARENTS-ENFANTS	Early Head Start	Sure Start
	Programme à vocation communautaire cible les familles vulnérables et leurs enfants âgés de trois ans ou moins et vise à améliorer la santé des femmes enceintes, encourager le développement de l'enfant, fournir du soutien familial par des visites à domicile ou des séances au centre communautaire et à fournir de l'éducation préscolaire et de la formation aux parents	Sure Start Initiative à vocation communautaire, Sure Start réunit l'éducation préscolaire, la garde d'enfants ainsi que les soins de santé et le soutien familial, sur une période allant de la grossesse jusqu'à la 14e année de l'enfant. Certains éléments du programme sont offerts à tous les parents, d'autres ciblent des groupes vulnérables tels que les familles vivant dans les régions défavorisées.
	www.ehsnc.org	www.surestart.gof.uk
	En vigueur aux États-Unis par exemple.	En vigueur au Royaume-Uni par exemple.
SOUTIEN SOCIAL	Circle of Parents	Parents Anonymous
	Groupe d'entraide hebdomadaire dirigé par les parents visant l'échange d'idées, le soutien, ainsi que la fourniture d'information et de ressources. Les groupes sont destinés à tous les parents ayant des enfants de tous âges et visent à prévenir la maltraitance et la négligence envers les enfants et à renforcer les familles.	Groupe d'entraide visant à renforcer les familles et à établir des communautés solidaires afin de prévenir la maltraitance et la négligence envers les enfants. Dirigé par des parents et des professionnels ayant reçu une formation professionnelle, le groupe est ouvert à tous les parents et vise à réduire l'isolement social, à élaborer des stratégies d'adaptation et à offrir du soutien social.
	www.circleofparents.org	www.parentsanonymous.org
	En vigueur aux États-Unis par exemple.	En vigueur aux Bermudes, au Canada, au Malawi, au Nigeria, en Afrique du Sud et aux États-Unis par exemple.
MÉDIAS	"Families"	Play Nicely
	Élaborée dans le cadre du programme d'éducation au rôle de parent Triple P, la série télévisée <i>Families</i> compte 12 épisodes qui étudient des stratégies parentales pour faire face aux problèmes comportementaux ordinaires et prévenir les comportements difficiles. Le fonctionnement familial y est examiné et une fiche d'information est distribuée aux parents.	CD-ROM de 30 minutes visant à informer les parents sur les moyens efficaces de faire face à l'agressivité pendant l'enfance.
	(16)	(58)
	En vigueur en Australie par exemple.	En vigueur aux États-Unis par exemple.

* Ces programmes n'ont pas tous fait l'objet d'une évaluation quant à leur efficacité à prévenir la maltraitance des enfants et l'agressivité pendant l'enfance.

épanouissantes.¹ Par exemple, un enfant court un risque plus élevé d'être victime d'abus si ses parents comprennent peu le développement de l'enfant et, par voie de conséquence, nourrissent des attentes peu réalistes quant au comportement de l'enfant. Il en va de même si les parents : offrent moins d'encadrement et d'affection; sont moins réceptifs; exercent une approche parentale contrôlante, agressive ou incohérente; approuvent la punition corporelle pour discipliner un enfant (7-9). Cependant, que l'enfant soit maltraité ou non, de mauvaises relations entre dispensateurs de soins et enfants peuvent augmenter le risque de comportement agressif et violent affiché pendant l'enfance et plus tard dans la vie (p. ex., violence juvénile) (7).

De nombreuses stratégies sont utilisées pour améliorer les relations parents-enfants et les compétences parentales, et du même coup encourager des relations sûres, stables et épanouissantes. Bon nombre de ces stratégies ne visent pas explicitement à réduire le comportement violent des parents ou des enfants, néanmoins leur capacité d'améliorer les relations laisse croire qu'elles peuvent également prévenir tant la maltraitance des enfants qu'un comportement agressif pendant l'enfance. L'exposition à la maltraitance pendant l'enfance est associée à la victimisation et à la perpétration d'actes de violence tels que la violence entre partenaires intimes, la violence sexuelle et la violence autoinfligée. Par conséquent, les programmes qui préviennent la maltraitance des enfants peuvent également réduire la participation à la violence

plus tard dans la vie (10). Le présent exposé donne un bref aperçu des types de programmes qui peuvent encourager des relations sûres, stables et épanouissantes, en ciblant en particulier leur efficacité à prévenir la maltraitance des enfants et le comportement agressif pendant l'enfance. Il traite essentiellement de la prévention primaire, qui a pour but de prévenir les comportements violents – tels que la maltraitance des enfants – avant qu'il ne se manifeste, plutôt que d'y réagir après qu'il s'est produit. L'exposé présente des programmes ayant pour objectif de réduire les comportements problématiques durant l'enfance, tels que le trouble des conduites, étant donné qu'il s'agit d'un facteur de risque de violence juvénile et d'autres types de violence plus tard dans la vie (7).

Il existe quatre grands types d'interventions qui peuvent aider à établir des relations sûres, stables et épanouissantes entre les enfants et les dispensateurs de soins : les programmes de formation au rôle de parent, les programmes enfantsparents, le soutien social et les interventions dans les médias (voir l'**encadré 2**). Ces interventions varient quant à leurs objectifs primaires, qui comprennent l'amélioration de la santé de l'enfant ou de la mère, la réduction des comportements problématiques de l'enfant, la promotion du bien-être de la famille, l'établissement de réseaux sociaux, le renforcement des compétences parentales et la diminution de la maltraitance des enfants. Tous ces objectifs peuvent améliorer les relations entre parents et enfants.

¹. Maltraitance des enfants s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir (7).

ENCADRÉ 2

Types de programmes pouvant renforcer les relations entre les enfants et leurs parents et les autres dispensateurs de soins (voir également le **tableau 1**)

PROGRAMMES DE FORMATION AU RÔLE DE PARENT (p. ex., Nurse Family Partnership et Triple P) : Ces programmes portent essentiellement sur le renforcement des compétences parentales et l'amélioration des relations entre parents et enfants. Au moyen de soutien et d'information, ils renforcent la capacité des parents à s'adapter aux besoins changeants de l'enfant, à développer des stratégies pour faire face au comportement de leur enfant et à acquérir des connaissances en matière de développement de l'enfant et d'autres capacités (7,8,11,12,25).

PROGRAMMES PARENTS-ENFANTS (p. ex., Early Head Start et Sure Start) : Le soutien familial, l'éducation préscolaire, la garde d'enfants, les soins de santé et les services communautaires sont des éléments courants de ces programmes. Les objectifs sont normalement de grande envergure, notamment la promotion de la réussite scolaire de l'enfant, l'invitation des parents à participer à la vie scolaire de l'enfant, l'amélioration de la santé de la mère, la promotion du développement de l'enfant et la prestation de services d'éducation et de soutien parental (13,14).

SOUTIEN SOCIAL (p. ex., Parents Anonymous et Circle of Friends) : Ces groupes aident les parents à bâtir des réseaux sociaux et permettent de fournir le soutien de pairs, de renforcer les aptitudes à régler les problèmes et à y faire face, de réduire l'isolement social et de renforcer la communication entre les parents (15).

INTERVENTIONS DANS LES MÉDIAS (p. ex., *Families* et *Play Nicely*) : Ces programmes fournissent de l'information aux parents par le truchement de divers médias : bulletins, revues, télévision, etc. Ils visent à élargir la connaissance du rôle de parent et à mieux sensibiliser les parents à la maltraitance des enfants (16).

2. Programmes de formation au rôle de parent

Les programmes de formation au rôle de parent figurent parmi les stratégies les plus courantes pour améliorer les relations parents-enfants. Ces programmes peuvent être offerts à des groupes ou à des individus dans le cadre de visites à domicile (programmes de visites à domicile) ou dans des centres désignés dans les collectivités; ils peuvent être offerts à toutes les familles ou destinés aux familles vulnérables (p. ex., mères défavorisées ou mères adolescentes). Habituellement, ils sont dispensés par une infirmière, un travailleur social ou un autre professionnel (parfois même par des mères expérimentées) au cours des deux ou trois premières années de la vie de l'enfant (certains programmes commencent durant la période prénatale).

Un certain nombre de facteurs augmenteraient l'efficacité des programmes de formation au rôle de parent, notamment :

- offrir des services à plus d'un endroit (p. ex., au bureau et à la maison) (17);
- fournir des services collectifs et individuels (plutôt qu'une seule de ces deux catégories) (17,18);
- fournir au moins 12 séances (17) ou interventions échelonnées sur une plus longue durée (19,20);
- faire en sorte que les programmes soient offerts par des infirmières, des travailleurs sociaux ou d'autres professionnels (plutôt que par des nonprofessionnels tels que des auxiliaires non spécialistes) (20);
- offrir de la formation sur les interactions positives entre parents et enfants, la communication émotionnelle et le recours à la période de réflexion comme technique de discipline, ainsi que de la formation permettant aux pa-

rents de réagir avec cohérence au comportement de l'enfant, et prévoir du temps durant les séances pour que les parents s'exercent à appliquer les nouvelles techniques avec leurs propres enfants (21).

2.1 Prévention de la maltraitance des enfants

Un certain nombre d'évaluations donnent à penser que les programmes de formation au rôle de parent aident à prévenir la maltraitance des enfants (19,20,22-25) et à améliorer certains aspects de la vie familiale pouvant être liés à la maltraitance des enfants, tels que les attitudes des parents (18), l'éducation des enfants ou les compétences parentales (18,26,27), le bien-être de la famille (19) et les relations avec les partenaires (28). Par exemple, un examen des programmes de visites à domicile pendant la première enfance indique une réduction globale d'environ 39 % des cas de maltraitance d'enfants signalés après les interventions (20). Toutefois, les programmes de visites à domicile ne présentent pas une efficacité uniforme pour ce qui est de réduire la maltraitance des enfants (29). De plus, il est difficile de tirer des conclusions fermes sur l'efficacité de l'ensemble des programmes de formation au rôle de parents pour les raisons qui suivent.

- Diverses évaluations définissent et mesurent de manière différente la maltraitance des enfants (30). Entre autres, certaines ont recours à des mesures directes de la maltraitance des enfants (p. ex., rapports issus des services de protection de la jeunesse), tandis que d'autres utilisent des facteurs de risque de la maltraitance des enfants (p. ex., mesure du potentiel de violence à l'égard des enfants ou du stress parental).

Prévention de la maltraitance des enfants dans la population à l'aide du programme Positive Parenting Program (Triple P)

Dans le cadre d'une évaluation du programme Triple P effectuée en Caroline du Sud (États-Unis), 18 comtés ont été répartis au hasard en deux groupes : un groupe expérimental de comtés à qui était enseigné le programme Triple P, et un groupe témoin de comtés à qui étaient offerts les services habituels. L'enseignement du programme comprenait la formation professionnelle du personnel en place (plus de 600 fournisseurs de services) ainsi que des stratégies médiatiques et de communication à grande échelle. Des effets importants ont été recensés pour trois indicateurs démographiques obtenus de sources indépendantes : maltraitance d'enfants démontrée, placement à l'extérieur du domicile et blessures reliées à la maltraitance. Le programme Triple P a entraîné, par tranche de 100 000 enfants de moins de 8 ans, une baisse de 688 cas d'enfants maltraités, de 240 cas de placements à l'extérieur du domicile et de 60 cas d'enfants blessés nécessitant une hospitalisation ou des soins aux salles d'urgence. Il s'agissait de la première étude pour laquelle les régions géographiques étaient choisies au hasard et démontrant une incidence préventive sur la maltraitance des enfants à l'échelle de la population, grâce à des interventions parentales fondées sur des données factuelles (25).

- Les évaluations sont souvent limitées par des faiblesses méthodologiques (31,32) et il y a peu d'essais randomisés qui permettent de déterminer si les interventions préviennent la maltraitance (29,33).
- La maltraitance des enfants est plus susceptible d'être détectée dans les maisons visitées (un problème appelé « biais de surveillance ») (32).
- Les programmes présentent souvent des facettes multiples et sont complexes, d'où la difficulté de quantifier les effets (34).

Les effets des programmes de formation au rôle de parent risquent également de dépendre de facteurs tels que la durée du programme et la fréquence des visites ou des séances, le type de professionnels embauchés, le groupe cible, le contenu, les mesures des résultats et la période de suivi.

Le programme présentant les meilleures données factuelles concernant l'efficacité est le Nurse Family Partnership (voir le **tableau 1**) dans lequel des infirmières visitent les familles à domicile pour améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie des nouveaux parents à faible revenu et de leurs enfants. Un suivi mené sur une période de 15 ans dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé sur le programme dans la ville d'Elmira aux États-Unis a démontré que les participants étaient moins susceptibles, dans une proportion de 48 %, d'être définis comme des auteurs d'actes de maltraitance envers des enfants, que les membres du groupe témoin (35). De plus, pendant la grossesse et dans les deux premières années de la vie de l'enfant, les participants présentant un risque élevé de dysfonc-

tionnement sur le plan des soins ont affiché des améliorations en ce qui concerne le comportement lié à la santé prénatale, l'issue de la grossesse, la qualité du milieu résidentiel et le nombre de traumatismes consignés dans les dossiers médicaux (36). On a également attribué une bonne note d'évaluation à Early Start, un programme de visites à domicile intensif visant des familles éprouvant du stress et des difficultés. Un essai contrôlé randomisé mené sur ce programme en Nouvelle-Zélande a permis de constater que les enfants de trois ans qui y participent représentaient seulement le tiers des cas de violence physique signalés par les parents par rapport à ceux du groupe témoin. Aucune différence n'a été relevée quant au pourcentage des participants et des membres du groupe témoin qui étaient suivis par des organismes officiels de lutte contre la maltraitance d'enfants. Toutefois, étant donné que les participants étaient sous la surveillance constante d'intervenants en soutien familial, ils étaient plus susceptibles d'être orientés vers ces organismes pour des problèmes de maltraitance que ceux du groupe témoin (37).

Le Nurse Family Partnership et le Early Start partagent certains éléments communs qui peuvent aider à expliquer leur efficacité dans la réduction de la maltraitance : les deux ont été élaborés comme des programmes de recherche plutôt que comme des modèles de prestation de services, les deux font appel à des travailleurs ayant un diplôme collégial ou universitaire et les deux ont effectué des investissements importants pour assurer la fidélité de la prestation du programme (29).

Les programmes de formation au rôle de parent seraient également efficaces pour réduire la mal-

traitance des enfants lorsqu'ils sont dispensés à l'extérieur du foyer (voir l'**encadré 3**). Par exemple, les nouveaux parents recevant des services dans les unités de maternité de l'Ouest de l'État de New York se sont vus remettre un dépliant d'une page sur la prévention du syndrome du bébé secoué et ont visionné une vidéo de 11 minutes expliquant les dangers de secouer un bébé ainsi que les méthodes permettant de faire face aux pleurs intenses et répétés d'un nourrisson. Ils devaient aussi signer une déclaration d'engagement confirmant qu'ils avaient reçu et compris les documents. L'étude d'évaluation par cohorte a indiqué une réduction de 47 % du nombre de traumatismes crâniens causés par la violence ayant été signalés dans les hôpitaux pour enfants de la région (au cours des cinq années qui ont suivi), comparativement à une période semblable avant l'intervention (38).

2.2 Prévention du comportement agressif chez l'enfant

Les programmes de formation au rôle de parent ont réussi à améliorer à court terme les problèmes émotionnels et comportementaux chez les enfants, notamment le trouble des conduites caractérisé par un comportement agressif et perturbateur (39–45). Par exemple, un essai contrôlé randomisé sur le programme Triple P mené en Suisse a permis de suivre 100 couples ayant des enfants âgés de 2 à 12 ans. Le pourcentage de mères participantes qui ont signalé un comportement dysfonctionnel de l'enfant est passé de 48 % avant l'intervention à 22 % une année plus tard (comparativement à 53 % avant et 55 % après pour les mères du groupe témoin) (45). De même, en Norvège, un essai contrôlé randomisé a été effectué pour évaluer l'efficacité du programme Incredible Years¹ visant à traiter le trouble des conduites chez les enfants. L'évalua-

tion a permis de constater que les notes moyennes obtenues pour un test de comportement de l'enfant, où les notes les plus élevées indiquent une plus grande fréquence de comportement difficile, avaient diminué davantage chez les participants (de 41 points selon les données recueillies avant et après le programme) que chez les membres du groupe témoin (de 22 points pour la même période) (47). De plus, les participants obtenaient toujours des notes faibles au test un an après le programme.

Des avantages à plus long terme ont également été signalés. Par exemple, dans un essai contrôlé randomisé du programme *Healthy Families*, en Alaska, aux États-Unis, les participants et les groupes témoins ont été suivis sur une période de deux ans. À la fin de cette période, comparativement aux enfants du groupe témoin, un plus grand nombre de participants ont obtenu des notes moyennes pour les comportements difficiles, entre autres les comportements d'extériorisation (p. ex., hyperactivité, agressivité, désobéissance; 82 % pour les participants contre 77 % pour le groupe témoin) et les comportements d'intériorisation (p. ex., inhibition, dépression, retrait; 87 % pour les participants contre 79 % pour le groupe témoin) (48). Dans un autre essai contrôlé randomisé effectué aux États-Unis sur le programme Nurse Family Partnership, des chercheurs ont suivi des participants pendant 15 ans après l'étude initiale. Comparativement au groupe témoin, le groupe des adolescents dont les mères avaient reçu des visites à domicile pendant la grossesse et après l'accouchement comptait moins de cas de fugues, d'arrestations, de condamnations et de violations des conditions de libération conditionnelle de même que de problèmes comportementaux liés à la consommation d'alcool (49).

¹. Un programme de formation des parents, de formation des enseignants et de formation aux aptitudes sociales de l'enfant qui s'est révélé efficace pour réduire l'agressivité et les problèmes de comportement chez les enfants et renforcer les compétences sociales à la maison et à l'école.

3. Programmes parents-enfants

Les programmes parents-enfants offrent les interventions les plus globales pour améliorer les relations familiales et produisent d'autres résultats bénéfiques. En général, ces programmes ciblent les familles vulnérables comptant des mères adolescentes ou des parents à faible revenu; leurs services sont dispensés dans la collectivité, dans des centres désignés. Ils associent souvent des volets de formation au rôle de parent et des services d'éducation des enfants, de soutien social, etc.

3.1 Prévention de la maltraitance des enfants

Deux examens systématiques ont révélé que les programmes parents-enfants pourraient aider à prévenir la maltraitance des enfants (26) et améliorer les facteurs qui peuvent être liés à la maltraitance, tels que le bien-être de la famille (20). Toutefois, on comprend mal leur incidence, en raison du manque relatif d'études d'évaluation des programmes parents-enfants, comparativement au grand nombre d'évaluations des autres types d'interventions menées pendant la petite enfance. Néanmoins, un essai randomisé du programme Early Head Start aux États-Unis (tableau 1) a montré que, comparativement aux parents du groupe témoin, les participants étaient moins susceptibles de déclarer avoir administré la fessée à leur enfant dans la semaine précédente (47 % pour les participants contre 54 % pour le groupe témoin) (50). Une étude de cohorte non randomisée menée chez un groupe apparié d'enfants du programme préscolaire du Chicago ChildParent Center a également produit des résultats intéressants. Le programme offrait une gamme complète de services d'éducation, d'aide à la famille et de santé à l'intention des enfants de 3 à 9 ans vivant dans les quartiers les plus pauvres de Chicago. Ces services étaient as-

surés aux parents dans le cadre d'ateliers éducatifs et de visites à domicile. Comme le révèle l'étude de cohorte, un suivi du programme effectué 15 ans plus tard a révélé que, à l'âge de 17 ans, les enfants participants présentaient des taux de maltraitance à vie plus faibles – mesurés en fonction des requêtes déposées à la cour et des signalements aux services de protection de l'enfance – que les enfants du groupe témoin (5,0 % pour les participants contre 10,5 % pour le groupe témoin) (51).

3.2 Diminution du comportement agressif chez les enfants

Les programmes parents-enfants peuvent être efficaces pour réduire le comportement agressif ou violent d'un enfant. Par exemple, dans un essai randomisé sur le programme Early Head Start susmentionné, on a demandé aux parents d'évaluer le comportement agressif de leur enfant en utilisant une liste de vérification du comportement. Comparativement à ceux du groupe témoin, les enfants participants ont reçu une note de leurs parents indiquant des niveaux plus faibles de comportement agressif à la fin du programme; la moyenne d'âge des enfants était alors de 37 mois (50). Les effets bénéfiques des programmes parents-enfants peuvent aussi être maintenus à long terme. Dans un suivi sur 15 ans des enfants qui avaient pris part au programme du Chicago ChildParent Center, les participants présentaient des taux plus faibles que les membres du groupe témoin en ce qui a trait aux arrestations de mineurs (17 % des participants contre 25 % des membres du groupe témoin), aux arrestations multiples (10 % des participants contre 13 % des membres du groupe témoin) et aux arrestations pour crimes violents (9 % des participants contre 15 % des membres du groupe témoin) (52). Vers l'âge de 24 ans, comparativement à un

groupe témoin, ces participants présentaient également des taux plus faibles d'arrestations pour délits et pour crimes graves passibles d'une peine d'emprisonnement de plus d'un an (17 % pour les participants contre 21 % pour le groupe témoin) et des taux plus faibles d'incarcération (21 % pour les participants contre 26 % pour le groupe témoin). Toutefois, aucune différence n'a été relevée pour les taux d'arrestations violentes (53).

À Seattle, aux États-Unis, un essai contrôlé non randomisé mené sur une intervention parents-enfants a fait l'objet d'un suivi lorsque les enfants

participants ont eu 18 ans. Le programme combinait la formation des enseignants à la gestion et à l'enseignement en salle de classe, la formation des parents à la gestion du comportement de l'enfant et le développement des compétences sociales des enfants de la première à la sixième année (âgés de 6 à 12 ans). Le suivi a démontré que moins d'actes délinquants violents avaient été signalés pour les participants à l'intervention, maintenant âgés de 18 ans, que pour les membres du groupe témoin (48,3 % pour les participants contre 59,7 % pour le groupe témoin) (54).

4. Soutien social

Les groupes de soutien social peuvent fonctionner de façon autonome, mais ils font souvent partie d'un service d'aide familiale plus large offert par exemple dans le cadre de programmes à volets multiples. Des professionnels peuvent y contribuer ou bien les groupes peuvent être ouverts uniquement à des pairs; cependant, tous les programmes de soutien social sont orientés par les besoins des membres du groupe plutôt que d'être déterminés par des professionnels (24).

4.1 Prévention de la maltraitance des enfants et du comportement agressif chez l'enfant

Les parents négligents ou violents sont plus susceptibles d'être isolés sur le plan social (55,56), mais très peu de données donnent à penser que la participation à des groupes de soutien social peut prévenir la maltraitance des enfants (15,26) ou le comportement agressif chez l'enfant. Toutefois, ces groupes ont permis d'améliorer des facteurs qui peuvent être reliés aux comportements violents, notamment le bien-être familial (19). De plus, certaines données semblent indiquer que les groupes sociaux peuvent améliorer la santé mentale de la

mère. Par exemple, dans une étude qualitative menée chez des parents canadiens ayant pris part aux réseaux Parent Mutual Aid Organizations (réseaux informels dirigés par des parents destinés aux familles aux prises avec des agences de protection de l'enfance), 75 % des parents ont indiqué que le meilleur avantage de la participation au groupe était le sentiment d'être soutenu et de n'être pas seul (57). Sur une période d'un an, comparativement au groupe témoin, on a constaté chez les participants une augmentation des mesures moyennes de renforcement de l'estime de soi des parents et une diminution du niveau de stress perçu. De plus, le pourcentage de parents ayant besoin de consulter un professionnel concernant les responsabilités familiales et domestiques avait diminué davantage chez les participants que chez les membres du groupe témoin (de 32,3 % chez les participants contre 15,6 % chez le groupe témoin). Il en va de même pour le pourcentage de parents en contact avec un travailleur des services de protection de l'enfance : dans ce cas, la diminution était de 61 % chez les participants et de 23 % chez les membres du groupe témoin.

5. Interventions dans les médias

Bien qu'il soit souvent coûteux de les mettre en œuvre, les interventions dans les médias sont accessibles à une tranche importante de la population et permettent aux parents de reconnaître les signes précoces de troubles de comportement de l'enfant avant qu'ils se développent (16) et de prendre des mesures à cet égard. Ces interventions peuvent constituer des éléments d'autres programmes (p. ex., programmes de formation au rôle de parent tels que Triple P; voir le **tableau 1**), mais elles peuvent également être mises en œuvre isolément.

5.1 Prévention de la maltraitance des enfants

Peu de recherches ont été faites sur les résultats des interventions autonomes dans les médias visant à encourager des relations sûres, stables et épanouissantes et prévenir ainsi les comportements violents. Toutefois, on a constaté que ces programmes ont une incidence positive minime sur le bien-être de la famille en général (19). De plus, certaines observations portent à croire qu'ils peuvent améliorer les compétences parentales, l'estime de soi de la mère ainsi que d'autres facteurs pouvant être liés à la maltraitance des enfants. Par exemple, un sondage mené auprès de parents d'enfants de 6 à 18 mois aux États-Unis a révélé que, une année après le début de leur participation au programme multimédias Play Nicely (**tableau 1**), 65 % ont dé-

claré que le programme les avait aidés à gérer le comportement agressif de leur enfant (58). Par ailleurs, en Australie, l'efficacité d'une série télévisée de 12 épisodes intitulée *Families* (faisant partie du programme de formation au rôle de parent Triple P; **tableau 1**), a été évaluée à l'aide d'un essai contrôlé randomisé dans le cadre duquel les participants ont été évalués avant et après avoir regardé la série. La série offrait des lignes directrices concernant des stratégies parentales qui traitent des problèmes de comportement courants. Comparativement aux membres du groupe témoin (qui n'avaient pas regardé la série), les participants ont déclaré qu'ils se sentaient plus efficaces, en tant que parents, après avoir regardé la série (16).

5.2 Diminution du comportement agressif de l'enfant

Les données factuelles sur le sujet sont limitées, mais les interventions dans les médias semblent avoir permis d'améliorer dans une certaine mesure les troubles de comportement chez l'enfant. Par exemple, dans l'intervention australienne fondée sur la série *Families*, 43 % des enfants participants se classaient dans la plage élevée sur le plan clinique pour ce qui est des problèmes de comportement perturbateur avant le début du programme. Immédiatement après la série, ce pourcentage est passé à 14 %, puis à 10 % six mois plus tard (16).

6. Coûts et avantages des programmes de prévention

Les interventions mises en œuvre de façon adéquate peuvent en fait réduire les coûts des soins de santé, de justice pénale, d'éducation et d'autres services publics. Un examen des coûts et des avantages des programmes d'intervention précoce a permis de conclure que certains programmes de visites à domicile ciblant les mères à risque élevé ou à faible revenu produisaient un rendement de 2 \$ à 3 \$ pour chaque dollar dépensé (59). Dans un

autre examen de neuf programmes d'éducation à la petite enfance, on a constaté que sept d'entre eux étaient rentables, produisant un rendement situé de 2 \$ à 17 \$ pour chaque dollar dépensé (60). En dépit de ces résultats, les deux examens ont conclu que les programmes d'intervention auprès des jeunes enfants ne sont pas tous rentables, car certains d'entre eux sont inefficaces et coûtent très cher.

7. Résumé

Certaines données indiquent que les interventions qui encouragent des relations sûres, stables et épanouissantes entre enfants et parents au début de la vie peuvent prévenir la maltraitance des enfants et l'agressivité chez l'enfant. Pour la prévention de la maltraitance des enfants, les programmes de formation au rôle de parent sont les plus courants et les plus évalués, et ce sont les programmes Nurse Family Partnership et Triple P qui sont appuyés par les données factuelles les plus solides. Certains programmes parents-enfants ont également produit des résultats encourageants. Il faut davantage de données factuelles en ce qui concerne l'efficacité des programmes de soutien social et d'intervention dans les médias pour réduire la maltraitance des enfants en dépit du fait que ces interventions améliorent des facteurs pouvant être liés à la maltraitance des enfants, par exemple l'estime de soi, la confiance et l'isolement des parents.

Dans bon nombre d'études, on utilise, pour l'évaluation des programmes, des facteurs de risque de la maltraitance des enfants (p. ex., changements des attitudes parentales à l'égard de la discipline) plutôt que des mesures directes (p. ex., signalement de cas de maltraitance d'enfants). De plus, étant donné que bien des programmes sont conçus pour encourager des relations saines et renforcer les compétences parentales, plutôt que de prévenir ou de régler des problèmes de comportement violent, la mesure de la violence fait rarement partie des résultats. Le fait d'encourager les concepteurs à incorporer dans leurs programmes la maltraitance d'enfants comme une mesure des résultats et d'inclure des mesures à la fois directes et indirectes de la maltraitance d'enfants permettrait de mieux comprendre l'efficacité des différentes approches de prévention primaire.

En ce qui concerne la prévention de l'agressivité

chez l'enfant, certaines données laissent croire que les programmes de formation au rôle de parent et les interventions parents-enfants réduisent le comportement agressif, perturbateur et rebelle à court terme, ainsi que les arrestations, les condamnations et les actes violents à long terme (à l'adolescence et au début de l'âge adulte). De plus, selon les données factuelles disponibles, les interventions dans les médias peuvent régler le problème de comportement perturbateur de l'enfant à court terme, bien qu'aucune donnée ne soutienne que les interventions dans les médias produisent des résultats à d'autres égards. Rien ne permet de penser que les programmes de soutien social réduisent le comportement agressif au cours de la petite enfance. De plus, il n'est pas du tout clair que les améliorations du comportement au cours de la petite enfance, objectif ultime de nombreuses interventions, peuvent être liées à la diminution du recours à la violence plus tard dans la vie.

Compte tenu du manque d'essais contrôlés randomisés utilisant la maltraitance réelle comme mesure des résultats, les programmes devront faire l'objet d'une évaluation plus rigoureuse avant que l'on puisse déterminer avec précision leur efficacité à prévenir la violence. En outre, très peu d'évaluations contiennent une analyse des avantages économiques de la mise en œuvre des programmes. Il faudrait que les programmes soient assortis de l'obligation d'effectuer des évaluations mesurant non seulement leurs effets sur les comportements violents, mais aussi leurs coûts et avantages économiques.

Bien que les programmes d'éducation à la petite enfance aient produit certains résultats positifs, la majorité des évaluations ont porté essentiellement sur des programmes en place au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays développés. Certains

programmes d'éducation à la petite enfance ont été mis en œuvre dans des pays en développement – Bangladesh (61), Syrie (62) et Zambie (63), par exemple – mais leurs effets sur les niveaux de comportement violent ou sur ses facteurs de risque ont rarement été évalués. Compte tenu des différences sociales et culturelles, on ne peut pas vraiment appliquer les résultats des recherches effectuées dans les pays développés à d'autres parties du monde. Il faut donc effectuer sans tarder d'autres études sur l'applicabilité et l'efficacité des programmes de prévention de la violence au cours de

la petite enfance dans les pays en développement.

Le présent exposé montre l'existence de certaines données factuelles solides indiquant que les programmes qui font la promotion de relations sûres, stables et épanouissantes entre les parents (ou dispensateurs de soins) et les enfants réduisent la maltraitance des enfants et ses incidences négatives à vie sur la santé mentale et physique, le fonctionnement social et professionnel, le capital humain et la sécurité et, en définitive, le développement économique.

Autres lectures

Barlow, J., D. Simkiss et S. Stewart-Brown. « Interventions to prevent or ameliorate child physical abuse and neglect: findings from a systematic review of reviews », *Journal of Children's Services*, (2006), 1:6–28.

Bilukha, O. et coll. « The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence. A systematic review », *American Journal of Preventive Medicine*, (2005), 28:11–39.

Daro, D.A., et K.P. McCurdy. « Interventions to prevent child maltreatment », dans L. Doll et coll. (sous la direction de). *Handbook of injury and violence prevention*, Atlanta, É.U., Springer, 2006.

Geeraert, L. et coll. « The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis », *Child Maltreatment*, (2004), 9:277–291.

Lundahl, B.W., J. Nimer et B. Parsons. « Preventing child abuse: a meta-analysis of parent training programs », *Research on Social Work Practice*, (2006), 16:251–262.

MacMillan, H.L. et coll. « Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment ». *The Lancet* 2008; DOI:10.1016/S0140-6736(08)61708-0.

Olds, D.L., L. Sadler et H. Kitzman. « Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (2007), 48:355–391.

Sweet, M.A., et M.I. Appelbaum. « Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children », *Child Development*, (2004), 75:1435–1456.

Références

1. Ranson, K.E., et L.J. Urichuk. « The effect of parent-child attachment relationships on child biopsychosocial outcomes: a review ». *Early Child Development and Care*, 2006, 178:129–152.
2. Shonkoff, J.P., et D.A. Phillips (sous la direction de). *From neurons to neighborhoods. The science of early childhood development*. Washington, National Academy of Sciences, 2000.
3. Knudsen, E.I. et coll. « Economic, neurobiological, and behavioural perspectives on building America's future workforce ». *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2006, 103:10155–10162.
4. Anda, R.F. et coll. « The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology ». *European archives of psychiatry and neurological sciences*, 2006, 256:174–186.
5. Waters, E., J. Wippman et L.A. Sroufe. « Attachment, positive affect, and competence in the peer group ». *Child Development*, 1979, 50:821–829.
6. Renken, B. et coll. « Early childhood antecedents of aggressive and passive withdrawal in early elementary school ». *Journal of Personality*, 1989, 57:257–281.
7. *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
8. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
9. Trickett, P.K., et C.I. Schellenbach. *Violence against children in the family and the community*. Washington DC, American Psychological Association, 1998.
10. Foshee, V.A., L. Reyes McNaughton et S.C. Wyckoff. « Approaches to preventing psychological, physical, and sexual partner abuse » (sous presse).
11. Pinheiro, P.S. *Rapport mondial sur la violence à l'encontre des enfants*. Genève, Étude du Secrétaire général des Nations Unies sur la violence contre les enfants, 2006.
12. Sanders, M.R. « Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children ». *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1999, 2:71–90.
13. Early Head Start. (www.ehsnrc.org, consulté le 19 juin 2008).
14. Olds, D.L., L. Sadler et H. Kitzman. « Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007, 48:355–391.
15. Budde, S. et P. Schene. « Informal social support interventions and their role in violence prevention: an agenda for future evaluation ». *Journal of Interpersonal Violence*, 2004, 19:341–355.
16. Sanders, MR, DT Montgomery et ML Brechman-Toussaint. « The mass media and the prevention of child behavior problems: the evaluation of a television series to promote positive outcomes for parents and their children ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2000, 41:939–948.
17. Krugman, S.D., W.G. Lane et C.M. Walsh. « Update on child abuse prevention ». *Current Opinion in Pediatrics*, 2007, 19:711–718.
18. Lundahl, B.W., J. Nimer, et B. Parsons. « Preventing child abuse: a metaanalysis of parent training programs ». *Research on Social Work Practice*, 2006, 16:251–262.
19. MacLeod, J. et G. Nelson. « Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review ». *Child Abuse and Neglect*, 2000, 24:1127–1149.
20. Bilukha, O. et coll. « The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence. A systematic review ». *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 28:11–39.
21. Kaminski J.W. et coll. « A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness ». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2008, 36:567–589.
22. Olds, D.L., L. Sadler et H. Kitzman. « Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007, 48:355–391.

23. Geeraert, L. et coll. « The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis ». *Child Maltreatment*, 2004, 9:277–291.
24. Nelson, G., M. Laurendeau et C. Chamberland. « A review of programs to promote family wellness and prevent the maltreatment of children ». *Revue canadienne des sciences du comportement*, 2001, 33:1–13.
25. Prinz et coll. « Population-based prevention of child maltreatment: the US Triple P system population trial ». *Prevention Science*, 2009, DOI 10.1007/s11121-009-0123-3.
26. Barlow, J., D. Simkiss et S. Stewart-Brown. « Interventions to prevent or ameliorate child physical abuse and neglect: findings from a systematic review of reviews ». *Journal of Children's Services*, 2006, 1:6–28.
27. Elkan, R. et coll. « The effectiveness of domiciliary home visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature ». *Health Technology Assessment*, 2000, 4:i-v,1–399.
28. Barlow, J., E. Coren et S.S.B. Stewart-Brown. « Parent training programmes for improving maternal psychosocial health ». *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2003, 4:CD002020.
29. MacMillan, H.L. et coll. « Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment ». *Lancet* 2008; DOI:10:1016/S0140-6736(08)61708-0
30. Daro, D.A., et K.P. McCurdy. « Interventions to prevent child maltreatment ». Dans Doll L. et coll. (sous la direction de). *Handbook of injury and violence prevention*. Atlanta, É.-U., Springer, 2006.
31. MacMillan, H.L. et coll. « Development of a policy-relevant child maltreatment research strategy ». *Milbank Quarterly*, 2007, 85:337–374.
32. Chaffin, M. Lettre au rédacteur, « *Child Abuse and Neglect* », 2005, 29:241–249.
33. Chaffin, M. « Is it time to rethink Healthy Start/Healthy Families? » *Child Abuse and Neglect*, 2004, 28:589–595.
34. Sweet, M.A., et M.I. Appelbaum. « Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children ». *Child Development*, 2004, 75:1435–1456.
35. Olds, D.L. et coll. « Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15 year follow-up of a randomized trial ». *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:637–643.
36. Olds, D.L. et coll. « Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation ». *Pediatrics*, 1986, 78:65–78.
37. Fergusson D.M. et coll. « Randomized trial of the Early Start program of home visitation ». *Pediatrics*, 2005, 116:e803809.
38. Dias, M.S. et coll. « Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program ». *Pediatrics*, 2005, 115:e470–e477.
39. Dretzke, J. et coll. « The effectiveness and cost-effectiveness of parent-training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children ». *Health Technology Assessment*, 2005, 9:iii,ixx,1–233.
40. De Graaf, I. et coll. « Effectiveness of the Triple P positive parenting program on behavioral problems in children: meta-analysis of randomized control trials ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008, 32:714–735.
41. Thomas, R. et M.J. Zimmer-Gembeck. « Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P – Positive Parenting Program: a review and meta-analysis ». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2007, 35:475–495.
42. Barlow, J., et S. Stewart-Brown. « Behavior problems and group-based parent education programs ». *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2000, 21:356–370.
43. Barlow, J., J. Parsons et S. Stewart-Brown. « Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age ». *Child Care, Health and Development*, 2004, 31:33–42.
44. Nixon, R.D.V. « Treatment of behaviour problems in preschoolers: a review of parent training programmes ». *Clinical Psychology Review*, 2002, 22:525–546.
45. Sanders, M.R., W. Bor et A. Morawska. « Maintenance of treatment gains: a comparison of enhanced, standard, and self-directed Triple P-Positive Parenting program ». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2007, 35:983–998.
46. Bodenmann, G. et coll. « The efficacy of the Triple P-Positive Parenting program in improving parenting and child behavior: a comparison with two other treatment conditions ». *Behaviour Research and Therapy*, 2008, 46:411–427.
47. Larsson, B. et coll. « Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children ». *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2008. DOI 10.1007/s00787-008-0702-z
48. Caldera, D. et coll. « Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development ». *Child Abuse and Neglect*, 2007, 31:829–852.
49. Olds, D. et coll. « Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior ». *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1238–1244.
50. Love, J.M. et coll. « The effectiveness of Early Head Start for 3-year old children and their parents: Lessons for policy and programs ». *Developmental Psychology*, 2005, 41:885–901.
51. Reynolds, A.J. et D.L. Robertson. « School-based early intervention and later child maltreatment in the Chicago longitudinal study ». *Child Development*, 2003, 74:3–26.
52. Reynolds, A.J. et coll. « Long term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest ». *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285:2339–2346.

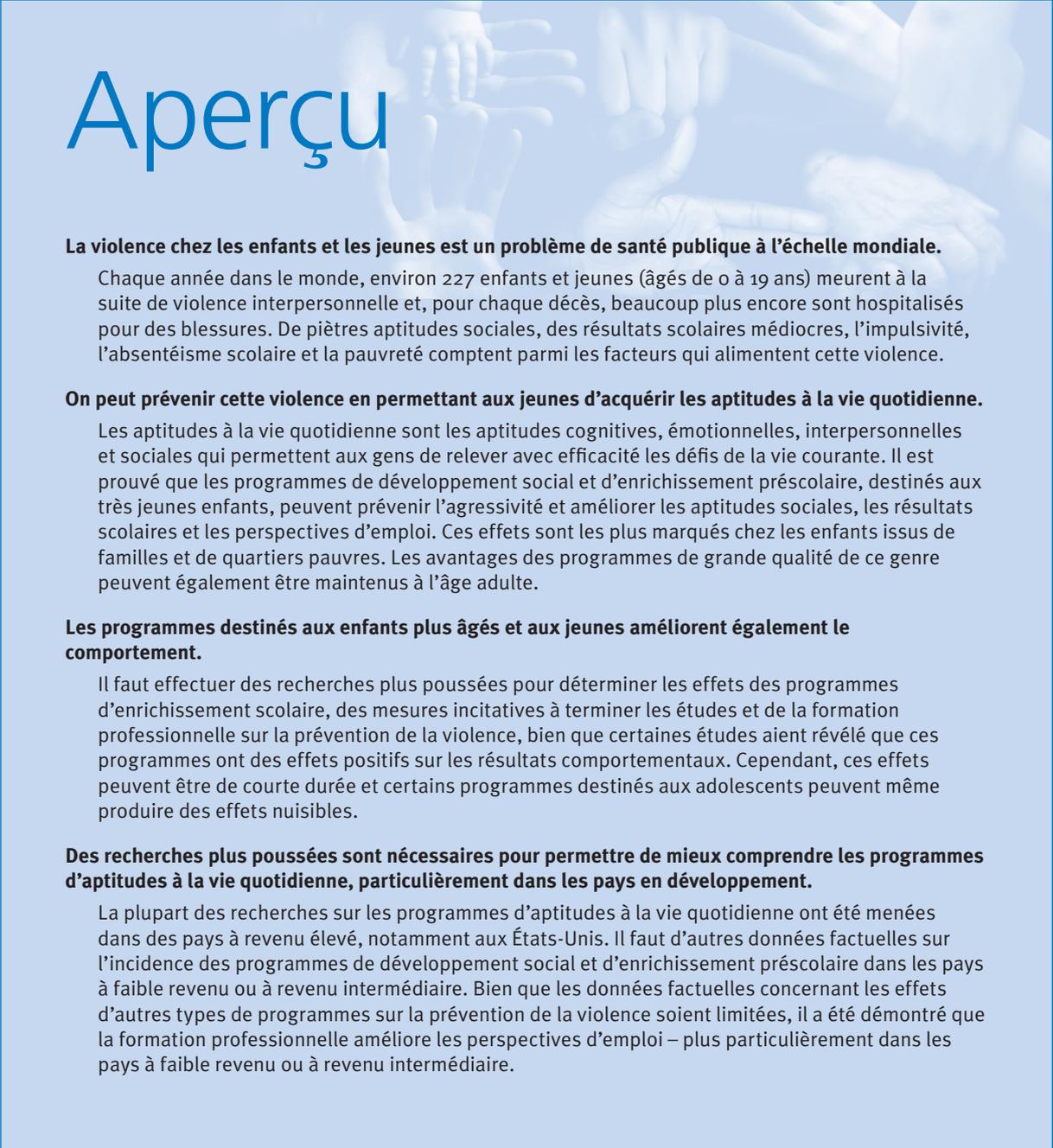
53. Reynolds, A.J. et coll. « Effects of a school-based, early childhood intervention on adult health and wellbeing: a 19 year follow-up of low income families ». *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2007, 161:730–739.
54. Hawkins, J.D. et coll. « Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood ». *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1999, 153:226–234.
55. Seagull, E.A.W. « Social support and child maltreatment: a review of the evidence ». *Child Abuse and Neglect*, 1987, 11:41–52.
56. Sidebotham, P., J. Heron et ALSPAC Study Team. « Child maltreatment in the “children of the nineties”: a cohort study of risk factors ». *Child Abuse and Neglect*, 2006, 30:497–522.
57. Cameron, G. « Motivation to join and benefits from participating in parent mutual aid organizations ». *Child Welfare*, 2002, 81:33–57.
58. Scholer, S.J. et coll. « A multimedia program helps parents manage childhood aggression ». *Clinical Pediatrics*, 2006, 45; 835–840.
59. Aos, S. et coll. *Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. Olympia WA, Washington State Institute for Public Policy, 2004.
60. Kilburn, R. et LA Karoly. *The economics of early childhood policy. What the dismal science has to say about investing in children*. Santa Monica CA, Arlington VA, Pittsburgh PA, RAND Corporation, 2008.
61. Aboud, F.E. « Evaluation of an early childhood parenting programme in rural Bangladesh ». *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 2007, 25:3–13.
62. Bashour, H.N. et coll. « Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial ». *Public Health Nursing*, 2008, 25:115–25.
63. Ransjö-Arvidson, A.B. et coll. « Maternal and infant health problems after normal childbirth: a randomised controlled study in Zambia ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 51:385–91.

prévention de la violence
les faits

2.

**Prévenir la violence en
développant des aptitudes à
la vie quotidienne chez les enfants
et les adolescents**

Aperçu



La violence chez les enfants et les jeunes est un problème de santé publique à l'échelle mondiale.

Chaque année dans le monde, environ 227 enfants et jeunes (âgés de 0 à 19 ans) meurent à la suite de violence interpersonnelle et, pour chaque décès, beaucoup plus encore sont hospitalisés pour des blessures. De piètres aptitudes sociales, des résultats scolaires médiocres, l'impulsivité, l'absentéisme scolaire et la pauvreté comptent parmi les facteurs qui alimentent cette violence.

On peut prévenir cette violence en permettant aux jeunes d'acquérir les aptitudes à la vie quotidienne.

Les aptitudes à la vie quotidienne sont les aptitudes cognitives, émotionnelles, interpersonnelles et sociales qui permettent aux gens de relever avec efficacité les défis de la vie courante. Il est prouvé que les programmes de développement social et d'enrichissement préscolaire, destinés aux très jeunes enfants, peuvent prévenir l'agressivité et améliorer les aptitudes sociales, les résultats scolaires et les perspectives d'emploi. Ces effets sont les plus marqués chez les enfants issus de familles et de quartiers pauvres. Les avantages des programmes de grande qualité de ce genre peuvent également être maintenus à l'âge adulte.

Les programmes destinés aux enfants plus âgés et aux jeunes améliorent également le comportement.

Il faut effectuer des recherches plus poussées pour déterminer les effets des programmes d'enrichissement scolaire, des mesures incitatives à terminer les études et de la formation professionnelle sur la prévention de la violence, bien que certaines études aient révélé que ces programmes ont des effets positifs sur les résultats comportementaux. Cependant, ces effets peuvent être de courte durée et certains programmes destinés aux adolescents peuvent même produire des effets nuisibles.

Des recherches plus poussées sont nécessaires pour permettre de mieux comprendre les programmes d'aptitudes à la vie quotidienne, particulièrement dans les pays en développement.

La plupart des recherches sur les programmes d'aptitudes à la vie quotidienne ont été menées dans des pays à revenu élevé, notamment aux États-Unis. Il faut d'autres données factuelles sur l'incidence des programmes de développement social et d'enrichissement préscolaire dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Bien que les données factuelles concernant les effets d'autres types de programmes sur la prévention de la violence soient limitées, il a été démontré que la formation professionnelle améliore les perspectives d'emploi – plus particulièrement dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.

1. Introduction

ENCADRÉ 1

Aptitudes à la vie quotidienne

Les aptitudes à la vie quotidienne peuvent se définir comme étant des aptitudes à adopter un comportement adaptatif et positif qui permet aux individus de faire face efficacement aux exigences et difficultés de la vie quotidienne (6). Elles comprennent notamment les aptitudes cognitives, émotionnelles, interpersonnelles et sociales qui favorisent :

- **LA CONSCIENCE DE SOI** : Renforcement de l'estime de soi et de la confiance en soi, autosurveillance, autoévaluation, établissement d'objectifs, etc.
- **L'AUTOGESTION** : Gestion de la colère et du stress, gestion du temps, habileté d'adaptation, contrôle de ses impulsions, relaxation, etc.
- **LA CONSCIENCE SOCIALE** : Empathie, écoute active, reconnaissance et respect des différences de chacun et du groupe, etc.
- **LES RELATIONS** : Négociation, gestion des conflits, résistance à la pression des pairs, constitution de réseaux, motivation, etc.
- **LA PRISE DE DÉCISION RESPONSABLE** : Collecte de renseignements, pensée critique et évaluation des conséquences de ses actions.

Chaque jour dans le monde, environ 227 enfants et jeunes (âgés de 0 à 19 ans) meurent à la suite de violence interpersonnelle (1) et pour chaque décès, beaucoup plus encore sont hospitalisés pour des blessures causées par cette violence (2). Des facteurs tels que de piètres compétences sociales, des résultats scolaires médiocres, l'impulsivité, l'absentéisme scolaire et la pauvreté augmentent les risques de violence chez l'individu (2,3). Ainsi, le développement des aptitudes à la vie quotidienne chez les enfants (voir l'encadré 1), l'amélioration de leur participation et de leur rendement à l'école et l'augmentation de leurs perspectives d'emploi peuvent aider à les protéger de la violence, tant pendant l'enfance que plus tard dans la vie. Les interventions concernant le développement des aptitudes à la vie quotidienne peuvent aider les jeunes à éviter la violence, en améliorant leurs compétences sociales et émotionnelles, en leur ap-

prenant à régler les conflits avec efficacité de façon non violente et en les aidant à trouver un emploi. Le présent exposé présente des données factuelles concernant l'effet des mesures de prévention de la violence¹ qui visent à développer les aptitudes à la vie quotidienne chez les enfants et les adolescents. Il porte essentiellement sur cinq types de programmes :

- **Les programmes d'enrichissement préscolaire**, qui améliorent la préparation à l'école de l'enfant et augmentent ses chances de

¹. Dans la mesure du possible, les données factuelles sont tirées d'études qui mesurent les effets des interventions sur le comportement violent. Cependant, de nombreuses études ne mesurent pas la violence en soi, mais plutôt les résultats du processus pénal, telles les arrestations. Quand il n'y a pas de données démontrant ces effets ou de ces résultats, on utilise d'autres résultats comportementaux pour montrer les incidences sur les facteurs de risque ou de protection relatifs à la violence.

succès dans ses études en lui permettant d'acquérir très tôt des compétences scolaires et sociales;

- **Les programmes de développement social**, qui visent à fournir aux enfants des aptitudes sociales et émotionnelles pour régler les problèmes, faire preuve d'empathie et faire face aux situations conflictuelles;
- **Les programmes d'enrichissement scolaire**, qui visent à améliorer le rendement scolaire par le soutien aux études et d'autres activités en dehors des heures de classe normales;
- **Les mesures incitatives offertes aux jeunes pour qu'ils terminent leurs études**, notamment des incitatifs financiers accordés aux jeunes pour qu'ils fréquentent et terminent l'école et poursuivent des études supérieures;
- **De la formation professionnelle pour les jeunes défavorisés** afin d'augmenter leurs chances de trouver un emploi et de les détourner du crime.

En pratique, ces types de programmes se chevauchent souvent. Par exemple, les programmes de développement social et d'enrichissement préscolaire sont fréquemment combinés dans les interventions destinées aux jeunes enfants (7), tandis que celles destinées aux adolescents peuvent comprendre à la fois l'enrichissement scolaire et les incitatifs pour terminer les études (8).

Parmi les données factuelles recueillies sur ces

types de programmes, celles relatives aux programmes d'enrichissement préscolaire et de développement social sont de loin les plus solides, car des études de grande qualité associent ces interventions précoces à la diminution du comportement agressif et des crimes violents pendant l'enfance et plus tard dans la vie. Les données factuelles concernant l'efficacité des programmes d'enrichissement scolaire, d'incitatifs et de formation professionnelle sont toutefois limitées pour l'instant; peu d'études rigoureuses ont permis de mesurer l'incidence de ces types d'intervention sur la violence, et les études actuelles présentent des résultats variés. Pour tous les types de programmes, la vaste majorité des études ont été menées dans des pays à revenu élevé, notamment aux États-Unis, d'où provient la plus grande partie des données factuelles issues d'études. Malgré ce fait, les interventions liées aux aptitudes à la vie quotidienne sont utilisées dans le monde entier pour améliorer les chances de réussite des jeunes dans la vie, favorisant leur participation aux activités scolaires (p. ex., programmes préscolaires [9]) et leur employabilité (p. ex., formation professionnelle [10]). Bien que les données factuelles s'accumulent à l'échelle internationale concernant l'incidence des programmes d'aptitudes à la vie quotidienne, il faudrait également mener des études rigoureuses évaluant leur transférabilité dans divers milieux et leurs effets sur la prévention de la violence dans ces milieux, particulièrement dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.

2. Programmes d'enrichissement préscolaire

ENCADRÉ 2

Deux évaluations à long terme de programmes d'enrichissement préscolaire

Étude sur le High/Scope Perry Preschool Enrichment

Cette étude contrôlée et randomisée, menée de 1962 à 1967, ciblait des enfants afroaméricains de 3 à 4 ans vivant dans des quartiers défavorisés du Michigan (États-Unis), et les participants ont fait l'objet d'un suivi jusqu'à l'âge adulte. Le groupe d'étude comptait 58 participants au préscolaire et le groupe témoin en comptait 65. Les membres du groupe d'étude avaient droit à une séance en salle de classe chaque matin et à une visite à domicile hebdomadaire. Dans le cadre du programme, on a appliqué la théorie de l'apprentissage social aux activités ludiques des enfants, et les enseignants favorisaient l'usage de compétences telles que la prise de décision, le développement du langage, la résolution de problèmes, l'empathie envers les autres et le règlement de différends. Les participants affichaient des niveaux d'arrestation pour crime violent à vie considérablement plus faibles à l'âge de 40 ans que les membres du groupe témoin (32 % contre 48 %). Entre autres avantages, le programme a permis aux participants d'atteindre un niveau plus élevé de réussite scolaire et d'obtenir de meilleurs revenus (11).

Étude sur le programme du Chicago ChildParent Center (CPC)

Le programme du CPC cible les enfants de 3 à 9 ans des quartiers défavorisés et leur offre un enrichissement préscolaire appuyé par des services permanents de soutien éducatif et familial lorsque l'enfant entre officiellement dans le système scolaire. Le programme préscolaire comprend des séances quotidiennes de trois heures de formation en salle de classe, comprenant le développement de compétences dans les domaines du langage, des arts, de la lecture et des mathématiques. Un programme intensif fait également participer les parents aux activités scolaires et fournit des services éducatifs et de santé. L'étude longitudinale de Chicago a permis de suivre une cohorte d'enfants inscrits au CPC en 1985 et 1986, ainsi qu'un groupe témoin – en tout 1 539 personnes. Ceux qui avaient pris part au programme préscolaire affichaient des taux d'arrestation pour crimes violents considérablement plus bas à l'âge de 18 ans que les membres du groupe témoin (7 % contre 14 %) (13). Ceux qui étaient restés dans le programme pendant une plus longue période étaient moins susceptibles d'avoir pris part à des crimes violents à l'âge de 24 ans (19). La participation au programme préscolaire a été également associée à des niveaux plus faibles de maltraitance d'enfants (14).

Les programmes d'enrichissement préscolaire visent à préparer les enfants à l'école en leur inculquant des compétences scolaires et sociales à un très jeune âge, augmentant ainsi leurs chances de réussite scolaire et sociale (2). Ces programmes ont un contenu très diversifié allant du développement du langage au renforcement de l'estime de soi, en passant par la résolution de problèmes, l'empathie et le développement de la littératie et de la numé-

tie (11). Bien que les programmes d'enrichissement préscolaire puissent être offerts à tous les enfants d'un bassin scolaire (universellement) (12), ils sont souvent destinés aux enfants de quartiers à faible revenu qui sont considérés comme des groupes ayant un rendement scolaire faible. Des données factuelles solides issues d'études menées aux États-Unis (voir l'encadré 2) indiquent que des programmes de grande qualité ciblant des populations

démunies peuvent avoir des incidences positives à long terme sur les participants, par exemple diminution de la participation à la violence et amélioration des résultats sur les plans scolaires de l'emploi (7,11,13–15). Lorsqu'ils sont combinés à la formation au rôle de parents, ces programmes affichent également des incidences positives en ce qui a trait à la protection des enfants contre les mauvais traitements (14).

La base de données factuelles sur les programmes préscolaires universels est moins solide. Toutefois, les résultats indiquent que l'enrichissement préscolaire universel peut réduire le comportement agressif et augmenter le rendement scolaire à court terme (7,16). À titre d'exemple, citons le programme de prévention universel *Al's Pals*, qui favorise le développement des compétences sociales et émotionnelles chez les enfants (âgés de 3 à 8 ans) au préscolaire et à l'élémentaire. L'éducation des parents fait également partie du programme. L'évaluation du programme *Al's Pals*, tel qu'il est mis en œuvre en Virginie (États-Unis), indique qu'il prévient le développement d'un comportement agressif et antisocial et améliore les aptitudes d'adaptation et les compétences sociales et émotionnelles des enfants des classes participantes (comparativement aux enfants des classes du groupe témoin (17). En Argentine, environ 175 000 places additionnelles au préscolaire ont été créées de 1993 à 1999 pour améliorer la fréquentation scolaire des enfants âgés de 3 à 5 ans. Cet élargissement de l'éducation universelle au préscolaire a été évalué dans une étude de cohorte et a été associé à l'augmentation du rendement scolaire et à des incidences positives sur les mesures comportementales, notamment l'attention, l'effort et la discipline (18).

L'enrichissement préscolaire constitue une partie importante de programmes parents-enfants plus vastes, mis en œuvre dans l'ensemble du Royaume-Uni (Sure Start) et des États-Unis (*Head Start/Early Head Start*). Aux États-Unis, les programmes *Head Start* ciblent des enfants et des parents de familles à faible revenu, en offrant aux enfants un programme d'enrichissement préscolaire ainsi que des services d'évaluation de l'état de santé et d'orientation, des conseils nutritionnels, des activités destinées aux parents et d'autres services de soutien. Un essai contrôlé randomisé sur le programme *Early Head Start* (pour les enfants de 0

à 3 ans) a révélé que, comparativement aux enfants du groupe témoin, les enfants participants avaient, selon leurs parents, des niveaux plus bas de comportements agressifs à l'âge de 3 ans (20). En Angleterre, le programme *Sure Start* offre des services semblables à tous les enfants vivant dans les quartiers desservis par un centre *Sure Start Children*, et l'un de ses objectifs de départ était que tous les enfants du pays aient accès aux services *Sure Start* au plus tard en 2010. Dans le cadre d'une évaluation de ces programmes, 5 883 enfants de 3 ans et leurs familles vivant dans 93 quartiers défavorisés où *Sure Start* était offert ont été comparés à 1 879 enfants et leurs familles vivant dans 72 quartiers tout aussi défavorisés participant à l'étude de cohorte *Millennium*. L'étude a révélé un meilleur développement social et un comportement social plus positif chez les enfants issus des quartiers où le programme *Sure Start* était offert (21). Toutefois, les effets sur le comportement agressif n'ont pas encore été mesurés.

Selon plusieurs analyses coûts-avantages touchant des interventions au préscolaire, les programmes de grande qualité mis en œuvre de façon adéquate et ciblant des enfants à risque peuvent entraîner d'importantes retombées économiques (7,22,23). Par exemple, une métaanalyse de certaines études portant sur l'éducation d'enfants de 3 à 4 ans issus de familles à faible revenu a permis d'estimer, de façon prudente, un rendement moyen de 2,36 \$ pour chaque dollar investi, en se fondant sur des effets tels que la diminution de la criminalité, les mauvais traitements infligés aux enfants et la négligence des parents, et également sur les changements prévus quant aux revenus de travail gagnés au cours de la vie (22). Un suivi à plus long terme des programmes préscolaires efficaces confirme les données factuelles concernant leur rentabilité. Par exemple, les études de suivi indiquent que le rendement du programme *Perry Preschool* (voir l'encadré 2) était d'environ 8,74 \$ par dollar investi au moment où les participants atteignaient l'âge de 27 ans. Cependant, lorsqu'ils arrivaient à l'âge de 40 ans, le rendement était estimé à 17,07 \$ par dollar investi, étant donné que les économies réalisées en matière de justice pénale et les avantages tirés des revenus de travail étaient supérieurs à ce qui était prévu (11,23,24).

3. Programmes de développement social

ENCADRÉ 3

Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)

PATHS est un programme de développement social qui cible les enfants de la maternelle à la 6^e année (âgés de 4 à 12 ans). Conçu aux États-Unis dans les années 1980 à l'intention des enfants sourds, PATHS a été adapté en Australie, au Royaume-Uni et dans d'autres pays tant à titre de programme universel que de programme ciblé (pour les enfants à risque élevé de comportement antisocial). Le programme d'étude principal s'articule autour de six leçons dispensées sur une période de cinq ans et est organisé en trois grandes unités : volonté et contrôle de soi; émotions et relations; résolution de problèmes interpersonnels et cognitifs (38). Le programme d'étude est appuyé par la formation des enseignants, du matériel pédagogique et des ressources pour les parents. Un essai contrôlé randomisé sur le programme *Fast Track* mené aux États-Unis auprès d'élèves (de la 1^{re} année, âgés de 6 et 7 ans) portait sur l'utilisation du programme d'études PATHS dispensé à la fois de manière universelle et dans le cadre d'un ensemble de mesures destinées à des enfants à risque élevé. L'essai a permis de suivre 7 560 enfants, dont 10 % étaient considérés comme présentant un risque élevé de comportement antisocial à long terme. Une version légèrement modifiée du programme d'études PATHS (80 % des leçons étaient tirées du programme d'études publié) a été dispensée aux enfants des classes bénéficiant de l'intervention, lesquelles ont été associées à des classes formant le groupe témoin. De plus, les enfants à risque élevé ont bénéficié de mesures telles que le tutorat, la formation des parents et les visites à domicile. Les évaluations du programme universel (non dispensé aux enfants à risque élevé) ont révélé des niveaux plus bas d'agressivité évaluée par les pairs et de comportements hyperactifs et perturbateurs ainsi qu'un climat plus positif dans les classes participantes (39). La vaste gamme de mesures dispensée aux enfants à risque élevé a donné lieu à moins de troubles de comportement agressif et a amélioré les compétences sociales et émotionnelles chez ceux qui avaient participé à l'intervention (40). Une étude de suivi du groupe à risque élevé, menée trois ans plus tard, a révélé des effets durables tant chez les enfants que chez les parents (41). L'intervention *Fast Track* à grande échelle, destinées aux enfants à risque élevé ciblés et à ceux ayant participé au programme PATHS, s'est également révélée rentable (42). La qualité de la mise en œuvre ainsi qu'un appui solide des directeurs d'école sont des facteurs essentiels à la réussite d'un tel programme (43).

Les programmes de développement social encouragent les comportements prosociaux et visent à prévenir l'agressivité chez les enfants en favorisant les compétences sociales telles que la gestion de la colère, l'épanouissement moral, l'empathie, le développement et le maintien de relations saines, la résolution de problèmes et la résolution de conflits. Souvent dispensés en milieu scolaire, les programmes de développement social peuvent être offerts à tous ou cibler des groupes à risque. Les cours en salle de classe sont en général combinés à des mesures plus larges visant à augmenter la participation sociale (p. ex., participation aux activités

scolaires), mieux valoriser le comportement social positif et renforcer les liens entre les enfants et les modèles de rôle positifs. Ainsi, les programmes de développement social cherchent souvent à changer la classe entière ou l'environnement scolaire, pour en faire des lieux où les enfants bénéficient de meilleures possibilités, tissent des liens plus étroits et sont mieux récompensés. La formation au développement social peut également constituer une partie importante des interventions axées sur la famille. Les données factuelles concernant l'efficacité des programmes de développement social sont solides, grâce aux études qui indiquent que des programmes

mis en œuvre de manière adéquate améliorent les compétences sociales et réduisent l'agression chez les jeunes enfants (25–37). L'encadré 3 met en évidence les effets positifs de programme de développement social *Promoting Alternative Thinking Strategies* (PATHS) sur la prévention de la violence.

Parmi les programmes de développement social en milieu scolaire, citons, à titre d'exemple, *Second Step*, qui utilise un programme d'études dispensé en salle de classe pour développer des compétences telles que l'empathie, la résolution de problèmes, la gestion de la colère et le contrôle des impulsions. La mise en œuvre universelle de *Second Step* a été évaluée dans un certain nombre de pays à l'aide de diverses techniques d'évaluation qui ont permis d'associer le programme à une diminution des comportements difficiles et à une amélioration des compétences sociales chez les enfants, du moins à court terme. Voir par exemple les références aux résultats d'un essai contrôlé randomisé mené aux États-Unis (44), d'une étude de cohorte réalisée en Norvège (45) et d'un essai contrôlé randomisé effectué en Allemagne (46). Toutefois, la plupart des effets positifs signalés pour le programme sont modérés et les recherches n'ont pas encore fourni de données factuelles solides sur l'efficacité de ces programmes à long terme. Des avantages à court terme ont également été signalés pour un programme en vigueur en Lituanie appelé *Zippy's Friends*. Ce programme de 24 semaines vise à développer des habiletés d'adaptation chez les élèves (âgés de 6 ans en moyenne). Une étude de cohorte a révélé que *Zippy's Friends* est associé à une diminution du comportement perturbateur et hyperactif (47).

Lorsqu'ils sont combinés à la formation des enseignants et à la formation au rôle de parent, les programmes de développement social peuvent également produire des avantages à long terme. Par exemple, une étude de cohorte a révélé que la participation, pendant l'école élémentaire, au *Seattle Social Development Project* (projet de développement social à volets multiples de Seattle), a été associée à une réduction des cas de délinquance avec violence déclarés par les élèves six ans après l'intervention (48 % comparativement à 60 % pour le groupe témoin) (25). Les participants au projet ont également signalé des niveaux plus faibles de consommation excessive d'alcool et une amélioration des marqueurs de la santé sexuelle (p. ex., partenaires sexuels multiples et grossesse chez les adolescentes) à l'âge de 18 ans. Les analyses coût-savantages donnent à penser que le projet a généré

3,14 \$ pour chaque dollar investi (26). De plus, le programme a été associé à un meilleur fonctionnement à l'école et sur le marché du travail ainsi qu'à une meilleure santé émotionnelle et mentale chez les participants à l'âge de 21 ans. Les études du projet de Seattle n'indiquent toutefois aucune réduction significative de la criminalité et de la toxicomanie chez les participants, comparativement au groupe témoin (48). D'autres programmes de développement social ont également indiqué des effets positifs à court terme tant sur la violence que sur les comportements néfastes pour la santé. Par exemple, un essai contrôlé randomisé sur un programme de formation aux aptitudes à la vie quotidienne qui avait antérieurement présenté des avantages en matière de prévention de la toxicomanie a également indiqué une réduction de l'agressivité verbale et physique chez les participants dans le cadre d'un suivi de trois mois (26).

Une formation en développement social peut constituer une partie importante de la prévention de la violence familiale. Par exemple, aux États-Unis, le *Iowa Strengthening Families Program* offre une formation en développement social à l'intention des enfants (sur la résolution de problèmes, la gestion du stress et des émotions et les techniques de refus) accompagnée de séances simultanées à l'intention des parents pour développer des compétences (en pratiques disciplinaires, communication efficace avec leurs enfants et gestion des émotions fortes). Ces programmes de formation sont suivis de séances parents-enfants conjointes visant à mettre en pratique les compétences apprises, à faciliter le règlement de conflits familiaux et à renforcer la cohésion familiale. Un essai contrôlé randomisé sur le programme mené auprès d'élèves de 6e année (âgés de 11 et 12 ans) a révélé des niveaux plus faibles de comportements agressifs et hostiles chez les enfants participants, quatre ans après l'intervention, comportements qui ont été mesurés en fonction des déclarations des enfants et des observateurs concernant l'agressivité et l'hostilité dans les interactions enfants-parents (49). Des interventions axées sur la famille menées avec succès, telles que la formation au rôle de parent, peuvent renforcer la capacité des parents et dispensateurs de soins à développer des compétences sociales et émotionnelles efficaces chez leurs enfants (pour plus de détails sur la prévention de la violence au moyen de programmes qui favorisent des relations sûres, stables et épanouissantes entre les enfants et leurs parents ou dispensateurs de soins, voir l'exposé de la présente série sur cette question.)

4. Programmes d'enrichissement scolaire

Les programmes d'enrichissement scolaire visent à améliorer le rendement scolaire et la participation aux activités scolaires des enfants en favorisant leurs études et en leur offrant des activités récréatives en dehors des heures de classe normales. Le rendement scolaire médiocre et l'absentéisme scolaire sont des facteurs de risque de violence. Donc, les programmes qui améliorent le rendement scolaire et la fréquentation scolaire des enfants pourraient réduire la participation à des actes violents. Les programmes d'enrichissement scolaire portent sur une vaste gamme de sujets et de compétences, notamment la numératie et la littératie de base, la révision du programme d'études et des examens, les langues étrangères, les sports, le bricolage et les activités d'aventure. Lorsqu'ils sont destinés à des enfants de quartiers défavorisés sur le plan social, ces programmes augmenteraient la numératie et la littératie ainsi que la fréquentation scolaire et amélioreraient les résultats aux examens et les attitudes à l'égard de l'école (50).

Les programmes d'enrichissement scolaire sont largement répandus aux États-Unis, et certaines évaluations ont permis de mesurer les résultats en matière de comportement ou de justice pénale. Toutefois, les conclusions sont mitigées et présentent souvent des effets nuls, voire négatifs. Par exemple, le programme *LA's BEST* cible des jeunes à risque vivant dans les quartiers défavorisés de Los Angeles, en leur offrant de l'enrichissement scolaire et des activités de loisir après l'école. Après évaluation, on a constaté que le programme n'avait aucun effet sur les crimes violents ou sur la criminalité en général (51). Dans l'ensemble des États-Unis, les 21st Century Community Learning Centers (CCLC; centres d'apprentissage communautaires) ont reçu des subventions gouvernementales pour offrir, en dehors des heures de cours, de l'enrichis-

sement scolaire à des élèves issus notamment de communautés défavorisées. Après évaluation du programme CCLC dans cinq domaines, on a constaté qu'ils n'offraient aucun avantage au niveau du rendement scolaire et qu'ils avaient des incidences négatives sur le comportement; par exemple, les participants à l'intervention étaient plus susceptibles d'avoir des comportements négatifs nécessitant des mesures disciplinaires de la part de l'enseignant ou une suspension de l'école (52).

Des conclusions plus positives ont été établies pour le programme à volets multiples CASASTART, un programme à vocation communautaire axé sur l'école ciblant des enfants à risque élevé de 8 à 13 ans. Chaque gestionnaire de cas du programme fournit un soutien intensif à un maximum de 15 enfants vulnérables et à leurs familles, en partenariat avec des écoles, des organismes de justice pénale et des services sociaux et de santé en milieu communautaire. Le programme offre des activités récréatives après l'école et pendant l'été ainsi que du soutien social, des services à la famille, des services éducatifs, du mentorat, des incitatifs, des interventions en matière de services de police et de justice pénale ou juvénile en milieu communautaire ainsi que d'autres formes de soutien. L'évaluation du programme dans cinq quartiers où il est offert révèle certains avantages, notamment un niveau plus faible de participation à des crimes violents, un niveau moins élevé de consommation de drogue et moins de liens avec des camarades délinquants (53,54).

Des programmes à volets multiples semblables sont dispensés en Australie (55), au Royaume-Uni (56) et aux États-Unis (57), entre autres pays, dans ce que l'on appelle les *Extended or Full-Service Schools* (écoles à services complets ou élargis). Ces programmes offrent une gamme de services

et d'activités aux jeunes, aux familles et aux communautés en milieu scolaire, en dehors des heures de classe normales. Ils visent à promouvoir un développement scolaire et social positif chez les jeunes. Bien que des évaluations n'aient pas été faites pour étudier leurs effets sur les comportements violents, ces programmes se sont révélés efficaces pour favoriser les comportements prosociaux et le rendement scolaire et, aux États-Unis, pour réduire le nombre de jeunes qui commencent à consommer de l'alcool avant l'âge légal (57). Au Royaume-Uni, les *Full-Service Extended Schools* (FSES) ont été implantées à l'échelle nationale pour offrir, entre autres services, du soutien aux études, des activités communautaires, de l'apprentissage aux adultes, ainsi que des services de santé et de garde d'enfants. Bien que les données de référence aient manqué lors de l'évaluation du déploiement national des FSES sur une période de trois ans, cette évaluation a quand même permis de recenser des effets positifs sur le niveau de scolarité, particulièrement chez les élèves aux prises avec des difficultés d'apprentissage. Selon les données qualitatives, le soutien en milieu scolaire a permis de réduire le trouble des conduites et l'agressivité chez certains élèves à risque. Selon d'autres estimations, même si les coûts de mise en œuvre du programme sont élevés, les économies dépassent les coûts d'une façon générale, particulièrement chez les personnes vulnérables (56).

Il faut effectuer des recherches plus approfondies pour déterminer l'efficacité des programmes d'enrichissement scolaire afin de prévenir la violence. Jusqu'ici les conclusions donnent à penser que, même si le ciblage des écoles accueillant des enfants de milieux défavorisés peut aider à at-

teindre ceux qui sont exposés à la violence, il faudrait consentir un effort spécial pour recruter ceux qui sont le plus à risque. Les programmes qui réussissent font preuve en général d'un leadership et d'un engagement solides dans les écoles, offrent une vaste gamme d'activités adaptées à l'âge des élèves et disposent d'un personnel bien formé (56–59). Les programmes d'enrichissement scolaire peuvent également produire leurs meilleurs résultats lorsqu'ils adoptent une approche stratégique adaptée au contexte local. Pour ce faire, ils doivent établir des liens solides avec d'autres organismes et services de la communauté qui s'occupent de questions semblables et forger des partenariats solides entre les familles, les écoles et les communautés. Ces partenariats ne peuvent pas favoriser directement les aptitudes à la vie quotidienne, mais ils peuvent aider à créer un climat propice à leur acquisition grâce à d'autres méthodes. Certaines études montrent qu'ils ont été associés à un rendement plus élevé à l'école et à une réduction des problèmes comportementaux chez les jeunes (60,61). Par exemple, le programme *Communities that Care* (CtC), en vigueur aux États-Unis, permet aux communautés de s'attaquer aux problèmes de comportement des jeunes en identifiant les facteurs de risque et les facteurs de protection au niveau local afin d'intervenir. Un essai contrôlé randomisé sur le CtC a révélé un niveau plus faible d'initiation à la violence, au vol et au vandalisme chez les jeunes des communautés participantes comparativement à ceux d'un groupe témoin (62). Le programme CtC a également été mis en œuvre dans plusieurs autres pays, notamment en Australie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

5. Incitatifs offerts aux jeunes pour qu'ils terminent leurs études

Le fait de fournir aux jeunes des incitatifs pour qu'ils fréquentent l'école et terminer leurs études peut augmenter leur participation scolaire et leur niveau de scolarité, et favoriser ainsi les facteurs pouvant les empêcher de participer à des actes de violence. Les programmes incitatifs sont utilisés en général dans les écoles secondaires et comprennent de l'aide financière pour encourager les jeunes à obtenir un diplôme et à poursuivre des études supérieures. Ils s'adressent habituellement aux jeunes issus de familles à faible revenu qui risquent d'avoir un rendement scolaire moins élevé. Bien que ces programmes se soient révélés efficaces pour améliorer les résultats scolaires et réduire le comportement antisocial, les évaluations effectuées jusqu'ici n'ont pas permis de mesurer la violence en tant que résultat. Dans le cas du *Quantum Opportunities Program* des États-Unis, on a évalué les effets sur le comportement criminel, mais les résultats varient (8,63). Le programme combine des incitatifs financiers à une gamme d'autres activités, notamment l'enrichissement scolaire (voir l'[encadré 4](#)). Au Royaume-Uni, un projet d'incitatifs visant à encourager les jeunes à poursuivre des études supérieures a été mis en œuvre à l'échelle nationale depuis 2004.

Le projet *Education Maintenance Allowance* accorde jusqu'à 30 £ par semaine aux jeunes is-

sus de familles dont le revenu est inférieur à un certain montant (environ 30 000 £ en Angleterre) pour poursuivre des études supérieures. Selon les études qui ont été réalisées sur le sujet, le projet a stimulé la poursuite d'études supérieures et a amélioré le niveau de scolarité chez les hommes. Selon les résultats d'un sondage, on estime que le projet a permis de maintenir 18 500 jeunes aux études en 2004–2005 (64). Cependant, le projet n'a pas amélioré de manière significative le maintien aux études des membres de la plupart des groupes ethniques minoritaires. Des incitatifs sous forme de denrées alimentaires sont également utilisés dans les pays en développement pour promouvoir la fréquentation de l'enseignement préscolaire et primaire. Bien que leurs effets sur la violence n'aient pas été mesurés, les programmes qui offrent des incitatifs augmenteraient la fréquentation scolaire, le maintien aux études et le rendement scolaire et profiteraient particulièrement aux enfants pauvres (65). Au Kenya, la participation au préscolaire était de 30 % plus élevée chez les enfants fréquentant des écoles qui leur offrent le petit déjeuner (66). Les programmes d'alimentation étaient également associés à de meilleurs résultats obtenus aux tests, même si ce n'est le cas que dans les écoles où les enseignants sont plus expérimentés.

Effet de l'association des incitatifs et de l'enrichissement scolaire aux États-Unis

Mis en œuvre en 1989 auprès d'élèves de 9^e année (âgés de 14 et 15 ans), le *Quantum Opportunities Program* (QOP) était destiné aux jeunes défavorisés et accordait de l'aide financière et d'autres formes de soutien pendant le secondaire. Au départ, 25 jeunes à risque ont été choisis dans chacune des cinq communautés pour participer au projet, qui offrait des activités de tutorat, de formation aux aptitudes à la vie quotidienne et de services communautaires. Les participants ont également reçu des incitatifs financiers pour prendre part au programme (paiement de 1 \$ l'heure pour commencer, assorti d'une prime de 100 \$ par tranche de 100 heures), et chacun d'eux se voyait attribuer un tuteur adulte pour toute la durée du programme. Un essai contrôlé randomisé a permis de constater que, comparativement aux élèves du groupe témoin, un plus grand nombre de participants au QOP ont obtenu leur diplôme, poursuivi des études supérieures et participé à des projets communautaires, et très peu d'entre eux ont abandonné l'école. Ces élèves étaient moins susceptibles de devenir parents à l'adolescence (24 % pour les élèves du QOP contre 38 % pour le groupe témoin) et d'avoir eu des démêlés avec la police dans les 12 derniers mois (6 % pour les élèves du QOP contre 13 % pour le groupe témoin). Des analyses coûts-avantages donnent à penser que le programme ferait économiser entre 3 \$ et 4 \$ pour chaque dollar investi (63).

De 1995 à 2001, un essai contrôlé randomisé portant sur un projet pilote du QOP a été mené dans sept établissements aux États-Unis. Dans ce cas, on a constaté un succès plutôt mitigé six ans après que les participants auraient dû avoir obtenu leur diplôme d'études secondaires. Les participants n'étaient pas plus susceptibles d'avoir obtenu leur diplôme ou d'avoir poursuivi des études postsecondaires ou une formation professionnelle. Ils n'avaient pas plus tendance non plus à obtenir de meilleures notes, à améliorer leurs perspectives d'emploi ni à avoir des niveaux plus bas de comportements à risque. Le QOP a plutôt révélé des effets préjudiciables tant sur le plan de la perpétration de crimes (une augmentation de 3 %) que sur le plan des arrestations ou des condamnations (augmentation de 6 %). Les chercheurs ont attribué cet insuccès à l'incapacité de mettre en œuvre pleinement tous les aspects du QOP, au faible taux de participation des élèves et à la portée du QOP qui ne cherchait pas à influencer sur le fonctionnement général de l'école. Contrairement à la mise en œuvre initiale du QOP qui ciblait des élèves en fonction de leur faible revenu, le projet pilote ciblait ceux qui avaient des rendements scolaires médiocres et, par conséquent, ces participants avaient des besoins scolaires plus importants. L'évaluation a indiqué qu'il fallait commencer l'intervention à un plus jeune âge et s'assurer que les services étaient adaptés aux besoins des participants (8).

6. Formation professionnelle à l'intention des jeunes défavorisés

La formation professionnelle vise à offrir aux jeunes défavorisés les compétences nécessaires pour trouver un emploi, gagner un meilleur revenu et éviter de prendre part à des activités criminelles. En général, les programmes comprennent un ou plusieurs des éléments suivants : apprentissage en salle de classe, expérience de travail rémunérée et formation en cours d'emploi (67). Les pays développés ainsi que ceux en développement ont mis en œuvre des programmes de formation professionnelle; les études ont indiqué que ces programmes avaient des effets positifs sur les perspectives d'emploi des participants, particulièrement dans les pays en développement. Une métaanalyse mondiale a permis de constater que, dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, une telle formation offrait 50 % plus de chances aux jeunes de se trouver un emploi que la formation professionnelle dans les pays développés (68). L'incidence de la formation professionnelle sur la violence n'est toutefois pas étudiée en profondeur et, même si certaines études aux États-Unis ont mesuré ses effets sur le comportement criminel, les résultats restent mitigés.

Aux États-Unis, un examen de neuf études

portant sur les programmes de formation professionnelle visant particulièrement à prévenir la criminalité et la délinquance chez les jeunes a permis de constater que seulement deux de ces programmes entraînaient des effets positifs à court terme. Six ne produisaient aucun effet et l'un d'eux faisait augmenter le comportement criminel (69,70). Cette étude de grande envergure a permis de mesurer l'incidence des programmes financés dans le cadre de la Job Training Partnership Act (JTPA) des États-Unis, qui comportait une gamme de programmes de formation professionnelle à l'intention des jeunes déscolarisés de 16 à 21 ans. Un essai contrôlé randomisé dans le cadre duquel on a suivi les participants trois ans après leur inscription à des programmes JTPA a révélé que les hommes qui n'avaient pas été arrêtés avant leur participation au programme étaient considérablement plus susceptibles d'être arrêtés après leur inscription que ceux du groupe témoin (26 % comparativement à 19 %) (69-71). L'encadré 5 met en évidence les constatations des évaluations du projet JOBSTART aux États-Unis, dont les effets sur le comportement criminel ont également été mesurés.

ENCADRÉ 5

Le programme *JOBSTART* des États-Unis

Le projet pilote *JOBSTART* était destiné aux décrocheurs désavantagés sur le plan économique, âgés de 17 à 21 ans de 1985 à 1988, et avait pour but d'améliorer leurs perspectives d'emploi et de revenu. Les participants ont bénéficié d'une formation professionnelle et générale, de l'aide à la recherche d'emploi et de services de soutien tels que la garde d'enfants et le counselling. Le projet pilote s'est déroulé dans 13 centres dans l'ensemble des États-Unis et comptait des participants et des groupes témoins qui ont été recrutés puis suivis pendant quatre ans. Les comportements violents n'ont pas été mesurés, quoi qu'un suivi initial après un an ait révélé une faible diminution des comportements criminels (arrestations). Cependant, ces effets n'ont pas été maintenus après une période de quatre ans, puisque 29 % des participants au programme *JOBSTART* et une proportion équivalente du groupe témoin ont déclaré avoir été arrêtés au cours de leur vie. L'étude a néanmoins permis de constater une diminution de la toxicomanie pendant les quatre ans, particulièrement chez les hommes qui avaient été arrêtés avant leur inscription au programme. Dans ce cas, 3,7 % ont déclaré avoir consommé des drogues autres que la marijuana à un certain moment de leur vie, comparativement à 10,5 % pour le groupe témoin. Les participants avaient également de meilleurs revenus, même si leur niveau de scolarité ne s'était pas amélioré (72).

7. Résumé

Les interventions qui aident les enfants à développer des aptitudes à la vie quotidienne peuvent avoir des incidences positives sur les possibilités des jeunes grâce à l'amélioration des aptitudes prosociales, du niveau de scolarité et des perspectives d'emploi et peuvent contribuer à prévenir la violence. Les données factuelles les plus solides concernant les cinq types d'interventions étudiées sont celles qui portent sur les interventions ciblant les jeunes enfants, par l'enrichissement préscolaire et la formation en développement social, et ce, pour les résultats signalés et, surtout, pour le nombre et la qualité des études qui mesurent les incidences sur la violence. Les études de rentabilité indiquent aussi que le taux de rendement des investissements dans les interventions qui visent les enfants défavorisés est d'autant plus élevé que l'intervention a lieu tôt dans la vie de l'enfant (73). On dispose donc d'une solide base de données sur l'efficacité des programmes d'enrichissement préscolaires et des programmes de développement social dans la prévention de l'agressivité et l'amélioration des aptitudes sociales, particulièrement chez les enfants défavorisés. De plus, des programmes de grande qualité ont montré que ces effets peuvent durer bien après le début de l'âge adulte. Ces programmes peuvent aussi entraîner des effets positifs sur toute une gamme d'autres comportements à risque pour la santé, par exemple la toxicomanie et les comportements sexuels à risque.

On comprend très peu les effets qu'exercent sur la prévention de la violence les programmes d'enrichissement scolaire, d'incitatifs à l'intention des jeunes pour qu'ils terminent leurs études et de formation professionnelle. C'est pourquoi des évaluations rigoureuses sont nécessaires dans ce domaine. Les études qui ont permis de constater des effets positifs sur les résultats compor-

taux laissent souvent croire que ces effets sont éphémères, alors que certains programmes destinés aux adolescents produiraient même des effets nuisibles. Même si les mécanismes à la base de ces effets négatifs ne sont pas clairs, le fait de réunir des jeunes à risque peut avoir un effet de normalisation sur leur comportement délinquant (74). Toutefois, les compétences enseignées aux adolescents par les programmes d'enrichissement scolaire, d'incitatifs et de formation professionnelle sont souvent bien différentes de celles enseignées dans les interventions destinées aux jeunes enfants. Bien que les programmes d'enrichissement scolaire et de développement social en milieu scolaire visent en général à favoriser les compétences sociales et émotionnelles, les programmes ciblant les adolescents portent essentiellement sur le développement de compétences scolaires et professionnelles. Cet état de fait, associé aux différences du mode d'évaluation (p. ex., méthodologie, quantité et qualité des études effectuées et résultats mesurés), complique la comparaison des divers types d'interventions.

La plupart des études sur l'effet des programmes d'aptitudes à la vie quotidienne – de tous les types – sur la prévention de la violence ont été menées dans des pays développés, notamment aux États-Unis. L'une des priorités des travaux de recherche doit consister à mieux comprendre comment appliquer dans les milieux à faible revenu ou à revenu intermédiaire les programmes d'aptitudes à la vie quotidienne dont l'efficacité a été prouvée dans les milieux à revenu élevé. Compte tenu des avantages et de la rentabilité démontrés par ces programmes dans les pays à revenu élevé, il y a tout lieu de croire qu'ils peuvent être efficaces dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Même si la base de données sur les

effets de la prévention de la violence des autres types de programmes contient peu de données factuelles, les programmes de formation professionnelle devraient améliorer les perspectives d'emploi de façon bien plus significative dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Collectivement, les données factuelles examinées dans le présent exposé mettent en évidence l'importance de cibler les efforts en matière de prévention de la violence le plus tôt possible dans la vie afin de maximiser les avantages et de protéger les enfants contre les facteurs de risque qui augmentent leur propension à la violence.

Références

1. *The global burden of disease: 2004 update*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html, consulté en janvier 2009).
2. Krug, E.G. et coll., dir. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
3. Farrington, D.P. « Childhood risk factors and risk focussed prevention ». Dans Maguire M., Morgan R., Reiner R. (sous la direction de). *The Oxford Handbook of Criminology*, 4e éd. Oxford, Oxford University Press, 2007, 602–640.
4. Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning. (<http://www.casel.org/basics/skills.php>, consulté le 26 janvier 2009).
5. *Focusing resources on effective school health*. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=36637&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html, consulté le 26 janvier 2009)
6. Organisation mondiale de la Santé. *Life skills education for children and adolescents in schools: introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997.
7. Reynolds, A.J. et J.A. Temple. « Cost-effective early childhood development programs from preschool to third grade ». *Annual Review of Clinical Psychology*, 2008, 4:109–139.
8. Schirm, A., E. Stuart et A. McKie. « The Quantum Opportunities Program: demonstration. Final impacts. » Washington, DC, Mathematical Policy Research Inc., 2006.
9. Berlinski, S., S. Galiani et M. Manacorda. *Giving children a better start: preschool attendance and school-age profiles*. World Bank Policy Research Working Paper 4240. Banque mondiale, 2007.
10. Betcherman, G. et coll. *A review of interventions to support young workers: findings of the Youth Employment Inventory*. Washington, DC, Banque mondiale, 2007.
11. Schweinhart, L. et coll. *Lifetime effects: the High/Scope Perry Preschool Study through age 40*. Ypsilanti, MI, High/Scope Press, 2005.
12. Gormley, W.T. et coll. « The effects of universal pre-K on cognitive development. » *Developmental Psychology*, 2005, 41:872–884.
13. Reynolds, A.J., S.R. Ou et J.W. Topitzes. « Paths of effects of early childhood intervention on educational attainment and delinquency: a confirmatory analysis of the Chicago Child-Parent Centers. » *Child Development*, 2004, 75:1299–1328.
14. Reynolds, A.J., J.A. Temple et S.R. Ou. « School-based early intervention and child well-being in the Chicago Longitudinal Study. » *Child Welfare*, 2003, 82:633–656.
15. Nelson, G., A. Westhues et J. MacLeod. « A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children. » *Prevention and Treatment*, 2003, 6:31.
16. Gormley, W.T., Jr., D. Phillips et T. Gayer. « The early years. Preschool programs can boost school readiness. » *Science*, 2008, 320:1723–1724.
17. Lynch, K., S. Geller et M. Schmidt. « Multi-year evaluation of the effectiveness of a resilience-based prevention program for young children ». *The Journal of Primary Prevention*, 2004, 24:335–353.
18. Berlinski, S., S. Galiani et P. Gertler. *The effect of pre-primary education on primary school performance*. Londres, Institute for Fiscal Studies, 2006.
19. Reynolds, A.J. et coll. « Effects of a school-based, early childhood intervention on adult health and wellbeing: a 19-year follow-up of low-income families. » *Archive of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2007, 161:730–739.
20. Love, J.M. et coll. « The effectiveness of Early Head Start for 3-year old children and their parents: Lessons for policy and programs. » *Developmental Psychology*, 2005, 41:885–901.

21. Melhuish, E. et coll. « Effects of fully-established Sure Start Local Programmes on 3-year-old children and their families living in England: a quasi-experimental observational study. » *Lancet*, 2008, 372:1641–1647.
22. Aos, S. et coll. *Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. Olympia WA, Washington State Institute for Public Policy, 2004.
23. Kilburn, M.R. et L.A. Karoly. *The economics of early childhood policy: what the dismal science has to say about investing in children*. Santa Monica, CA, Rand Corporation, 2008.
24. Karoly, L.A., M.R. Kilburn et J.S. Cannon. *Early childhood interventions: proven results, future promises*. Santa Monica, CA, Rand Corporation, 2005.
25. Hawkins, J.D. et coll. « Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. » *Archive of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153:226–234.
26. Botvin, G.J., K.W. Griffin et T.D. Nichols. « Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach. » *Prevention Science*, 2006, 7:403–408.
27. Hahn, R. et coll. « The effectiveness of universal school-based programs for the prevention of violent and aggressive behavior: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. » *MMWR. Recommendations and reports*, 2007, 56:1–12.
28. Wilson, S.J. et M.W. Lipsey. « School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: update of a meta-analysis. » *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, 33:5130–143.
29. Mytton, J.A. et coll. « School-based violence prevention programs: systematic review of secondary prevention trials. » *Archive of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2002, 156:752–762.
30. Mytton, J. et coll. « School-based secondary prevention programmes for preventing violence ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, 3:CD004606.
31. Lösel, F. et A. Beelmann. « Effects of child skills training in preventing antisocial behaviour: a systematic review of randomized evaluations. » *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 2003, 587:84–109.
32. Flannery, DJ et coll. « Initial behavior outcomes for the PeaceBuilders universal school-based violence prevention program. » *Developmental Psychology*, 2003, 39:292–308.
33. Farrell, A.D., R.F. Valois et A.L. Meyer. « Evaluation of the RIPP-6 violence prevention program at a rural middle school. » *American Journal of Health Education*, 2002, 33:167–172.
34. Flay, B.R., C.G. Allred et N. Ordway. « Effects of the Positive Action program on achievement and discipline: two matched-control comparisons. » *Prevention Science*, 2001, 2:71–89.
35. Shapiro, J.P. et coll. « Evaluation of the Peacemakers program: school-based violence prevention for students in grades four through eight. » *Psychology in the Schools*, 2002, 39:87–100.
36. Jalongo, N. et coll. « The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. » *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 2001, 9:146–160.
37. Webster-Stratton, C., M.J. Reid et M. Stoolmiller. « Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the Incredible Years teacher and child training programs in high-risk schools. » *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008, 49:471–488.
38. Elliott, D.S. et coll. *Blueprints for violence prevention book ten: Promoting Alternative Thinking Strategies*. Boulder, CO, University of Colorado at Boulder, 1998.
39. « Conduct Problems Prevention Research Group. Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: II. Classroom effects. » *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:648–657.
40. « Conduct Problems Prevention Research Group. Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: I. The high-risk sample. » *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:631–647.
41. « Conduct Problems Prevention Research Group. Evaluation of the first 3 years of the Fast Track prevention trial with children at high risk of adolescent conduct problems. » *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2002, 30:19–35.
42. Foster, E.M. et D. Jones. « Conduct Problems Prevention Research Group. Can a costly intervention be cost-effective? An analysis of violence prevention. » *Archives of General Psychiatry*, 2006, 63:1284–1291.
43. Kam, C., M.T. Greenberg et C.T. Walls. « Examining the role of implementation quality in school-based prevention using the PATHS curriculum. » *Prevention Science*, 2003, 4:55–63.
44. Grossman, D.C. et coll. « Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school. A randomized controlled trial. » *JAMA*, 1997, 277:1605–1611.
45. Holsen, I., B.H. Smith et K.S. Frey. « Outcomes of the social competence program “Second Step” in Norwegian elementary schools. » *School Psychology International*, 2008, 29:71–88.
46. Schick, A. et M. Cierpka. « Faustlos: evaluation of a curriculum to prevent violence in elementary schools. » *Applied and Preventive Psychology*, 2005, 11:157–165.
47. Mishara, B.L. et M. Ystgaard. « Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippy’s Friends. » *Early Childhood Research Quarterly*, 2006, 21:110–123.
48. Hawkins, J.D. et coll. « Promoting positive adult functioning through social development intervention in childhood: long-term effects from the Seattle Social Development Project. » *Archive of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2005, 159:25–31.
49. Spoth, R.L., C. Redmond et C. Shin. « Reducing adolescents’ aggressive and hostile behaviors: randomized trial effects of a brief family intervention 4 years past baseline. » *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 2000, 154:1248–1257.

50. MacBeth, J. et coll. *The impact of study support: a report of a longitudinal study into the impact of participation in out-of-school-hours learning on the academic attainment, attitudes and school attendance of secondary school students*. Londres, Department for Education and Skills, 2001.
51. Goldschmidt, P., D. Huang et M. Chinen. *The long-term effects of after-school programming on educational adjustment and juvenile crime: a study of the A's BEST after-school program*. Los Angeles, CA, University of California, 2007.
52. Dynarski, M. et coll. *When schools stay open late: the national evaluation of the 21st Century Community Learning Centers program: new findings*. U.S. Department of Education, National Center for Education Evaluation and Regional Assistance, Washington, DC, U.S. Government Printing Office, 2004.
53. Murray, L.F. et S. Belenko. « CASASTART: a community-based, school-centered intervention for high-risk youth. » *Substance Use & Misuse*, 2005, 40:913-933.
54. SAMHSA national registry of evidence-based programs and practices. (http://www.nrepp.samhsa.gov/program-fulldetails.asp?PROGRAM_ID=121, consulté le 5 février 2009).
55. James, P., P. St Leger et K. Ward. *Making connections: the evaluation of the Victorian Full Service Schools Program*. Melbourne, Department of Education and Training, 2001.
56. Cummings, C. et coll. *Evaluation of the Full Service Extended Schools initiative: final report*. Londres, Department for Education and Skills, 2007.
57. Grossman, J. et coll. *Multiple choices after school: findings from the Extended-Service Schools initiative*. Philadelphia, Public/Private Enterprises, 2002.
58. Muijs, D. « Leadership in full-service extended schools: communicating across cultures. » *School Leadership and Management*, 2007, 27:347-362.
59. Vandell, D.L., K.M. Pierce et K. Dadisman. « Out-of-school settings as developmental context for children and youth. » *Advances in Child Development and Behavior*, 2005, 33:43-77.
60. Sheldon, S.B. et J.L. Epstein. Improving student behaviour and school discipline with family and community involvement. *Education and Urban Society*, 2002, 35:4-26.
61. Simon, B.S. « Family involvement in high school: predictors and effects. » *NASSP Bulletin*, 2001, 85:8-19.
62. Hawkins, J.D. et coll. « Early effects of Communities that Care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance use. » *Journal of Adolescent Health*, 2008, 43:15-22.
63. Hahn, A., T. Leavitt et P. Aaron. *Evaluation of the Quantum Opportunities Program (QOP). Did the program work? A report on the post secondary outcomes and cost-effectiveness of the QOP program (1989-1993)*. Waltham, MA, Brandeis University, 1994.
64. Aitken, G. et coll. *Evaluation of the EMA national rollout*. Preston, RCU Ltd, 2007.
65. Birdsall, N., R. Levine et A. Ibrahim. *Towards universal primary education: investments, incentives, and institutions*. Londres, Earthscan, 2005.
66. Vermeersch, C. et M. Kremer. *School meals, educational achievement and school competition: evidence from a randomized evaluation*. Oxford, Nuffield College, University of Oxford, 2004.
67. Greenberg, D.H., C. Michalopoulos et P.K. Robins. « A meta-analysis of government-sponsored training programs. » *Industrial and Labor Relations Review*, 2003, 57:31-53.
68. Betcherman, G. et coll. *Global inventory of interventions to support young workers: synthesis report*. Banque mondiale, 2007.
69. Howell, J. *Guide for implementing the comprehensive strategy for serious, violent, and chronic juvenile offenders*. US Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1995.
70. Kellermann, A.L. et coll. « Preventing youth violence: what works? » *Annual Review of Public Health*, 1998, 19:271-292.
71. Bloom, H. et coll. « The benefits and costs of JTPA Title II-A programs: key findings from the national Job Training Partnership Act Study. » *Journal of Human Resources*, 1996, 32:549-576.
72. Cave, G. et coll. *JOBSTART: final report on a program for school dropouts*. New York, Manpower Demonstration Research Corporation, 1993.
73. Heckman, J.J. « Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. » *Science*, 2006, 312:1900-1902.
74. Dishion, T.J., J. McCord et F. Poulin. « When interventions harm: peer groups and problem behavior. » *American Psychologist*, 1999, 54:755-76.

prévention de la violence
les faits



3.

**Prévenir la violence
en réduisant la disponibilité
et la consommation
nocive de l'alcool**

Aperçu

Réduire la disponibilité et la consommation nocive de l'alcool peut considérablement réduire la violence.

La consommation nocive d'alcool est l'une des principales causes de violence. Certaines études ont montré qu'on peut endiguer la violence en réduisant la disponibilité de l'alcool par la réglementation des points de vente, des horaires d'ouverture et des prix, en offrant aux buveurs des interventions brèves et des traitements de longue durée et en gérant mieux les milieux où l'alcool est servi. Bien que la base de données factuelles sur ce sujet soit prometteuse, les études se limitent essentiellement à celles qui sont effectuées dans les pays développés.

Réglementer la disponibilité de l'alcool peut se traduire par une diminution de la violence.

La disponibilité de l'alcool peut être réglementée soit par la restriction des heures ou des jours de vente soit par la réduction du nombre de points de vente au détail de l'alcool. En général, on constate que la réduction des heures de vente d'alcool est associée à une diminution de la violence tandis que le foisonnement des points de vente est associé à une augmentation de la violence. Dans l'ancienne Union soviétique, au milieu des années 1980, une réglementation stricte de l'alcool, qui comprenait, entre autres mesures, la restriction des heures d'ouverture et la diminution du nombre de points de vente avait conduit à une diminution spectaculaire de la violence.

Hausser les prix de l'alcool peut diminuer la consommation et, par voie de conséquence, réduire la violence.

Les prix de l'alcool peuvent être augmentés, entre autres, par la majoration des taxes, les monopoles contrôlés par l'État et les politiques de prix minimum. Les études portant sur l'effet de la majoration des prix de l'alcool sur la violence sont rares, mais la modélisation économique laisse croire fortement que la hausse des prix de l'alcool peut être efficace. Cependant, de telles mesures peuvent être compliquées en raison des conflits d'intérêts qu'elles peuvent provoquer avec l'industrie de l'alcool et de la présence, particulièrement dans les pays en développement, d'importants marchés parallèles de l'alcool qui échappent au contrôle de l'État.

Les interventions brèves et les traitements de longue durée à l'intention des buveurs réduisent la violence.

Les interventions brèves et les traitements de longue durée peuvent aider à réduire certaines formes de violence, telles que la maltraitance des enfants, la violence entre partenaires intimes et le suicide. Par exemple, la thérapie cognitivo-comportementale, les programmes s'adressant aux partenaires des buveurs et la thérapie comportementale du couple diminueraient la violence chez les hommes alcooliques abstinents depuis peu.

Les interventions communautaires visant à améliorer les milieux où l'alcool est servi peuvent réduire la violence.

Des facteurs tels que l'entassement des clients, le manque de confort, l'aménagement des lieux et la formation insuffisante du personnel dans les débits de boissons ainsi que l'accès limité à des services de transport en fin de soirée peuvent contribuer à la violence. Plusieurs interventions communautaires ciblant ces facteurs ont été jugées efficaces. Par exemple, dans le cadre du partenariat de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie de Stockholm (*Stockholm Prevents Alcohol and Drug Problems*), on a mis en œuvre des mesures telles la formation responsable du personnel des bars, la formation des portiers à la gestion des conflits et l'application plus stricte de la législation concernant la délivrance des permis; une évaluation a montré que ce programme a réduit de 29 % les crimes violents.

1. Introduction

La consommation nocive d'alcool est l'une des principales causes de violence. Les liens entre l'alcool et la violence sont complexes (voir l'**encadré 1**). Cependant, certaines études menées dans le monde montrent que la consommation d'alcool précède habituellement le comportement agressif et que la consommation nocive est associée tant aux auteurs qu'aux victimes d'actes violents. Ainsi, les individus qui commencent à boire à un âge précoce, qui boivent plus fréquemment, en plus grande quantité et jusqu'à intoxication, sont plus exposés aux risques de violence (1-4). De même, les milieux marqués par une culture de gros buveurs et une plus grande disponibilité de l'alcool connaissent des niveaux plus élevés de violence (5-7). À l'échelle mondiale, 30 % des décès causés par la violence sont attribuables à l'alcool; ce taux varie de 8 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord à 56 % en Europe et en Asie centrale (8). Certaines

études menées dans plusieurs pays établissent qu'entre le tiers et la moitié des auteurs d'actes de violence ont consommé de l'alcool avant de commettre leur agression (p. ex., États-Unis, 35 % [9]; Afrique du Sud, 44 % [10]; Angleterre et Pays de Galles, 45 % [11]; Chine, 50 % [12]). Les études indiquent habituellement que les hommes sont plus susceptibles de boire de l'alcool et d'être à la fois auteurs et victimes d'actes de violence reliés à l'alcool (13). Plus important encore, le rôle de l'alcool dans les agressions s'étend à de nombreuses formes de violence, notamment la violence juvénile, la violence sexuelle, la violence entre partenaires intimes, la maltraitance des enfants et la violence envers les personnes âgées (13-17). De plus, 11 % des décès par suicide dans le monde sont attribuables à l'alcool; ce taux varie de 2 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord à 31 % en Europe et en Asie centrale (8).

ENCADRÉ 1

Exemples de liens entre l'alcool et la violence

- L'alcool a un effet direct sur le fonctionnement physique et cognitif et contribue à la violence, entre autres, par la diminution du contrôle de soi et de la capacité de reconnaître les signes avant-coureurs.
- Les croyances individuelles et culturelles, selon lesquelles l'alcool engendre l'agressivité, peuvent mener certaines personnes à consommer de l'alcool pour préparer ou commettre des actes violents.
- La dépendance à l'alcool peut amener les gens à manquer à leurs obligations, par exemple envers les enfants ou les personnes âgées.
- La consommation abusive d'alcool peut constituer un mécanisme d'adaptation chez les victimes de violence.
- L'exposition prénatale à l'alcool peut nuire au développement du fœtus et par conséquent être liée à des troubles de comportement plus tard dans la vie, notamment le comportement délinquant et la violence.
- L'alcool et la violence peuvent être liés par des facteurs de risque communs, par exemple un trouble sous-jacent de la personnalité antisociale peut mener à la consommation excessive et à un comportement violent (13,18).

Compte tenu des liens solides qui existent entre l'alcool et la violence, les mesures visant à réduire la disponibilité et la consommation nocive de l'alcool sont des stratégies importantes en matière de prévention de la violence. Le présent exposé résume les données factuelles établissant les effets de ces interventions sur la violence et porte sur :

- **la réglementation de la disponibilité de l'alcool** – Mesures visant à contrôler les ventes d'alcool, par exemple, par des restrictions concernant les heures et les lieux de vente;
- **l'augmentation des prix de l'alcool** – Mesures visant à réduire l'accès à l'alcool par l'augmentation des prix, notamment par la taxation et des politiques de prix minimaux;

- **la diminution de la consommation d'alcool chez les buveurs** – Mesures ciblant les buveurs individuellement, par exemple par de brèves interventions auprès des buveurs ou le traitement de la dépendance à l'alcool;
- **les interventions communautaires visant à améliorer les milieux où l'alcool est servi** – En général, ces interventions comprennent toute une gamme de mesures destinées à mobiliser des ressources communautaires, à encourager la vente au détail responsable, à améliorer le confort et l'aménagement des débits de boissons et à renforcer l'application des mesures législatives sur l'alcool.

2. Réglementation de la disponibilité de l'alcool

Les ventes de boissons alcoolisées se font dans le cadre des marchés officiels et illégaux. Les marchés officiels sont réglementés par les gouvernements et soumis à des contrôles touchant, par exemple, les lieux et les heures où la vente d'alcool est permise (19). La capacité de contrôler les ventes d'alcool donne aux gouvernements le moyen d'influer sur la consommation d'alcool de la population ainsi que sur les méfaits liés à l'alcool. Dans certains pays, les gouvernements gèrent toutes les ventes d'alcool, notamment les ventes par des établissements non titulaires de permis,¹ au moyen de monopoles de la vente au détail (p. ex., le Costa Rica, la Suède et certaines parties du Canada et des États-Unis). En dépit des données factuelles qui laissent croire que de tels monopoles peuvent aider à limiter la consommation d'alcool et les méfaits qui y sont liés (p. ex., blessures dues aux accidents de la route, maladies reliées à l'alcool) (20–22), cette pratique est de plus en plus rare. Dans de nombreux pays, les ventes d'alcool sont plutôt régies par des systèmes de délivrance de permis qui autorisent des organismes privés à vendre de l'alcool dans des conditions contrôlées. Bien que les marchés officiels effectuent la majorité des achats d'alcool dans la plupart des pays développés, dans de nombreuses sociétés en développement, une grande partie de la production et de la vente d'alcool a lieu dans le cadre de marchés illégaux non réglementés (19,23). Par exemple, une étude effectuée en 2002 à Sao Paulo (Brésil) a montré que seulement 35 % des débits de boissons sondés détenaient une forme quelconque de permis et que les vendeurs d'alcool, qu'ils soient ou non titulaires de permis,

¹ Les établissements non titulaires de permis sont ceux qui vendent de l'alcool qui sera consommé ailleurs (p. ex., les supermarchés, les magasins d'alcool), tandis que les établissements autorisés sont ceux qui vendent de l'alcool à consommer sur place (p. ex., les bars, les restaurants).

étaient assujettis à peu de restrictions apparentes touchant le commerce de l'alcool (24).

La présente section examine les effets des interventions visant à réglementer la disponibilité de l'alcool sur la prévention de la violence et traite des restrictions imposées en matière de service d'alcool (heures et jours de service et interdictions de vente ciblées) ainsi que de la densité des points de vente d'alcool. L'**encadré 2** fournit des renseignements sur les incidences d'une réglementation stricte de l'alcool qui inclut les deux types de mesures appliquées dans l'ancienne Union des républiques socialistes soviétiques (URSS) dans le cadre d'un système de monopole d'État. Bien qu'une réglementation stricte de ce genre ne soit pas applicable dans la plupart des sociétés, cet exemple montre dans quelle mesure une diminution rigoureuse de la disponibilité de l'alcool peut réduire la violence.

2.1 Changement des heures où il est permis de servir de l'alcool

Des changements apportés aux heures où il est permis de servir de l'alcool ont été mis en œuvre dans plusieurs pays pour s'attaquer aux méfaits liés à l'alcool, notamment la violence. À l'heure actuelle, on manque de données factuelles claires pour évaluer l'effet qu'entraînent les changements apportés aux heures où il est permis de boire sur la violence, et les résultats des études à ce sujet sont contradictoires.

Des études sur l'effet des interventions visant à réduire les heures de service d'alcool ont été menées au Brésil et en Australie. Au Brésil, la mise en œuvre dans la ville de Diadema d'un règlement municipal interdisant la vente d'alcool après 23 h a été associée à une réduction significative de la violence, tel qu'il est souligné dans l'**encadré 3**. Des résultats bénéfiques similaires ont été obtenus

par des interdictions imposées sur les horaires de service d'alcool dans certaines villes de Colombie (p. ex., le programme *DESEPAZ* de la ville de Cali [25]). En Australie, des interdictions de vendre de l'alcool le jour ont été imposées dans les communautés autochtones afin de réduire les dangers liés à l'alcool. Par exemple, dans la ville de Halls Creek, toutes les ventes d'alcool ont été interdites avant 12 h, et un règlement spécial a été appliqué au vin en fût, qui ne pouvait être vendu qu'entre 16 h et 18 h et les achats étaient limités à une caisse par personne par jour. Une étude avant-après a révélé que ces mesures étaient associées à une diminution de la consommation d'alcool durant les deux ans qui ont suivi la mise en œuvre des interdictions ainsi qu'à des niveaux plus faibles de criminalité et des évacuations d'urgence pour cause de blessures. Par contre, les associations à la violence entre partenaires intimes étaient moins claires, en raison de la fluctuation du nombre de cas de violence causée par l'alcool recensé dans les hôpitaux au cours de la période d'évaluation (31). Toutefois, l'étude n'a pas évalué d'autres changements qui auraient pu influencer sur la violence au cours de la période de l'intervention.

Les études examinant l'effet de la prolongation des heures de vente d'alcool sur la violence ont produit des résultats variés. Dans l'Ouest de l'Australie, une loi permettant aux débits de boissons de prolonger les heures de service d'alcool de minuit à 1 h a été adoptée en 1988. Dans le cadre d'une étude de cohorte, on a examiné les données des services de police de 1991 à 1997 afin de déterminer si des changements dans les taux d'agressions commises dans les établissements où les heures de service avaient été prolongées étaient observables comparativement aux établissements où les heures étaient restées inchangées. L'étude a révélé une augmentation notable des agressions commises dans les établissements où les heures de service d'alcool avaient été prolongées, et cette augmentation a été reliée à l'achat de plus grandes quantités de boissons à forte teneur en alcool dans ces établissements (32). En Angleterre et au Pays de Galles cependant, les premières évaluations de la prolongation des heures de service d'alcool autorisées par la *Licensing Act* de 2003 ne permettent pas de conclure que celle-ci entraîne une augmentation de la violence. Mise en œuvre en novembre 2005, cette loi a changé le système de délivrance de permis en Angleterre et au Pays de Galles pour mettre fin aux heures fixes de services d'alcool et permettre à chaque débit de boissons

de s'entendre avec les autorités locales quant aux heures d'ouverture. Des études nationales visant à comparer les données obtenues des services de police et d'autres sources (p. ex., services de santé) avant et après la loi ont révélé que rien n'indiquait une augmentation de la violence (33,34).

Certains pays imposent des restrictions sur les jours de la semaine où l'alcool peut être vendu. Par exemple, en 1981, le gouvernement suédois a fermé les magasins d'alcool le samedi afin d'étudier les liens entre la consommation d'alcool et la criminalité. Une étude descriptive avant-après sur l'essai a permis de constater que les agressions commises dans les foyers et à l'extérieur, ainsi que les querelles de ménage et les perturbations de l'ordre public avaient diminué pendant la période couverte par l'étude (35). La fermeture des magasins d'alcool le samedi a été maintenue en Suède jusqu'en 2000, année où l'ouverture le samedi a fait l'objet d'un essai avant d'être rétablie en 2001 dans l'ensemble du pays. Une étude longitudinale contrôlée a permis de constater que les ventes d'alcool ont augmenté à la suite de l'ouverture des magasins d'alcool le samedi sans qu'il n'y ait eu pour autant de changement appréciable dans les taux d'agression (36).

Les recherches indiquent également que les interdictions de vente d'alcool dans les milieux associés à la violence liée à l'alcool peuvent contribuer à prévenir la violence. Par exemple, aux États-Unis, une étude avant-après a été utilisée pour évaluer l'incidence de l'interdiction de la vente et de la consommation d'alcool dans le stade d'un collège. On a alors constaté que l'interdiction était associée à une diminution significative des agressions et des arrestations ainsi que des expulsions du stade et des renvois d'élèves devant le bureau des affaires judiciaires (37). Dans plusieurs pays, des mesures législatives nationales ont été utilisées pour contrôler la vente et la consommation d'alcool dans les stades sportifs (p. ex., Portugal, Royaume-Uni) (38).

2.2 Densité des points de vente d'alcool

De nombreuses études ont examiné les liens entre la densité des points de vente d'alcool et la violence. En dépit des limites méthodologiques, les conclusions sont généralement cohérentes et associent la forte densité des débits de boissons à des niveaux élevés de violence (5). Par exemple :

- En Norvège, l'augmentation de la densité des points de vente d'alcool (nombre de débits

ENCADRÉ 2

Effets d'une réglementation stricte de l'alcool dans l'ancienne URSS

Une campagne antialcool stricte a été mise en œuvre dans l'ancienne URSS en 1985 pour s'attaquer aux niveaux croissants de consommation d'alcool et aux méfaits qui y sont reliés. Facilitée par un monopole d'État sur la production et la vente légale d'alcool, la campagne incluait :

- la réduction de la production d'alcool par l'État;
- la réduction du nombre de points de vente d'alcool;
- l'interdiction de consommer de l'alcool dans les lieux publics et lors de réceptions officielles;
- la hausse de l'âge requis pour acheter de l'alcool (21 ans);
- la majoration des amendes frappant la production et la vente de l'alcool de fabrication artisanale et l'application de l'interdiction à cet égard.

Les effets de la campagne ont été spectaculaires. À Moscou, la vente d'alcool par l'État a chuté de 61 % (1984 à 1987), la consommation d'alcool de 29 %, le nombre total de décès violents de 33 % et le nombre de décès violents liés à l'alcool de 51 % (de 1984 à 1985–1986). Cependant, la campagne est devenue de plus en plus impopulaire et, en 1988, la consommation illégale d'alcool augmentait pendant que les finances de l'État souffraient de la réduction des taxes sur l'alcool. Cette année-là, la production d'alcool, les points de vente et les heures d'ouverture ont été augmentés, ce qui s'est traduit par la fin de la campagne. En 1992, après la mise en œuvre des réformes économiques qui ont libéralisé les prix et le commerce, les décès violents ont augmenté au point de dépasser les niveaux atteints avant la campagne. En raison des autres changements sociaux et politiques qui sont survenus dans la Fédération russe au cours de cette période, l'augmentation des décès violents ne saurait être attribuée uniquement à l'alcool. Toutefois, les relations temporelles entre les changements apportés au règlement sur l'alcool et la variation subséquente du niveau de violence laissent croire qu'ils sont pour le moins étroitement liés (26,28).

ENCADRÉ 3

Prévention des homicides par la réduction des horaires de vente d'alcool à Diadema, au Brésil

Selon les données sur la criminalité dans la ville de Diadema (Brésil), 60 % des meurtres et 45 % des plaintes concernant la violence contre des femmes se produisaient entre 23 h et 6 h du matin. De nombreux meurtres avaient lieu dans des quartiers où la concentration des débits de boissons était élevée, et la violence contre les femmes était souvent liée à l'alcool. Pour faire face à cette situation, une loi municipale empêchant la vente d'alcool après 23 h a été mise en application en 2002. L'adoption de la loi a été suivie d'une campagne d'information du public au sujet de cette loi. Les détaillants d'alcool ont reçu deux visites de la garde civile municipale six mois et trois mois avant l'entrée en vigueur de la loi, au cours desquelles la loi et ses conséquences ont été discutées, et les détaillants ont été invités à signer une déclaration indiquant leur connaissance de la loi et de ses conséquences. Après sa mise en application, la loi a été strictement imposée par une unité attitrée composée de plusieurs services appuyant la garde civile municipale. Selon une évaluation des effets de la nouvelle réglementation, réalisée au moyen d'une analyse chronologique entrecoupée, celle-ci aurait permis de réduire le nombre d'homicides de près de neuf par mois, ce qui représente une réduction de 44 % des niveaux prévus et environ 319 homicides sur trois ans. Les agressions contre les femmes ont également diminué au cours de la période d'évaluation. Toutefois, elles étaient déjà en baisse avant la mise en œuvre de la loi. Il se pourrait donc que cette diminution ne soit pas directement attribuable à l'intervention (29,30).

de boissons publics par 10 000 habitants) de 1960 à 1995 serait associée à des nombres plus élevés de crimes violents ayant fait l'objet d'une enquête policière. L'ajout d'un débit d'alcool correspondrait à une augmentation de 0,9 agression faisant l'objet d'une enquête chaque année (39).

- À Melbourne (Australie), une analyse spatiale a démontré un lien entre la concentration de permis de débits de boissons et le nombre d'agressions : à mesure que la concentration de permis augmente, le nombre d'agressions par permis augmente également, mais plus la concentration de permis est élevée, plus l'augmentation des agressions est forte. Ces résultats donnent à penser que les autorités chargées de la délivrance des permis pourraient déterminer une densité maximale d'établissements autorisés au-delà de laquelle il y aurait vraisemblablement de très fortes augmentations des agressions (40).

À Los Angeles, en Californie (États-Unis), au cours des émeutes de 1992, de nombreux débits de bois-

sons ont été endommagés puis fermés. Une analyse de l'incidence de ces fermetures sur la criminalité a révélé que les taux d'agressions violentes ont connu une diminution un an après la réduction de la disponibilité de l'alcool, diminution qui s'est maintenue pendant cinq ans environ (41). En Californie, le nombre de magasins d'alcool autorisés est déterminé par la population d'une ville ou d'un comté (pour chaque tranche de 2 500 habitants, un seul permis de vente de bière et de vin pour consommation à l'extérieur de l'établissement) (42,43). Selon une analyse longitudinale sur une région englobant 581 codes postaux en Californie, une réduction d'un bar par zone de code postal réduirait les agressions de 1 % dans cette zone, soit l'équivalent de 101 agressions par année (42). Les décisions concernant le nombre de débits de boissons autorisés dans une région sont parfois déterminées par les besoins perçus ou les forces du marché. Par conséquent, la question essentielle ne gravite pas seulement autour du processus législatif; il faut aussi se demander si les systèmes de délivrance de permis favorisent les intérêts commerciaux ou la protection de la santé publique.

3. Augmentation des prix de l'alcool

Les niveaux de consommation d'alcool sont liés au prix de l'alcool. De nombreuses métaanalyses portant sur les liens entre les variations des prix et la demande de bière, de vin et de spiritueux indiquent qu'une augmentation de 1 % du prix de ces boissons entraînerait une diminution de la consommation d'environ 0,46 % pour la bière, de 0,69 % pour le vin et de 0,80 % pour les spiritueux (44). Compte tenu, d'une part, des liens étroits établis entre le prix de l'alcool et sa consommation et, d'autre part, entre la consommation d'alcool et la violence, de nombreuses études ont utilisé une modélisation économique pour évaluer les effets des augmentations du prix de l'alcool sur l'incidence de la violence. Les résultats obtenus aux États-Unis donnent à penser que :

- une augmentation de 1 % du prix de l'once d'alcool pur réduirait de 5,3 % la probabilité de la violence entre partenaires intimes dirigée contre les femmes (45).
- une augmentation de 10 % de la taxe d'accise sur la bière réduirait d'environ 2 % le risque d'actes violents à l'égard des enfants commis par des femmes (46); cette augmentation n'aurait toutefois aucune incidence sur les actes violents à l'égard des enfants commis par des hommes (47).
- une augmentation de 10 % du prix de la bière réduirait de 4 % le nombre d'étudiants de niveau collégial qui participent à des actes de violence chaque année (48).

Le prix de l'alcool peut être augmenté par la majoration des taxes, les monopoles contrôlés par l'État, la mise en œuvre de politiques de prix minimum pour l'alcool et les interdictions de promouvoir les boissons alcoolisées. Toutefois, la capacité de

mettre en œuvre ces mesures se heurte fréquemment à des facteurs tels que la réglementation de la concurrence et les accords commerciaux internationaux (49). Par exemple, en Finlande, l'adhésion à l'Union européenne a entraîné une diminution de 33 % des taxes sur l'alcool en 2004,¹ ce qui a fait chuter de 22 % les prix moyens de vente au détail de l'alcool et a conduit à une augmentation de la consommation d'alcool (50). Une analyse chronologique effectuée à l'aide de données nationales a associé ces réductions de taxe à une augmentation de 17 % du nombre hebdomadaire moyen de morts subites sous l'influence de l'alcool (maladies cardiovasculaires, accidents, homicides, suicides et morts subites de causes indéterminées) (51). Toutefois, une étude avant-après portant sur la région métropolitaine d'Helsinki n'a constaté aucun effet indésirable de la réduction des prix sur les crimes violents consignés par les services de police, ni sur les demandes d'intervention d'urgence liées à la violence familiale (52). Pour d'autres pays nordiques (Suède et Norvège), des modèles prévisionnels des incidences de la réduction des taxes et des monopoles de vente au détail d'alcool par l'État après leur adhésion à l'Union européenne ont indiqué que celle-ci faisait augmenter la mortalité et la violence liées à l'alcool (53). Cependant, pour la Suède, des analyses ultérieures déterminant les effets réels de l'adhésion à l'Union européenne ont montré que les augmentations prévues ne s'étaient pas produites dans le cas des suicides ou des ho-

¹. L'adhésion à l'Union européenne a forcé la Finlande à se conformer à l'exigence de libre circulation des biens entre les pays de l'Union européenne. Les taxes sur l'alcool ont été abaissées pour prévenir l'augmentation importante des importations d'alcool en provenance d'autres pays de l'Union européenne où les prix de l'alcool sont moins élevés, particulièrement de l'Estonie voisine, qui a adhéré à l'Union européenne en 2004 (51).

micides, ni dans le cas de la mortalité liée à l'alcool chez les hommes. En dépit de ce fait, on a observé une augmentation des agressions non mortelles, des accidents mortels et de la mortalité reliés à l'alcool chez les femmes (54).

Le projet *Living With Alcohol* réalisé dans le Territoire du Nord de l'Australie a utilisé l'ajout de taxes sur l'alcool pour financer des interventions de prévention. Ce projet a été associé à une réduction des dommages graves liés à l'alcool, y compris la

violence; toutefois, les taxes sur l'alcool ont été enlevées après qu'une haute cour de justice ait décidé d'interdire l'application de ces taxes (voir l'**encadré 4**). En Angleterre, les estimations issues d'une modélisation économique indiquent que l'imposition pour l'alcool d'un prix minimum de 50 pence par unité réduirait de 2,1 % les crimes violents, soit une réduction de 10 300 crimes violents par année (55).

ENCADRÉ 4

Le programme Living With Alcohol (LWA) du Territoire du Nord

Le programme LWA, lancé en 1992, visait à réduire la consommation d'alcool et les méfaits qui y sont liés dans le Territoire du Nord de l'Australie aux niveaux nationaux à l'horizon 2002, par l'éducation, des contrôles plus stricts sur la disponibilité de l'alcool et de meilleurs services de traitement. Au départ, le programme était financé au moyen d'une taxe de l'État sur les ventes de boissons contenant plus de 3 % d'alcool par volume, le prix de celles-ci étant majoré de cinq cents par rapport au prix d'une boisson normale. Cette taxe est restée en vigueur jusqu'en 1997, année où une haute cour de justice de l'Australie a interdit aux États de percevoir des taxes sur l'alcool, le tabac et le pétrole. Après cette décision, la taxe a été retirée, mais le programme LWA a survécu grâce à d'autres sources de financement jusqu'en 2002. Une analyse chronologique du programme LWA a permis d'étudier les liens entre celui-ci et les décès attribuables aux problèmes d'alcool aigus, qui comprenaient essentiellement les accidents de la route (52 %), les voies de fait (16 %), les suicides (16 %), les noyades (4 %) et les chutes (3 %). Les analyses ont révélé que la mise en œuvre de la taxe et du programme LWA était associée à une réduction de la consommation à risque et nocive de l'alcool (particulièrement chez les hommes) et à une diminution de 36,6 % des taux de décès attribuables à des problèmes d'alcool aigus, comparativement à une diminution de 15,9 % pour la même période dans une région témoin. Cependant, après le retrait de la taxe, le nombre de décès liés à des problèmes d'alcool aigus est resté stable dans le Territoire du Nord alors qu'il a continué de baisser dans la région témoin. Bien que ce constat donne à penser que les effets découlaient peut-être uniquement de la taxe, le modèle d'étude n'a pas permis de confirmer cette hypothèse (56–58).

4. Réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs

Une étude systématique d'essais contrôlés randomisés a permis de conclure que les mesures suivantes visant à réduire la consommation d'alcool chez les buveurs peuvent réduire la violence (59).

- Aux États-Unis, le dépistage et de brèves interventions¹ auprès des buveurs, notamment deux séances de 15 minutes avec des médecins et deux appels de suivi par des infirmières, ont été associés à des taux plus bas d'arrestations pour voies de fait, coups ou mauvais traitements d'enfants chez les participants que chez ceux recevant les soins habituels (8 % contre 11 %). Des réductions soutenues ont également été observées relativement à la consommation occasionnelle excessive d'alcool (60,61).
- En Australie, on a constaté que les risques de commettre des agressions dans les six mois suivant le traitement étaient plus faibles chez les buveurs qui avaient suivi une thérapie cognitivocomportementale (p. ex., établissement d'objectifs, autosurveillance, résolution de problèmes) (0 %) que chez ceux qui avaient suivi une thérapie d'exposition aux stimuli (p. ex., comprendre les déclencheurs de consommation, résister à l'alcool après une consommation modérée) (5 %) (62).
- En Australie, des partenaires de buveurs prenant part au programme Pressures to Change, qui vise à enseigner aux participants

des stratégies favorisant des changements positifs dans le comportement de leurs partenaires en matière de consommation, ont signalé une réduction de la violence entre partenaires intimes après l'intervention (4 sur 16 participants au programme contre 3 sur 7 des sujets témoins) (63).

- Aux États-Unis, le suivi par téléphone de buveurs ayant obtenu leur congé des services de traitement de l'alcoolisme en milieu hospitalier, ce qui permettait de leur fournir du soutien toutes les deux semaines pendant l'année suivant le traitement, a permis de réduire les tentatives de suicide chez les participants (4 sur 125 chez ceux prenant part à l'intervention contre 11 sur 167 pour le groupe témoin) (64).

Des données factuelles obtenues dans le cadre de l'étude démontrent également que les interventions auprès des buveurs réduisaient d'autres types de blessures liées à l'alcool (p. ex., blessures causées par les accidents de la route).

D'autres études ont démontré que le traitement structuré de la dépendance à l'alcool peut réduire la violence. Par exemple, une étude avant-après menée aux États-Unis a permis de suivre 301 alcooliques de sexe masculin dans le cadre d'un programme de traitement en consultation externe qui comprenait 8 séances de thérapie individuelle et 16 séances de thérapie de groupe sur une période de 12 semaines (65). Durant l'année qui a précédé le traitement, 56 % des participants ont indiqué avoir été violents à l'égard de leur partenaire féminine comparativement à 14 % du groupe témoin sans dépendance à l'alcool. Un an après le programme, la violence avait diminué de 25 % dans le groupe des alcooliques. Toutefois, plus de la

¹. Les interventions brèves visent à cerner un problème d'alcool réel ou potentiel afin de motiver la personne à intervenir. Menées dans divers milieux, particulièrement dans des centres de soins primaires et autres centres de santé, elles comprennent en général de brèves séances individuelles au cours desquelles on fournit aux buveurs de l'information sur les conséquences néfastes de l'alcool et sur les techniques pouvant les aider à modérer leur consommation.

moitié des membres du groupe avaient fait une rechute, mais chez ceux qui étaient restés abstinents, la violence avait diminué de 15 %. On a également constaté une réduction des agressions commises par des femmes envers des hommes chez les alcooliques du programme qui étaient restés abstinents. Également aux États-Unis, des effets bénéfiques similaires relativement à la violence exercée par des hommes envers des femmes ainsi que par des femmes envers des hommes ont été observés dans le cadre d'un programme axé sur l'abstinence pour alcooliques de sexe masculin, combiné à un traitement cognitivocomportemental de la dépression ou à une thérapie par la relaxation¹ (66), et d'une psychothérapie conjugale comportementale pour alcooliques de sexe masculin récemment abstinents ainsi que leur partenaire (67,68).

¹. Cette thérapie vise à promouvoir des facteurs relationnels qui sont propices à l'abstinence, notamment l'établissement de relations par une meilleure communication et la participation des partenaires à des activités favorisant l'abstinence.

5. Interventions communautaires pour améliorer les milieux de consommation d'alcool

La violence liée à l'alcool se produit à l'intérieur et près des établissements de consommation (p. ex., les pubs, les bars et les boîtes de nuit). Des études ont montré que certains facteurs environnementaux des débits de boissons peuvent contribuer à la violence, notamment le faible niveau de confort (en raison, par exemple, du nombre limité de places disponibles ou de l'entassement créé par l'entrecroisement des flux de clients que cause l'emplacement inapproprié des entrées et des sorties, des aires de service du bar, des pistes de danse et des toilettes), la formation inadéquate du personnel, la permissivité à l'égard des comportements déviant et l'accès limité à des services de transport en fin de soirée (69). De nombreuses interventions dans la communauté ont donc cherché à modifier et à gérer les établissements autorisés et leurs environnements afin d'y réduire les méfaits liés à l'alcool, y compris la violence (69–71). Une étude systématique de ces interventions a révélé des effets bénéfiques sur la réduction de la violence (72). Par exemple, le projet *Stockholm Prevents Alcohol and Drug Problems* (STAD) en Suède a permis d'observer une réduction de 29 % des crimes violents

grâce à une combinaison de facteurs : la formation au service d'alcool responsable, la mobilisation communautaire et l'application stricte des mesures législatives existantes sur la délivrance de permis (73). L'intervention offrirait également des coûts-avantages intéressants. De plus amples renseignements sont fournis dans l'**encadré 5**.

En Australie, les *Queensland Safety Action Projects* ont utilisé la mobilisation communautaire, les codes de pratique à l'intention des établissements autorisés, l'application accrue des lois sur la délivrance de permis et les mesures de sécurité du milieu (p. ex., éclairage et transport en commun) pour s'attaquer aux problèmes liés à l'alcool dans des milieux de vie nocturnes. Une étude contrôlée avant-après a permis d'associer l'intervention à une réduction des disputes (28 %), de la violence verbale (60 %) et des menaces (41 %) dans les débits de boissons pendant la durée de l'intervention. Les changements apportés dans les débits de boissons ayant le plus contribué à ces réductions sont les suivants : amélioration du confort (p. ex., plus grand nombre de sièges disponibles), amélioration du transport en commun, diminution des activi-

ENCADRÉ 4

Le projet STAD en Suède

À Stockholm, le projet STAD a été lancé en 1996 pour réduire les problèmes liés à l'alcool dans les établissements autorisés, y compris la violence. Un partenariat a été établi entre les représentants de la commission de délivrance de permis, la police, le gouvernement du comté, le conseil national de la santé, la mairie de Stockholm, l'organisation des propriétaires de restaurant, le syndicat des employés de restaurant et les propriétaires des établissements autorisés de la ville. Les interventions mises en œuvre dans le cadre du projet comprenaient la formation au service d'alcool responsable à l'intention des employés des bars, la formation des portiers sur des questions telles que la gestion de conflits, les politiques internes des établissements autorisés et l'application renforcée des mesures législatives sur la délivrance de permis. L'évaluation de l'intervention a montré que les crimes violents avaient diminué de 29 % pendant la période de l'intervention (73). Selon l'analyse coûts-avantages, le programme aurait permis d'économiser 39 euros pour chaque euro investi (74).

tés sexuelles manifestes et réduction du nombre d'hommes en état d'ébriété avancé (75).

L'activité policière est au cœur de nombreuses stratégies de réduction de la violence dans des milieux de consommation d'alcool. Elle comprend notamment une présence policière très visible dans les secteurs associés aux troubles liés à l'alcool et l'application de la loi dans les établissements autorisés. Les effets de la surveillance policière ont été examinés dans plusieurs pays, notamment en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Une étude de ces stratégies (69) a permis de conclure que les effets des contrôles policiers aléatoires (qui ciblent au hasard les établissements autorisés) sont plutôt modestes que les périodes d'intervention et les résultats bénéfiques sur la violence sont souvent de courte durée.

Les données factuelles les plus solides appuient le recours à la surveillance policière ciblée des pratiques en vigueur dans les établissements autorisés. À New South Wales (Australie), dans le cadre du Alcohol Linking Program, on indique aux dossiers si les individus impliqués dans des incidents avec intervention policière avaient consommé de l'alcool avant l'incident et, le cas échéant, à quel endroit ils avaient pris leur dernier verre. Les établissements autorisés reconnus comme étant les endroits de « dernière consommation » reçoivent un rapport de rétroaction précisant le nombre et les détails des crimes liés à l'alcool associés à leurs établissements. Ce rapport de rétroaction est suivi d'une visite de la police aux établissements touchés, dans le but de mener une vérification des pratiques de gestion et de formuler des recommandations à des fins d'amélioration; les titulaires de permis sont également invités à participer à un atelier dirigé par la police portant sur la gestion responsable des établissements. Une évaluation faite à l'aide d'une étude contrôlée randomisée a permis de constater une réduction accrue des incidents liés à l'alcool et des voies de fait dans les endroits faisant l'objet de l'intervention (76).

La formation du personnel des établissements autorisés peut également constituer un aspect important des mesures de prévention en milieu communautaire; de nombreux programmes sont axés sur le service d'alcool responsable par les employés des bars. Au Canada, le programme de formation *Safer Bars* a permis de réduire le nombre d'agressions en développant les compétences du personnel en matière de gestion et de réduction

des comportements agressifs. *Safer Bars* comprend : un programme de formation de trois heures à l'intention de tout le personnel des établissements autorisés; un cahier de travail à l'intention des propriétaires et gestionnaires de bar pour les aider à évaluer les risques dans leurs établissements et les risques ambiants pouvant contribuer à la violence; un dépliant qui informe les propriétaires et le personnel des bars de leur responsabilité légale en matière de prévention de la violence. Un essai contrôlé randomisé a démontré que le programme avait réduit les agressions graves et modérées dans les établissements ayant participé à l'intervention; ces effets ont été tempérés par le taux de roulement des gestionnaires et des portiers des bars; plus le taux de roulement du personnel était élevé, plus le nombre d'agressions enregistrées après l'intervention était élevé (77).

Les interventions communautaires qui intègrent les endroits où l'on sert de l'alcool, mais dont la portée dépasse cette intégration, auraient également des effets bénéfiques. En Suède, le Trelleborg Project s'est attaqué au problème de la consommation d'alcool chez les jeunes et aux méfaits qui y sont reliés en procédant à l'élaboration et à la mise en œuvre : de politiques communautaires et scolaires sur la gestion de l'alcool et des drogues; d'un programme scolaire sur la consommation d'alcool et de drogue; de documents d'information à l'intention des parents; d'activités d'application de la loi dans le cas des détaillants de boissons alcoolisées pour consommation à l'extérieur de l'établissement. L'évaluation du projet a indiqué que la violence liée à l'alcool déclarée par les répondants a connu une baisse au cours de la période de l'intervention, baisse qui a été attribuée à une diminution de la consommation excessive et de la fréquence de la consommation de spiritueux (78). Aux États-Unis, une analyse chronologique longitudinale a permis d'examiner les incidences d'une intervention combinant la mobilisation de la communauté et des médias, le service de boissons alcoolisées responsable, le renforcement des mesures législatives sur la délivrance de permis, le resserrement de l'application de l'interdiction de la vente d'alcool aux clients qui n'ont pas l'âge requis, ainsi que le renforcement des mesures législatives sur la conduite en état d'ébriété et la délivrance de permis. L'intervention a été associée à une réduction de la consommation d'alcool, des voies de fait et des accidents de la circulation (79).

6. Résumé

La base de données factuelles sur la prévention de la violence par des interventions axées sur l'alcool se révèle prometteuse. Toutefois, la mise en œuvre et l'analyse de ces interventions, particulièrement celles qui nécessitent des modifications à la loi, peuvent se révéler complexes, et par conséquent, l'éventail des données factuelles disponibles actuellement est limité et provient essentiellement des pays développés.

En général, les études qui portent sur l'effet de la réduction des heures de vente d'alcool ont montré que cette réduction serait associée à une diminution de la violence, notamment des homicides. À l'inverse, la prolongation des heures de service d'alcool serait associée à une augmentation de la violence, bien que dans certains milieux pareille prolongation aurait peu d'effet. En ce qui concerne les prix de l'alcool, les études de modélisation économique laissent croire fortement que l'augmentation des prix serait une stratégie efficace de réduction de la violence. La mise en œuvre réussie de toute mesure visant à réglementer la disponibilité de l'alcool fait appel à un système bien établi de délivrance de permis par l'État ou de tout autre mécanisme officiel de contrôle au niveau national ou local. Là où il n'existe pas de systèmes efficaces, leur mise en œuvre est un préalable à la gestion efficace de la disponibilité de l'alcool.

De nombreuses études de grande qualité ont indiqué que des interventions brèves et le traitement structuré de l'alcoolisme dans le cas des gros buveurs peuvent réduire les risques de violence chez ces personnes. De même, plusieurs études sur les

interventions communautaires menées dans les milieux où l'alcool est servi ont révélé que ces dernières permettraient de réduire la violence. La mise en place de partenariats entre plusieurs services pour coordonner les divers volets des interventions communautaires facilite également la mise en œuvre de stratégies plus vastes de prévention axées sur l'alcool et la violence.

Nombreuses sont les données factuelles qui relient la consommation d'alcool et la violence. Pourtant, les modèles qui étudient ce lien sont limités tant sur le plan du nombre que sur celui de la répartition géographique. Ainsi, de tous les types d'interventions axées sur l'alcool analysées ici, les données factuelles se limitent essentiellement aux études effectuées dans les pays à revenu élevé. Toutefois, les données factuelles actuellement disponibles appuient sans conteste le recours aux interventions axées sur l'alcool pour prévenir la violence. En outre, les avantages liés à la réduction de la consommation nocive d'alcool sont considérables et vont bien au-delà de la simple réduction de la violence, car ils comprennent la diminution des accidents, des cancers, des maladies du foie et d'une vaste gamme d'autres problèmes de santé et de questions sociales. Si l'on veut mettre en œuvre les mesures restrictives fructueuses et s'assurer qu'elles ne sont pas annulées, il faut que l'État s'engage à prioriser la santé publique par rapport aux intérêts commerciaux et que le public comprenne mieux les méfaits liés à l'alcool, notamment les liens entre l'alcool et la violence.

Références

1. Steen, K. et S. Hunskaa. « Violence in an urban community from the perspective of an Accident and Emergency department: a two-year prospective study. » *Medical Science Monitor*, 2004, 10:CR75–79.
2. Swahn, M.H. et JE Donovan. « Predictors of fighting attributed to alcohol use among adolescent drinkers ». *Addictive Behaviors*, 2005, 30:1317–1334.
3. Rossow, I. « Alcohol-related violence: the impact of drinking pattern and drinking context ». *Addiction*, 1996, 91:1651–1661.
4. Pedersen, W. et A. Skronda. « Alcohol and sexual victimisation: a longitudinal study of Norwegian girls ». *Addiction*, 1996, 91:565–581.
5. Livingston, M., T. Chikritzhis et R. Room. « Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related harm ». *Drug and Alcohol Review*, 2007, 26:557–566.
6. Cherpitel, C.J., Y. Ye et J. Bond. « Attributable risk of injury associated with alcohol use: cross national data from the emergency room collaborative alcohol analysis project. » *American Journal of Public Health*, 2005, 95:266–272.
7. Rossow, I. « Alcohol and homicide: a cross cultural comparison of the relationship in 14 European countries. » *Addiction*, 2001, 96:577–592.
8. Ezzati, M. et coll. « Comparative quantification of mortality and burden of disease attributable to selected risk factors ». Dans A.D. Lopez et coll. (sous la direction de). *Global burden of disease and risk factors*. New York, Oxford University Press and World Bank, 2006.
9. Bureau of Justice Statistics. *Alcohol and Crime*. (<http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/ac.pdf>, consulté le 13 septembre 2005).
10. Burton, P., A. Duplessis et T. Leggett. *National victims of crime survey, Afrique du Sud 2003*. (<http://www.iss.co.za/pubs/Monographs/No101/contents.html>, consulté le 10 octobre 2005).
11. Kershaw, C., S. Nicholas et A. Walker. *Crime in England and Wales 2007/08: findings from the British Crime Survey and police recorded crime*. Londres, Home Office, 2008.
12. Zhang, L. et coll. « Alcohol and crime in China ». *Substance Use and Misuse*, 2000, 35:265–279.
13. *Interpersonal violence and alcohol*. Récapitulatif de la politique de l’OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2006.
14. *Intimate partner violence and alcohol*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2006.
15. *Youth violence and alcohol*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2006.
16. *Elder abuse and alcohol*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2006.
17. *Child maltreatment and alcohol*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2006.
18. Bellis, M.A., et K. Hughes. « Comprehensive strategies to prevent alcohol-related violence. » *IPC Review*, 2008, 2:137–68.
19. Babor, T. et coll. *Alcohol: no ordinary commodity*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
20. Wagenaar, A.C., et H.D. Holder. « Changes in alcohol consumption resulting from the elimination of retail wine monopolies: results from five US states. » *Journal of Studies on Alcohol*, 1995, 56:566–572.
21. Mäkelä, P., K. Tryggvesson et I. Rossow. « Who drinks more or less when policies change? The evidence from 50 years of Nordic studies. » Dans Room R (éditeur). *The effects of Nordic alcohol policies: what happens to drinking and harm when control systems change?* Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, 2002.
22. Miller, T. et coll. « Retail alcohol monopolies, underage drinking, and youth impaired driving deaths ». *Accident Analysis and Prevention*, 2006, 38:1162–1167.

23. Room, R. et coll. *Alcohol in developing societies: a public health approach*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 2002.
24. Laranjeira, R. et D. Hinkly. « Evaluation of alcohol outlet density and its relation with violence. » *Revista de Saude Publica*, 2002; 36:455–461.
25. Guerrero, R. et A. Concha-Eastman. « An epidemiological approach for the prevention of urban violence: the case of Cali, Colombia ». (www.longwoods.com/view.php?id=&aid=17590&cat=389, consulté le 19 février 2008).
26. Nemtsov, A.V. « Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign ». *Addiction*, 1998; 93:1501–1510.
27. *Interpersonal violence and alcohol in the Russian Federation: policy briefing*. Rome: Bureau régional de l'Europe de l'OMS et Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2006.
28. Cohen, A.B. *Sobering up: the impact of the 1985–1988 Russian anti-alcohol campaign on child health*. Boston, MA, Tufts University, 2007.
29. Duailibi, S. et coll. « The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence ». *American Journal of Public Health*, 2007, 97:2276–2280.
30. Pacific Institute for Research and Evaluation. *Prevention of murders in Diadema, Brazil: the influence of new alcohol policies*. Calverton, MA, Pacific Institute for Research and Evaluation, 2004.
31. Douglas, M. « Restriction of the hours of sale of alcohol in a small community: a beneficial impact ». *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 1998, 22:714–719.
32. Chikritzhs, T. et T. Stockwel. « The impact of later trading hours for Australian public houses (hotels) on levels of violence ». *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, 63:591–599.
33. *Evaluation of the impact of the Licensing Act 2003*. Londres, Department for Culture, Media and Sport, 2008.
34. Hough, M. et coll. *The impact of the Licensing Act 2003 on levels of crime and disorder: an evaluation*. Londres, Home Office, 2008.
35. Olsson, O. et PH. Wikström. « Effects of the experimental Saturday closing of liquor retail stores in Sweden ». *Contemporary Drug Problems*, 1982, 11:325–353.
36. Norstöm, T. et O. Skog. « Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an experiment in two phases. » *Addiction*, 2005, 100:767–776.
37. Bormann, C.A. et M.H. Stone. « The effects of eliminating alcohol in a college stadium: the Folsom Field Beer Ban. » *Journal of American College Health*, 2001, 50:81–88.
38. O'Brien, F., K. Hughes et E.S. Vicente. « Violence at major events. In Council of Europe ». *Drugs and alcohol: violence and insecurity*. Strasbourg, Council of Europe, 2005.
39. Norstrom, T. « Outlet density and criminal violence in Norway, 1960-1995 ». *Journal of Studies on Alcohol*, 2000; 61:907–911.
40. Livingston, M. « Alcohol outlet density and assault: a spatial analysis. » *Addiction*, 2008, 103:619–628.
41. Yu, Q. et coll. « Multilevel spatio-temporal dual change-point models for relating alcohol outlet density and changes in neighbourhood rates of assaultive violence ». *Geospatial Health*, 2008, 2:161–172.
42. Gruenewald, P.J., et L. Remer. Changes in outlet densities affect violence rates. *Alcoholism: Experimental and Clinical Research*, 2006; 30:1184–1193.
43. California Department of Alcoholic Beverage Control. (<http://www.abc.ca.gov/questions.html>, consulté le 11 novembre 2008).
44. Wagenaar, A.C., M.J. Salois et K.A. Komro. « Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies ». *Addiction*, 2009, 104: 179–190.
45. Markowitz, S. « The price of alcohol, wife abuse, and husband abuse ». *Southern Economic Journal*, 2000, 67:279–303.
46. Markowitz, S. et M. Grossman. « Alcohol regulation and domestic violence towards children ». *Contemporary Economic Policy*, 1998, 16:309–320.
47. Markowitz, S. et M. Grossman. « The effects of beer taxes on physical child abuse ». *Journal of Health Economics*, 2000, 19:271–282.
48. Grossman, M. et S. Markowitz. Alcohol regulation and violence on college campuses. Dans M. Grossman, C.R. Hsieh (sous la direction de). *Economic analysis of substance use and abuse: the experience of developed countries and lessons for developing countries*. Cheltenham, Edward Elgar, 2001.
49. Zeigler, D.W. « International trade agreements challenge tobacco and alcohol control policies. » *Drug and Alcohol Review*, 2006; 25:567–579.
50. *Statistical yearbook of alcohol and drug statistics 2008*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health, 2008.
51. Koski, A. et coll. « Alcohol tax cuts and increase in alcohol-positive sudden deaths: a time-series intervention analysis ». *Addiction*, 2007, 102:362–368.
52. Herttua, K. et coll. « The impact of a large reduction in the price of alcohol on area differences in interpersonal violence: a natural experiment based on aggregate data ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:995–1001.
53. Holder, H.D. et coll. « Potential consequences from possible changes to Nordic retail alcohol monopolies resulting from European Union membership ». *Addiction*, 1995, 90:1603–1618.

54. Andreasson, S. et coll. « Estimates of harm associated with changes in Swedish alcohol policy: results from past and present estimates ». *Addiction*, 2006, 101:1096–1105.
55. Meier, P. et coll. *Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion: part B. Modelling the potential impact of pricing and promotion policies for alcohol in England: results from the Sheffield Alcohol Policy Model*. Sheffield, University of Sheffield, 2008.
56. Chikritzhs, T., T. Stockwell et R. Pascal. « The impact of the Northern Territory's Living With Alcohol program, 1992–2002: revisiting the evaluation ». *Addiction*, 2005, 100:1625–1636.
57. Stockwell, T. et coll. « The public health and safety benefits of the Northern Territory's Living with Alcohol programme ». *Drug and Alcohol Review*, 2001, 20: 167–180
58. Holder, H.D. « The public policy importance of the Northern Territory's Living With Alcohol program, 1992–2002 ». *Addiction*, 2005, 100:1571–1572.
59. Dinh-Zarr, T.B. et coll. « Interventions for preventing injuries in problem drinkers (review) ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, 3:CD001857.
60. Fleming, M.F. et coll. « Brief physician advice for problem alcohol drinkers: A randomized controlled trial in community-based primary care practices ». *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:1039–1045.
61. Fleming, M.F. et coll. « Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. » *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2002, 26:36–43.
62. Sitharthan, T. et coll. « Cue exposure in moderation drinking: a comparison with cognitive-behavior therapy ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997, 65:878–882.
63. Barber, J. et B.R. Crisp. « The 'pressures to change' approach to working with the partners of heavy drinkers. » *Addiction*, 1995, 90:269–276.
64. Fitzgerald, J.L. et H.A. Mulford. « An experimental test of telephone after-care contacts with alcoholics ». *Journal of Studies on Alcohol*, 1985, 46:418–424.
65. O'Farrell, T.J. et coll. « Partner violence before and after individually based alcoholism treatment for male alcoholic patients ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003, 71:92–102.
66. Stuart, G.L. et coll. « Reductions in marital violence following treatment for alcohol dependence ». *Journal of Interpersonal Violence*, 2003, 18:1113–1130.
67. O'Farrell, T.J. et C.M. Murphy. « Marital violence before and after alcoholism treatment ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63:256–262.
68. O'Farrell, T.J. et coll. « Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two-year longitudinal study ». *Journal of Studies on Alcohol*, 1999, 60:317–321.
69. Graham, K., et R. Homel. *Raising the bar: preventing aggression in and around bars, pubs and clubs*. Portland, Willan Publishing, 2008.
70. Bellis, M.A. et K. Hughes. « Comprehensive strategies to prevent alcohol-related violence ». *IPC Review*, 2008, 2:137–168.
71. Hughes, K., et M.A. Bellis. *Use of environmental harm to tackle alcohol-related harm in nightlife environments: the UK experience*. Lisbonne, European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction, 2007.
72. Ker, K. et P. Chinnock. « Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries ». *Cochrane Database of Systematic Review*, 2008, 3:CD005244.
73. Wallin, E., T. Norström et S. Andréasson. « Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence ». *Journal of Studies on Alcohol*, 2003, 64:270–277.
74. Månsdotter, A.M. et coll. « A cost-effectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises ». *European Journal of Public Health*, 2007, 17:618–623
75. Homel R. et coll. « Making licensed venues safer for patrons: what environmental factors should be the focus of interventions? » *Drug and Alcohol Review*, 2004, 23:19–29.
76. Wiggers, J. et coll. « Strategies and outcomes in translating alcohol harm reduction research into practice: the Alcohol Linking Program ». *Drug and Alcohol Review*, 2004, 23:355–364.
77. Graham, K. et coll. « The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial ». *Drug and Alcohol Review*, 2004, 23: 31–41.
78. Stafström, M. et P. Östergren. « A community-based intervention to reduce alcohol-related accidents and violence in 9th grade students in southern Sweden: the example of the Trelleborg Project. » *Accident Analysis and Prevention*, 2008, 40:920–925.
79. Holder, H.D. et coll. « Effect of community-based interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries ». *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:2341–2347.

prévention de la violence
les faits

4.

**Réduire l'accès aux moyens
létaux : armes à feu, armes
blanches et pesticides**



Aperçu

Les données factuelles laissent entendre que la restriction de l'accès aux armes à feu, aux armes blanches et aux pesticides sauve des vies, préviennent les blessures et réduisent les coûts pour la société.

Les homicides et les suicides coûtent la vie respectivement à 600 000 et à 844 000 êtres humains chaque année dans le monde. Il s'agit d'un coût terriblement élevé pour la société, tant sur le plan psychologique que financier, et ce phénomène freine les progrès vers la réalisation de l'ensemble des huit « Objectifs du Millénaire pour le développement » des Nations Unies. Cependant, on pourrait diminuer sensiblement cette hécatombe en restreignant l'accès aux trois moyens les plus meurtriers d'expression de la violence : les armes à feu, les objets tranchants (tels que les couteaux) et les pesticides.

Armes à feu : Les administrations ayant une législation restrictive en matière d'armes à feu et un faible taux de citoyens possédant des armes à feu ont en général des niveaux moins élevés de violence associée aux armes à feu.

Les mesures adoptées comprennent les interdictions, les systèmes de délivrance de permis, l'imposition d'un âge minimal pour l'achat, la vérification des antécédents et les exigences d'entreposage sûr. Ces mesures ont été mises en œuvre avec succès dans des pays tels que l'Australie et le Brésil et dans un certain nombre d'États américains. Il peut être compliqué d'adopter une législation nationale, mais on peut faire beaucoup à l'échelon local. Une application plus rigoureuse de la loi, des programmes d'amnistie et un renforcement de la sécurité des stocks d'armes à feu de l'État comptent parmi les autres approches prometteuses. Des stratégies à volets multiples sont également nécessaires pour réduire la demande d'armes à feu – par exemple, détourner les jeunes des activités criminelles des gangs.

Objets tranchants : En plus des mesures de contrôle, les gouvernements ont besoin de stratégies générales pour réduire les facteurs socioéconomiques qui sous-tendent l'utilisation violente de ces armes.

On dispose de moins de données factuelles sur les incidences des efforts consentis pour réduire la violence associée aux objets tranchants que ce n'est le cas pour les armes à feu. Jusqu'à maintenant, les autorités intéressées se sont concentrées sur des mesures semblables à celles utilisées pour le contrôle des armes à feu. Au Royaume-Uni, ces mesures comprenaient notamment des mesures législatives (interdiction des couteaux à cran d'arrêt, imposition d'un âge minimal pour leur achat, etc.), une application plus rigoureuse de la loi (des initiatives permettant d'arrêter et de fouiller des individus) et des programmes d'amnistie. Toutefois, l'incidence de ces mesures n'est pas encore claire.

Pesticides : L'entreposage sûr, les interdictions et le remplacement de certains pesticides par d'autres produits moins toxiques pourraient prévenir bon nombre des quelque 370 000 suicides commis chaque année par l'ingestion de pesticides.

Les membres de communautés agricoles des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire sont largement surreprésentés dans les décès par suicide lié aux pesticides. Le contrôle de l'accès aux pesticides est non seulement essentiel pour réduire la violence autoinfligée, mais il est la clé de la prévention de l'empoisonnement non intentionnel et du terrorisme. Des conventions internationales ont pour objectif de gérer les produits dangereux, mais de nombreux pesticides très toxiques sont encore largement utilisés. Certaines études montrent que les interdictions doivent être accompagnées d'évaluations des besoins agricoles et du remplacement de certains pesticides par des produits antiparasitaires à faible risque.

D'autres recherches sont nécessaires, particulièrement dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.

La mise au point de systèmes efficaces de collecte de données sur les blessures ainsi que d'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre les incidences des mesures visant à réduire l'accès aux moyens létaux, notamment dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.

1. Introduction

Chaque année, les homicides et les suicides coûtent la vie respectivement à 600 000 et à 844 000 êtres humains dans le monde. Bien que ces fléaux ne soient pas aussi dévastateurs, de façon globale, que les maladies diarrhéiques (qui tuent 2,16 millions de personnes chaque année) ou le VIH (2,04 millions), ces causes de décès dépassent de loin de nombreuses autres, y compris la guerre et les conflits civils (184 000) (1).

Les données probantes portent à croire que, pour prévenir cette violence interpersonnelle et autoinfligée, il faut adopter des politiques générales qui limitent l'accès aux moyens létaux ordinaires, tels que les armes à feu, les objets tranchants et les pesticides, et, en même temps, faire baisser la demande de ces moyens létaux en s'attaquant aux déterminants sociaux de cette violence (2).

La réussite des tentatives d'homicide et de suicide dépend grandement des moyens utilisés (3,4). Les armes à feu et les objets tranchants figurent parmi les armes les plus communes utilisées dans les cas d'homicide. Chaque année, 360 000 personnes sont tuées à l'aide d'armes à feu, ce qui représente 60 % de tous les homicides selon les estimations les plus récentes (5). Les armes à feu sont aussi communément utilisées dans la violence autoinfligée, au même titre que les produits hautement toxiques tels que les pesticides. Chaque année, environ 370 000 suicides sont commis par l'ingestion de pesticides (6).

L'accès aux moyens létaux ainsi que l'utilisation violente de ceux-ci varient grandement, tels qu'il est indiqué dans les encadrés ci-après présentant les faits et chiffres sur les armes à feu, les objets tranchants et les pesticides (**encadrés 1, 4, 5**) (4,68). Le coût phénoménal de la violence meurtrière pour la société est aussi variable : la

destruction des familles qu'elle engendre, le lourd tribut qu'elle impose aux services publics et, dans le cas de la violence interpersonnelle, la peur généralisée qu'elle déclenche. La restriction de l'accès aux moyens létaux est donc un facteur essentiel pour s'attaquer aux priorités mondiales en matière de santé publique, d'accès aux besoins fondamentaux, de développement économique et de sécurité. Plus particulièrement, la violence meurtrière nuit aux progrès à accomplir pour atteindre l'ensemble des huit Objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies (9).

La bonne nouvelle, c'est qu'il est possible de prévenir la violence. Le présent exposé résume les données factuelles tirées des recherches sur les incidences des stratégies de prévention de la violence à tous les ordres de gouvernement (national, États ou provinces et local) qui visent à réduire l'accès aux armes à feu, aux objets tranchants et aux pesticides. Les stratégies étudiées sont les mesures législatives, l'application de la loi, les programmes d'amnistie et les systèmes de collecte, la gestion des stocks d'armes de l'État, l'entreposage sûr et les questions de sécurité.

Les données factuelles tirées des recherches effectuées sur les mesures visant à réduire l'accès aux armes à feu sont beaucoup plus abondantes que celles disponibles sur les politiques et programmes touchant le contrôle des objets tranchants et les pesticides. En outre, la plupart des études sur l'accès aux armes à feu et objets tranchants ont été menées dans les pays à revenu élevé. Toutefois, on effectue de plus en plus de recherches sur ces sujets dans les pays à faible revenu, et ces efforts méritent d'être soutenus davantage.

Le présent document n'analyse pas les mesures internationales visant à contrôler les moyens lé-

taux, même s'il reconnaît que le commerce légal et illégal des moyens létaux se pratique aux frontières de nombreux pays. Le contrôle de ce commerce par des interventions au niveau national, au niveau des États et des provinces et au niveau local reste l'objectif de divers projets et accords internationaux et incombe à tous les États nationaux.

2. Réduire l'accès aux armes à feu

ENCADRÉ 1

Armes à feu : Faits et chiffres

Aujourd'hui, dans le monde, il y a au moins 875 millions d'armes à feu dont 75 % appartiennent à des civils (plus du tiers à des civils américains). À peine 9 % des armes à feu civiles seraient enregistrées auprès des autorités compétentes (8).

Environ 360 000 personnes sont tuées chaque année par arme à feu dans des situations non conflictuelles. Il se produit annuellement quelque 184 000 autres décès violents dans des conflits armés (1).

Les armes à feu sont utilisées dans la vaste majorité des homicides commis dans de nombreux pays. Les homicides par armes à feu représentent : 89 % de ceux commis à Medellín (Colombie) (10); 85 % de ceux commis au Monténégro (11); 80 % de ceux commis au Yémen (8); 70 % de ceux commis aux États-Unis (12); 69 % de ceux commis au Brésil (13). La proportion d'homicides par arme à feu varie de 19 % en Europe occidentale et centrale à 77 % en Amérique centrale (5).

La proportion de suicides par arme à feu varie de 0,2 % au Japon à 60,6 % aux États-Unis, chez les hommes, et de 0 % en Islande, au Koweït et dans d'autres pays à 35,7 % en Uruguay et aux États-Unis, chez les femmes (14). Chez les hommes européens de 15 à 24 ans, la proportion de suicides par arme à feu varie de 2,3 % en Angleterre à 43,6 % en Suisse (15).

En Afrique du Sud, le coût du traitement en milieu hospitalier des seules blessures abdominales graves par arme à feu est évalué à 4 % du budget national annuel de la santé (16). En Angleterre et au Pays de Galles, chaque homicide coûte à la société environ 1,5 million de £ (17).

De nombreuses études ont analysé l'effet des mesures visant à réduire l'accès aux armes à feu sur la violence. Les interventions étudiées ici comprennent notamment des mesures législatives, l'amélioration de l'application de la loi, les programmes d'amnistie concernant les armes à feu, la gestion des stocks d'armes de l'État, la promotion des programmes d'entreposage sûr et de sécurité des armes à feu. Cette gamme d'interventions n'est nullement exhaustive; les autres activités qui visent à réduire l'accès aux armes à feu comprennent la prévention de la fabrication d'armes à feu ou de la conversion de répliques d'armes à feu à domicile et la réduction du trafic transfrontalier illégal d'armes à feu. Cependant, peu de recherches ont été effectuées quant à l'effet de ces mesures sur la prévention de la violence. En outre, même si

le présent exposé n'examine pas les mesures internationales de contrôle d'armes à feu, il importe de reconnaître que certains accords internationaux, particulièrement le *Protocole contre la fabrication et le trafic illicites d'armes à feu, de leurs pièces, éléments et munitions* de l'ONU (2001) engage les pays signataires à mettre en œuvre leurs propres lois et mesures de contrôle en matière d'armes à feu.

2.1 Mesures législatives

Les administrations qui disposent de politiques plus restrictives sur les armes à feu et où le nombre de citoyens possédant des armes à feu est moins élevé enregistrent en général des niveaux plus faibles de violence par arme à feu (18–22). Donc, à tous les ordres de gouvernement, les mesures vi-

sant à prévenir la violence par arme à feu portent souvent sur le renforcement des législations visant à contrôler la vente, l'achat et l'utilisation des armes à feu. Pour qu'elles réussissent, ces mesures législatives doivent être efficacement mises en œuvre, médiatisées et appliquées. Les mesures législatives comprennent :

- l'interdiction de certains types d'armes à feu;
- des programmes de délivrance de permis et d'enregistrement à l'intention des propriétaires et fournisseurs;
- l'imposition d'un âge minimum pour l'achat d'armes à feu;
- la vérification des antécédents ou l'administration de tests psychologiques aux acheteurs;
- des périodes d'attente minimales entre la délivrance du permis et l'achat;
- l'imposition de limites sur les quantités achetées;
- l'imposition de contrôles sur le port d'armes à feu;
- des exigences d'entreposage sûr.

Parmi les exemples de réformes de lois sur les armes à feu dont les effets sont prometteurs, mentionnons celles mises en œuvre à l'échelon national en Australie, en Autriche, au Brésil et en Nouvelle-Zélande.

AUSTRALIE : Les lois australiennes sur les armes à feu ont été réformées en 1996 après une tuerie. La nouvelle législation interdisait les armes semiautomatiques ainsi que les fusils de chasse et carabines à pompe, et elle imposait l'adoption d'un programme national de permis et d'enregistrement d'armes à feu de même que l'administration d'un test de sécurité écrit aux acheteurs. Le gouvernement a également offert une compensation financière à ceux qui rapportaient leurs armes. Les résultats des études menées après la réforme variaient, et ils ont permis d'illustrer quelquesunes des difficultés que posait l'analyse de l'incidence des mesures de prévention de la violence (26–30). Des réductions des homicides et des suicides par arme à feu ont été constatées par certaines études (27,28), alors que dans le cadre d'une autre, on n'a constaté aucune diminution des suicides par arme à feu (29). Une étude a permis de conclure que la diminution des suicides par arme à feu n'a pas entraîné d'augmentation des autres méthodes de suicide (27).

AUTRICHE : En 1997, l'Autriche a adopté de nouvelles lois, en vertu desquelles les acheteurs d'armes à feu devaient être âgés de 21 ans ou plus, avoir une raison valable pour acheter une arme et se soumettre à une vérification de leurs antécédents ainsi qu'à un examen psychologique. De plus, la loi impose une période d'attente de trois jours entre la délivrance du permis et l'achat de l'arme, ainsi que l'obligation d'entreposer l'arme de façon sûre. Les taux de suicide avaient commencé à diminuer avant les nouvelles lois, mais la proportion des suicides par arme à feu était à la hausse. Les réformes ont changé cette situation, car la proportion des suicides par arme à feu a commencé à chuter, sans entraîner une augmentation des suicides par d'autres moyens. Les nouvelles lois de l'Autriche ont également été associées à une baisse de la demande de permis ainsi qu'à une chute du nombre d'homicides par arme à feu (23).

BRÉSIL : En réaction à son rang parmi les pays ayant les taux d'homicides les plus élevés au monde, le Brésil a réformé sa législation sur les armes à feu en 2003. Les nouvelles lois ont fait passer à 25 l'âge minimum requis pour acheter une arme, rendu illégale la possession d'armes à feu non enregistrées, interdit le port d'arme en dehors du domicile ou du lieu de travail, institué la vérification des antécédents des acheteurs et instauré le contrôle des importations d'armes à feu. On a également mis en œuvre un programme de désarmement volontaire qui, selon les sources officielles, a permis de récupérer plus de 450 000 armes à feu. Selon les analyses, les réformes ont été suivies d'une diminution de 8,8 % des décès par arme à feu de 2003 à 2005, ainsi que d'une diminution des homicides (8 %) et des suicides (8,2 %) par arme à feu. Les décès accidentels par arme à feu ont chuté de 15,2 %, et les décès de « causes indéterminées » liés aux armes à feu ont baissé de 26,3 %. Durant la même période, les cas d'hospitalisation liés aux armes à feu, principalement après des tentatives de suicide ou des blessures non intentionnelles, ont diminué de 4,6 % (25).

NOUVELLE-ZÉLANDE : Après une tuerie en 1990, le gouvernement a instauré un système rigoureux d'octroi de permis. Pour obtenir le permis, renouvelable à intervalles réguliers, les demandeurs doivent, selon le système en vigueur, présenter des photos, passer des tests montrant qu'ils comprennent bien les lois régissant les armes à feu et se soumettre à une évaluation policière. Le système impose également l'obligation d'entreposer les

armes sous clé et en toute sécurité dans un endroit distinct du lieu où se trouvent les munitions. Le système a réduit de façon marquée les suicides par arme à feu, particulièrement chez les personnes de 25 ans et moins. Toutefois, d'autres études doivent être menées pour déterminer si la diminution des suicides par arme à feu a entraîné une augmentation des autres formes de suicide (24).

Au niveau des États et des municipalités, en Colombie, au Salvador et aux États-Unis, des législations novatrices ont réduit l'accès aux armes à feu.

COLOMBIE : Dans ce cas, la législation locale a interdit le port d'arme dans les villes de Cali et de Bogotá les jours fériés, les fins de semaine qui suivent les jours de paye et les jours d'élections. Le respect de cette interdiction est assuré par des postes de contrôle de la police, des fouilles pendant les contrôles routiers et le travail policier de routine. Certaines études ont indiqué que l'incidence des homicides a baissé dans les deux villes les jours où l'interdiction était en vigueur comparativement aux jours semblables où les gens étaient autorisés à porter des armes (31).

Le SALVADOR : Les municipalités prenant part au projet « Municipalités sans armes », lequel a commencé en août 2005, ont rendu illégal le port d'armes à feu dans les parcs, les écoles, les centres commerciaux, les centres récréatifs et d'autres endroits. Le projet visait également à renforcer la capacité de la police à appliquer les interdictions d'armes à feu, à mener une campagne médiatique sur les dangers des armes à feu et la nature du nouveau règlement, à mettre en œuvre un programme de collecte et de remise volontaire d'armes à feu et à évaluer le projet. En dépit de quelques difficultés rencontrées au cours de la mise en œuvre, entre autres succès, on a constaté une réduction de 47 % des homicides dans les municipalités participantes au tout début du projet. Toutefois, les réductions des homicides n'ont pas été soutenues au cours de la première année du projet (32,33).

ÉTATS-UNIS : L'encadré 2 cidessous présente des exemples de l'effet sur la violence de la législation concernant les armes à feu à l'échelon des États. Même si selon les conclusions d'une analyse américaine des lois sur les armes à feu il n'y a pas suffisamment de données factuelles pour établir l'efficacité soit des lois individuelles soit des combinaisons de lois sur la violence interpersonnelle ou autoinfligée (34), les auteurs ont souligné que ce constat ne signifiait pas nécessairement que de

telles lois étaient inefficaces. Ils ont plutôt allégué qu'il fallait des données et des recherches plus rigoureuses pour renforcer la base de données factuelles.

2.2 Amélioration de l'application de la loi

La législation visant à réduire l'accès aux armes à feu ne peut être efficace que si elle est appliquée. Par exemple, en dépit des contrôles exercés sur les vendeurs d'armes à feu aux États-Unis, un petit nombre de trafiquants d'armes sans scrupules ont souvent été à l'origine de la vente d'une part importante des armes utilisées pour commettre des crimes (44). En outre, la plupart des armes à feu utilisées lors de crimes sont au début achetées légalement, puis transférées par des moyens illégaux aux mains des criminels (45). Voilà qui explique pourquoi la plupart des armes à feu récupérées dans les enquêtes criminelles au Canada, en Haïti et au Mexique ont été importées illégalement des États-Unis (45,46). Toutefois, grâce aux systèmes de permis d'armes à feu, certaines données sur les transactions (numéros de série des armes à feu, détails sur les acheteurs et les vendeurs, etc.) peuvent être recueillies et utilisées pour retracer les armes à feu utilisées dans les crimes et permettre ainsi de capturer et punir les contrevenants (47). Cependant, l'application de la loi de façon proactive peut avoir de puissants effets dissuasifs et donc se révéler d'une grande importance dans le contrôle de l'accès aux armes à feu.

À l'échelon des États et des localités, diverses mesures peuvent être utilisées pour appliquer la loi sur les permis d'armes à feu. Dans certains États américains, des policiers se sont fait passer pour des criminels dans des opérations d'infiltration pour acheter des armes à feu à des vendeurs titulaires de permis. De telles opérations réduiraient de façon significative la vente d'armes à feu à des criminels lorsqu'elles sont accompagnées de poursuites contre les vendeurs en infraction et de campagnes médiatiques de grande envergure. À l'inverse, les résultats étaient moins positifs lorsqu'il n'y avait pas de poursuites et que les opérations étaient moins publicisées (48). À Boston, l'opération *Ceasefire*, mise en œuvre dans le cadre du Boston Gun Project (49), un partenariat regroupant plusieurs services, a utilisé les données de la recherche et du dépistage des armes à feu pour orienter les mesures policières de dissuasion et d'application de la loi ciblant les trafiquants d'armes à feu et les membres des gangs violents. Les mesures de dissuasion comprenaient des ren-

Exemples de contrôle des armes à feu aux États-Unis au moyen de mesures législatives adoptées par les États

INTERDICTION DE CERTAINES ARMES À FEU : L'interdiction imposée par le Maryland sur les petites armes de poing bon marché et de qualité douteuse a été associée à une augmentation des achats d'armes à feu avant la mise en œuvre et à une augmentation des homicides par arme à feu immédiatement après l'interdiction. Toutefois, les homicides par arme à feu ont diminué par la suite (35), ce qui laisse supposer que l'interdiction a eu un effet à retardement.

UNE ARME À FEU PAR MOIS : Certaines lois qui limitent l'achat d'armes à feu à une par personne et par mois visent à réduire l'accès aux armes chez les trafiquants éventuels. Le recours à cette législation en Virginie aurait réduit le trafic interÉtats des armes à feu achetées en Virginie (36).

TENIR LES ARMES À FEU HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS : La législation CAP (*Child-access prevention*) sur la prévention de l'accès des enfants aux armes à feu impose aux propriétaires l'obligation d'entreposer en toute sécurité leurs armes à feu, hors de la portée des enfants (p. ex., sous clé) et criminalise le non-respect de cette obligation (37). Certaines études ont associé les lois CAP à des réductions modérées des suicides par arme à feu (et des suicides en général) chez les adolescents (38) et, dans les États où la violation des lois CAP constitue un crime grave, on a observé une diminution des décès accidentels par arme à feu chez les enfants (39–41).

RÉGLEMENTATION DES EXPOSITIONS D'ARMES À FEU : En Californie, où les expositions d'armes à feu sont réglementées, les promoteurs doivent avoir un permis, et les ventes privées d'armes à feu sont frappées de sévères restrictions. Celles-ci sont associées à une incidence plus faible des ventes d'armes à feu anonymes et non documentées ainsi que des achats par intermédiaire, dans les États où la réglementation des ventes privées et des expositions d'armes à feu est moins rigoureuse (42). (Un achat par intermédiaire est fait par un mandataire au nom d'une personne à qui la loi interdit d'acheter ou de posséder un objet donné.)

TENIR LES ARMES LOIN DES CRIMINELS VIOLENTS : Une loi fédérale interdit la possession d'armes à feu par des criminels qui font l'objet d'une ordonnance de restriction visant à protéger leurs partenaires intimes ou leurs enfants; mais cette loi n'est pas appliquée à tous les criminels assujettis à ces ordonnances d'interdiction. Pour combler cette lacune, plusieurs États ont adopté d'autres mesures législatives, lesquelles permettent la vérification des antécédents des acheteurs afin d'empêcher ceux qui ont eu recours à la violence à l'égard de leur partenaire intime de posséder ou d'acheter des armes. Ces lois permettent également à la police de confisquer des armes sur les lieux des actes de violence à l'égard des partenaires intimes. Les recherches effectuées sur l'effet de telles lois ont indiqué que l'ordonnance d'interdiction faisait baisser les homicides de partenaires intimes dans les États où les autorités ont la capacité réelle de mener des vérifications des antécédents et d'empêcher les criminels d'acheter des armes à feu (43).

contres avec les membres de gangs et de l'intervention directe auprès d'eux pour les informer du renforcement des activités d'application de la loi et leur faire comprendre que la violence ne serait plus tolérée (49). Une évaluation de l'efficacité de ces mesures, qui n'a toutefois utilisé ni quartiers ni groupes témoins, a révélé que ces mesures étaient associées à une diminution des homicides chez les jeunes, des voies de fait avec arme à feu, des appels à la police pour l'examen des scènes de crime où des coups de feu avaient été tirés (50).

2.3 Programmes d'amnistie et de collecte d'armes à feu

Les programmes d'amnistie et de rachat d'armes à feu civiles sont habituellement utilisés aux échelons national, étatique ou local pour confisquer les armes à feu illicites détenues par des particuliers. Les programmes d'amnistie peuvent être fondés

sur la participation volontaire ou sur des mesures coercitives et, comme il a été mentionné précédemment, ils offrent parfois une compensation pour les armes remises. Dans le cadre de réformes législatives plus vastes, ces programmes sont souvent accompagnés d'activités de sensibilisation ou, après des conflits armés, de mesures de maintien de la paix.

Les réformes législatives sur les armes à feu adoptées par l'Australie en 1996 comportaient un programme de rachat en vertu duquel l'État achetait au civil, au prix coûtant, les armes à feu nouvellement frappées d'interdiction. Cette initiative a permis de détruire plus de 700 000 armes à feu (27). De plus, la loi a permis de contrôler l'accès des civils à des armes de remplacement. Cependant, il est difficile de prouver l'efficacité des programmes de rachat en tant que mesures isolées. Des études effectuées sur trois programmes aux États-Unis

n'ont révélé aucune réduction significative de la criminalité (51) et elles ont permis de constater que les types d'armes remises différaient de celles utilisées dans les actes criminels (52). De plus, les études comportaient peu de données démontrant que les armes à feu sont remises par les personnes les plus susceptibles de commettre des crimes (53). Par ailleurs, certaines analyses économiques semblent indiquer qu'en l'absence de mesures de prévention de l'accès à des armes nouvelles, les programmes de rachat répétés ne réduiront que temporairement le nombre des armes en circulation. Pis encore, les études donnent à penser que ces programmes, qui font baisser les coûts de propriété, peuvent en fait entraîner une augmentation du nombre de propriétaires d'armes à feu (étant donné que la compensation accordée pour la remise des armes usagées réduit les coûts d'achat réels) (54).

Cependant, dans les situations d'après-conflit, le désarmement peut se révéler une partie essentielle de la consolidation de la paix. Au Cambodge, la collecte d'armes après la guerre civile a permis de récupérer 130 000 armes à feu non contrôlées par le gouvernement de 1998 à 2006. Les mesures, mises en place avec l'aide internationale, s'accompagnaient, d'une part, d'un soutien financier et d'un appui aux projets de développement locaux dans les régions où les armes à feu avaient été remises

et, d'autre part, de systèmes d'entreposage des stocks et d'enregistrement des armes par l'État et la police. Selon ces analyses, les mesures ont aidé à réduire tant les homicides par arme à feu que les homicides en général (55).

Le Salvador et le Soudan fournissent d'autres exemples de désarmement après un conflit, mais les incidences de ces interventions sur la violence n'ont pas été mesurées. La fin de la guerre civile au Salvador a été à l'origine d'un important désarmement de groupes de guérilla qui avaient obtenu une certaine légitimité politique dans le processus de paix. Ce désarmement a été facilité par d'anciens combattants qui avaient fourni au groupe de surveillance de l'ONU une liste des armes qu'ils détenaient. Deux séries de collectes (dont la seconde comportait des armes entreposées à l'extérieur des frontières du Salvador) ont permis de récupérer 9 000 armes individuelles, 9 000 grenades et 4 millions de cartouches de munition (56). Au Soudan, les programmes d'amnistie concernant les armes mis en œuvre après la guerre civile ont connu un succès relatif. Dans le nord de l'État du Jonglei, un programme d'amnistie axé (au début) sur une participation volontaire a contribué au renforcement des tensions politiques et tribales, de la violence et de la pénurie des denrées alimentaires, faute d'assurer la sécurité des citoyens et de clarifier

ENCADRÉ 3

Réduire la demande d'armes à feu et d'objets tranchants – trois questions clés

NIVEAUX ÉLEVÉS DE VIOLENCE : L'autoprotection face à des niveaux élevés de violence est souvent la principale raison invoquée par les gens pour posséder et porter des armes à feu ainsi que pour accéder à celles-ci et à d'autres moyens létaux. Dans des pays tels que le Brésil (67) et le Soudan (57), les tentatives de contrôle des armes à feu se sont heurtées à un besoin de protection ressenti par les gens, en raison des niveaux élevés de violence, d'insécurité civile et d'un manque de confiance dans les capacités de la police (ou de l'État) à les protéger contre la violence. Par conséquent, pour réduire la demande de moyens létaux de la part des citoyens, il est essentiel de renforcer l'efficacité des systèmes de justice pénale et de veiller à ce qu'ils soient perçus comme justes.

ADHÉSION AUX GANGS : L'adhésion aux gangs augmenterait l'accès des jeunes aux armes, particulièrement aux armes à feu (68–70). Les mesures visant à empêcher les jeunes d'adhérer aux gangs et à inciter les membres de gangs à faire défection devraient aider à réduire l'accès des jeunes aux armes à feu. De telles mesures comprennent entre autres la création de possibilités d'accès à l'éducation et à l'emploi pour les jeunes à risque et des interventions cognitivocomportementales, telles que l'acquisition des aptitudes à la vie quotidienne. Toutefois, des examens systématiques récents ont montré qu'il fallait de toute urgence analyser rigoureusement ces mesures pour vérifier leur efficacité à empêcher les jeunes d'adhérer aux gangs (71,72).

MARCHÉS DE DROGUES ILLICITES : Un vaste éventail de données factuelles relie la possession et l'utilisation de moyens létaux à l'existence des marchés de drogues illicites et à la participation à ces marchés (70,73,74). Étant donné que ces marchés échappent à tout contrôle officiel, la violence est utilisée pour régler les différends, prendre des sanctions contre les délateurs, éliminer les rivaux, punir les débiteurs, entre autres fins (73,75). Ainsi, les armes sont largement utilisées tant pour commettre des crimes violents que pour s'autoprotéger. Les mesures visant à perturber les marchés de drogues illicites et à réduire la demande de drogues devraient également aider à réduire le besoin de moyens létaux ainsi que leur disponibilité.

les conditions du désarmement; un désarmement coercitif a fini par permettre de récupérer plus de 3 000 armes à feu. Un programme de désarmement ultérieur dans la région d'Akobo comportait des garanties de sécurité et une compensation accordée pour les armes remises. Dans ce désarmement, on a également eu recours à des comités communautaires pour gérer le désarmement, et des enseignants ont reçu la formation nécessaire pour accepter, enregistrer et entreposer les armes remises. Le programme, qui n'a duré qu'une courte période, a mené à la remise pacifique d'environ 1 400 armes à feu (57).

2.4 Gestion des stocks d'armes appartenant aux États

Mal protégés, les stocks d'armes aux États peuvent constituer le principal point d'accès aux armes illicites, par le truchement de vols ou de ventes illicites. Comme au Cambodge (voir la [section 2.3](#)), les programmes de gestion d'armes à feu – souvent mis en œuvre avec le soutien international – améliorent l'entreposage et la gestion des stocks d'armes du gouvernement et de la police dans de nombreux pays. En Papouasie-Nouvelle-Guinée par exemple, une vérification a révélé que 30 % des armes à feu de la police étaient tombées dans des mains criminelles. Des programmes de mise sur pied de dépôts d'armes, lancés avec l'aide de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, ont permis de construire de nouveaux dépôts d'armes, de détruire des armes en surplus, d'assurer la formation de policiers et de militaires et de dresser des inventaires d'armes à feu, entre autres avantages. Les programmes auraient réduit de manière significative le détournement d'armes à feu de la police vers des mains criminelles (58). L'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe a produit un guide d'orientation sur la gestion des stocks nationaux d'armes légères et de petit calibre (59).

2.5 Entreposage plus sûr des armes à feu

La présence d'une arme à feu à domicile est un facteur de risque important tant pour les homicides que pour les suicides par arme à feu (60,61). En outre, c'est par des proches, des amis, souvent même dans la maison, qu'on a accès à bon nombre des armes à feu qui causent des blessures intentionnelles et accidentelles chez les enfants. Les exigences d'entreposage sûr font donc partie des réformes de la législation sur les armes à feu de

plusieurs pays (voir la [section 2.1](#)). Les techniques d'entreposage sûr comprennent entre autres : l'entreposage des armes à feu déchargées dans un cabinet fermé à clé, l'entreposage des armes à feu et des munitions séparément et l'entreposage des munitions sous clé. Toutes ces techniques ont été associées à des effets de protection contre les blessures des jeunes par arme à feu (62). En l'absence de législation, les mesures visant à réduire l'accès des enfants aux armes à feu ont porté essentiellement sur la sensibilisation des parents aux techniques d'entreposage sûr. Ces interventions font souvent appel à des professionnels de la santé qui donnent des conseils aux parents sur l'entreposage des armes à feu. Une étude a révélé d'importantes améliorations dans les pratiques d'entreposage sûr d'armes à feu chez les patients qui avaient suivi une brève séance de counselling avec un médecin de famille (63). Toutefois, selon d'autres études, de telles mesures dispensées dans des milieux de soins primaires ont peu d'effet sur la possession d'armes à feu ou sur les pratiques d'entreposage (37,64).

2.6 Dispositifs de sécurité des armes à feu

De nombreux dispositifs et produits de sécurité peuvent être utilisés pour prévenir les blessures accidentelles par armes à feu et l'utilisation de ces dernières par des enfants et autres personnes non autorisées. Ces dispositifs comprennent entre autres : manette de sécurité, sécurité de chargeur, sécurité de percuteur et verrou de détente. Selon toute vraisemblance, l'amélioration des mesures de sécurité des produits peut réduire les blessures par arme à feu et l'accès à ces armes, mais très peu d'études ont été faites sur ce sujet et on craint que le nombre d'armes à feu non personnalisées en circulation limite l'utilité de ces mesures, du moins à court terme (65).

2.7 Diminution de la demande d'armes à feu

Parallèlement aux mesures de restriction de l'accès aux armes à feu, on peut faire beaucoup pour réduire la demande d'armes. L'analyse détaillée des facteurs de risque touchant la violence causée par les armes à feu déborde le cadre du présent exposé (66), mais l'[encadré 3](#) met en évidence trois facteurs qu'il faudrait prendre en compte si l'on veut réduire le risque que les personnes aient accès à des armes à feu et à des objets tranchants.

3. Réduire l'accès aux objets tranchants

ENCADRÉ 4

Objets tranchants : Faits et chiffres

- Les objets tranchants sont des armes communément utilisées dans les homicides en Malaisie (les objets tranchants sont utilisés dans 41 % des homicides à Kuala Lumpur) (76), en Écosse (couteaux, 47 %) (77), au Nigeria (couteaux, 40 %) (78) et en Australie (couteaux, 34 %) (79).
- Près d'un garçon israélien sur dix (de la 7e à la 11e année) a déclaré avoir porté un couteau à l'école le mois dernier (80).
- En Angleterre et au Pays de Galles, 6 % de tous les actes violents contre les adultes ont été commis à l'aide de couteaux, et 4 % à l'aide de morceaux de verre ou de bouteille comme armes (81).
- En général, les objets tranchants ne sont utilisés que pour une minorité de suicides, par exemple 2,5 % au Japon (82) et 2 % en Australie (4).
- Une étude menée auprès des jeunes de 15 et 16 ans a révélé que les coupures auto-infligées constituaient la forme la plus courante d'atteinte à soi-même dans la plupart des pays participants (Australie, Belgique, Angleterre, Irlande, Pays-Bas, Norvège). La prévalence des cas d'atteinte à soi-même au cours de la dernière année variait de 1,6 % à 4,2 % chez les hommes et de 3,6 % à 11,7 % chez les femmes (83).

La recherche scientifique sur les mesures de restriction de l'accès aux objets tranchants est bien moins avancée que celle concernant les armes à feu, et la plupart des données recueillies proviennent du Royaume-Uni où la violence au couteau, particulièrement chez les jeunes, constitue une grave préoccupation sociale et politique (84). Contrairement aux armes à feu et aux pesticides, les objets tranchants ne sont pas des moyens utilisés couramment dans les cas de suicide; toutefois, on y a recours fréquemment dans les cas d'atteinte à soi-même non suicidaire (p. ex., automutilation) (83), une question qui déborde le cadre du présent exposé. Les couteaux et autres objets tranchants sont des outils courants dans les ménages et les lieux de travail, et leur très grande disponibilité ainsi que leur vaste utilisation compliquent les mesures de contrôle.

Ainsi donc, des stratégies plus vastes de réduction des facteurs de risque individuels, relation-

nels, communautaires et sociaux sont nécessaires pour prévenir les actes violents par objet tranchant. Jusqu'à présent, les mesures destinées à prévenir l'accès aux objets tranchants à des fins d'utilisation violente sont toutefois semblables, de manière générale, à celles utilisées pour les armes à feu. Le présent exposé porte essentiellement sur les réformes législatives, l'application de la loi et les programmes d'amnistie concernant les armes.

3.1 Mesures législatives

Comme dans le cas des armes à feu, la législation dans de nombreux pays vise à restreindre l'accès aux couteaux et autres objets tranchants. Au Royaume-Uni par exemple, c'est une infraction criminelle de porter un couteau ou un autre objet tranchant en public sans raison valable, et de nombreux types de couteaux (couteaux à cran d'arrêt) et autres armes offensives sont interdits. Il est illégal de fabriquer, de vendre, de louer, de

posséder ou d'exposer à des fins de vente, de prêter ou de donner à une autre personne des armes interdites (85). Depuis 2006, les changements législatifs ont fait passer de 16 à 18 ans l'âge minimal requis pour acheter un couteau, fait passer de deux à quatre ans la peine d'emprisonnement maximal pour possession de couteau, conféré à la police des pouvoirs plus étendus pour fouiller les gens à la recherche de couteaux, donné aux enseignants des pouvoirs de fouiller les élèves dans le même but et entraîné l'ajout des répliques de sabres de samouraï à la liste des armes interdites.¹ En Écosse, on procède à la mise en œuvre d'un système d'octroi de permis en vertu duquel il est imposé à tout commerce de couteaux et de lames pour utilisation extérieure l'obligation d'avoir un permis. Cependant, l'impact de ces changements législatifs sur l'accès aux couteaux ou sur la violence au Royaume-Uni n'a pas encore été mesuré.

À l'échelon local, les autorités de certains pays ont adopté des mesures législatives pour réduire les crimes graves commis à l'aide de verres et de bouteilles cassés comme armes. Contrairement aux autres objets tranchants, tels que les couteaux, qui sont sciemment obtenus et portés par les gens, les verres et bouteilles sont habituellement utilisés au gré des circonstances pendant des bagarres dans les débits de boissons. Au Royaume-Uni, où tous les établissements servant de l'alcool sont tenus d'avoir un permis, plusieurs autorités locales responsables de l'octroi des permis ont assorti celui-ci de conditions imposant aux débits de boissons associés à la violence d'utiliser des contenants faits d'autres matériaux que le verre (p. ex., en polycarbonate²). Bien qu'il y ait peu de données factuelles concernant les effets de telles interdictions sur la violence, les premières études ont révélé que l'utilisation de contenants en polycarbonate³ renforce la perception de sécurité du consommateur (86). L'utilisation de verre trempé (conçu pour que la résistance aux chocs soit supérieure à celle du verre normal) a également été encouragée dans les débits de boissons. Toutefois, une étude de l'effet du

verre trempé a révélé des problèmes de contrôle de la qualité dans la fabrication de ce produit; le verre trempé ayant fait l'objet d'essais avait en fait une résistance inférieure aux chocs et son utilisation a mené à davantage de blessures chez le personnel des bars (87). L'amélioration de la résistance aux chocs des contenants à boire utilisés dans les débits de boissons est donc essentielle dans la prévention des blessures.

Des interdictions empêchant la consommation d'alcool ou le transport de contenants d'alcool ouverts dans des lieux publics désignés ont également été adoptées à l'échelon local dans plusieurs pays, dont le Royaume-Uni (88) et la Nouvelle-Zélande (89). De telles interdictions peuvent réduire la présence de verres et de bouteilles dans les rues, où ils peuvent être accessibles et utilisés comme armes. On dispose également de peu de données factuelles sur les effets de ces interdictions, bien que l'on pense que leur adoption en Nouvelle-Zélande aurait contribué à réduire les troubles et les actes violents ainsi que l'abandon de verres cassés dangereux dans les lieux publics (89).

3.2 Application de la loi

L'application de la loi sur les armes à feu joue un rôle important dans la restriction de l'accès à ces armes, mais très peu de recherches ont été faites sur les mesures d'application de la loi qui combattent la possession ou la vente illicite de couteaux. En vertu de la *Knives Act* de 1997, des tactiques de « contrôle et fouille » sont utilisées par la police au Royaume-Uni pour fouiller les individus soupçonnés de porter des armes offensives, mais l'efficacité de telles méthodes est remise en question. En Angleterre et au Pays de Galles, ces tactiques (appliquées en prévision de la violence) ont été utilisées à l'endroit de 18 900 personnes en 2001–2002. Toutefois, de ce nombre, 1 367 (7 %) auraient porté un instrument offensif ou dangereux et, parmi ceux-ci, à peine 203 (15 %) ont été arrêtées pour possession d'arme (90). De plus, le recours disproportionné (réel ou apparent) de tels pouvoirs contre des groupes de population particuliers (p. ex., jeunes hommes noirs) peut susciter du ressentiment et de la méfiance à l'égard de la police, et ainsi porter préjudice aux relations entre les communautés et la police (91).

¹ À l'exception des couteaux pliants (couteaux de poche) ayant des lames de moins de trois pouces.

² La consommation d'alcool est un facteur de risque connu de participation à la violence et elle est régulièrement reconnue comme un élément contribuant aux homicides et aux suicides. Un autre exposé de la série analyse les mesures visant à réduire la disponibilité et la consommation nocive de l'alcool.

³ Le polycarbonate est une forme de plastique qui ressemble, par l'apparence et le toucher, au verre, mais qui est virtuellement incassable.

3.3 Programmes d'amnistie concernant les armes blanches

Les programmes d'amnistie concernant les armes blanches sont aussi utilisés habituellement pour interdire la possession en public d'objets tranchants, tels que des couteaux. Les programmes d'amnistie concernant les armes blanches sont fréquemment mis en œuvre au Royaume-Uni; ils produisent des niveaux de rendement élevés même s'ils n'ont que très peu d'efficacité à long terme. En 2006, par exemple, un programme national d'amnistie concernant les armes blanches mené en Angleterre et au Pays de Galles a permis de recueillir 89 864 couteaux sur une période d'environ deux mois. À Londres, le Metropolitan Police Service a signalé une réduction des infractions au couteau cinq semaines après le début de l'amnistie. Cependant, cette réduction n'a duré que huit semaines, puis les infractions ont remonté au niveau d'avant l'amnistie (92). À Strathclyde (Écosse), une initiative dirigée par la police visant à prévenir les actes criminels commis au couteau, *Operation Blade*, combinait un programme d'amnistie concer-

nant les armes blanches ainsi qu'une campagne médiatique de grande envergure, des mesures accrues de sécurité dans les débits de boissons et la communication avec les détaillants d'armes blanches et les jeunes. L'intervention a été suivie d'une réduction des crimes au couteau signalés par la police et des agressions à l'arme blanche traitées au service des accidents et des urgences. Toutefois, les effets n'ont pas persisté un an après l'intervention (93).

3.4 Diminution de la demande d'objets tranchants

Bon nombre des facteurs de risque liés à l'accessibilité et à l'utilisation des objets tranchants à des fins violentes sont les mêmes que ceux qui touchent les armes à feu. Bien que l'analyse détaillée de ces facteurs de risque déborde le cadre du présent exposé, l'**encadré 3** met en évidence trois facteurs clés qui devraient être pris en compte si l'on veut réduire les risques liés à l'accessibilité et à l'utilisation des objets tranchants.

4. Réduire l'accès aux pesticides

ENCADRÉ 5

Pesticides : Faits et chiffres

- Chaque année dans le monde, environ 370 000 suicides sont commis par l'ingestion de pesticides, soit plus du tiers de tous les suicides (6).
- La proportion de suicides par ingestion de pesticides varie de 4 % dans la Région européenne de l'OMS à 56 % dans la Région du Pacifique occidental (6). Un nombre disproportionné de suicides par l'autoempoisonnement aux pesticides a lieu dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.
- Dans de nombreuses régions rurales de l'Asie du SudEst, l'ingestion de pesticides représente plus de 60 % des suicides (94). Les estimations donnent à penser que plus de 160 000 personnes de cette région se tuent chaque année par ingestion de pesticides (6).
- La toxicité des pesticides pour l'être humain varie grandement; l'ingestion de paraquat est mortelle dans plus de 60 % des cas d'autoempoisonnement (95), comparativement à moins de 10 % pour le chlorpyrifos (96).
- L'empoisonnement aux pesticides fait peser un énorme fardeau sur les services de santé des pays en voie de développement. En 1995–1996, 41 % des lits des soins intensifs d'un hôpital du Sri Lanka étaient occupés par des personnes empoisonnées aux organophosphates (97). Le coût global estimatif du traitement des cas d'autoempoisonnement en 2004 était d'environ 1 million de dollars (98).

Les problèmes liés aux pesticides peuvent sembler très différents de ceux posés par les armes à feu et les armes blanches, mais les mesures utilisées pour réduire l'accès aux pesticides peuvent être semblables. Les pesticides sont largement associés à des actes impulsifs d'atteinte à soi-même; leur fardeau accable essentiellement les communautés agricoles des pays en développement. En outre, de nombreux actes d'atteinte à soi-même liés aux pesticides où la personne n'a pas vraiment l'intention de se tuer aboutissent à des décès, en raison de la toxicité élevée des pesticides et, particulièrement dans les régions rurales, en raison du manque de traitement disponible. Le contrôle de l'accès aux pesticides est non seulement essentiel pour réduire la violence autoinfligée, mais elle l'est aussi pour prévenir d'autres formes de blessures et de violence, allant de l'atteinte à soi-même aux actes terroristes en passant par l'empoisonnement non intentionnel. Bien que la question ne soit pas

étudiée dans le cadre du présent exposé, les pesticides causent d'importants dommages par empoisonnement non intentionnel et pourraient être utilisés comme arme mortelle pour contaminer des denrées alimentaires (99).

Les pesticides ont divers niveaux de toxicité humaine et, par conséquent, posent divers niveaux de risque pour la santé humaine. Depuis 1975, l'OMS tient un système de classification pour permettre de différencier les pesticides les plus dangereux de ceux qui le sont moins en fonction des risques graves qu'ils présentent pour la santé. En 1985, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture a produit le *Code international de conduite pour la distribution et l'utilisation des pesticides* (101). Le code établit des normes volontaires à l'intention de tous les organismes jouant un rôle dans l'utilisation et la distribution de pesticides, particulièrement ceux qui travaillent dans les pays où les lois sur les pesticides sont peu

contraignantes. De nombreuses autres conventions internationales ont été mises en œuvre pour encourager les nations et l'industrie des pesticides à gérer les produits dangereux de manière efficace, par exemple la Convention de Stockholm (2004), qui vise à éliminer l'usage des neuf pesticides les plus dangereux.¹ De nombreux pays à revenu élevé ont déjà interdit l'usage et l'exportation de ces produits (p. ex., Union européenne) (103). Toutefois, bon nombre de ces pesticides sont encore utilisés dans les pays en développement où l'usage et la gestion sûrs se heurtent à l'insuffisance de fonds, d'expertise, de ressources humaines, de formation, de données, de technologies, de sensibilisation publique et d'autres ressources (104–106). Par exemple, selon le Pesticide Action Network International, 73 % des pesticides importés par la Thaïlande sont de classe 1a ou 1b selon la classification de l'OMS (107). Même lorsque des lois existent, elles peuvent être appliquées de manière peu énergique, car dans bon nombre de pays, des marchés informels non autorisés sont en activité, fournissant des pesticides qui sont réemballés, dilués ou mélangés et, par conséquent, étiquetés de façon inexacte (108).

La prévention de l'accès aux pesticides les plus dangereux constitue une part essentielle de la prévention des suicides. Parmi les mesures qui peuvent être prises pour prévenir l'accès à de tels pesticides, citons les politiques de réglementation visant à restreindre ou à interdire la production, l'importation ou la vente de certains pesticides et les mesures destinées à améliorer la sûreté de l'entreposage.

4.1 Mesures législatives

Les politiques qui restreignent ou interdisent l'usage de produits très toxiques peuvent limiter l'accès aux moyens létaux et réduire les décès par suicide. On peut obtenir dans plusieurs pays des données factuelles concernant l'effet que ces interdictions ont sur la mortalité par suicide. Par exemple, après que la Jordanie eut interdit, en 1981, le parathion, un organophosphate qui avait été la cause de plus de 90 % des décès par pesticide, on a observé une diminution de 80 % des décès par empoisonnement nécessitant une autopsie à Amman (104). Une étude ultérieure a révélé que les carbamates, plutôt que les pesticides organo-

¹ Classification de l'OMS : classe 1a : extrêmement dangereux; classe 1b : très dangereux; classe 2 : modérément dangereux; classe 3 : peu dangereux.

phosphorés, étaient devenus les pesticides les plus courants dans les empoisonnements mortels (109).

Le règlement adopté par le Sri Lanka sur les pesticides est probablement celui qui est le plus largement étudié (encadré 6). Cependant, le cas du Sri Lanka montre aussi que les restrictions sur les pesticides peuvent pousser les fermiers à remplacer les pesticides interdits par d'autres produits dangereux. Donc, s'il est vrai que les restrictions et les interdictions des substances très toxiques peuvent être efficaces, la mise en œuvre de telles mesures devrait être accompagnée d'efforts visant à évaluer les besoins agricoles et à encourager le remplacement par d'autres produits antiparasitaires à faible risque (110).

Au Samoa, on a observé une augmentation rapide de l'autoempoisonnement et du suicide après l'introduction du paraquat en 1974. La réduction des importations de paraquat à partir de 1982 – plutôt que l'imposition d'une interdiction législative – a entraîné une chute subséquente des taux de suicide (104).

4.2 Entreposage sûr des pesticides

L'accès aux pesticides peut être réduit par la mise au point et le maintien de pratiques d'entreposage plus sûres des pesticides. Dans les pays en développement, l'agriculture est essentiellement pratiquée par de petites exploitations, où chaque famille agricole entrepose et utilise ses propres stocks de pesticides. Les pratiques d'entreposage peu sûres sont souvent la norme. Un sondage mené auprès des cultivateurs de coton et d'ananas au Bénin a montré par exemple que la majorité d'entre eux entreposaient les pesticides dans leur maison – environ 75 % dans les chambres à coucher et 5 % dans la cuisine. Moins d'un de ces cultivateurs sur dix gardaient les pesticides dans un entrepôt distinct à l'extérieur de la maison, et les autres les gardaient soit dans les champs soit dans des greniers (113). La recherche a montré que de nombreux cas d'empoisonnement mortel dans les pays en développement sont des gestes impulsifs facilités par la disponibilité immédiate des pesticides dans les maisons rurales (114,115).

L'initiative de l'OMS concernant les effets des pesticides sur la santé a permis de cerner une gamme d'interventions communautaires visant à encourager l'entreposage plus sûr des pesticides (116). Il s'agit notamment des interventions suivantes :

Incidence des interdictions ciblées de pesticides au Sri Lanka

Les taux de suicide au Sri Lanka se sont multipliés par huit de 1950 à 1995 (111), les deux tiers de ces suicides étant attribuables à un empoisonnement aux pesticides (112). À partir de 1991, les importations de pesticides de classe 1 (très dangereux ou extrêmement dangereux) de la classification de l'OMS ont été réduites graduellement jusqu'à la mise en œuvre, en 1995, d'une interdiction totale de leur importation et de leur vente. L'interdiction a été suivie d'une diminution brutale de la mortalité par suicide. Le nombre d'hospitalisations pour autoempoisonnement par suicide a toutefois augmenté, comme l'a été le taux de mortalité en milieu hospitalier par empoisonnement aux pesticides. Ce changement s'est produit lorsque l'interdiction de 1995 a poussé les fermiers à adopter l'insecticide endosulfane de classe 2 (modérément dangereux). À son tour, ce changement a entraîné une augmentation de l'autoempoisonnement par ce produit qui, ironiquement, est plus difficile à traiter que l'empoisonnement par des pesticides de classe 1 plus toxiques. L'endosulfane a été luimême interdit en 1998, une décision associée à une plus grande diminution de la mortalité par suicide (y compris maintenant la mortalité en milieu hospitalier). On a recensé près de 20 000 cas de suicides de moins durant la période 1996–2005 comparativement à 1986–1995 (111,112). D'autres facteurs, notamment la guerre civile, le chômage, le divorce, l'abus d'alcool et les niveaux réels d'utilisation de pesticides n'ont pas été associés à la diminution des taux de suicide (111). Fait important, les interdictions de pesticides n'ont pas été associées à des pertes dans la production agricole (110).

- Fournir des boîtes verrouillables pour l'entreposage des pesticides dans les ménages agricoles.
- Encourager l'entreposage communautaire centralisé des pesticides.
- Sensibiliser les utilisateurs de pesticides aux risques pour la santé associés aux pesticides ainsi qu'à l'usage, à l'entreposage et à l'élimination sûrs des pesticides.

Les deux premières mesures sont étudiées cidessous. Jusqu'à récemment, il y a eu peu d'évaluations de l'efficacité de ces mesures sur les pratiques d'entreposage et l'empoisonnement par pesticide, mais ces évaluations sont maintenant plus nombreuses. Pour encourager la mise en œuvre et l'évaluation des mesures d'entreposage sûr et de sensibilisation, l'OMS et l'Association internationale pour la prévention du suicide ont publié des données détaillées sur les activités nécessaires pour mettre en œuvre et évaluer ces différentes interventions et ont commencé à préparer des études de démonstration (116,117).

4.2.1 Fournir des boîtes verrouillables pour l'entreposage des pesticides

Des boîtes d'entreposage verrouillables à l'intention des familles qui utilisent des pesticides peuvent aider à réduire l'accès aux moyens létaux en améliorant les méthodes d'entreposage à domicile auxquelles ont recours les utilisateurs. L'adoption de boîtes d'entreposage devrait s'accompagner d'une sensibilisation communautaire et

familiale quant à l'importance de l'entreposage sûr des pesticides, assortie de directives sur le mode d'utilisation et d'entretien de la boîte.

Les boîtes d'entreposage verrouillables pour pesticides ont été fournies aux communautés agricoles du Sri Lanka. Une étude analysant les effets de ce projet sur les pratiques d'entreposage a révélé une augmentation significative de l'entreposage sûr des pesticides : 82 % des ménages participants ont déclaré avoir entreposé des pesticides à la maison dans des boîtes verrouillables sept mois après la mise en œuvre du projet, comparativement à 2 % avant l'étude de référence. La proportion de ménages qui entreposent des pesticides dans les champs a toutefois diminué de 46 % avant l'étude de référence à 2 % pendant le suivi, d'où une augmentation de l'entreposage des pesticides toxiques dans les foyers. Cette nouvelle pratique pourrait peut-être augmenter le risque d'empoisonnement si toutes les boîtes ne restent pas verrouillées tout le temps (118).

Une étude distincte sur les boîtes d'entreposage verrouillables fournies au Sri Lanka a révélé des niveaux élevés similaires d'utilisation 30 semaines après l'intervention. À 18 mois, on a constaté une certaine diminution de l'utilisation de ces boîtes, et ce, même si 75 % des ménages participants s'en servaient encore. Bien que des données sur les suicides et les atteintes à soi-même aient été recueillies par les auteurs, la taille relativement faible de l'étude n'a pas permis de tirer des conclusions quant aux effets de l'intervention sur l'autoempoisonnement par pesticide (119). D'autres études

sont en cours au Sri Lanka concernant les effets des boîtes verrouillables sur les empoisonnements intentionnels et les suicides (116,117).

4.2.2 Encourager l'entreposage communautaire centralisé des pesticides

La création d'installations centralisées d'entreposage de pesticides dans les communautés agricoles peut renforcer la surveillance de l'accès aux pesticides. Les installations d'entreposage communautaire peuvent fonctionner à plusieurs niveaux différents. Dans une installation de bas niveau, l'entreposage centralisé au moyen de caisiers sécurisés permet aux familles d'avoir accès à leurs propres pesticides à n'importe quel moment. Des installations de niveau plus élevé peuvent employer une personne chargée de gérer l'accès des familles à leurs stocks de pesticides : par exemple, ce gestionnaire fournirait chaque jour la quantité de pesticides nécessaire. Ou bien, ces installations peuvent recourir à un système centralisé d'achat et de distribution dans le cadre duquel une personne serait chargée de gérer l'accès aux pesticides de

toute une communauté. Ces arrangements nécessitent la sélection et la formation adéquates des gestionnaires pour que le système fonctionne de façon équitable et que les gestionnaires soient en mesure de fournir des conseils judicieux aux participants au sujet de la sûreté des pesticides.

Des unités d'entreposage communautaire permettent également de se débarrasser en toute sécurité des pesticides non désirés et des contenants vides. Actuellement, on ne dispose d'aucune donnée factuelle publiée sur l'efficacité des systèmes d'entreposage communautaire de pesticides. Cependant, l'initiative de l'OMS concernant les effets des pesticides sur la santé appuie les efforts visant à élaborer et à évaluer des projets de démonstration (117). La durabilité constitue l'une des principales préoccupations que suscite pareille approche, car celle-ci demande que des personnes acceptent d'entreposer leurs pesticides dans un endroit central, malgré le fait que cette pratique augmente le nombre d'heures et la quantité d'efforts nécessaires pour pulvériser les champs.

5. Résumé

L'exposé présentait les données factuelles concernant les incidences de nombreuses mesures réduisant l'accès aux armes à feu, aux objets tranchants et aux pesticides sur la violence. En dépit de l'insuffisance de données factuelles dans certains domaines, les conclusions sont en général prometteuses et laissent croire que des mesures mises en œuvre adéquatement pour réduire l'accès aux moyens létaux peuvent aider à faire diminuer la violence. La vaste majorité des données factuelles disponibles actuellement portent essentiellement sur le recours à une législation nationale ou locale pour contrôler l'achat, la vente et l'utilisation des moyens létaux. Dans ce domaine, plusieurs études ont montré qu'une législation qui permet de contrôler efficacement l'accès aux moyens létaux peut réduire tant les homicides (par arme à feu) que les suicides (par arme à feu et pesticide). Néanmoins, même dans le cas des armes à feu, qui ont été l'objet de la plupart des recherches, il faut des données et des études plus rigoureuses pour mieux comprendre les incidences de ces mesures (34).

Le renforcement des législations nationales dans le but de réduire l'accès aux moyens létaux peut se révéler un processus long et complexe, même là où il est possible. Toutefois, on peut faire beaucoup à l'échelon local pour faire appliquer la législation existante, promouvoir l'entreposage plus sûr des moyens létaux et enlever les armes mortelles des mains du simple citoyen. Il reste à trouver des exemples de mesures communautaires prometteuses tant dans les pays à revenu élevé que dans ceux à faible revenu ou à revenu intermédiaire : par exemple, l'entreposage plus sûr au Sri Lanka, le projet Municipalités sans armes du Salvador, le Boston Gun Project des États-Unis et l'Operation Blade de l'Écosse. Les programmes communautaires combinent souvent des mesures de restriction de l'accès aux moyens létaux, à la

formation (pour les utilisateurs de pesticides, la police et d'autres groupes) et à la sensibilisation publique. Conçus et dirigés par des membres de la communauté, ces programmes peuvent être également adaptés aux besoins locaux. Cependant, de tels projets nécessitent un engagement soutenu au niveau local, ce qui peut être difficile à garantir, donc les avantages peuvent être de courte durée. Ainsi, l'élargissement de la base de données factuelles sur les mesures communautaires efficaces donnant des résultats durables constitue une étape essentielle dans la réduction de la violence causée par des moyens létaux.

L'évaluation de toute mesure de prévention de la violence interpersonnelle et autoinfligée reste difficile lorsque les données sont limitées. Il s'agit bien sûr d'un problème planétaire, mais il est ressenti avec beaucoup d'acuité dans les pays en développement où on a besoin de toute urgence de données factuelles sur l'efficacité des mesures de restriction de l'accès aux moyens létaux. L'établissement de systèmes efficaces de collecte de données sur les blessures doit donc être une priorité essentielle.

La prévention de l'accès aux moyens létaux nécessite un large partenariat à tous les niveaux, qui commencera par un engagement et un appui solides de la part des autorités au pouvoir et des communautés. Les interventions visant à restreindre l'accès aux moyens létaux sont axées essentiellement sur le contrôle de ces moyens eux-mêmes, mais si l'on veut éviter que les gens aient tout simplement recours à d'autres moyens de violence, il faut que ces interventions fassent partie de mesures plus larges destinées à réduire la pauvreté et les inégalités sociales, à mettre fin aux marchés de drogues illicites, à réduire la criminalité et à garantir que les systèmes de justice pénale soient efficaces, justes et perçus comme protégeant la société contre la violence.

Références

1. « *The global burden of disease: 2004 update* ». Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html, consulté le 31 octobre 2008).
2. Krug, E.G. et coll., dir. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
3. Hemenway, D. *Private guns, public health*. Ann Arbor, University of Michigan Press, 2004.
4. Elnour, A.A. et J. Harrison. « Lethality of suicide methods ». *Injury Prevention*, 2008, 14:39–45.
5. Secrétariat de la Déclaration de Genève. *Global burden of armed violence*. Genève, Secrétariat de la Déclaration de Genève, 2008.
6. Gunnell, D. et coll. *The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review*. *BMC Public Health*, 2007, 7:357.
7. Krug, E.G., K.E. Powell et L.L. Dahlberg. « Firearm-related deaths in the United States and 35 other high- and upper-middle-income countries ». *International Journal of Epidemiology*, 1998, 27:214–221.
8. Small Arms Survey, éd. *Small arms survey 2007: guns and the city*. Cambridge, Cambridge University Press, 2007.
9. Butchart, A. et coll. *Preventing violence and reducing its impact: how development agencies can help*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
10. Cardona, M. et coll. « [Homicides in Medellín, Colombia, from 1990 to 2002: victims, motives and circumstances] » Article rédigé en espagnol. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 2007, 22:231–238.
11. *A house isn't a home without a gun* : SALW survey, Republic of Montenegro. Belgrade, Small Arms Survey/South Eastern Europe Clearing House for the Control of Small Arms and Light Weapons, 2004.
12. Fox J.A., et M.W. Zawitz. *Homicide trends in the United States*. Washington, DC, United States Department of Justice, Bureau of Justice Statistics (<http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/homicide/homtrnd.htm>, consulté le 10 mars 2008).
13. Gawryszewski, V.P. « Homicide trends and characteristics – Brazil, 1980–2002 ». *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2004, 53:169–171.
14. Ajdacic-Gross, V. et coll. « Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database ». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2008, 86:726–732.
15. Värnika, A. et coll. « Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15–24 in 15 European countries ». *Journal of Affective Disorders*, 2008; doi:10.1016/j.jad.2008.06.004.
16. Allard, D., et VC. Burch. « The cost of treating serious abdominal firearm-related injuries in South Africa ». *South African Medical Journal*, 2005, 95:591–594.
17. Dubourg, R., J. Hamed et J. Thorns. « The economic and social costs of crime against individuals and households 2003/04. » *Home Office online report 20/05*. Londres, Home Office, 2005 (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfso5/rdsolr3005.pdf>, consulté le 23 juillet 2008).
18. Ajdacic-Gross, V. « Changing times: a longitudinal analysis of international firearm suicide data ». *American Journal of Public Health*, 2006, 96:1752–1755.
19. Killias, M., J. van Kesteren et M. Rindlisbacher. « Guns, violent crime, and suicide in 21 countries ». *Revue canadienne de criminologie*, 2001, 43:429–448.
20. Rosengart, M. et coll. « An evaluation of state firearm regulations and homicide and suicide death rates ». *Injury Prevention*, 2005, 11:77–83.
21. Miller, M., D. Hemenway et D. Azrae. « State-level homicide victimization rates in the US in relation to survey measures of household firearm ownership, 2001–2003 ». *Social Science and Medicine*, 2007, 64:656–664.
22. Conner, K.R. et Y. Zhong. « State firearm laws and rates of suicide in men and women. » *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 25:320–324.
23. Kapusta, N.D. et coll. « Firearm legislation reform in the European Union: the impact on firearm availability, firearm suicide and homicide rates in Austria ». *British Journal of Psychiatry*, 2007, 191:253–257.
24. Beautrais, A.L., D.M. Fergusson et L.J. Horwood. « Firearms legislation and reductions in firearm-related suicide deaths in New Zealand. » *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2006, 40:253–259.

25. Marinho de Souza, M.d.F. et coll. « Reductions in firearm-related mortality and hospitalizations in Brazil after gun control ». *Health Affairs*, 2007, 26:575–584.
26. Ozanne-Smith, J. et coll. « Firearm related deaths: the impact of regulatory reform ». *Injury Prevention*, 2004, 10:280–286.
27. Chapman, S. et coll. « Australia's 1996 gun law reforms: faster falls in firearm deaths, firearm suicides, and a decade without mass shootings ». *Injury Prevention*, 2006, 12:365–372.
28. Neill, C. et A. Leigh. *Weak tests and strong conclusions: a re-analysis of gun deaths and the Australian firearms buyback*. Document de discussion 555. Canberra, Centre for Economic Policy Research, 2007.
29. Baker, J. et S. McPhedran. « Gun laws and sudden death: did the Australian firearms legislation of 1996 make a difference? » *British Journal of Criminology*, 2007, 47:455–469.
30. McPhedran, S. et J. Baker. « Australian firearms legislation and unintentional firearms deaths: a theoretical explanation for the absence of decline following the 1996 gun laws ». *Public Health*, 2008, 122:297–299.
31. Villaveces, A. et coll. « Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in 2 Colombian cities ». *JAMA*, 2000, 283:1205–1209.
32. Cano, I. *Living without arms? Evaluation of the Arms-Free Municipalities Project: an experience in risktaking in a risky context*. San Salvador, United Nations Development Project El Salvador, 2006.
33. Muggah, R. et C. Stevenson. *On the edge: considering the causes and consequences of armed violence in Central America*, (à paraître).
34. Hahn, R.A. et coll. « First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: firearms laws ». *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2003, 52(RR14):11–20.
35. Webster, D.W., J.S. Vernick et L.M. Hepburn. « Effects of Maryland's law banning "Saturday night special" handguns on homicides ». *American Journal of Epidemiology*, 2002, 155:406–412.
36. Weil, D.S. et R.C. Knox. « Effects of limiting handgun purchases on interstate transfer of firearms ». *JAMA*, 1996, 275:1759–1761.
37. Hardy, M.S. « Keeping children safe around guns: pitfalls and promises ». *Aggression and Violent Behaviour*, 2006, 11:352–366.
38. Webster, D.W. et coll. « Association between youth-focused firearm laws and youth suicides ». *JAMA*, 2004, 292:594–601.
39. Cummings, P. et coll. « State gun safe storage laws and child mortality due to firearms ». *JAMA*, 1997, 278:1084–1086.
40. Hepburn, L. et coll. « The effect of child access prevention laws on unintentional child firearm fatalities, 1979–2000 ». *Journal of Trauma*, 2006, 61:423–428.
41. Webster, D.W. et M. Starnes. « Reexamining the association between child access prevention gun laws and unintentional shooting deaths of children ». *Pediatrics*, 2000, 106:1466–1469.
42. Wintemute, G.J. « Gun shows across a multistate American gun market: observational evidence of the effects of regulatory policies ». *Injury Prevention*, 2007, 13:150–155.
43. Vigdor, E.R. et J.A. Mercy. « Do laws restricting access to firearms by domestic violence offenders prevent intimate partner homicide? » *Evaluation Review*, 2006, 30:343–346.
44. Bureau of Alcohol, Tobacco and Firearms. *Commerce in firearms in the United States*. Washington, DC, United States Department of the Treasury, 2000.
45. Small arms survey 2002. Cité par GJ Wintemute. « Gun shows across a multistate American gun market: observational evidence of the effects of regulatory policies ». *Injury Prevention*, 2007, 13:150–155.
46. Muggah, R. *Securing Haiti's transition: reviewing human insecurity and the prospects for disarmament, demobilization, and reintegration / Haïti: les chemins de la transition : étude de l'insécurité humaine et des perspectives de désarmement, de démobilisation et de réintégration*. Genève, Small Arms Survey, 2005.
47. Bureau of Alcohol, Tobacco, Firearms and Explosives. (<http://www.atf.gov/firearms/fflc/index.htm>, consulté le 10 mars 2008).
48. Webster, D.W. et coll. « Effects of undercover police stings of gun dealers on the supply of new guns to criminals ». *Injury Prevention*, 2006, 12:225–230.
49. Kennedy, D.M., A.A. Braga et A.M. Piehl. *Developing and implementing Operation Ceasefire*. In Ashcroft J. *Reducing gun violence: the Boston Gun Project's Operation Ceasefire*. Washington, DC, United States Department of Justice, 2001.
50. Braga, A.A. et coll. « Measuring the impact of Operation Ceasefire ». Dans J. Ashcroft. *Reducing gun violence: the Boston Gun Project's Operation Ceasefire*. Washington, DC, United States Department of Justice, 2001.
51. Callahan, C.M., F.P. Rivara et T.D. Keopsell. « Money for guns: evaluation of the Seattle gun buy-back programs ». *Public Health Reports*, 1994, 109:472–477.
52. Kuhn, E.M. et coll. « Missing the target: a comparison of buyback and fatality related guns ». *Injury Prevention*, 2002, 8:143–146.
53. Romero, M.P., G.J. Wintemute et J.S. Vernick. « Characteristics of a gun exchange program, and an assessment of potential benefits. » *Injury Prevention*, 1998, 4:206–210.
54. Mullin, W.P. « Will gun buyback programs increase the quantity of guns? » *International Review of Law and Economics*, 2001, 21:87–102.
55. Wille, C. « Finding the evidence: the links between weapons collection programmes, gun use and homicide rates in Cambodia ». *African Security Review*, 2005, 15:57–73.

56. Chloros A. et coll. *Breaking the cycle of violence: light weapons destruction in Central America. BASIC papers: occasional papers on international security policy*. Londres, British American Security Information Council, 1997.
57. « Anatomy of civilian disarmament in Jonglei State: recent experiences and implications ». *Sudan Issue Brief 3* (2e édition). Novembre 2006-février 2007. Genève, Small Arms Survey, 2007.
58. Alpers, P. *Gun-running in Papua New Guinea: from arrows to assault weapons in the Southern Highlands*. Genève, Small Arms Survey, 2005.
59. *Manuel des meilleures pratiques relatives aux armes légères et de petit calibre*. Vienne, Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe, 2003.
60. Hepburn, L.M., et D. Hemenway. « Firearm availability and homicide: a review of the literature. » *Aggression and Violent Behavior*, 2004, 9:417-440.
61. Dahlberg, L.L., R.M. Ikeda et M. Kresnow. « Guns in the home and risk of a violent death in the home: findings from a national study ». *American Journal of Epidemiology*, 2004, 160:929-936.
62. Grossman D.C. et coll. « Gun storage practices and risk of youth suicide and unintentional firearm injuries ». *JAMA*, 2005, 293:707-714.
63. Albright, T.L., et S.K. Burge. « Improving firearm storage habits: impact of brief office counselling by family physicians ». *Journal of the American Board of Family Practice*, 2003, 16:40-46.
64. Grossman, D.C. et coll. « Firearm safety counselling in primary care pediatrics: a randomized controlled trial ». *Pediatrics*, 2000, 106:22-26.
65. Teret S.P. et P.L. Culross. « Product-oriented approaches to reducing youth gun violence ». *The Future of Children*, 2002, 12:119-131.
66. Small Arms Survey (sous la direction de). *Small arms survey 2008: risk and resilience*. Genève, Small Arms Survey, 2008.
67. Goldstein, D. *Gun politics: reflections on Brazil's failed gun ban referendum in the Rio de Janeiro context*. Dans C.F. Springwood, (éd.). *Open fire: understanding global gun cultures*. Oxford, Berg, 2007.
68. Thornberry, T. et coll. *Gangs and delinquency in developmental perspective*. Cambridge, Cambridge University Press, 2003.
69. Bjerregaard, B. et AJ Lizotte. « Gun ownership and gang membership ». *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1995, 86:37-58.
70. Bennett, T. et K. Holloway. « Gang membership, drugs and crime in the UK ». *British Journal of Criminology*, 2004, 44:305-323.
71. Fisher H., F.E.M. Gardner et P. Montgomery. « Cognitive behavioural interventions for preventing youth gang involvement for children and young people (7-16). » *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, 2:CD007008.
72. Fisher, H., P. Montgomery et F.E.M. Gardner. « Opportunities provision for preventing youth gang involvement for children and young people (7-16). » *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, 2:CD007002.
73. Goldstein, P.J. « The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework ». *Journal of Drug Issues*, 1985, 39:143-174.
74. Penglase, R.B. « The shutdown of Rio de Janeiro: the poetics of drug trafficker violence ». *Anthropology Today*, 2005, 21:3-6.
75. Lupton, R. et coll. *A rock and a hard place: drug markets in deprived neighbourhoods*. Londres, Home Office, 2002.
76. Kumar, V. et coll. « A study of homicidal deaths in medico-legal autopsies at UMMC, Kuala Lumpur ». *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 2005, 12:254-257.
77. Leyland, A.H. « Homicides involving knives and other sharp objects in Scotland, 1981-2003 ». *Journal of Public Health*, 2006, 28:145-147.
78. Hazen, J.M. et Horner J. *Small arms, armed violence, and insecurity in Nigeria: the Niger Delta in perspective*. Genève, Small Arms Survey, 2007.
79. *Crime and criminal justice statistics*. Canberra, Australian Institute of Criminology (<http://www.aic.gov.au/stats/crime/weapons.html>, consulté le 10 mars 2008).
80. Khoury-Kassabri, M., A.R. Astor et R. Benbenishty. « Weapon carrying in Israeli schools: the contribution of individual and school factors ». *Health Education & Behaviour*, 2007, 34:453-470.
81. Kershaw, C., S. Nicholas et A. Walker. *Crime in England and Wales 2007/08: findings from the British Crime Survey and police reported crime*. Londres, Home Office, 2008.
82. Fukube, S. et coll. « Retrospective study on suicidal cases by sharp force injuries ». *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2008, 15:163-167.
83. Madge, N. et coll. « Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) study ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008, 49:667-677.
84. HM Government. *Youth crime action plan 2008*. Londres, Central Office of Information, 2008.
85. *Criminal Justice Act 1988* (http://www.opsi.gov.uk/ACTS/acts1988/ukpga_19880033_en_1, consulté le 19 novembre 2008).
86. Forsyth, A.J.M. « Banning glassware from nightclubs in Glasgow (Scotland): observed impacts, compliance and patron's views ». *Alcohol & Alcoholism*, 2007, doi:10.1093/alcalc/agm142.
87. Warburton, A.L. et J.P. Shepherd. « Effectiveness of toughened glassware in terms of reducing injury in bars: a randomised controlled trial ». *Injury Prevention*, 2000, 6:36-40.
88. Hughes, K. et M.A. Bellis. *Use of environmental strategies to tackle alcohol-related harm in nightlife environments: the UK experience*. Lisbonne, European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction, 2007.

89. Webb, M., P. Marriott-Lloyd et M. Grenfell M. *Banning the bottle: liquor bans in New Zealand*. 3rd Australasian Drug Strategy Conference. Melbourne, Australie ([http://www.ndp.govt.nz/moh.nsf/pages/cm/1047/\\$File/banningbottleliquorbans.pdf](http://www.ndp.govt.nz/moh.nsf/pages/cm/1047/$File/banningbottleliquorbans.pdf), consulté le 19 novembre 2008).
90. Brookman, F. et M. Maguire. *Reducing homicide: a review of the possibilities*. Londres, Home Office, 2003.
91. Sharp, D. *Serve and protect? Black young people's experiences of policing in the community*. Dans D. Wilson et G. Rees (sous la direction de). *Just justice: a study into black young people's experiences of the youth justice system*. Londres, The Children's Society, 2006.
92. *Knife amnesty: impact on knife-enabled offences*. Londres, Metropolitan Police Service, 2006 (http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/06_12_06_knife_amnesty.pdf, consulté le 19 novembre 2008).
93. Bleetman, A. et coll. « Effect of Strathclyde police initiative "Operation Blade" on accident and emergency attendances due to assault ». *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 1997, 14:153–156.
94. Gunnell, D. et Eddleston M. « Suicide by intentional ingestion of pesticides: a continuing tragedy in developing countries ». *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:902–909.
95. Wilks, M.F. et coll. « Improvement in survival after paraquat ingestion following introduction of a new formulation in Sri Lanka ». *PLoS Medicine*, 2008, 5:e49.
96. Eddleston, M. et coll. « Differences between organophosphorus insecticides in human self-poisoning ». *Lancet*, 2005, 366:1452–1459.
97. Eddleston, M., M.H.R. Sheriff et K. Hawton. « Deliberate self harm in Sri Lanka: an overlooked tragedy in the developing world ». *BMJ*, 1998, 317:133–142.
98. Wickramasinghe K. et coll. Financial costs to the government health care services for treating acute self-poisoning in a rural Asian district. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, (sous presse).
99. *Terrorist threats to food: guidance for establishing and strengthening prevention and response systems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
100. *The WHO recommended classification of pesticides by hazard and guidelines to classification 2004*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
101. *International code of conduct on the distribution and use of pesticides*. Rome, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2003.
102. *Stockholm Convention* (<http://chm.pops.int/>, consulté le 18 juillet 2008).
103. « Pesticide Action Network UK. Which pesticides are banned in Europe? » *Food & Fairness Briefing No.1* (<http://www.pan-uk.org/projects/fairness/documents.html>), consulté le 19 novembre 2008.
104. Eddleston M. et coll. « Pesticide poisoning in the developing world – a minimum pesticides list ». *The Lancet*, 2002, 360:1163–1167.
105. Bertolote, J.M. et coll. « Deaths from pesticide poisoning: a global response ». *British Journal of Psychiatry*, 2006, 189:201–203.
106. Pinto Pereira, L.M., K. Boysielal et A. Siung-Chang. « Pesticide regulation, utilization, and retailers' selling practices in Trinidad and Tobago, West Indies: current situation and needed changes ». *Pan American Journal of Public Health*, 2007, 22:83–90.
107. Pesticide Action Network International. *Suivi et contrôle communautaires des impacts de pesticides – Position de PAN International – Groupe de Travail 5. 2007* (<http://www.pan-international.org/panint/files/GT5.pdf>, consulté le 18 juillet 2008).
108. *The chemical trap: stories from African fields*. Londres, Pesticide Action Network UK, 2007.
109. Abdullat, E.M. et coll. « Agricultural and horticultural pesticides fatal poisoning: the Jordanian experience 1999–2002. » *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 2006, 13:304–307.
110. Manuweera, G. et coll. « Do targeted bans of insecticides to prevent deaths from self-poisoning result in reduced agricultural output? » *Environmental Health Perspectives*, 2008, 116:492–495.
111. Gunnell D. et coll. « The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka ». *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36:1235–1242.
112. Roberts, D.M. et coll. « Influence of pesticide regulation on acute poisoning deaths in Sri Lanka ». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2003, 81:789–798.
113. Williamson, S., A. Ball et J. Pretty. « Trends in pesticide use and drivers for safer pest management in four African countries ». *Crop Protection*, 2008, 27:1327–1334.
114. Li, X.Y. et coll. « Characteristics of serious suicide attempts treated in general hospitals. » *Chinese Mental Health Journal*, 2002, 16:681–684.
115. Eddleston, M. et coll. « Choice of poison for intentional self-poisoning in rural Sri Lanka ». *Clinical Toxicology*, 2006, 44:283–286.
116. Organisation mondiale de la Santé/International Association for Suicide Prevention. *Safer access to pesticides: community interventions*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
117. Organisation mondiale de la Santé/International Association for Suicide Prevention. *Prevention of suicidal behaviours: feasibility demonstration projects on community interventions for safer access to pesticides*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
118. Konradsen, F. et coll. Community uptake of safe storage boxes to reduce self-poisoning from pesticides in Sri Lanka. *BMC Public Health*, 2007, 7:13.
119. Hawton, K. et coll. *Prevention of self-poisoning with pesticides: evaluation of acceptability and use of lockable storage devices in Sri Lanka*. Oxford, Centre for Suicide Research, University of Oxford, 2008 (rapport non publié).

prévention de la violence
les faits

5.

**Promouvoir l'égalité entre
les sexes afin de prévenir
la violence contre les femmes**



Aperçu

Promouvoir l'égalité entre les sexes afin de prévenir la violence contre les femmes.

La promotion de l'égalité entre les sexes est une partie essentielle de la prévention de la violence. Le lien entre sexe et violence est complexe. Cependant, les données factuelles portent à croire que les inégalités entre les sexes augmentent le risque d'actes violents commis par les hommes contre les femmes et entravent la capacité des personnes touchées de demander protection. Il existe de nombreuses formes de violence contre les femmes; le présent exposé s'intéresse à la violence commise par des partenaires intimes, soit la forme la plus courante. Bien que des recherches plus approfondies soient nécessaires, les données factuelles montrent que l'école, la communauté et les interventions dans les médias peuvent promouvoir l'égalité entre les sexes et prévenir la violence contre les femmes en s'attaquant aux stéréotypes qui accordent aux hommes le pouvoir sur les femmes.

Les initiatives scolaires constituent de bons moyens de prévenir la violence contre les femmes.

Les programmes en milieu scolaire peuvent s'attaquer aux normes et aux attitudes sexistes avant qu'elles ne deviennent profondément enracinées chez les enfants et les jeunes. Ces initiatives ont trait aux normes sexistes, à la violence dans les fréquentations et aux sévices sexuels chez les adolescents et les jeunes adultes. Des résultats positifs ont été recensés pour les programmes Safe Dates (États-Unis) et Youth Relationship Project (Canada).

Les interventions communautaires peuvent favoriser l'autonomie des femmes et la participation des hommes à la lutte contre la violence.

Les interventions communautaires peuvent s'attaquer aux normes et aux attitudes sexistes, par exemple en combinant des programmes de microcrédit à l'intention des femmes et des méthodes qui font participer les hommes, en tant que partenaires, à la lutte contre la violence sexuelle. Les données les plus convaincantes proviennent de l'initiative de microcrédit et d'équité entre les sexes IMAGE, de l'Afrique du Sud, et du programme Stepping Stones, mis en œuvre en Afrique et en Asie. Les programmes communautaires s'adressant à des groupes de pairs masculins se révèlent prometteurs pour le changement des attitudes à l'égard de normes sexistes traditionnelles et des comportements violents, mais ils nécessitent des évaluations plus rigoureuses. La prise en charge de ces interventions par la communauté et une bonne formation des facilitateurs semblent favoriser leur efficacité.

Les interventions dans les médias peuvent modifier les normes sexistes et promouvoir les droits des femmes.

Les campagnes de sensibilisation publique et autres interventions faites à la télévision, à la radio, dans les journaux et dans d'autres médias de masse peuvent être efficaces pour changer les attitudes à l'égard des normes sexistes. Les plus réussies sont les interventions qui cherchent à comprendre leur public cible et à en associer les membres à l'élaboration du contenu. Cependant, nous ne savons pas encore si ces interventions réduisent véritablement la violence.

Les programmes doivent faire participer les hommes et les femmes.

Selon certaines données, les programmes de microcrédit qui favorisent l'autonomie des femmes (sans la participation des hommes) peuvent en fait créer des frictions et des conflits entre partenaires, particulièrement dans les sociétés caractérisées par la rigidité des rôles sexospécifiques. Il faut effectuer des recherches plus approfondies pour étudier dans quelle mesure ces effets négatifs peuvent être surmontés.

1. Introduction

Le lien entre sexe et violence est complexe. Les différents rôles et comportements des filles et des garçons ainsi que des femmes et des hommes sont modelés et renforcés par des normes sexistes établies dans la société. Ce sont les attentes sociales qui définissent le comportement qui est approprié pour une femme ou pour un homme (p. ex., dans certaines sociétés, être un homme équivaut à prendre des risques, à être fort et agressif et à avoir plusieurs partenaires sexuels). Les différences constatées au niveau des rôles et comportements sexistes créent souvent des inégalités, où l'homme ou la femme s'arroge des pouvoirs au détriment de l'autre. Ainsi, dans de nombreuses sociétés les femmes sont considérées comme subordonnées aux hommes et ont un statut social inférieur, ce qui permet aux hommes de les contrôler ou d'avoir de plus grands pouvoirs décisionnels qu'elles. Les inégalités entre les sexes ont des incidences profondes et étendues sur la société. Par exemple, elles peuvent contribuer à des iniquités sexistes en ce qui concerne la santé et l'accès aux soins de santé, les perspectives d'emploi et les promotions, le niveau de revenu, la participation et la représentation politiques, et l'éducation.

Souvent les inégalités entre les sexes augmentent le risque que les hommes commettent des actes violents contre les femmes (voir les définitions à l'**encadré 1**). Par exemple, les croyances traditionnelles selon lesquelles les hommes ont le droit de contrôler les femmes font en sorte que les femmes et les filles sont vulnérables à la violence physique, émotionnelle et sexuelle exercée par les hommes (1,2). Elles entravent également la capacité des victimes à fuir les mauvais traitements ou à demander de l'aide (3). La violence contre les femmes est le plus souvent perpétrée par un partenaire intime, mais elle peut prendre de nombreuses autres

formes : violence par un membre de la famille, harcèlement sexuel et sévices sexuels exercés par des personnes incarnant l'autorité, traite des femmes à des fins de prostitution, mariage d'enfants, violence reliée à la dot, crimes d'honneur, violence sexuelle commise par les soldats durant les guerres, etc. (4). Sur le plan de la santé, les conséquences d'une telle violence vont des blessures physiques et des grossesses non désirées aux infections transmises sexuellement (y compris le VIH), en passant par les problèmes émotionnels, tels que l'anxiété et la dépression, et (dans des cas extrêmes) jusqu'à l'homicide ou au suicide (3,5,6-10).

Donc, pendant des décennies, la promotion de l'égalité entre les sexes a constitué une partie essentielle de la prévention de la violence. Elle comportait, d'une part, des interventions qui confrontent les croyances et les normes culturelles solidement ancrées qui alimentent les inégalités entre hommes et femmes et, d'autre part, les efforts visant à associer tous les secteurs de la société au redressement de ces inégalités – deux types d'initiatives qui réduiraient la violence sexiste. Toutefois, en dépit de la longue histoire et de la grande visibilité de telles mesures, peu d'entre elles ont fait l'objet d'une évaluation scientifique de quelque genre que ce soit.

Le présent exposé examine quelquesunes des méthodes les plus prometteuses de promotion de l'égalité entre les sexes ainsi que leur efficacité à réduire la violence à l'égard des femmes. Il existe de nombreux types de violence contre les femmes, mais l'exposé traite plus particulièrement des interventions visant à prévenir la violence commise par les partenaires intimes et pendant les fréquentations, vu que ces deux types d'interventions ont été davantage évalués que les autres de ce domaine. Il s'agit notamment des interventions suivantes :

ENCADRÉ 1

Définitions

ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES : Égalité de traitement des hommes et des femmes dans les lois et politiques, et égalité d'accès aux ressources et aux services dans les familles, les communautés et la société en général (11).

ÉQUITÉ ENTRE LES SEXES : Répartition juste et équitable des avantages et des responsabilités entre les femmes et les hommes. Les programmes et les politiques qui renforcent tout particulièrement le droit des femmes sont souvent nécessaires pour parvenir à cette équité (11).

VIOLENCE SEXISTE (VIOLENCE FONDÉE SUR LE SEXE) : Violence touchant les hommes et les femmes, dans laquelle la femme est généralement la victime, et qui découle d'un rapport de force inégal entre les deux personnes en cause. La violence est dirigée contre une femme précisément parce que c'est une femme et elle touche les femmes de façon disproportionnée. Elle comprend, sans toutefois s'y limiter, des sévices physiques, sexuels et psychologiques (qui consistent notamment à intimider, à faire souffrir, à contraindre et à priver de liberté au sein de la famille ou dans la collectivité). Elle inclut la violence perpétrée ou tolérée par l'État (13). Cette définition largement acceptée de la violence fondée sur le sexe est désormais souvent élargie de manière à inclure la violence qui découle de rapports d'inégalité entre les hommes et les femmes (p. ex., violence homophobe).

VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES : Tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée (14).

VIOLENCE ENTRE PARTENAIRES INTIMES : Tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime, cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique. C'est la forme la plus courante de violence à l'égard des femmes.

ENCADRÉ 2

Violence entre partenaires intimes

Dans une étude sur la violence entre partenaires intimes menée dans dix pays, le pourcentage de femmes ayant déclaré des actes de violence physique ou sexuelle, ou les deux, commis par leurs partenaires au cours de leur vie variait de 15 % (dans une ville du Japon) à 71 % (dans une province de l'Éthiopie). Le pourcentage de femmes ayant déclaré de la violence physique ou sexuelle, ou les deux, au cours de l'année précédente variait de 4 % (dans des villes du Japon, du Monténégro et de la Serbie) à 54 % (dans une province de l'Éthiopie) (15).

- **Interventions axées sur l'école** – Dans le cadre de ces interventions, on travaille avec les élèves avant que les attitudes et les comportements sexistes soient profondément ancrés. Les interventions les plus largement évaluées sont celles portant sur les fréquentations, qui visent à créer des relations d'égalité et à changer les attitudes et les normes à l'égard des fréquentations.
- **Interventions communautaires** – Dans le cadre de ces interventions, on essaie d'apporter un changement chez l'individu et dans l'ensemble de la communauté, en s'attaquant aux normes et aux attitudes sexistes. Ces interventions peuvent comprendre des méthodes visant à favoriser l'autonomie des femmes sur le plan économique et à faire participer les hommes, en tant que partenaires,

à la lutte contre la violence fondée sur le sexe.

- **Interventions dans les médias** – Les campagnes de sensibilisation publique utilisent les médias de masse pour s'attaquer aux normes et aux attitudes sexistes et essayer de sensibiliser l'ensemble de la société aux comportements violents à l'égard des femmes et aux façons de les éviter.

Les interventions gouvernementales de promotion de l'égalité des sexes, telles que les lois et les politiques (voir l'**encadré 3**), peuvent également jouer un rôle important dans la prévention primaire de la violence. Cependant, de telles interventions ne sont pas analysées en profondeur dans le présent exposé, puisqu'il existe très peu d'évaluations de ces mesures.

ENCADRÉ 3

Lois et politiques visant à promouvoir l'égalité entre les sexes

L'élaboration de cadres légaux internationaux et nationaux qui favorisent l'égalité entre les sexes peut jouer un rôle important dans la prévention de la violence contre les femmes. Sur le plan international, les États doivent, dans le cadre des ententes sur les droits humains, prendre des mesures pour éliminer la violence sexiste exercée contre les femmes (15). Ces ententes comprennent notamment la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Des changements significatifs sont en cours dans le monde pour renforcer les lois et les politiques nationales, notamment : les lois qui criminalisent la violence contre les femmes (p. ex., la violence entre partenaires intimes, le viol conjugal, la traite à des fins de prostitution); les lois et politiques qui appuient et protègent les victimes (p. ex., la mise en œuvre d'ordonnances de protection, d'unités de protection de l'enfant et de la famille, d'équipes d'intervention spécialisées, de refuges pour femmes battues et de tribunaux de la famille); les lois qui renforcent l'intervention de la police et d'autres agents de justice pénale dans les cas de violence contre les femmes; les lois qui renforcent les droits de la femme en matière de mariage, de divorce, de droit de propriété et d'héritage ainsi que de pension alimentaire pour enfants (3,16,17).

2. Interventions en milieu scolaire

Les interventions en milieu scolaire visent à s'attaquer aux normes sexistes et à l'égalité entre les sexes à un très jeune âge, avant que les stéréotypes sexistes soient profondément ancrés chez l'enfant et le jeune. Un certain nombre d'initiatives ont été élaborées pour s'attaquer aux normes sexistes, à la violence pendant les fréquentations et aux sévices sexuels chez les adolescents et les jeunes adultes (18). Ces initiatives ciblent soit des groupes de pairs masculins soit des groupes de jeunes mixtes et visent à mieux faire connaître le problème de la violence entre partenaires intimes, à s'attaquer aux stéréotypes et aux normes sexistes et à réduire les niveaux de violence pendant les fréquentations. Certaines évaluations de ces programmes laissent supposer qu'ils peuvent faire mieux prendre conscience de la violence pendant les fréquentations et améliorer les attitudes envers cette forme de violence. Leur efficacité à réduire les niveaux de sévices réels à l'égard des femmes semble prometteuse, bien qu'elle n'ait pas été démontrée de manière constante et que les évaluations aient porté essentiellement sur des résultats à court terme (18–21).

Toutefois, des résultats positifs ont été recensés, particulièrement pour les programmes *Safe Dates* (États-Unis) et *Youth Relationship Project* (Canada). *Safe Dates* est une initiative scolaire et communautaire qui cible les filles et les garçons de la huitième et de la neuvième année (13 à 15 ans). Elle comprend un programme de formation de 10 séances, une production théâtrale, un concours d'affiches, de la formation à l'intention des fournisseurs de services communautaires et des services de soutien pour les adolescents touchés. Un essai contrôlé randomisé sur le programme a révélé que (comparativement aux membres du groupe témoin) les participants ont déclaré moins de sévices psy-

chologiques et de violence sexuelle et physique à l'égard de la personne fréquentée un mois après la fin du programme (22) et quatre ans plus tard (23).

Les programmes portant sur les fréquentations sont plus efficaces s'ils sont offerts en plusieurs séances échelonnées dans le temps (plutôt qu'en une seule séance) et s'ils visent à changer les attitudes et les normes plutôt qu'à simplement fournir de l'information (30). En outre, certaines données indiquent que, pour les hommes, les programmes s'adressant à des groupes mixtes sont moins efficaces à changer les attitudes que ceux destinés à des groupes composés entièrement d'hommes (31). Bien que la majorité des programmes scolaires évalués portant sur la violence pendant les fréquentations aient été menés aux États-Unis et dans d'autres pays à revenu élevé, certaines initiatives sont en cours dans des pays en développement. Par exemple, en Afrique du Sud, une adaptation du programme *Safe Dates* pour les élèves de la 8e année (13 et 14 ans) est en cours d'évaluation. En outre, des groupes pour les élèves de la 5e à la 8e année (10 à 14 ans) ont été établis dans le cadre du programme *Men As Partners* (voir les Interventions communautaires cidessous). Ces groupes encouragent les garçons à arrêter la violence familiale et sexuelle à l'égard des femmes et des filles et à devenir des pères responsables (32). Toutefois, le programme doit être évalué.

Le *Youth Relationship Project* de l'Ontario (Canada) est une intervention communautaire ayant pour but d'aider les jeunes à risque de 14 à 16 ans à établir des relations saines et sans violence avec leurs partenaires, en leur offrant de la formation sur les relations saines et les relations violentes, la résolution de conflits, les techniques de communication et les activités d'action sociale. Un essai contrôlé randomisé a révélé que l'intervention était

efficace pour réduire les cas de sévices physiques et émotionnels et les symptômes de détresse émotionnelle sur une période de 16 mois après l'intervention (24).

D'autres programmes, destinés tant aux hommes qu'aux femmes, ont permis de changer les attitudes à l'égard de la violence. Par exemple, aux États-Unis, un programme de cinq séances sur la violence pendant les fréquentations, qui a été mené chez les élèves de la 9e à la 12e année (14 à 18 ans), a permis d'étudier la façon dont l'inégalité entre les sexes favorise la violence, de remettre en cause les attitudes de l'individu et de la société à l'égard de la violence comme moyen de résolution de conflits, d'aider les élèves à acquérir des compétences en communication non violente et de cerner les ressources pouvant aider les victimes d'agression pendant les fréquentations. Une évaluation bien conçue a montré que le programme a permis de diminuer considérablement, tant chez les hommes que chez les femmes qui y participaient, leur tolérance à l'égard de la violence pendant les fréquentations (comparativement aux membres d'un groupe témoin) (25).

Un autre programme en vigueur aux États-Unis, *Mentors in Violence Prevention*, offre six ou sept séances de formation de deux heures à des jeunes hommes et femmes de niveau secondaire et collégial, répartis dans des groupes mixtes et des groupes de même sexe. Les élèves en apprennent sur les différents types de mauvais traitements, les stéréotypes sexistes et l'acceptation par la société de la violence contre les femmes. De plus, des jeux de rôle ont permis aux participants de confronter les attitudes sexistes et de prévenir activement la violence (26). Une évaluation du programme réalisée dans dix écoles a permis d'examiner les connaissances et les attitudes des participants avant et deux à cinq mois après le programme. Selon cette évaluation, comparativement aux membres d'un groupe témoin, les connaissances des participants en matière de violence contre les femmes, avaient sensiblement augmenté après le programme. L'étude a également indiqué que le programme a permis d'améliorer les attitudes des participants à l'égard de la violence contre les femmes et leur a donné plus de confiance pour intervenir ou dénoncer cette violence (27).

Certaines initiatives menées seulement auprès de groupes de pairs masculins ont également permis de changer à court terme les attitudes à l'égard

de la violence, particulièrement la violence sexuelle – et ont favorisé de nouvelles idées de masculinité fondées sur la non-violence à l'égard des femmes et le respect de celles-ci. Aux États-Unis par exemple, des étudiants de premier cycle ont participé à un programme d'une heure dirigé par quatre pairs éducateurs masculins. L'initiative comportait le visionnement d'une vidéo qui décrivait une situation menant à un viol et qui enseignait des techniques de base permettant aux participants d'aider une femme à se remettre d'un viol, d'avoir des discussions franches et ouvertes dans les rapports sexuels et de s'attaquer à la normalisation du viol par la société. Une évaluation contrôlée randomisée a montré que, immédiatement après le programme, les niveaux d'acceptation des mythes au sujet du viol et de la probabilité de commettre un viol (mesurés par une question comportementale) étaient sensiblement plus bas qu'avant le programme chez les participants – et aucun changement de ce genre n'a été observé chez le groupe témoin. Une étude de suivi menée après sept mois a indiqué que les changements bénéfiques étaient durables mais qu'aucun changement n'a été observé dans les niveaux de contrainte sexuelle avant et après l'intervention (28).

Dans le cadre d'une initiative semblable, *The Men's Program*, on a fait visionner à des étudiants de premier cycle de sexe masculin une vidéo décrivant un viol homosexuel masculin afin de leur montrer comment ils se sentiraient s'ils étaient violés. Dans la vidéo, on faisait également des liens avec le viol d'une femme par un homme afin de susciter de l'empathie pour les victimes. De plus, on apprenait aux participants comment offrir du soutien aux victimes de viol et confronter les pairs qui se moquent des femmes violées ou qui se vantent d'avoir violé des femmes. Dans le cadre de l'évaluation de cette approche, on a orienté de façon aléatoire les participants vers l'un des deux autres modules de formation qui traitait soit de l'intervention des témoins dans des situations où il y a consommation d'alcool et danger de viol, soit de la définition du consentement dans des situations où il y a consommation d'alcool. Un essai contrôlé randomisé a révélé que dans les deux groupes étudiés, les participants étaient beaucoup moins susceptibles (que les membres du groupe témoin) d'accepter des idées reçues sur le viol ou de commettre une agression sexuelle ou un viol (29).

3. Interventions communautaires

Les interventions communautaires promouvant l'égalité entre les sexes visent habituellement à favoriser l'autonomie des femmes, à renforcer leur situation économique (p. ex., par des programmes de microcrédit) et à changer les stéréotypes et les normes sexistes (17,30,33,34). Ces programmes ont été surtout mis en œuvre dans les pays en développement. Bien que la plupart d'entre eux s'adressent uniquement aux femmes (ou à des groupes mixtes), certains réunissent seulement des groupes de pairs masculins et sont axés sur la masculinité, les normes sexistes et la violence. Cette situation reflète une prise de conscience croissante de l'importance d'associer les hommes et les garçons aux interventions, non seulement pour redéfinir les concepts de la masculinité axée sur la dominance et le contrôle, mais aussi pour les amener à lutter contre la violence à l'égard des femmes. Les interventions communautaires visent non seulement à changer la façon dont les individus pensent et se comportent, mais aussi à mobiliser des villages ou districts entiers dans les efforts visant à éradiquer la violence à l'égard des femmes.

3.1 Microcrédit

Plusieurs initiatives axées sur le microcrédit ont été mises en œuvre pour renforcer le pouvoir économique et social des femmes. Ces programmes accordent de petits prêts visant à mobiliser des ressources pour des projets créateurs de revenus, qui peuvent atténuer la pauvreté. Les programmes de microcrédit peuvent fonctionner isolément, mais ceux qui réussissent tendent à incorporer des séances de formation et des ateliers de renforcement des capacités dans le but d'aider à changer les normes sexistes, d'améliorer la communication dans les relations et de favoriser l'autonomie des femmes d'une manière ou d'une autre (35).

L'un des programmes les plus réussis et les plus rigoureusement évalués est le programme de l'Afrique du Sud appelé IMAGE (*Intervention with Microfinance for AIDS and Gender Equity* – intervention par le microcrédit pour le sida et l'égalité entre les sexes). Ce programme cible les femmes vivant dans les foyers les plus pauvres des régions rurales et combine des services financiers et à des séances de formation et de renforcement des capacités sur la prévention du VIH, les normes sexistes, les croyances culturelles, la communication et la violence entre partenaires intimes (36–38). Le programme encourage aussi une participation communautaire plus vaste dans le but de faire participer les hommes et les garçons à la lutte contre la violence. Il vise à améliorer les possibilités d'emploi des femmes, à augmenter leur influence dans les décisions familiales et la capacité de régler les conflits conjugaux, à renforcer leurs réseaux sociaux et à réduire la transmission du VIH.

Un essai contrôlé randomisé a permis de constater que, deux ans après la fin du programme, les participantes avaient déclaré 55 % moins d'actes de violence commis par leur partenaire intime dans les 12 mois précédents que les membres d'un groupe témoin (37). Comparativement au groupe témoin, ces femmes ont signalé moins de cas de comportement dominateur de la part de leur partenaire (34 % des participantes contre 42 % des membres du groupe témoin), en dépit du fait qu'avant leur adhésion au programme, elles avaient souffert de niveaux plus élevés de ce genre de comportement que les membres du groupe témoin. De plus, les participantes avaient davantage tendance à être en désaccord avec les déclarations admettant la violence physique et sexuelle entre partenaires intimes (52 % des participantes contre 36 % des membres du groupe témoin) (37). En outre, un pour-

centage plus élevé de femmes du programme a déclaré avoir eu une communication familiale sur des sujets et attitudes touchant la sexualité qui remettaient en question les rôles sexistes. Cependant, le programme n'a eu aucun effet sur l'incidence du VIH ou sur le taux de femmes dont le dernier rapport sexuel avec un partenaire qui n'était pas le conjoint était non protégé (37).

D'autres programmes de crédit autonomes destinés aux femmes semblent prometteurs pour réduire la violence entre partenaires intimes. Il s'agit notamment des programmes de développement rural de la Grameen Bank et du Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC)¹ qui sont en cours au Bangladesh.

Dans ces programmes, les femmes participantes ont été interviewées de façon rétrospective, et on leur a demandé si le programme avait changé leur expérience relativement à la violence du partenaire intime. Leurs réponses ont révélé qu'elles avaient couru deux fois moins de risque d'être battues par leur partenaire dans l'année précédente que les femmes vivant dans des villages qui n'offraient pas de tels programmes (39). Les femmes étaient protégées de la violence du partenaire grâce à leur capacité de ramener au foyer une ressource qui profitait à celui-ci, ce qui améliorait leur rôle à la maison. Étant donné que leur participation au programme permettait à ces femmes de communiquer davantage avec d'autres à l'extérieur de la maison, leur existence (et du même coup leur expérience de la violence d'un partenaire intime) devenait aussi plus visible. Ces programmes ont aussi présenté des avantages pour toute la communauté. Les niveaux de violence conjugale chez les femmes non participantes vivant dans les villages où les programmes de crédit avaient été mis en œuvre étaient environ 30 % plus bas que chez les femmes non participantes des villages sans programme de crédit.

Cependant, les promesses de ces programmes sont atténuées par des cas recensés de prêteurs qui exploitent les emprunteuses défavorisées en leur imposant des taux d'intérêt très élevés susceptibles de les piéger dans le cercle vicieux de l'endettement et d'aggraver leur pauvreté (40) – ainsi que par des cas recensés de violence accrue du partenaire intime (41). Les désaccords au sujet

du contrôle des biens et des revenus nouvellement acquis, combinés aux changements d'attitude des femmes à l'égard des rôles sexistes traditionnels, à un meilleur soutien social et à une plus grande confiance à se défendre contre l'autorité masculine, ont parfois engendré des conflits conjugaux et des actes de violence à l'égard des femmes perpétrés par leurs partenaires (39). Des cas de recrudescence de la violence après la participation aux programmes de crédit ont également été rapportés ailleurs (42), du moins au début de la participation au programme (43).

Ces résultats négatifs peuvent s'expliquer par les différences entre les programmes de crédit de la Grameen Bank et du BRAC et le programme IMAGE de l'Afrique du Sud décrit un peu plus tôt. Le programme IMAGE comporte des séances de formation et de renforcement des capacités qui abordent diverses questions sociales et associent les hommes et les garçons à la lutte contre la violence. Cependant, les programmes Grameen et BRAC ne comprennent pas ces séances de formation et de renforcement des capacités (sauf pour ce qui est du travail indépendant, souvent après une année de participation). En outre, ces programmes s'adressent seulement aux femmes. Les rôles sexospécifiques préexistants semblent influencer sur les résultats relatifs à la violence des programmes de crédit : dans les communautés où les rôles et des hommes et des femmes sont établis de manière rigide, la participation des femmes peut donner lieu à des niveaux accrus de violence entre partenaires, mais non dans celles qui se montrent plus souples dans l'observation de ces rôles (44). Par la sensibilisation et le renforcement des compétences ainsi que par l'engagement auprès des garçons et des hommes, le programme IMAGE permet de changer les attitudes de communautés entières, les rendant plus réceptives à l'autonomisation des femmes, sans entraîner de contrecoup.

3.2 Remise en cause des normes et des attitudes sexistes

D'autres programmes communautaires remettent en cause les normes et les attitudes sexistes qui justifient la violence entre partenaires intimes. Le programme le plus largement établi et le plus rigoureusement évalué est le *Stepping Stones*, une intervention touchant la formation aux aptitudes à la vie quotidienne, conçu pour la prévention du VIH, qui a été mis en œuvre en Afrique et en Asie. À l'aide de méthodes diverses, y compris une réflexion personnelle du participant sur ses propres attitudes

¹ Les programmes de développement rural de la Grameen Bank et du BRAC sont les deux plus importants programmes de crédit non gouvernementaux au Bangladesh. Les participantes sont réparties en petits groupes de solidarité qui partagent la responsabilité du remboursement des prêts.

et comportements, des jeux de rôle et le théâtre, le programme aborde des questions telles que la violence sexiste, la communication sur le VIH, les compétences relationnelles et l'assertivité. Treize séances de trois heures sont offertes en parallèle à des groupes composés uniquement de femmes et uniquement d'hommes. Ces séances sont complétées par des rencontres communautaires et de groupes de pairs mixtes. Le programme Stepping Stones est conçu pour améliorer la santé sexuelle en développant des relations plus solides et plus égalitaires entre des personnes de sexe différent. Certaines versions du programme ont été évaluées dans divers pays (45). Toutefois, l'étude la plus complète est un essai contrôlé randomisé effectué dans la province du Cap Oriental (Afrique du Sud), avec des participants âgés de 15 à 26 ans. L'étude a révélé qu'une plus faible proportion des hommes ayant pris part au programme avaient commis des sévices physiques ou sexuels envers leurs partenaires intimes dans les deux ans qui ont suivi le programme, comparativement aux hommes d'un groupe témoin (46). En outre, dans une évaluation qualitative menée en Gambie sur une période d'un an auprès des couples participants, on a constaté que, comparativement aux couples d'un groupe témoin, ils communiquaient mieux entre eux et se querellaient moins et que les hommes acceptaient

davantage le refus d'une femme d'avoir une relation sexuelle et étaient moins enclins à la battre (47).

En Ouganda, le groupe *Raising Voices* et le *Centre for Domestic Violence Prevention* ont lancé une initiative communautaire à l'intention des hommes et des femmes, conçue pour remettre en cause les normes sexistes et prévenir la violence à l'égard des femmes et des enfants (48). Cette initiative comprend : la sensibilisation à la violence familiale et le renforcement des réseaux de soutien et d'action dans la communauté et les secteurs professionnels; les activités communautaires telles que le théâtre, les discussions et le porte-à-porte; ainsi que l'utilisation de la radio, de la télévision et des journaux pour promouvoir les droits de la femme. Un examen du programme effectué après deux ans a indiqué que toutes les formes de violence entre partenaires intimes avaient diminué dans la communauté (48). Toutefois, 8 % des femmes et 18 % des hommes ont fait état d'une augmentation des sévices physiques contre les femmes après le début du programme. Cette réaction d'hostilité a été attribuée à des hommes qui se sentaient menacés par l'autonomisation des femmes (voir l'**encadré 4**).

Un certain nombre de programmes, ouverts exclusivement à des groupes de pairs masculins, s'attaquent aux valeurs et attitudes associées

ENCADRÉ 4

Les contrecoups observés au Nicaragua montrent qu'il faut aussi faire participer les hommes

Au cours de la dernière décennie, le Nicaragua a fait figure de pionnier dans un certain nombre d'initiatives visant à protéger les femmes contre la violence familiale. Ces initiatives comprenaient :

- l'établissement d'un réseau de postes de police pour femmes (Comisaria de la Mujer), où les femmes victimes de mauvais traitements reçoivent un soutien psychologique, social et juridique;
- la création d'un ministère des Affaires de la famille (Mi Familia) qui, entre autres responsabilités, veille à ce que les femmes et les enfants victimes de violence familiale soient accueillis dans un refuge;
- la mise en œuvre de la réforme du programme national de santé génésique pour combattre la violence sexiste et les sévices sexuels.

Simultanément, des groupes de la société civile ont fait campagne pour promouvoir les droits des femmes et favoriser leur autonomie afin de combattre la violence familiale. En dépit de ces efforts, le nombre de cas d'actes de violence familiale et sexuelle contre les femmes a augmenté de façon spectaculaire. Par exemple, selon les rapports des cas de sévices sexuels reçus par la Comisaria de la Mujer, leur nombre est passé de 4 174 (de janvier à juin 2003) à 8 376 (de janvier à juin 2004).

D'après les chercheurs de la Universidad Centro Americana et de l'Institute for Gender Studies, deux facteurs expliquent cette augmentation : un meilleur système de signalement des cas, vu que l'on encourage les femmes à parler ouvertement de ce problème, et la sensibilisation croissante des femmes au fait que les traditions culturelles qui favorisent la violence ne sont plus acceptables du point de vu du droit international. Par ailleurs, l'opposition active des femmes nicaraguayennes contre l'hégémonie masculine a entraîné une augmentation des conflits familiaux qui s'est traduite par un plus grand recours des hommes à la violence familiale.

Ces conclusions donnent à penser que les interventions contre la violence familiale ne doivent pas s'adresser exclusivement aux femmes, mais doivent aussi cibler les hommes afin de prévenir toute réaction d'hostilité (49).

à la violence contre les femmes, redéfinissent les concepts de masculinité et font participer les hommes à la prévention de la violence. Toutefois, de façon générale, peu d'études rigoureuses ont évalué l'incidence de ces programmes sur la violence. En Afrique, en Asie, en Amérique latine et aux États-Unis, le programme *Men As Partners* offre aux hommes des ateliers de formation et de renforcement des capacités pour qu'ils examinent leurs attitudes face à la sexualité et à la sexospécificité et favorisent l'égalité entre les sexes dans les relations (50). Le projet permet d'établir de meilleures installations de soins de santé pour les hommes, de mener des campagnes de sensibilisation publique aux échelons local et national et de défendre des changements aux échelons national et international. L'examen d'un atelier de cinq jours tenu en Afrique du Sud a fait état de certains résultats positifs, même s'il ne s'agissait pas d'une étude indépendante et qu'on a omis d'inclure un groupe témoin à des fins de comparaison. Néanmoins, on a observé des changements dans les attitudes sexistes des hommes participants qui avaient accepté, à 67 %, de remplir un questionnaire. Par exemple, 54 % des hommes étaient en désaccord avec l'énoncé « Les hommes doivent prendre toutes les décisions dans une relation » lors de l'entrevue réalisée avant la formation comparativement à 75 % trois mois plus tard. De même, 61 % des hommes étaient en désaccord avant la formation avec l'énoncé « Les femmes qui portent des vêtements sexy désirent être violées », comparativement à 82 % trois mois plus tard (50).

Le Programme H, en cours au Brésil, est un autre exemple d'intervention qui s'adresse à des groupes de pairs masculins. Il préconise des relations saines et vise à prévenir le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement. Le Programme H comporte deux grands volets : des séances de formation (avec vidéo, jeu de rôle et discussions) de deux heures par semaine sur une période de six mois faisant la promotion de changements dans les attitudes

et les comportements, et une campagne de marketing social qui prône des changements dans les normes de masculinité et les modes de vie. Une évaluation faite auprès de jeunes hommes de 14 à 25 ans a permis de comparer trois communautés : la première a bénéficié du volet de formation du Programme H, la deuxième a bénéficié du volet de formation ainsi que du volet campagne de marketing social et la troisième (groupe témoin) n'a bénéficié d'aucune intervention. Comparativement à la communauté témoin, après six mois, les participants des deux communautés ayant bénéficié d'un ou des deux volets étaient moins susceptibles de soutenir les normes sexistes traditionnelles que ce n'était le cas avant l'intervention (51).

L'Inde a aussi mis à l'essai une version du Programme H, selon le même concept et la même durée qu'au Brésil. Une évaluation a révélé que le programme encourageait les hommes participants à remettre en question les normes sexistes traditionnelles. De plus, dans le cadre du programme réalisé en Inde, la proportion d'hommes ayant fait état d'actes de violence à l'égard de leur partenaire dans les trois mois précédents avait diminué de façon marquée dans les groupes ayant participé à l'intervention, comparativement au groupe témoin (52).

Les évaluations des interventions communautaires indiquent que celles-ci peuvent aider à réduire la violence et à changer les attitudes et les normes sexistes (17,30,33,34), mais des évaluations plus scientifiques sont nécessaires, particulièrement pour les programmes qui mettent l'accent sur les groupes de pairs masculins. Les interventions communautaires sont plus efficaces lorsque les facilitateurs reçoivent une bonne formation et ont la confiance de la communauté. Leur succès est également lié à la prise en charge des interventions par les communautés elles-mêmes, à l'utilisation simultanée d'une variété de méthodes et d'activités, à un financement suffisant et soutenu et à l'appui des décideurs de haut niveau.

4. Interventions dans les médias

Les interventions dans les médias ont recours à la télévision, à la radio, aux journaux, aux revues et autres publications imprimées pour atteindre un large public et entraîner des changements dans la société. Elles ont pour objet d'élargir les connaissances, de remettre en cause les attitudes et de modifier les comportements. Les interventions dans les médias peuvent également changer les normes et les valeurs sociales (p. ex., la croyance que la masculinité est associée à l'agressivité) par des discussions publiques et des interactions sociales. Les campagnes médiatiques ont prouvé leur efficacité à élargir les connaissances en matière de violence entre partenaires intimes et à influencer les attitudes à l'égard des normes sexistes. Toutefois, on connaît peu leur capacité à réduire les comportements violents, car il est difficile de mesurer les changements éventuels sur les niveaux de violence associés à ces interventions (21,30,33,53). Toutefois, l'expérience nous montre que les interventions dans les médias les plus réussies sont celles qui commencent par comprendre le comportement de leur public et qui font participer ce public à l'élaboration de l'intervention (30).

L'un des programmes médiatiques les plus connus et les mieux évalués est le programme Soul City réalisé en Afrique du Sud (54). Ce programme utilise une série d'épisodes radio et télévisés pour mettre en lumière la violence entre partenaires intimes, le viol pendant les fréquentations et le harcèlement sexuel, entre autres problèmes sociaux. La série est accompagnée de livrets d'information qui sont distribués à l'échelle nationale. Dans le cadre d'une évaluation des quatre séries, qui portait sur la violence fondée sur le sexe, on a utilisé un échantillon aléatoire de la population nationale et mené deux ensembles d'entrevues, à huit mois d'intervalle : avant et

après l'intervention. L'étude a montré une association entre l'exposition à la série Soul City et des changements dans les connaissances et les attitudes à l'égard de la violence entre partenaires intimes (55). Par exemple, dans le cadre du suivi, le pourcentage de gens qui étaient d'accord avec l'énoncé « Aucune femme ne mérite d'être battue » a augmenté, passant de 77 % à 88 %, tandis que le pourcentage de ceux qui étaient en désaccord avec l'énoncé « Les femmes qui sont victimes de mauvais traitements n'ont qu'à se taire et à l'accepter » est passé de 68 % à 72 %. Cependant, aucun changement majeur n'a été signalé dans le cas des autres attitudes, par exemple concernant l'énoncé « En tant que chef de famille, l'homme a le droit de battre sa femme » (55), et le modèle d'étude n'a pas permis d'établir s'il y a eu des effets sur les comportements violents.

Au Nicaragua, une stratégie de communication de masse appelée *Somos Diferentes, Somos Iguales* (nous sommes différents, nous sommes égaux) a fait la promotion de changement social afin d'améliorer la santé sexuelle et génésique. La stratégie visait à conférer aux femmes et aux jeunes l'autonomie nécessaire pour maîtriser leur vie ainsi qu'à promouvoir les droits de la femme et l'égalité entre les sexes. Les activités comprenaient notamment une série télévisée nationale intitulée *Sexto Sentido* (sixième sens), une émission-débat radiophonique à l'intention des jeunes et des activités communautaires, telles que des ateliers de formation à l'intention des jeunes et des camps de leadership jeunesse. La série télévisée était une dramatique hebdomadaire fondée sur des scénarios thématiques, qui a été diffusée au Nicaragua, dans d'autres pays de l'Amérique centrale et aux États-Unis. Dans le cadre d'une évaluation menée sur un échantillon de jeunes nicaraguayens (de 13 à

24 ans), on a constaté que la stratégie était associée à un changement positif des attitudes concernant l'équité entre les sexes chez ceux qui avaient été exposés à la série. Cependant, en l'absence d'un groupe témoin qui aurait permis de procéder à une comparaison, l'étude n'a pas permis de mesurer les changements dans les niveaux de violence à l'égard des femmes (56).

Un certain nombre de campagnes s'adressant particulièrement aux hommes visaient à bousculer les concepts traditionnels de masculinité associés à la violence. Toutefois, dans l'évaluation de ces campagnes, on n'a pas examiné leurs effets sur la violence. Par exemple, une campagne menée en Australie en 2001, connue sous le nom de *Violence against Women – It's Against All the Rules*, a ciblé des hommes de 21 à 29 ans. Des célébrités sportives ont livré le message selon lequel la violence n'est pas une preuve de masculinité (57). De même, aux États-Unis, une campagne de sensibilisation publique destinée aux hommes et aux garçons, intitulée *Men Can Stop Rape* (les hommes peuvent mettre un terme au viol), véhicule le message *My strength is not for hurting* (ma force ne sert pas à faire du mal). Les supports de promotion de la campagne soulignent comment un homme peut être fort sans dominer les autres et visent à redéfinir la masculinité (58). Au plan international, la campagne du Ruban blanc invite hommes et les garçons à travailler à mettre un terme à la violence contre les femmes. Cette initiative éducative sensibilise à la violence contre les femmes et exhorte les hommes à la dénoncer. Ceux qui sont en faveur de cette démarche portent un ruban blanc qui symbolise leur promesse de ne jamais commettre, laisser faire ou passer sous silence un acte de violence envers une femme (59).

De nombreuses autres campagnes d'information publique préconisent l'égalité entre les sexes et sensibilisent à la violence entre partenaires intimes, mais peu d'entre elles ont fait l'objet d'une évaluation. Ces campagnes peuvent se révéler utiles pour plaider en faveur de la mise en œuvre

de lois et de politiques qui contribuent à l'égalité entre les sexes (voir l'**encadré 3**). Les campagnes internationales comprennent notamment :

- 16 Journées de mobilisation contre la violence à motivation sexiste : Cette campagne annuelle, lancée en 1991 par le Center for Women's Global Leadership, associée à ses efforts des organisations de plus de 130 pays. Parmi les activités de cette campagne, citons : faire prendre conscience que la violence est une violation des droits humains; renforcer le travail qui se fait au niveau local contre la violence à l'encontre des femmes; faire pression sur les gouvernements afin qu'ils apportent les changements nécessaires pour éliminer la violence (<http://www.unfpa.org/16days>).
- TOUS UNIS pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes : Lancée par le Secrétaire général de l'ONU en février 2008, cette campagne vise à sensibiliser le public et à accroître la volonté politique et les ressources pour prévenir la violence à l'égard des femmes et des filles et prendre des mesures à cet égard (<http://www.un.org/fr/women/endviolence/>).
- Dites NON à la violence contre les femmes : Lancée par le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme, cette campagne défend le droit des femmes à mener une vie sans violence (<http://saynotoviolence.org/fr>).
- Halte à la violence contre les femmes : Lancée en 2004 par Amnesty Internationale, cette campagne défend l'égalité des droits des femmes et des enfants et presse les gouvernements à abolir les lois et les pratiques qui perpétuent la violence envers les femmes et à adopter des politiques qui les protègent (<http://www.amnesty.org/en/campaigns/stop-violence-against-women>).

5. Résumé

La promotion de l'égalité entre les sexes est une partie essentielle de la prévention de la violence. Toute une gamme d'interventions dans les écoles, dans les communautés et dans les médias visent à promouvoir l'égalité entre les sexes et les relations non violentes en s'attaquant aux stéréotypes sexistes qui accordent aux hommes plus de pouvoir et de contrôle sur les femmes ou qui associent la masculinité à l'agressivité et à la violence. Quelques-unes de ces interventions ont fait l'objet d'évaluations adéquates, mais il faut procéder à d'autres évaluations permettant de mesurer les comportements violents réels plutôt que les améliorations sur le plan des attitudes ou des connaissances, dont le lien avec les comportements violents est parfois inconnu.

Certains programmes en milieu scolaire se sont avérés efficaces. Cependant, les évaluations de ces programmes, à l'exception de celles relatives au programme *Safe Dates* et au *Youth Relationship Project*, portaient sur les résultats à court terme. Il faut donc plus de recherches sur leurs effets à long terme. Les programmes en milieu scolaire sont efficaces pour prévenir la violence à l'égard des femmes, car ils permettent de s'attaquer aux normes et aux attitudes sexistes avant qu'elles ne soient profondément ancrées. L'école constitue aussi un milieu de choix pour travailler avec des groupes de pairs masculins où les idées rigides sur la masculinité peuvent être remises en question et redéfinies. Parmi les interventions communautaires, les programmes *IMAGE* et *Stepping Stones* sont appuyés par les données factuelles les plus

solides. Les programmes communautaires qui s'adressent à des groupes de pairs masculins se révèlent très prometteurs pour changer les attitudes à l'égard des normes sexistes traditionnelles ainsi que les comportements violents, mais leurs résultats doivent faire l'objet d'évaluations plus rigoureuses. Enfin, les interventions dans les médias, telle *Soul City* en Afrique du Sud, semblent efficaces pour remettre en cause des attitudes concernant les normes sexistes et les droits de la femme qui peuvent avoir une influence sur les comportements violents. Cependant, nous ne savons pas encore si elles réduisent effectivement les comportements violents.

Des données factuelles montrent que le succès de certains programmes de microcrédit dans l'autonomisation des femmes (sans la participation des hommes) peut en fait causer des frictions et des conflits entre partenaires, particulièrement dans les sociétés où les rôles des hommes et des femmes sont observés de façon très rigide (44). Il faut d'autres recherches pour déterminer dans quelle mesure ces effets négatifs pourraient être surmontés. Lorsque l'observance de ces rôles est plus souple, la plupart des femmes jouissent de plus de pouvoir, d'un meilleur statut social et d'une indépendance économique, et le risque de violence à leur égard est moindre (6). Il importe donc de faire participer les hommes et les femmes ainsi que les garçons et les filles aux interventions qui favorisent l'égalité entre les sexes et qui préviennent la violence à l'égard des femmes.

Références

1. Ilika, A.L. « Women's perception of partner violence in a rural Igbo community ». *African Journal of Reproductive Health*, 2005, 9:77–88.
2. Mitra, A. et P. Singh. « Human capital attainment and gender empowerment: the Kerala paradox ». *Social Science Quarterly*, 2007, 88:1227–1242.
3. Heise L. et C. Garcia-Moreno. « La violence exercée par des partenaires intimes ». Dans Krug et coll., dir. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
4. Heise, L., M. Ellsberg et M. Gottmoeller. « A global overview of gender-based violence ». *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2002, 78:S5–S14.
5. *La violence à l'encontre des femmes. Aide-mémoire no 239*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/index.html>, consulté le 5 février 2009).
6. Sarkar, N.N. « The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. » *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2008, 28:266–71.
7. Coker, A.L. « Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. » *Trauma Violence and Abuse*, 2007, 8:149–77.
8. Plichta, S.B. « Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications ». *Journal of Interpersonal Violence*, 2004, 19:1296–323.
9. Campbell, J.C. « Health consequences of intimate partner violence ». *Lancet*, 2002, 359:1331–36.
10. Dutton, M.A. et coll. « Intimate partner violence, PTSD and adverse health outcomes ». *Journal of Interpersonal Violence*, 2006, 21:955–968.
11. *Transformer les systèmes de santé : genre et droits dans la santé de la reproduction*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
12. Conseil économique et social de l'ONU (ECOSOC). *Agreed Conclusions 1997/2*. 18 juillet 1997. (<http://www.unhcr.org/refworld/docid/4652c9fc2.html>, consulté le 5 février 2009).
13. Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). *Violence against girls and women: a public health priority* (<http://www.unfpa.org/intercenter/violence/>, consulté le 5 février 2009).
14. Assemblée générale des Nations Unies A/RES/48/104 23 février 1994. (<http://daccessddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/095/06/PDF/N9409506.pdf?OpenElement>, consulté le 5 février 2009)
15. Garcia-Moreno, C. et coll. « Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence ». *Lancet*, 2002, 368: 1260–69.
16. *Commonwealth Secretariat. Integrated approaches to eliminating gender-based violence*. Londres, Commonwealth Secretariat, 2003.
17. Morrison, A., M. Ellsberg et S. Bott. *Addressing gender-based violence in the Latin American and Caribbean region: a critical review of interventions*. World Bank Policy Research Working Paper 3438. (<http://www-wds.worldbank.org/>, consulté le 5 février 2009).
18. Hickman, L.J., L.H. Jaycox et J. Aronoff. « Dating violence among adolescents: prevalence, gender distribution, and prevention programme effectiveness ». *Trauma, Violence and Abuse*, 2004, 5: 123–142.
19. Avery-Leaf, S. et M. Cascardi. « Dating violence education: prevention and early intervention strategies ». Dans PA Schewe, éd. *Preventing violence in relationships: interventions across the life span*. Washington, DC, American Psychological Association, 2002.
20. Wekerle, C. et D.A. Wolfe. « Dating violence in mid-adolescence: theory, significance and emerging prevention initiatives. » *Clinical Psychology Review*, 1999, 19:435–456.
21. Whittaker, D.J., C.K. Baker et I. Arias. « Interventions to prevent intimate partner violence ». Dans LS Doll et coll. (sous la direction de). *Handbook of injury and violence prevention*. New York, Springer, 2007.
22. Foshee, V.A. et coll. « An evaluation of safe dates an adolescent dating violence prevention programme. » *American Journal of Public Health*, 1998, 88:45–50.

23. Foshee, V.A. et coll. « Assessing the effects of the dating violence prevention program “Safe Dates” using random coefficient regression modelling ». *Prevention Science*, 2005, 6:245–257.
24. Wolfe, D. et coll. « Dating violence prevention with at-risk youth: a controlled outcome evaluation ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2): 279–291.
25. Avery Leaf, S. et coll. « Efficacy of a dating violence prevention program on attitudes justifying aggression ». *Journal of Adolescent Health*, 1997, 21:11–17.
26. Ward, K.J. *MVP Evaluation 1999–2000* (<http://www.sportinsociety.org/files/mvp-evaluation1.pdf>, consulté le 5 février 2009).
27. Campbell, J.C. « Health consequences of intimate partner violence ». *Lancet*, 2002, 359:1331–36 (<http://www.sportinsociety.org/files/completeformat.doc>, consulté le 5 février 2009)
28. Foubert, J.D. « The longitudinal effects of a rape-prevention program on fraternity men’s attitudes, behavioral intent, and behavior ». *Journal of American College Health*, 2000, 48:158–163.
29. Foubert, J.D. et J.T. Newberry. « Effects of two versions of an empathy-based rape prevention program on fraternity men’s survivor empathy, attitudes and behavioural intent to commit rape or sexual assault ». *Journal of College Student Development*, 2006, 47:133–148.
30. Harvey, A., C. Garcia-Moreno et A. Butchart. *Primary prevention of intimate partner violence and sexual violence: background paper for WHO expert meeting May 2–3, 2007*. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/IPV-SV.pdf, consulté le 5 février 2009).
31. Brecklin, L.R., et DR Forde. « A meta-analysis of rape education programs ». *Violence and Victims*, 2001, 16:303–321.
32. Sonke Gender Justice Project. *Men as partners: engaging men to reduce children’s vulnerabilities to HIV/AIDS and gender-based violence in Nkandla, KwaZulu-Natal and OR Tambo, Eastern Cape*. (www.genderjustice.org.za, consulté le 5 février 2009).
33. Guedes A. *Addressing gender-based violence from the reproductive health/HIV sector: a literature review and analysis*. Rapport commandé par USAID Interagency Gender Working Group (IGWG). Washington, DC, POPTech project, 2004.
34. *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
35. Kim, J. et coll. « Assessing the incremental benefits of combining health and economic interventions: experience from the IMAGE Study in rural South Africa ». *Bulletin de l’Organisation mondiale de la Santé*, 2009, (sous presse).
36. « Rural AIDS and Development Action Research Programme (RADAR) ». *Social interventions for HIV/AIDS. Intervention with Micro-finance for AIDS and gender equity (IMAGE) study. Evaluation Monograph No. 1*. Afrique du Sud, RADAR, 2002.
37. Pronyk, P.M. et coll. « Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. » *Lancet*, 2006, 368:1973–83.
38. Kim, J.C., C.H. Watts, J.R. Hargreaves et coll. « Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women’s empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa ». *American Journal of Public Health*, 2007, 97:1794–1802.
39. Schuler, S.R. et coll. « Credit programs, patriarchy and men’s violence against women in rural Bangladesh ». *Social Science and Medicine*, 1996, 43:1729–1742.
40. Rhyno, E. *Commercialization and crisis in Bolivian microfinance*. Bethesda, É.U., Microenterprise Best Practices, 2001.
41. Kabeer, N. « Conflicts over credit: re-evaluating the empowerment potential of loans to women in rural Bangladesh. » *World Development*, 2001, 1:63–84.
42. Rahman, A. « Micro-credit initiatives for equitable and sustainable development: who pays? » *World Development*, 1999, 27:67–82.
43. Ahmed, S.M. « Intimate partner violence against women: experiences from a woman-focused development programme in Matlab, Bangladesh ». *Journal of Health and Population Nutrition*, 2005, 23:95–101.
44. Koenig, M.A. et coll. « Women’s status and domestic violence in rural Bangladesh: Individual and Community level effects ». *Demography*, 2003, 40:269–288.
45. *ActionAid International. Evaluating Stepping Stones. A review of existing evaluations and ideas for future M&E work*. (http://alextechw10.co.uk/steppingstones/downloads/AAISS_review_finalMay_2006.pdf, consulté le 5 février 2009)
46. Jewkes, R. et coll. « Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial ». *British Medical Journal*, 337: a506. doi: 10.1136/bmj.a506
47. Paine, K. et coll. « “Before we were sleeping, now we are awake”: preliminary evaluation of the Stepping Stones sexual health programme in The Gambia ». *African Journal of AIDS Research*, 2002, 1:41–52.
48. *Raising Voices and the Center for Domestic Violence Prevention. Mobilising communities to prevent domestic violence, Kawempe Division, Uganda. Impact Assessment*. (http://www.preventgbvafrica.org/images/publications/evaluations/rv.cedovip_impactassess.pdf, consulté le 21 août 2008).
49. Schopper, D., J.-D. Lormand et R. Waxweiler (sous la direction de). *Developing policies to prevent injuries: guidelines for policy makers and planners*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

50. Peacock, D. et A. Levack. « The men as partners in South Africa: reaching men to end gender-based violence and promote sexual and reproductive health ». *International Journal of Men's Health*, 22 septembre 2004.(http://findarticles.com/p/articles/mi_moPAU/is_3_3/ai_n13733408?tag=artBody;col1, consulté le 21 août 2008).
51. Pulerwitz, J. et coll. *Promoting gender-equity among young Brazilian men as an HIV prevention strategy. Horizons Research Summary*. Washington, DC, Population Council, 2006.
52. Verma, R.K. et coll. *From research to action – addressing masculinity and gender norms to reduce HIV/AIDS related risky sexual behavior among young men in India*. Washington, DC, Population Council, 2008.
53. Campbell, J.C. et J. Manganello. « Changing public attitudes as a prevention strategy to reduce intimate partner violence ». *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 2006, 13:13–39.
54. *Soul City Institute. Johannesburg* (<http://www.soulcity.org.za>, consulté le 21 août 2008).
55. Usdin, S., E. Scheepers, .S. Goldstein et coll. « Achieving social change on gender-based violence: a report on the impact evaluation on Soul City's fourth series ». *Social Science and Medicine*, 2005, 61:2434–2445.
56. Solórzano, I. et coll. *Catalyzing personal and social change around gender, sexuality, and HIV: impact evaluation of Puntos de Encuentro's communication strategy in Nicaragua*. Washington, DC, Population Council, 2008.
57. Flood, M. « Engaging Men: Strategies and dilemmas in violence prevention education among men ». *Women Against Violence: A Feminist Journal*, 2002–2003, 13:25–32.
58. *Men Can Stop Rape. Strength Campaign* ([http:// www.mencanstoprape.org](http://www.mencanstoprape.org), consulté le 5 février 2009).
59. *White Ribbon Campaign* (<http://www.whiteribbon.ca>, consulté le 5 février 2009).
60. Archer, J. « Cross-cultural differences in physical aggression between partners: a social-role analysis ». *Personality and Social Psychology Review*, 2006, 10(2):133–53.

prévention de la violence
les faits



6.

**Changer les normes culturelles
et sociales qui favorisent
la violence**



Aperçu

Les normes culturelles et sociales peuvent encourager la violence.

Les règles ou les attentes de comportement – c'est-à-dire les normes – d'un groupe culturel ou social peuvent encourager la violence. Les interventions qui remettent en question les normes culturelles et sociales favorisant la violence peuvent prévenir les actes de violence, et elles ont été largement utilisées. Le présent exposé décrit la façon dont les normes culturelles et sociales peuvent favoriser la violence, fournit des exemples d'interventions qui visent à modifier ces normes et présente les principales difficultés que pose l'évaluation rigoureuse de ces interventions.

Les interventions ciblent souvent la violence entre partenaires intimes et la violence juvénile.

Certaines interventions visent à réduire la violence dans les fréquentations et les sévices sexuels chez les adolescents et les jeunes adultes en influant sur les attitudes et les normes sexistes qui, par exemple, permettent aux hommes de contrôler les femmes. Bon nombre d'entre elles sont destinées à des groupes de pairs masculins, compte tenu de la forte influence que les jeunes adultes peuvent avoir sur leurs comportements mutuels. L'une des approches courantes consiste à corriger les fausses perceptions que les gens peuvent avoir des attitudes et du comportement des autres. Les campagnes dans les médias, notamment la sensibilisation par le divertissement (infodivertissement), ont également été utilisées pour remettre en question les normes qui favorisent la violence.

Les lois et les politiques peuvent aider à modifier les normes liées à la violence.

Les lois et les politiques qui criminalisent les comportements violents envoient à la société le message que de tels comportements ne sont pas acceptables. Presque tous les gouvernements du monde ont des lois contre la plupart des formes d'homicides. Mais récemment, de plus en plus de gouvernements ont commencé à adopter et à mettre en œuvre des lois contre la violence non mortelle entre partenaires intimes.

Il faut des évaluations plus rigoureuses des interventions qui remettent en question les normes sociales.

L'efficacité des interventions qui remettent en questions les normes favorisant la violence a fait l'objet de peu d'études d'évaluation. Il est possible de procéder à des évaluations rigoureuses de telles interventions, mais pour ce faire, il faut surmonter un certain nombre de difficultés, par exemple, isoler clairement les effets des interventions des éventuels facteurs de confusion et mieux comprendre les mécanismes qui sous-tendent les changements des normes culturelles et sociales.

1. Introduction

Les normes culturelles et sociales ont une influence marquée sur le modelage du comportement individuel, notamment le recours à la violence. Les normes peuvent protéger contre la violence, mais elles peuvent aussi favoriser et encourager son utilisation. Par exemple, l'acceptation culturelle de la violence, soit comme méthode normale de résolution des conflits, soit comme moyen courant d'élever un enfant, est un facteur de risque pour tous les types de violence interpersonnelle (1). Cette acceptation culturelle de la violence peut également aider à expliquer pourquoi les pays qui connaissent des niveaux élevés d'une forme de violence enregistrent également des niveaux encore plus élevés d'autres formes de violence (2). La tolérance sociale des comportements violents s'apprend probablement au cours de l'enfance, soit en étant victime de châtiments corporels (2), soit en étant témoin de violence dans la famille (3,4), dans les médias (5) ou dans d'autres milieux.

Les interventions qui remettent en question les normes culturelles et sociales favorables à la violence peuvent aider à réduire et à prévenir les comportements violents. Ces interventions, même si elles sont très répandues, ont rarement fait l'objet d'évaluations. Compte tenu des lacunes de la base de données factuelles à leur sujet, il est prématuré d'étudier leur efficacité. Ainsi, le présent exposé vise à encourager l'accroissement des efforts pour mettre en œuvre et évaluer des interventions bien conçues qui remettent en question les normes culturelles et sociales favorisant la violence. Par conséquent, l'exposé :

- définit les normes culturelles et sociales et illustre la façon dont elles favorisent la violence;
- donne des exemples d'interventions qui visent à modifier ces normes;
- cerne les principales difficultés rencontrées dans le cadre des évaluations de l'efficacité de telles interventions.

2. Normes culturelles et sociales favorisant la violence

Les normes culturelles et sociales sont des règles ou des attentes de comportement d'un groupe culturel ou social précis. Souvent tacites, ces normes fournissent des règles sociales de comportement approprié et inapproprié, qui régissent ce qui est acceptable (et ce qui ne l'est pas) et coordonnent nos interactions avec les autres (6). Les normes culturelles et sociales persistent dans une société en raison de la préférence de l'individu à adopter un comportement conforme à celui qui est attendu de tous (7). On croit que des pressions externes et internes diverses maintiennent les normes culturelles et sociales (7). Les individus sont donc dissuadés de violer les normes par crainte de désapprobation sociale ou de punition et en raison des sentiments de culpabilité et de honte qui découlent de l'intériorisation des normes.

Les normes culturelles et sociales ne correspondent pas nécessairement aux attitudes de l'individu (sentiments positifs ou négatifs à l'égard d'un objet ou d'une idée) ni à ses croyances (perceptions selon lesquelles certaines prémisses sont vraies), bien que si elles sont intériorisées, elles peuvent influencer ses attitudes et ses croyances. De plus, les normes culturelles et sociales varient grandement; donc, un comportement acceptable pour une entité sociale ou une culture peut ne pas être toléré dans une autre.

Différentes normes culturelles et sociales favorisent différents types de violence, tel qu'il est démontré dans l'**encadré 1**. Par exemple, certaines croyances traditionnelles selon lesquelles les hommes ont le droit de contrôler et de discipliner les femmes par des moyens physiques rendent les femmes vulnérables à la violence exercée par les partenaires intimes (8,9). De même, l'acceptation culturelle de la violence, notamment la violence sexuelle, en tant qu'affaire privée, s'oppose à toute

intervention et empêche les victimes d'en parler et de demander de l'aide (11). Dans de nombreuses sociétés, les victimes de violence sexuelle se sentent aussi stigmatisées, d'où leur réticence à dénoncer ce genre de violence (12).

De plus, l'association, bien fondée, entre la consommation d'alcool et les comportements violents montre clairement que les normes culturelles et sociales entourant l'utilisation de l'alcool et les effets prévus peuvent aussi encourager et justifier les actes violents. Dans un certain nombre de pays, la consommation nocive d'alcool est jugée être à l'origine de 26 % des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)¹ chez les hommes et de 16 % chez les femmes, par suite d'homicides (13). Les sociétés qui tolèrent des taux plus élevés d'intoxication alcoolique aigüe font état d'un lien plus étroit entre la consommation d'alcool et la violence que celles où les gens boivent avec plus de modération (14). En outre, la violence liée à l'alcool se produirait plus probablement dans les cultures où les gens sont nombreux à penser que l'alcool joue un rôle positif en les aidant à atténuer leurs inhibitions (15). Dans ce cas, l'alcool peut être utilisé comme justification d'un comportement violent, ou peut être consommé pour se donner le courage nécessaire pour commettre des crimes violents. Les interventions qui remettent en question les normes culturelles et sociales qui sous-tendent les comportements à risque en matière de consommation d'alcool ainsi que les attentes sociales entourant l'alcool peuvent contribuer à prévenir la violence (16,17). Pour plus de renseignements sur le lien entre l'alcool et la violence, voir l'exposé de la présente série sur la prévention de la violence par la diminution de la disponibilité et de la consommation nocive de l'alcool.

¹. L'AVCI est une mesure des effets de la maladie, de l'invalidité et de la mortalité sur la santé des populations.

Les normes culturelles et sociales qui favorisent les divers types de violence

Maltraitance des enfants

- Les enfants de sexe féminin ont moins de valeur dans la société que ceux de sexe masculin (p. ex. au Pérou [18], où les enfants de sexe féminin sont considérés comme ayant moins de potentiel social et économique).
- Les enfants ont un statut inférieur dans la société et au sein de la famille (p. ex., au Guatemala [19]).
- Le châtement corporel est un moyen acceptable et normal d'éduquer un enfant (p. ex., en Turquie [20] et en Éthiopie [21]).
- Les communautés adhèrent à des pratiques culturelles traditionnelles nocives, par exemple la mutilation génitale (p. ex., au Nigeria [22] et au Soudan [23]) ou les mariages d'enfants (24).

Violence entre partenaires intimes

- Un homme a le droit d'imposer sa volonté à une femme et jouit généralement d'une plus grande considération sociale (p. ex., en Inde [8], au Nigeria [9] et au Ghana [25]).
- Un homme a le droit d'infliger un châtement physique à une femme qui s'est « mal comportée » (p. ex., en Inde [26], au Nigeria [27] et en Chine [28]).
- La liberté d'une femme doit être restreinte (p. ex., au Pakistan [29]).
- La violence physique est un moyen acceptable de résoudre les conflits dans une relation (p. ex., en Afrique du Sud [30] et en Chine [28]).
- Une femme a la responsabilité du bon fonctionnement de son mariage (p. ex., en Israël [31]).
- La violence entre partenaires intimes est un sujet tabou (p. ex., en Afrique du Sud [32]) et le signalement des sévices sexuels est irrespectueux (au Nigeria [9]).
- Le divorce est une honte (p. ex., au Pakistan [11]).
- Lorsqu'un dot (paiement en argent versé au mari par la famille de la mariée ou à la famille de la mariée par le mari) est censée faire partie du mariage (p. ex., au Nigeria [27] et en Inde [33]), il peut se produire des actes violents soit parce que les demandes financières ne sont pas respectées, soit parce que le mari considère la dot versée comme un achat, et qu'il devient de ce fait propriétaire de la femme.
- L'honneur d'un homme est relié au comportement sexuel de la femme. Ici, toute transgression sexuelle déshonore l'ensemble de la famille, ce qui peut alors conduire à des crimes d'honneur (p. ex., en Jordanie [34,35]).

Suicide et atteinte à soi-même

- Les problèmes de santé mentale sont des sujets d'embarras et de honte, et dissuadent les victimes de chercher de l'aide (p. ex., en Australie [36] et au Brésil [37]).
- Les personnes appartenant à des groupes sociaux différents au sein de la société ne sont pas tolérées – par exemple, les homosexuels (au Japon [38]).

Violence sexuelle

- Un homme qui se marie a des droits en matière sexuelle (p. ex., au Pakistan [11]).
- Ce sont les filles qui provoquent les désirs sexuels des hommes (p. ex., en Afrique du Sud [10,39]).
- La violence sexuelle est un moyen acceptable de remettre les femmes à leur place ou de les punir (p. ex., en Afrique du Sud [10]).
- L'activité sexuelle (y compris le viol) est un marqueur de masculinité (p. ex., en Afrique du Sud [39]).
- Le sexe et la sexualité sont des sujets tabous (p. ex., au Pakistan [11]).
- La violence sexuelle est une honte pour la victime, ce qui l'empêche de porter plainte (p. ex., aux États-Unis [12]).

Violence juvénile

- Le signalement d'actes de violence juvénile ou d'intimidation est inacceptable (au Royaume-Uni [40]).
- La violence est un moyen acceptable de résoudre les conflits (aux États-Unis [41]).

Violence communautaire

- L'intolérance culturelle, l'aversion intense et les stéréotypes à l'égard de groupes « différents » (p. ex., nationalité, origine ethnique, homosexualité) peuvent contribuer à un comportement violent ou agressif à l'égard des autres (p. ex., violence xénophobe ou raciste [42] et violence homophobe [43]).

3. Remettre en question les normes favorisant la violence : exemples d'interventions

Les interventions qui remettent en question les normes culturelles et sociales qui favorisent la violence sont souvent intégrées à d'autres approches. Toutefois, les exemples décrits ici sont limités aux interventions qui visent exclusivement ou principalement à modifier les normes culturelles et sociales afin de prévenir la violence. Même s'ils n'ont pas tous été évalués, ces exemples sont présentés pour permettre de mieux comprendre cette approche de prévention de la violence. L'**encadré 2** présente les concepts qui sous-tendent l'*approche des normes sociales*, l'un des cadres les plus utilisés pour ces interventions. Toute intervention qui vise à agir sur les normes culturelles ou sociales se heurte à la difficulté particulière d'accorder une place aux groupes ayant des normes qui diffèrent de celles de la population générale. Les interventions sont souvent adaptées à ces sous-groupes plutôt que de s'adresser à la population dans son ensemble.

3.1 Violence entre partenaires intimes et violence sexuelle

Aux États-Unis et dans d'autres pays développés, pour réduire la violence pendant les fréquentations ainsi que les sévices sexuels chez les adolescents et les jeunes adultes, on a élaboré des initiatives qui comportent des éléments destinés à transformer les normes culturelles et sociales. Ces normes comprennent les stéréotypes sexuels, les croyances à l'égard de la masculinité et de l'agression ou de la violence, ainsi que les idées selon lesquelles la violence dans les relations intimes ou pendant les fréquentations est normale. Certaines initiatives s'adressent tout particulièrement à des groupes de pairs masculins, par exemple les clubs *Men of Strength* (44); d'autres ciblent à la fois les hommes et les femmes, par exemple *Men Against Violence* (45) et *Mentors in Violence Prevention* (46). Ces programmes reconnaissent la forte influence que les jeunes adultes peuvent avoir sur

ENCADRÉ 2

Approche des normes sociales

Selon l'approche des normes sociales, les gens ont des perceptions erronées à l'égard des attitudes et des comportements d'autrui. Ainsi, ils tendent à surestimer la prévalence des comportements à risque (tels que la surconsommation d'alcool ou la tolérance à l'égard des actes violents) et, au contraire, à sous-estimer les comportements de protection. Ces perceptions affectent les comportements individuels de deux manières : elles augmentent et justifient les comportements à risque, et elles augmentent la probabilité qu'une personne n'exprime pas son malaise à l'égard des comportements à risque (renforçant du même coup la tolérance sociale des comportements en question). L'approche des normes sociales vise à rectifier ces perceptions erronées en favorisant une compréhension plus réaliste des normes comportementales en vigueur, ce qui met un frein aux comportements à risque. Cette théorie a été largement appliquée aux États-Unis pour réduire la consommation excessive d'alcool chez les étudiants des collèges et a été associée à une diminution de la consommation d'alcool et du tabagisme (47,48). Ce type d'approche aurait réussi dans une certaine mesure à modifier les attitudes des groupes de pairs masculins à l'égard des comportements sexuels à risque (voir la section sur la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle). Les conceptions erronées sur les attitudes à l'égard des comportements violents ont également été démontrées dans le cas de l'intimidation (49), ce qui donne à penser que les approches liées aux normes sociales pourraient réduire cette forme de violence.

leurs comportements mutuels et les pressions sociales liées à la masculinité qui associent la force physique et le statut social masculin à la violence. En sensibilisant davantage à la violence dans les fréquentations et en renforçant les normes reconues qui préconisent le comportement non violent, ces programmes encouragent le rôle des jeunes adultes en tant qu'alliés ou protecteurs de leurs pairs contre la violence sexuelle et la violence dans les fréquentations. En outre, il est admis que si les jeunes choisissent de remettre en question les actes violents et de lutter contre eux, ils indiqueront à leurs pairs qu'un tel comportement n'est pas acceptable. Malheureusement, il reste à évaluer l'efficacité de ces programmes de prévention des comportements violents.

L'approche des normes sociales décrite dans l'**encadré 2** a été utilisée pour traiter la question de la violence sexuelle chez les étudiants des collèges aux États-Unis. Parmi ces étudiants, les hommes paraissaient sousestimer aussi bien l'importance généralement accordée au consentement sexuel que la disposition de la plupart des hommes à réagir contre l'agression sexuelle (50). Bien que les données factuelles sur le sujet soient limitées, des résultats positifs ont été rapportés. Par exemple, dans une université américaine, un projet intitulé *A Man Respects a Woman* avait pour objectifs de faire reculer le nombre d'agressions sexuelles commises contre les femmes, d'accroître la justesse des perceptions à l'égard des normes de comportements sexuels non coercitifs et de réduire les comportements coercitifs déclarés par les hommes. L'équipe du projet a organisé une campagne de marketing social destinée aux hommes, une pièce de théâtre portant sur la socialisation et des séances de sensibilisation par des pairs masculins pour transmettre les résultats positifs qui suivent d'un sondage mené auprès des étudiants.

- L'homme doit respecter la femme : neuf hommes sur dix mettent fin à l'activité sexuelle lorsque leur partenaire leur demande.
- L'homme doit toujours éviter la manipulation : trois hommes sur quatre sont d'avis qu'il n'est pas acceptable de faire pression sur sa partenaire pour qu'elle consomme de l'alcool afin d'améliorer ses chances d'avoir des rapports sexuels avec elle.
- L'homme doit parler à sa partenaire avant toute relation intime : la plupart des hommes sont d'avis qu'une conversation sur le sexe ne compromet en rien les moments intimes,

et qu'elle peut leur confirmer qu'ils ont le consentement de leur partenaire.

Pour la campagne de marketing social, des affiches et des dépliants ont été conçus par des étudiants de l'université et testées au préalable auprès de leurs camarades, afin de s'assurer que les messages seraient bien accueillis. L'évaluation de la campagne, deux ans après sa tenue, a révélé que les hommes percevaient plus justement le comportement de leurs semblables masculins et qu'ils avaient amélioré leurs propres attitudes et croyances. Ainsi, un pourcentage plus faible d'hommes était d'avis que l'étudiant moyen a des rapports sexuels lorsque sa partenaire est en état d'ébriété; qu'il ne met pas fin à l'activité sexuelle lorsque sa partenaire le lui demande s'il est déjà excité; que, s'il a envie d'atouchements sexuels, il agit et observe la réaction de l'autre. En revanche, un plus grand pourcentage d'hommes a indiqué avoir des rapports sexuels lorsque leur partenaire est en état d'ébriété (51).

Des campagnes universitaires menées aux États-Unis ont également mis en lumière le rôle des témoins dans la prévention des sévices sexuels – une autre façon de cibler les auteurs ou les victimes de violence sexuelle. Ces campagnes influent sur les normes qui favorisent ou tolèrent la coercition dans une relation et encouragent tant les hommes que les femmes à dénoncer les sévices sexuels et à aider les victimes. Par exemple, les auteurs d'une campagne d'affichage menée aux États-Unis ont utilisé ce message : *Know your power. Step in, speak up. You can make a difference* (Vous avez un pouvoir. N'hésitez pas à intervenir. Prenez la parole. Vous avez un rôle à jouer.) Pendant quatre semaines, une série d'affiches ont été installées un peu partout sur le campus et dans les environs, décrivant divers scénarios : par exemple, un homme accompagnant une femme ivre à l'étage d'une maison où une fête est organisée. Chaque affiche montrait également le comportement responsable que doivent avoir les témoins pour pouvoir intervenir et prévenir des sévices sexuels : par exemple, des amis qui essaient d'empêcher l'homme de monter à l'étage avec la femme. Bien qu'on ne disposait pas de données de référence à des fins de comparaison, l'évaluation de la campagne a révélé que les participants qui avaient vu les affiches étaient mieux sensibilisés à une agression sexuelle et avaient un plus grand désir de participer à des actions destinées à réduire la violence sexuelle, comparative-ment à ceux qui n'avaient pas vu les affiches (52).

Dans l'Ouest de l'Australie, la campagne *Freedom from Fear* ciblait des auteurs (et auteurs

éventuels) masculins d'actes de violence familiale. Selon les recherches préliminaires menées auprès d'auteurs masculins d'actes violents, on a constaté que certains messages de la campagne seraient inefficaces, par exemple, ceux du genre « Les vrais hommes ne frappent pas les femmes », « Vos camarades vous rejeteront », ou encore ceux soulignant les conséquences de la violence familiale sur leurs partenaires. Toutefois, les messages qui véhiculaient l'effet dévastateur que la violence entre partenaires intimes a sur les enfants ont été jugés puissants et ont donc obtenu une place de choix dans la campagne. Les messages exhortaient les hommes à assumer la responsabilité de leurs comportements et à prendre des mesures pour mettre un terme aux mauvais traitements (53). Dans la campagne, on a utilisé la télévision, la radio et d'autres médias, et on a mis à la disposition des hommes un service d'assistance téléphonique afin qu'ils reçoivent des services de counselling, des conseils et des renseignements. Selon une évaluation de la campagne menée cinq ans après sa mise en œuvre, un pourcentage plus faible d'hommes qu'avant la campagne avait eu recours à la violence psychologique contre leur partenaire. En outre, on a observé une diminution considérable du pourcentage de femmes ayant signalé « s'être fait crier après » et « avoir été menacée d'être frappée » (54).

Les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont lancé une initiative nationale appelée *Choose Respect*, une autre campagne pleine de promesses visant à influencer sur les normes culturelles et sociales qui régissent les relations intimes et sur la violence entre partenaires. Cette campagne vise à motiver les adolescents à remettre en question les croyances nocives à l'égard des abus dans les fréquentations et à prendre les mesures qui s'imposent pour établir des relations saines et respectueuses et prévenir la violence dans les fréquentations avant qu'elles ne commencent. Les recherches menées dans le but d'orienter l'initiative ont montré que la plupart des adolescents ont des attitudes positives et saines à l'égard de leurs relations avec les autres. L'initiative *Choose Respect* cherche à renforcer et à maintenir ces attitudes positives chez les adolescents pendant qu'ils grandissent et commencent à avoir des relations amoureuses, notamment :

- en encourageant les adolescents, les parents, les dispensateurs de soins et les enseignants à choisir de traiter les autres et de se traiter eux-mêmes avec respect;

- en créant, pour les adolescents et les parents, des occasions d'apprendre des formes positives de comportement en ce qui concerne les relations;
- en augmentant la capacité des adolescents à reconnaître et à prévenir les relations malsaines et violentes;
- en favorisant des moyens qui permettent à des publics divers d'obtenir de l'information et d'autres outils pour prévenir les abus dans les fréquentations.

Choose Respect cible des jeunes de 11 à 14 ans, un groupe d'âge dont les membres sont encore en passe de former des attitudes et des croyances qui influenceront sur la façon dont ils sont traités et traitent les autres. L'initiative fait également appel aux parents, aux enseignants, aux jeunes leaders et à d'autres dispensateurs de soins ayant une influence sur la vie des adolescents. Ces messages sont diffusés au moyen de matériel tel que des cartes postales électroniques, des affiches, des signets, des guides de poche, des jeux en ligne et des jeux-questionnaires, des messages radio et télévisés et des activités qui encouragent les jeunes à choisir de se respecter et de respecter les autres. Lancée à l'échelle nationale en mai 2006, l'initiative *Choose Respect* a été mise en œuvre en tant que mesure intégrée de communication dans dix grandes villes des États-Unis (55).

Pour mettre en évidence certaines questions sociales, notamment la violence entre partenaires intimes, le viol dans les fréquentations et le harcèlement sexuel, les promoteurs du projet Soul City (Afrique du Sud) ont eu recours à la télévision (au moyen d'une série), à la radio et au matériel imprimé (p. ex., infodivertissement, voir l'**encadré 3**). La série était accompagnée de livrets d'information qui ont été distribués à l'échelle nationale. Au cours de l'évaluation de la quatrième série, qui a porté essentiellement sur la violence entre partenaires intimes, on a utilisé un échantillon aléatoire de la population nationale et mené des entrevues avant et après l'intervention (à huit mois d'intervalle). On a constaté chez les participants une diminution de l'acceptation de la violence entre partenaires intimes et une augmentation de la croyance selon laquelle les communautés peuvent jouer un rôle dans la prévention de la violence entre partenaires intimes. Par exemple, de la période de référence à l'évaluation qui a eu lieu huit mois plus tard, il y a eu un renforcement de la croyance « Ma communauté

Intervention dans les médias de masse

Les campagnes dans les médias de masse véhiculent des messages sur un comportement sain, à l'intention de larges tranches de la population, par le biais de la télévision, de la radio, de l'Internet, de journaux, de revues et d'autres publications imprimées. Elles augmentent la quantité d'information disponible sur un sujet et peuvent réduire les comportements indésirables. Les campagnes dans les médias utilisent des stratégies différentes pour modifier les normes culturelles et sociales. Par exemple, elles peuvent fournir de l'information pour corriger les perceptions erronées sur les normes (approche axée sur les normes sociales (encadré 2) ou relier la stigmatisation sociale à un comportement non désiré. Bien que les campagnes mettent habituellement l'accent sur les conséquences négatives de la violence, elles peuvent aussi lancer des appels positifs – par exemple, promouvoir des modes d'éducation parentale qui contribuent à une vie familiale plus heureuse (59).

Les approches faisant appel aux médias de masse contribuent à ce que les questions de santé demeurent sur la liste des priorités sociales et politiques, légitiment les interventions communautaires et servent de catalyseurs à d'autres initiatives (60). Bien qu'elles visent à modifier le comportement individuel directement par des messages informatifs, les campagnes médiatiques peuvent également influencer indirectement sur les comportements en provoquant des changements dans les perceptions des normes sociales ou culturelles, par le biais d'une interaction sociale (60). Dans ce cas, un changement dans les perceptions des normes augmente la motivation à changer un comportement individuel (61). Certaines approches en matière de médias de masse ont recours à des méthodes de sensibilisation par le divertissement (infodivertissement), qui cherchent à inculquer des connaissances et à provoquer un changement social par des feuilletons télévisés et d'autres formes populaires de divertissement. En incitant le public à s'identifier fortement aux personnages télévisés qui sont des modèles de rôle positifs, l'infodivertissement peut contribuer à améliorer les normes culturelles et sociales.

Les campagnes dans les médias de masse sont utilisées avec succès pour traiter d'une vaste gamme d'attitudes et de comportements sains (62), par exemple manger sainement et faire de l'exercice (63), arrêter de fumer (64), avoir des pratiques sexuelles sans risque (65), réduire la consommation d'alcool (66) et réduire la conduite en état d'ébriété (67). Une métaanalyse de 48 campagnes sur les comportements sains a révélé qu'en moyenne, 9 % plus de gens adoptent un comportement sain après une campagne (62). Les campagnes dans les médias de masse ont également été utilisées pour traiter du problème de la violence. Toutefois, peu d'études ont évalué leur efficacité dans la réduction de la violence. À l'inverse, de nombreuses études ont examiné l'efficacité d'autres campagnes visant à promouvoir les comportements sains.

Parmi les facteurs qui semblent contribuer au succès des campagnes dans les médias de masse figurent les messages sur les sanctions légales frappant les comportements répréhensibles, l'information nouvelle (p. ex., un nouveau comportement recommandé pour régler un problème de santé) et l'atteinte d'une large tranche du public visé (62). De plus, le succès est plus probable si les messages sont adaptés aux publics par l'utilisation des principes de marketing social et la création d'un environnement propice qui permet aux publics visés d'effectuer des changements – par exemple, en mobilisant les communautés en faveur de la campagne (68). Pour élaborer des campagnes efficaces, il importe également de recourir à la recherche, par exemple mener des entrevues auprès des principaux intervenants et former des groupes de réflexion composés de membres du public cible, afin de déterminer les attitudes et les croyances existantes et les façons de motiver les gens à changer leurs comportements (69). Les messages des campagnes devraient d'abord être testés auprès des publics visés afin de s'assurer qu'ils sont bien compris et de réduire au minimum les effets négatifs non souhaités sur les autres publics (69).

croit que la violence entre l'homme et la femme n'est pas une affaire personnelle ». L'intervention aurait facilité la collaboration communautaire, les discussions publiques et les mesures prises contre la violence entre partenaires intimes. L'évaluation ne comportait pas de mesure des comportements violents, mais on a observé quelques changements positifs dans les attitudes à l'égard de la violence entre partenaires intimes. Par exemple, le nombre de personnes qui étaient d'accord avec l'énoncé « Aucune femme ne mérite d'être battue » a augmenté, tout comme le pourcentage des personnes

qui étaient en désaccord avec l'affirmation « Les femmes qui sont violées doivent s'y résigner » (56). Bien qu'on ignore si ces changements se seraient produits sans l'intervention (puisque'il n'y avait pas de groupe de comparaison), on a constaté qu'une plus grande exposition à l'intervention était associée à des changements d'attitude plus positifs.

Le Nicaragua a utilisé l'infodivertissement dans un autre programme appelé *Somos Diferentes, Somos Iguales* (Nous sommes différents. Nous sommes égaux) qui visait principalement à prévenir l'infection à VIH. Le programme a également

porté sur des sujets connexes tels que la violence sexiste dans le but de renforcer l'autonomisation des femmes et des jeunes et de promouvoir les droits des femmes et l'égalité entre les sexes. Dans le cadre du programme, on a diffusé chaque semaine à l'échelle nationale un feuillet intitulé *Sexto Sentido* (Sixième sens) et une émission-débat radiophonique en soirée dans laquelle les auditeurs pouvaient discuter des problèmes soulevés dans la série télévisée et organisé des activités communautaires telles que la formation de jeunes leaders. Lors de l'évaluation du projet, on a utilisé un échantillon de jeunes Nicaraguayens de 13 à 24 ans qui ont répondu à un sondage sur une période de deux ans. Bien qu'il n'y ait pas eu de groupe de comparaison, l'exposition au programme a été associée à une meilleure acceptation de l'égalité entre les sexes en tant que norme sociale (57). L'étude n'a pas mesuré les changements dans les comportements violents.

3.2 Violence juvénile

Aux États-Unis, une intervention contre la violence appelée *Resolve It, Solve It*, consistant en une campagne médiatique communautaire à l'intention des jeunes de petites villes, a été dirigée par des élèves du secondaire qui servaient de pairs modèles (58). Les élèves ont aidé à élaborer les supports de la campagne, par exemple du matériel imprimé de façon professionnelle et des publicités radiophoniques et télévisées portant sur trois thèmes clés : le respect des différences individuelles, la résolution de conflits et la prévention de l'intimidation. La campagne a duré un an et comprenait des exposés présentés aux élèves en salle de classe et lors d'assemblées, ainsi que l'inclusion d'un public plus large au moyen d'activités communautaires. Un essai contrôlé randomisé sur la campagne, mené dans des communautés de cinq États différents, a donné des résultats variés. Quelques mois après l'intervention, les élèves ont indiqué une diminution marquée de l'utilisation de la violence physique comparativement au groupe témoin, mais il n'y avait aucune différence dans l'utilisation de

l'agression verbale. De plus, comparativement au groupe témoin, les participants ont déclaré avoir été moins souvent victimes d'agression verbale, mais non d'agression physique. Toutefois, les effets étaient différents selon le sexe (58).

3.3 Lois et politiques

La législation peut constituer un outil clé dans le changement des comportements et des perceptions des normes culturelles et sociales. Les lois et les politiques qui criminalisent les comportements violents envoient à la société le message que ce genre de comportement n'est pas acceptable. Les pays adoptent des lois différentes pour lutter contre les comportements violents. Presque tous les pays ont des lois qui criminalisent la plupart des formes d'homicides, mais seulement quelquesuns ont des lois en vigueur pour protéger les femmes contre la violence entre partenaires intimes ou les enfants contre les mauvais traitements infligés par les dispensateurs de soins. Toutefois, à l'échelon international, on a observé récemment un mouvement vers l'adoption et la mise en œuvre de ce type de lois; en particulier, dans le cas de la violence entre partenaires intimes, on a assisté à une intensification de l'activité internationale visant à protéger les droits des femmes. Par exemple, des lois sur la violence familiale ont récemment été adoptées au Brésil (2006), au Ghana (2007), en Inde (2006) et au Zimbabwe (2006). En raison des facteurs de confusion, il est difficile d'évaluer les effets des lois et des politiques sur les normes culturelles et sociales et les comportements violents (voir l'**encadré 4**). En outre, l'adoption de mesures législatives qui criminalisent les comportements violents fait augmenter les taux d'actes de violence signalés, d'où la difficulté d'interpréter les tendances observées dans les statistiques officielles. Enfin, il est certain que la mise en œuvre de lois peut avoir un effet sur le comportement en raison de la crainte que suscite la punition, mais les changements dans les convictions profondément ancrées qui justifient pareil comportement peuvent prendre beaucoup plus de temps à se produire.

ENCADRÉ 4

Interdiction de la punition corporelle

En 1979, la Suède a adopté une loi visant à abolir toutes les formes de punition corporelle infligées aux enfants par les dispensateurs de soins. Cette interdiction visait, d'une part, à s'attaquer à l'attitude courante selon laquelle la punition corporelle faisait partie des moyens normaux utilisés pour éduquer un enfant et, d'autre part, à établir une nouvelle norme sociale rendant inacceptable la punition corporelle. Même s'il est difficile de déterminer les effets directs de l'interdiction, diverses données laissent croire que les attitudes à l'égard de la punition corporelle et que les niveaux de violence physique à l'égard des enfants ont nettement changé après l'entrée en vigueur de la loi (70,71). Par exemple, dans une étude menée 30 ans après l'entrée en vigueur de l'interdiction, on a constaté que l'appui public de la punition corporelle avait diminué, passant de 53 % en 1965 à 11 % en 1994 (70). Chez les enfants suédois nés dans les années 1950, presque tous avaient été frappés par leur mère avant l'âge de quatre ans. Cependant, parmi ceux qui sont nés à la fin des années 1980, seulement 14 % avaient été frappés par leur mère (71). En outre, en 1965, la moitié de la population suédoise pensait que la punition corporelle était nécessaire pour éduquer un enfant, mais au milieu des années 1990, seulement 11 % de la population était « favorable » aux formes même modérées de punition corporelle (77). Même si les rapports de voies de fait contre les enfants ont augmenté de 1991 à 1996, il est possible que cette hausse reflète une plus grande volonté du public de déclarer les formes les moins sévères de violence (72). Il demeure toutefois difficile de déterminer dans quelle mesure le virage opéré relativement aux normes et aux comportements peut être attribué à la législation. Selon certains observateurs, les attitudes suédoises à l'égard de la punition corporelle connaissaient une transformation progressive au fil des années avant l'entrée en vigueur de l'interdiction et c'est peut-être cette transformation qui a suscité le changement législatif (73).

4. Difficultés liées à l'évaluation de l'efficacité

Bien que les interventions visant à modifier les normes culturelles et sociales figurent parmi les stratégies les plus visibles de prévention de la violence, elles sont rarement évaluées de façon rigoureuse. À l'inverse, les interventions destinées à modifier les normes liées à d'autres problèmes de santé publique, tels que le tabagisme, la conduite en état d'ébriété et la consommation nocive d'alcool, ont fait l'objet de nombreuses évaluations approfondies, et même de métaanalyses.

Comme l'illustrent les exemples fournis dans le présent exposé, il est possible de procéder à des évaluations rigoureuses des interventions visant à changer les normes culturelles et sociales, mais on rencontre souvent les difficultés qui suivent dans le cadre de ces évaluations.

- *Facteurs de confusion* : Souvent les interventions portant sur les normes culturelles et sociales sont intégrées à d'autres stratégies telles que la formation sur la résolution des conflits, l'établissement de modèles de rôle ou des activités communautaires (p. ex., le microcrédit). Il est donc difficile d'isoler les effets indépendants des interventions ayant pour objectif de changer les normes liées à la violence.
- *La violence réelle est rarement utilisée comme mesure des résultats* : Même lorsque des évaluations ont été faites, celles-ci mesurent fréquemment les changements obser-

vés dans les attitudes et les normes plutôt que dans les comportements violents. Les futures évaluations des interventions relatives aux normes culturelles et sociales visant à prévenir la violence devraient utiliser la violence réelle pour mesurer les résultats.

- *Difficulté de sélectionner des groupes de comparaison équivalents* : Lorsqu'on évalue les interventions liées aux normes qui ciblent des groupes importants ou des populations entières – par exemple, les campagnes dans les médias de masse – il est souvent difficile, sinon impossible, de former un groupe témoin qui soit équivalent, à tous les égards d'importance, au groupe bénéficiant de l'intervention. Cette difficulté limite la certitude avec laquelle les évaluateurs peuvent attribuer à l'intervention les changements opérés dans les niveaux de violence.
- *Mécanismes non compris* : On comprend encore mal le mode de fonctionnement de telles interventions, puisque peu d'études ont analysé les mécanismes sous-jacents par lesquels la modification des normes sociales et culturelles influe sur les comportements. Même les définitions des termes clés tels que « culturel », « social », « normes », « croyances » et « attitudes » requièrent encore des éclaircissements et un consensus.

5. Résumé

Les comportements violents sont fortement influencés par les normes culturelles et sociales. Donc, les efforts visant à prévenir la violence doivent analyser la façon dont les pressions et les attentes sociales influencent le comportement de l'individu. Les interventions qui essaient de modifier les normes culturelles et sociales pour prévenir la violence figurent parmi les plus répandues et les plus importantes. Toutefois, elles sont rarement analysées en profondeur, d'où l'actuelle difficulté d'évaluer leur efficacité. Les évaluations scientifiques rigoureuses d'interventions qui remettent en question les normes favorisant la violence présentent des difficultés particulières, mais surmontables, ce qui explique en partie leur rareté. Néanmoins, un certain nombre de résultats positifs ont été recensés.

L'effet qu'exercent sur les niveaux de comportement violent les interventions dans les médias de masse, ciblant des sociétés entières, a rarement été évalué. Cependant, le fait qu'elles aient réussi à s'attaquer à d'autres problèmes de santé publique (par exemple, le tabagisme et la conduite en état d'ébriété) laisse croire qu'elles ont un rôle essentiel à jouer dans la prévention de la violence. De plus, les initiatives d'infodivertissement, telles que le programme *Soul City* (Afrique du Sud), se sont révélées très prometteuses pour changer les normes culturelles et sociales et les attitudes associées aux comportements violents. Il est difficile de vérifier l'efficacité des lois et des politiques pour modifier les attitudes sociales, mais les mesures législatives en vigueur peuvent clairement faire comprendre à la société que les comportements violents ne sont pas acceptables.

Références

1. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
2. Lansford, J.E., et K.A. Dodge. « Cultural norms for adult corporal punishment of children and societal rates of endorsement and use of violence ». *Parenting: Science and Practice*, 2008, 8:257–270.
3. Abrahams, N. et R. Jewkes. « Effects of South African men's having witnessed abuse of their mothers during childhood on their levels of violence in adulthood ». *American Journal of Public Health*, 2005, 95:1811–1816.
4. Brookmeyer, K.A., C.C. Henrich et M. Schwab-Stone. « Adolescents who witness community violence: can parent support and prosocial cognitions protect them from committing violence? » *Child Development*, 2005, 76:917–929.
5. Johnson, J.G. et coll. « Television viewing and aggressive behavior during adolescence and adulthood ». *Science*, 2002, 295:2468–2471.
6. Durlauf, S.N. et LE, Blume. *New Palgrave Dictionary of Economics*, deuxième édition, Macmillan, 2008.
7. Lewis, D. *Convention: a philosophical study*. Cambridge MA: Harvard University Press, 1969.
8. Mitra, A. et P. Singh. « Human capital attainment and gender empowerment: the Kerala paradox ». *Social Science Quarterly*, 2007, 88:1227–1242.
9. Ilika, A.L. « Women's perception of partner violence in a rural Igbo community ». *African Journal of Reproductive Health*, 2005, 9:77–88.
10. Jewkes, R., L. Penn-Kekana et H. Rose-Junius. « “If they rape me, I can't blame them”: reflections on gender in the social context of child rape in South Africa and Namibia ». *Social Science and Medicine*, 2005, 61:1809–1820.
11. Hussain, R. et A. Khan. « Women's perceptions and experiences of sexual violence in marital relationships and its effect on reproductive health ». *Health Care for Women International*, 2008, 29:468–483.
12. Sable, M.R. et coll. « Barriers to reporting sexual assault for women and men: perspectives of college students ». *Journal of American College Health*, 2006, 55:157–162.
13. *WHO global status report on alcohol 2004*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
14. Rossow, I. « Alcohol and homicide: a cross-cultural comparison of the relationship in 14 European countries ». *Addiction*, 2001, 96:S77–S92.
15. MacAndrew, D. et R.B. Edgerton. *Drunken comportment: a social explanation*. Chicago, Aldine, 1969. Cité dans EG Krug et coll. *World report on violence and health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002. (Référence en erreur).
16. *Interpersonal violence and alcohol*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2006.
17. *Alcohol and interpersonal violence. Policy briefing*. Copenhague, Organisation mondiale de la Santé (Bureau régional pour l'Europe) et Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2005.
18. Larme, A.C. « Health care allocation and selective neglect in rural Peru ». *Social Science and Medicine*, 1997, 44:1711–1723.
19. Coope, C.M. et S. Theobald. « Children at risk of neglect: challenges faced by child protection practitioners in Guatemala City. » *Child Abuse and Neglect*, 2006, 30:523–536.
20. Orhon, F.S. et coll. « Attitudes of Turkish parents, pediatric residents and medical students toward child disciplinary practices ». *Child Abuse and Neglect*, 2006, 30:1081–1092.
21. Admassu, F. et coll. « Children's rights and corporal punishment in Assendabo town and the surrounding area, South West Ethiopia ». *Ethiopian Medical Journal*, 2006, 44:9–16.
22. Amusan, O.A. et E.O. Asekun-Olarinmoye. « Knowledge, beliefs, and attitudes to female genital mutilation (FGM) in Shao Community of Kwara State, Nigeria ». *International Quarterly of Community Health Education*, 2006, 27:337–349.
23. Satti, A. et coll. « Prevalence and determinants of the practice of genital mutilation of girls in Khartoum, Sudan ». *Annals of Tropical Pediatrics*, 2006, 26:303–310.

24. Ouattara, M., P. Sen et M. Thomson. « Forced marriage, forced sex: the perils of childhood for girls ». *Gender and Development*, 1998, 6:27–33.
25. Amoakohene, M.I. « Violence against women in Ghana: a look at women's perceptions and review of policy and social responses ». *Social Science and Medicine* 2004, 59:2373–2385.
26. Go, V.F. et coll. « Crossing the threshold: engendered definitions of socially acceptable domestic violence in Chennai, India ». *Culture, Health and Sexuality*, 2003, 5:393–408.
27. Adegoke, T.G. et D. Oladeji. « Community norms and cultural attitudes and beliefs factors influencing violence against women of reproductive age in Nigeria. » *European Journal of Scientific Research*, 2008, 20:265–273.
28. Liu M. et C. Chan. « Enduring violence and staying in marriage. Stories of battered women in rural China ». *Violence Against Women*, 1999, 5:1469–1492.
29. Ali, T.S. et, N. Khan. « Strategies and recommendations for prevention and control of domestic violence against women in Pakistan ». *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2007, 57:27–32.
30. Jewkes, R., J. Levin et I. Penn-Kekana. « Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study ». *Social Science and Medicine*, 2002, 55:1603–1617.
31. Espanioly, N. « Violence against women: a Palestinian women's perspective. Personal is political ». *Women's studies International Forum*, 1997, 20:587–592.
32. Fox, A.M. et coll. « In their own voices: a qualitative study of women's risk for intimate partner violence and HIV in South Africa ». *Violence Against Women*, 2007, 13:583–602.
33. Rao, V. « Wife-beating in rural south India: a qualitative and econometric analysis ». *Social Science and Medicine*, 1997, 44:1169–1180.
34. Faqir, F. « Intrafamily femicide in defence of honour: the case of Jordan ». *Third World Quarterly*, 2001, 22:65–82.
35. Kulwicksi, A.D. « The practice of honor crimes: a glimpse of domestic violence in the Arab world ». *Issues in Mental Health Nursing*, 2002, 23:77–87.
36. Barney, L.J. et coll. « Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions ». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2006, 40:51–54.
37. Peluso, E.D. et S.L. Blay. « Public stigma in relation to individuals with depression ». *Journal of Affective Disorders* (sous presse).
38. DiStefano, A.S. « Suicidality and self-harm among sexual minorities in Japan ». *Qualitative Health Research*, 2008, 18:1429–1441.
39. Petersen, I., A. Bhana et M. McKay. « Sexual violence and youth in South Africa: the need for communitybased prevention interventions ». *Child Abuse and Neglect*, 2005, 29:1233–1248.
40. Yates, J. « “You just don't grass”: youth, crime and “grassing” in a working class community ». *Youth Justice*, 2006, 6:195–210.
41. Champion, H.L., R.H. Durant. « Exposure to violence and victimization and the use of violence by adolescents in the United States ». *Minerva Pediatrics*, 2001, 53:189–197.
42. Sharp, J. « “Fortress SA”: Xenophobic violence in South Africa ». *Anthropology Today*, 2008, 24:1–3.
43. Willis, D.G. « Hate crimes against gay males: an overview ». *Issues in Mental Health Nursing*, 2004, 25:115–132.
44. « Men of Strength Clubs » (<http://www.mencanstoprape.org/>, consulté le 17 novembre 2008).
45. « Men Against Violence » (<http://www.menagainstviolence.org/>, consulté le 17 novembre 2008).
46. « Mentors in Violence Prevention » (<http://www.mvpngnational.org/>, consulté le 17 novembre 2008).
47. Turner, J.C., H.W. Perkins et J. Bauerle. « Declining negative consequences related to alcohol misuse among students exposed to a social norms marketing intervention on a college campus ». *Journal of American College Health*, 2008, 57:85–94.
48. Berkowitz, A.D. « An overview of the social norms approach ». Dans L.C. Lederman et L.P. Stewart (sous la direction de). *Changing the culture of college drinking. A socially situated health communication campaign*. New Jersey, Hampton Press, 2005.
49. Bigsby, M.J. « Seeing eye to eye? Comparing students' and parents' perceptions of bullying behaviour ». *School Social Work*, 2002, 27:37–57.
50. Fabiano, P. et coll. « Engaging men as social justice allies in ending violence against women: evidence for a social norms approach ». *Journal of American College Health*, 2003, 52:105–112.
51. Bruce, S. « The “A Man” campaign: marketing social norms to men to prevent sexual assault ». *The report on social norms*. Working Paper number 5. Juillet 2002. Little Falls, NJ, PaperClip Communications, 2002.
52. Potter, S.J. et coll. « Empowering bystanders to prevent campus violence against women: a preliminary evaluation of a poster campaign ». *Violence Against Women*, 2009, 15:106–121.
53. *Freedom from Fear – Campaign against domestic violence*. Perth, Government of Western Australia (<http://www.freedomfromfear.wa.gov.au/>, consulté le 17 mars 2009).
54. Department for Community Development. *Freedom from Fear. Key findings from the 2003 women's awareness and attitudes survey. Post campaign evaluation five (men's survey)*. State of Western Australia, Family and Domestic Violence Unit, 2003.
55. « Choose Respect campaign » (<http://www.chooserespect.org/>, consulté le 17 mars 2009).
56. Usdin, S. et coll. « Achieving social change on gender-based violence: A report on the impact evaluation of Soul City's fourth series ». *Social Science and Medicine*, 2005, 61:2434–2445.

57. Solórzano, I. et A. Bank. *Catalyzing personal and social change around gender, sexuality, and HIV: Impact evaluation puntos Encuentro's communication in Nicaragua*. Washington, DC, Population Council, 2008. (http://www.puntos.org.ni/sidoc/descargas/marketing/materiales/investigaciones/SDSI_impact_evaluation.pdf, consulté le 17 novembre 2008).
58. Swaim, R.C. et K. Kelly. « Efficacy of a randomized trial of a community and school-based anti-violence media intervention among small-town middle school youth ». *Prevention Science*, 2008, 9:202–214.
59. Henley, N., R. Donovan et H. Moorhead. « « Appealing to positive motivations and emotions in social marketing: example of a positive parenting campaign ». *Social Marketing Quarterly*, 1998, 4:48–53.
60. Wellings, K. et W. Macdowall. « Evaluating mass media approaches to health promotion: a review of methods. » *Health Education*, 2000, 100:23–32.
61. Yanovitzky, I. et Stryker J. « Mass media, social norms, and health promotion efforts. A longitudinal study of media effects on youth binge drinking ». *Communication Research*, 2001, 28:208–239.
62. Snyder, L.B. et M.A. Hamilton. « A meta-analysis of U.S. Health campaign effects on behavior: emphasize enforcement, exposure, and new information, and beware the secular trend ». Dans Hornik R, éd. *Public Health Communication: Evidence for Behaviour Change*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 2002.
63. Beaudoin, C.E. et coll. « Promoting healthy eating and physical activity short-term effects of a mass media campaign ». *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, 32:217–223.
64. Bala, M., L. Strzeszynski et K. Cahill. « Mass media interventions for smoking cessation in adults ». *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2008, 23: CD004704.
65. Bertrand, J.T. et R. Anhang. « The effectiveness of mass media to change HIV/AIDS-related behavior among young people in developing countries ». Dans Ross D., Dick B., Ferguson J. (sous la direction de). « Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries ». Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006. (Organisation mondiale de la Santé, Série de rapports techniques No 938) (http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_938_eng.pdf, consulté le 16 décembre 2008).
66. Stewart, L.P. et coll. « Applying Communication Theories to Prevent Dangerous Drinking among College Students: The RU SURE Campaign ». *Communication Studies*, 2002, 53:381–399.
67. Elder, R.W. et coll. « Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcoholinvolved crashes: a systematic review ». *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27:57–65.
68. Randolph, W. et K. Viswanath. « Lessons learned from public health mass media campaigns: marketing health in a crowded media world ». *Annual Review of Public Health*, 2004, 25:419–437.
69. Henley, N., R. Donovan et M. Francas. « Developing and implementing communication messages ». Dans Droll S. et coll. (sous la direction de). *Handbook of injury and violence prevention*. New York, Springer, 2007.
70. Durrant, J.E. « Evaluating the success of Sweden's corporal punishment ban ». *Child Abuse and Neglect*, 1999, 23:435–448.0.
71. Durrant, J.E. « From mopping up the damage to preventing the flood: The role of social policy in the prevention of violence against children ». *Social Policy Journal of New Zealand*, 2006, 27:1–17.
72. Durrant, J.E. et S. Janson. « Law reform, corporal punishment and child abuse: the case of Sweden ». *International Review of Victimology*, 2005, 12:139–158.
73. Roberts, J.V. « Changing public attitudes towards corporal punishment: the effects of statutory reform in Sweden ». *Child Abuse and Neglect*, 2000, 24:1027–1035.

prévention de la violence
les faits

7.

**Réduire la violence par
des programmes de dépistage
des victimes ainsi que des
programmes de soins et de
soutien aux victimes**

Aperçu



Protéger la santé et mettre fin aux cycles de violence

En plus de causer des blessures corporelles, la violence peut entraîner des problèmes de santé mentale et physique permanents, une invalidité sociale et professionnelle et un risque accru d'être victime ou auteur d'autres actes de violence. Les interventions visant à dépister les victimes de violence interpersonnelle et à fournir des soins et un soutien efficaces sont donc essentielles pour protéger la santé et mettre fin aux cycles de violence d'une génération à l'autre. Les données actuelles concernant ces interventions sont très prometteuses, mais elles demeurent limitées à deux égards : premièrement, la plupart d'entre elles proviennent des États-Unis et d'autres pays développés, et deuxièmement, il n'y a pas suffisamment de recherche sur les effets à long terme.

De nombreuses interventions peuvent aider à dépister les victimes et à lancer des mesures en ce sens

Certains outils de dépistage semblent prometteurs pour reconnaître les victimes de violence d'un partenaire intime et les personnes âgées victimes de maltraitance. Des programmes de sensibilisation à la violence peuvent mieux faire prendre conscience du problème de la violence et renforcer les connaissances quant à la façon de dépister et de soutenir les victimes. Cependant, les systèmes de déclaration obligatoire, bien qu'ils soient établis dans de nombreux pays, demeurent controversés. En Angleterre et au Pays de Galles, des systèmes d'évaluation du risque multiorganismes permettent au personnel œuvrant dans divers services de dépister les victimes les plus exposées à la violence entre partenaires intimes et à mieux planifier une stratégie de soutien.

Services de défense des droits de la personne, programmes d'infirmières spécialisées en traitement des victimes d'agression sexuelle et refuges pour femmes battues

Les programmes de défense des droits de la personne – qui offrent des services tels que conseils, counselling, planification de la sécurité de la victime et orientation de la victime vers d'autres organismes – peuvent aider la victime à adopter des comportements qui renforcent sa sécurité et à réduire les risques d'exposition à d'autres préjudices. Les programmes d'infirmières spécialisées en traitement des victimes d'agression sexuelle se révèlent prometteurs pour améliorer les soins et le soutien des victimes et faciliter la poursuite des auteurs d'agression. Actuellement, on ne dispose pas de données suffisantes démontrant l'efficacité des refuges pour femmes battues à réduire les cas de revictimisation liés à la violence entre partenaires intimes.

Services d'assistance téléphonique et interventions psychosociales

Rares sont les données qui laissent croire que les services d'assistance téléphonique peuvent aider à diminuer la détresse et le désespoir des personnes qui y ont recours. Certaines interventions psychosociales, telles que la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme, réduiraient les problèmes de santé mentale associés à la violence, comme l'état de stress posttraumatique.

Mesures du système de justice pénale visant à prodiguer des soins et du soutien aux victimes de violence

Les ordonnances de protection, qui interdisent à l'auteur d'une agression de contacter la victime, peuvent aider à réduire le risque que les personnes agressées soient à nouveau victimes de violence de la part d'un partenaire intime. Certaines mesures judiciaires spéciales, par exemple la déposition par liaison vidéo ou le recours à un intermédiaire pour l'interrogatoire, amélioreraient l'expérience vécue par la victime lors de sa comparution. Les tribunaux spéciaux, qui visent à améliorer la coordination entre la justice pénale et les organismes de services sociaux feraient augmenter par exemple les taux d'arrestations, de plaidoyers de culpabilité et de condamnations.

1. Introduction

À l'échelle internationale, plus d'un demi-million de personnes meurent de violence interpersonnelle chaque année (1) et des millions encore sont victimes de violence non mortelle. En 2004, la violence a été l'une des principales causes de décès et d'invalidité dans le monde (2). En ce qui concerne de nombreuses formes de violence, par exemple la violence entre partenaires intimes et la maltraitance des enfants, les victimes peuvent souffrir à plusieurs reprises et pendant des années sans que ces mauvais traitements soient portés à l'attention des autorités (3). En plus des blessures physiques, la violence peut avoir des conséquences à vie sur les plans psychosocial et de la santé. Il s'agit, entre autres, de problèmes de santé mentale, de problèmes de santé physique – tels que les maladies cardiovasculaires et le cancer, causés par l'adoption de comportements à risque pour la santé comme le tabagisme ou la consommation nocive d'alcool pour tenter de composer avec la violence envers les enfants en particulier – et également de difficultés de fonctionnement social et professionnel. Le fardeau de la violence peut s'étendre aux familles, aux amis et aux services publics qui doivent faire face aux effets permanents de la violence (p. ex., organismes de justice pénale et services sociaux, de santé et de bien-être). Le fait d'être victime¹ de violence peut également accroître le risque d'être victime d'autres abus et de devenir soi-même auteur d'actes de violence (1). Le dépistage des victimes de violence, ainsi que les soins et le soutien à celles-ci par la mise en œuvre d'initiatives fondées sur des données factuelles sont donc essentiels pour protéger la santé et briser les cycles de vio-

¹. Le fait d'être témoin de violence peut avoir de graves effets sur la santé et le bien-être, c'est pourquoi les témoins de violence ont également besoin de services de dépistage, de soins et de soutien.

lence. Le présent document fournit des données factuelles sur l'efficacité de certaines interventions visant à dépister les victimes de violence interpersonnelle et à leur offrir des soins et du soutien. Le secteur des soins médicaux préhospitaliers et d'urgence n'est pas traité dans le présent document, étant donné qu'il en est déjà question dans trois directives de l'OMS (4–6). Le présent exposé porte sur les éléments qui suivent.

1) Mesures visant à dépister les victimes de violence interpersonnelle et à intervenir dans ces cas

- Outils de dépistage
- Programmes de sensibilisation à la violence et de dépistage des victimes
- Systèmes de déclaration obligatoire
- Évaluation des risques et interventions multiorganismes

2) Programmes de soins et de soutien aux victimes de violence interpersonnelle

- Programmes de défense des droits
- Programmes d'infirmières spécialisées en traitement des victimes d'agression sexuelle ou d'infirmières légistes
- Refuges pour femmes battues
- Services d'assistance téléphonique
- Interventions psychosociales
- Ordonnances de protection
- Mesures judiciaires spéciales, tribunaux spéciaux et postes de police qui accueillent exclusivement des femmes

Peu d'évaluations rigoureuses ont étudié les programmes de dépistage et les programmes de soins et de soutien aux victimes de violence, et la plupart des données factuelles ont été produites par des pays développés, particulièrement les États-Unis. Les interventions visant à offrir ces programmes qui sont traitées dans le présent document devraient faire partie de stratégies plus larges qui cherchent non seulement à soutenir les victimes, mais aussi à modifier les facteurs individuels, relationnels, communautaires et sociaux qui favorisent ou qui préviennent la violence.

2. Mesures visant à dépister les victimes de violence interpersonnelle et à intervenir auprès de ces personnes

Une grande partie de la violence interpersonnelle n'est pas déclarée aux organismes de justice pénale, souvent parce que les victimes ont peur de la stigmatisation (p. ex., de la famille et des amis) ou des représailles des agresseurs, en cas de révélation de leurs méfaits (7,8). Toutefois, la violence cause souvent des blessures physiques et de nombreux problèmes émotionnels et sociaux, qui peuvent amener les victimes à faire appel à des services de santé et autres (p. ex., soins primaires, unités de soins d'urgence, services de santé mentale) (9,10). Par conséquent, ces milieux fournissent la possibilité de dépister les victimes de violence, de leur assurer un soutien et de les orienter vers les services appropriés (11–13). Toutefois, de nombreux obstacles peuvent empêcher les organismes de dépister et de soutenir les victimes de violence. Pour le personnel qui travaille dans les milieux de soins de santé, par exemple, ces obstacles peuvent comprendre le manque de connaissances, les contraintes de temps, les stéréotypes, la peur d'offenser le patient, la peur d'accuser l'auteur de l'acte violent, l'impuissance et les sentiments de désespoir et de frustration, l'absence de procédure de dépistage et la non-perception des responsabilités (14–16). De plus, de nombreuses victimes ne révéleront pas leur situation à moins qu'on les questionne directement à ce sujet. Ainsi, les professionnels de la santé et autres doivent avoir l'information, les connaissances et les compétences pour qu'ils puissent reconnaître les victimes de violence et répondre à leurs besoins.

2.1 Outils de dépistage des victimes de violence

Le dépistage est un processus utilisé pour reconnaître les personnes qui présentent un risque de maladie ou de trouble, qui autrement pourrait ne

pas être détecté. Dans les cas de violence, le dépistage vise à mieux reconnaître les victimes, à mener des interventions pertinentes, à soutenir les victimes et à diminuer leur exposition subséquente à la violence et aux problèmes connexes (17). Une série d'outils de dépistage ont été mis au point pour être utilisés dans des milieux tels que les services de soins d'urgence, les services prénataux et les milieux de soins de santé mentale, le plus souvent pour dépister les victimes de violence d'un partenaire intime et les enfants maltraités. Les outils consistent généralement en une série de questions sur les relations courantes de la personne et son expérience de la violence physique, sexuelle et émotionnelle. Selon les données factuelles disponibles, le dépistage par les professionnels de la santé peut se révéler efficace pour faciliter la dénonciation de la violence entre partenaires intimes et ainsi améliorer les niveaux de dépistage (18–21). Par exemple, dans le cadre d'une étude menée dans une unité de soins d'urgence au Canada, on a comparé les soins prodigués à l'aide d'un outil de dépistage de cinq questions visant à détecter les victimes de violence d'un partenaire intime aux soins d'urgence ordinaires, et on a constaté que l'outil permettait d'augmenter les taux de dépistage, les faisant passer de moins de 1% à 14 % des patientes (20).

Bien que le dépistage de la violence dans les milieux de soins de santé soit vivement recommandé, on dispose de peu de données sur son utilité à long terme ou son efficacité à réduire la violence. Un examen systématique de certaines études sur le dépistage des victimes de violence d'un partenaire intime dans des milieux de soins de santé a révélé que des améliorations modestes ont été apportées dans le dépistage des victimes. Toutefois, rien ne montre que ces améliorations ont été maintenues

Outils de dépistage de la violence entre partenaires intimes dans les établissements de soins de santé

Voici quelques-uns des outils de dépistage les plus couramment utilisés : *Abuse Assessment Screen* (dépistage et évaluation des mauvais traitements); *Hurt, Insulted, Threatened with harm and Screamed at* (HITS) (dépistage de cas de gifles, insultes, menaces violentes et agressions verbales); *Indicators of Abuse Screen* (dépistage d'indicateurs de violence); *Ongoing Violence Assessment Tool* (OVAT) (outil d'évaluation continue de la violence); *Partner Violence Screen* (PVS) (dépistage de la violence entre partenaires intimes); *Slapped, Threatened or Thrown scale* (échelle des gifles, menaces ou objets lancés); *Woman Abuse Screening Tool* (WAST) (outil de dépistage de la violence contre les femmes); *Women's Experience with Battering scale* (WEB) (échelle de l'expérience d'agression physique subie par la femme).

Un examen systématique de la recherche sur les outils de dépistage de la violence entre partenaires intimes dans les établissements de soins de santé a révélé un certain nombre d'outils valables et fiables à utiliser dans ces milieux (20). L'outil de dépistage HITS présenterait la plus grande exactitude diagnostique, la meilleure validité concourante et la plus grande fiabilité comparativement à de nombreux autres outils de dépistage (p. ex., OVAT, PVS, WAST, WEB).

L'outil de dépistage HITS a été conçu aux États-Unis pour les médecins de famille dans le but de dépister les victimes d'agression verbale et de violence physique (24). L'outil comprend quatre questions élaborées par un groupe de médecins de famille :

- Combien de fois votre partenaire vous a-t-il fait mal physiquement?
- Combien de fois votre partenaire vous a-t-il insulté ou parlé avec mépris?
- Combien de fois votre partenaire a-t-il menacé de vous faire mal?
- Combien de fois votre partenaire a-t-il crié ou juré contre vous?

Les patients répondent à chacune des questions en utilisant une échelle de 5 points allant de jamais [1] à fréquemment [5]. Les points sont additionnés, et une note de plus de 10 signifie que la personne est maltraitée. Toutefois, un autre examen systématique a permis de conclure que la base de données factuelles est actuellement trop limitée pour permettre de recommander un outil de dépistage en particulier (25).

En outre, vu que le nombre de questions des outils de dépistage varie, il est possible que certains d'entre eux ne conviennent que dans des établissements de soins de santé qui offrent suffisamment de temps et d'intimité aux victimes pour répondre aux questions (26). On se demande également s'il ne serait pas préférable d'utiliser ces outils sur un support écrit (format papier ou saisie électronique) ou au cours d'un échange en tête-à-tête.

audelà de la mise en œuvre initiale (17). Un autre examen systématique a révélé que même si le dépistage dans les unités de soins d'urgence peut se révéler efficace pour améliorer la reconnaissance des victimes, de nombreux obstacles empêchent l'adoption et le maintien de cet outil de manière courante. Parmi ces obstacles, mentionnons le manque de connaissances et de compétences des employés, l'absence d'intimité ou de service après les heures de travail normales dans les unités d'urgence et la déficience au niveau de la prise en charge et de l'acceptation, par le personnel, des questions posées (19).

Le dépistage des victimes de violence peut être mis en œuvre de façon universelle (c.à.d. pour tous les patients) ou cibler les patients jugés à risque (c.à.d. qui présentent des blessures corporelles [22,23], des signes de dépression, d'anxiété ou des problèmes de santé sexuelle). Les données semblent indiquer que le dépistage de routine est plus avantageux que le dépistage ciblé, car il aug-

mente la possibilité de reconnaître des victimes chez l'ensemble des patients (y compris ceux qui présentent des symptômes qui ne sont pas manifestement associés à la violence) (19). Une étude effectuée aux États-Unis a révélé que même si la majorité des femmes, tant victimes que non victimes de violence, qui se rendent aux unités de soins d'urgence appuyaient le dépistage de routine, celles qui avaient subi des mauvais traitements y étaient moins favorables (26). En raison d'un manque de ressources, il est possible que le dépistage de routine soit impossible et que les victimes dépistées ne reçoivent pas le soutien subséquent nécessaire. Par conséquent, le choix de procéder ou non au dépistage et, le cas échéant, le choix de la méthode de dépistage utilisée, doit se faire en tenant compte des ressources disponibles.

Il existe très peu d'études sur l'efficacité du dépistage des autres types de violence (p. ex., maltraitance des personnes âgées, violence juvénile, maltraitance des enfants). Au Royaume-Uni, l'adop-

tion d'un graphique rappel visant à mieux détecter les cas de maltraitance d'enfants dans les unités de soins d'urgence a permis d'améliorer chez le personnel la connaissance, la prise en compte et la consignation des blessures intentionnelles (27). Toutefois, les données de certains examens systématiques laissent penser que le dépistage de la maltraitance d'enfants pourrait produire de nombreux faux positifs et, pour cette raison, ne devrait pas être recommandé (28,29). De plus, toutes les études qui répondent aux critères de qualité requis pour de tels examens ont analysé des outils destinés aux parents. D'où les problèmes de fiabilité qui peuvent se poser, du fait que l'information peut provenir directement de l'auteur de l'agression (1). Pour ce qui est de la maltraitance des personnes âgées, on recommande que les professionnels de la santé publique procèdent au dépistage des mauvais traitements, en tant que première étape indispensable d'une chaîne d'interventions. Toutefois, la mise en œuvre du dépistage devrait avoir lieu dans un cadre interdisciplinaire et être accompagnée de manière continue de recherches, d'évaluations et de renforcement des capacités (30).

Les avantages des outils de dépistage ne peuvent être obtenus que si ces outils sont accompagnés de protocoles qui intègrent dans la pratique clinique courante le dépistage des victimes et le soutien à celles-ci (11,31). Par exemple, aux États-Unis, dans le cadre d'une étude contrôlée de type avant-après, on a examiné dans quelle mesure il est efficace d'avoir un protocole d'évaluation des mauvais traitements dans les cliniques de santé prénatale. Au cours des 13 mois qui ont suivi l'adoption du protocole, une vérification des dossiers des patientes a révélé que 88 % des patientes des cliniques d'intervention avaient été évaluées. En outre, le dépistage des mauvais traitements avait augmenté, passant de moins de 1 % à 7 % de patientes dans les cliniques d'intervention; on n'a observé aucun changement dans les cliniques de comparaison (32). La vérification, la formation et le soutien adéquats sont nécessaires afin de s'assurer que de tels protocoles sont suivis (31,33).

2.2 Programmes de formation en matière de violence et de dépistage des victimes

Toute lacune dans la formation fournie aux professionnels de la santé en matière de violence peut être un obstacle à la reconnaissance et au dépistage des victimes de mauvais traitements et au soutien à celles-ci (14,34-36). Une gamme de pro-

grammes de formation ont été élaborés à l'intention des professionnels de la santé dans le but de les aider à comprendre la violence et à mieux dépister les victimes pour pouvoir ensuite les soutenir et les orienter vers les services pertinents (37). Ces programmes portent entre autres sur les sujets suivants : l'amélioration des connaissances du personnel sur les questions entourant la violence, notamment son ampleur, ses effets et ses facteurs de risque; les raisons pour lesquelles les victimes ne signalent peut-être pas les mauvais traitements subis; les compétences du personnel à dépister ces mauvais traitements, à consigner les éléments probants, à évaluer la sécurité des victimes et diriger celles-ci vers des services offrant le soutien approprié.

Selon l'évaluation de deux de ces programmes portant sur la formation des professionnels de la santé en matière de violence entre partenaires intimes (38,39), on a constaté que, dans ce domaine, la formation peut améliorer les connaissances, les attitudes et le dépistage (41-44), ainsi que les perceptions d'autoefficacité au plan du soutien des victimes (37).

Moins d'études ont été menées sur l'efficacité des programmes de formation visant à s'attaquer aux autres types de violence (p. ex., la maltraitance des enfants et la violence envers les personnes âgées), mais celles-ci ont produit quelques résultats positifs. Par exemple, la formation concernant la maltraitance des enfants peut renforcer les connaissances, les attitudes pertinentes et les perceptions d'auto-compétence nécessaires au personnel médical pour gérer les cas de maltraitance d'enfants, immédiatement après la formation (37). En général, les résultats à long terme n'ont pas été mesurés. Il n'y a pas d'études rigoureuses sur l'efficacité de la formation à la gestion de cas de maltraitance de personnes âgées. Toutefois, de telles interventions peuvent améliorer les connaissances en matière de mauvais traitement et de négligence à l'égard des personnes âgées et permettre de traiter ces cas avec beaucoup plus d'assurance (37).

En dehors du secteur des soins de santé, certaines organisations telles que la police et quelques organismes non gouvernementaux spécialisés (p. ex., Victim Support au Royaume-Uni) peuvent également offrir de la formation au personnel et aux bénévoles. On a aussi élaboré des directives particulières pour les organismes afin qu'ils puissent soutenir les victimes. Par exemple, en Ouganda, un guide à l'intention de la police pour les interventions relatives à la violence entre

partenaires intimes donne de l'information à ce sujet accompagnée de formulaires d'évaluation des risques, de guides d'entrevue et d'exemples du genre de soutien à fournir aux victimes (40). On dispose de très peu de recherches sur la façon dont ces mesures influencent les niveaux ou la qualité du soutien fourni aux victimes ou sur la victimisation.

2.3 Signalement obligatoire des cas de violence

Certains pays (p. ex., l'Australie, le Canada, l'Angleterre, l'Afrique du Sud et les États-Unis [41]) ont des lois sur le signalement obligatoire des cas de maltraitance d'enfants. En général, ces lois demandent aux professionnels qui sont en rapport avec ces enfants de signaler tous les cas suspects de maltraitance aux autorités qui ont légalement la responsabilité de protéger les enfants. Cette mesure vise à s'assurer que les enquêtes et les interventions pertinentes sont amorcées. Cependant, il n'y a pas de consensus sur l'utilité du signalement obligatoire de cas suspects de maltraitance d'enfants. Des opposants ont exprimé des préoccupations, notamment : la crainte que suscite l'enquête pourrait dissuader les familles de recourir aux services nécessaires; les ressources consacrées à la protection de l'enfant seraient canalisées vers les enquêtes sur les allégations de maltraitance au détriment du soutien aux victimes; il n'y aurait pas suffisamment de services juridiques, de services de protection de l'enfant et de soutien disponibles pour permettre de donner suite à un rapport (41,42). Dans certains États américains, des systèmes d'intervention différentielle accordent aux organismes de protection de l'enfance plus de souplesse pour traiter les cas en fonction du risque perçu et de la situation personnelle de la famille. En ce qui concerne les cas présentant un risque faible ou modéré, on peut offrir aux intéressés une évaluation familiale pour déterminer leurs besoins et les encourager à recourir aux services de soutien les plus appropriés pour eux (43).

Dans quelques États américains, le signalement obligatoire des incidents liés à la violence entre par-

tenaires intimes a également été institué. Dans ce cas également, on remet en question la pertinence de cette approche (11). Les partisans du signalement obligatoire sont d'avis qu'il peut renforcer la sécurité de la victime et améliorer les interventions des services de santé dans les cas de violence entre partenaires intimes ainsi que la collecte de données, mais les opposants croient plutôt qu'il peut exposer les femmes à d'autres abus et les dissuader de recourir aux services à leur disposition (11). Bien que les systèmes de signalement obligatoire soient en vigueur dans de nombreux pays, il existe très peu de données sur leur efficacité à prévenir quelque forme de violence que ce soit.

2.4 Évaluation des risques et interventions multiorganismes

Dans certains pays, des protocoles de dépistage des victimes et des outils d'évaluation des risques multiorganismes ont été élaborés afin de pouvoir intervenir de façon concertée à cet égard et en matière de soutien aux victimes. En Angleterre et au Pays de Galles, des tribunes intersectorielles d'échange de renseignements, les MARAC (Multi-Agency Risk Assessment Conferences), ont pour objectif d'offrir de meilleures interventions aux victimes les plus exposées à la violence d'un partenaire intime par l'échange de données multiorganismes et la coordination des services assurés. Une fois qu'il a été établi de recourir à un outil d'évaluation des risques, les cas qui présentent les risques les plus élevés sont étudiés dans les réunions mensuelles des MARAC au cours desquelles des données multiorganismes sur les personnes les plus exposées sont communiquées en vue d'une intervention adaptée. L'ensemble des discussions et des échanges de données se font avec le consentement de la personne intéressée. Les recherches initiales indiquent que cette intervention concertée est efficace pour réduire la revictimisation (c.à.d. être à nouveau victime de violence), améliorer la sécurité du personnel travaillant auprès des auteurs d'actes de violence (par l'établissement de visites multiorganismes) et favoriser l'échange d'information entre les organismes (44).

3. Programmes de soins et de soutien aux victimes de violence interpersonnelle

Après le dépistage des victimes, il est important que des systèmes efficaces soient mis en place pour offrir soins et soutien aux victimes et réduire la probabilité de revictimisation.

3.1 Programmes de défense des droits

Les programmes de défense des droits offrent soutien et directives aux personnes vulnérables et à leurs familles. Toute une gamme de services sont offerts : information et counselling, formation professionnelle, recommandations de traitement dans les cas de consommation de drogue et aide en matière de services sociaux et juridiques (1). Un certain nombre de programmes de défense des droits ont permis d'améliorer la qualité de vie des victimes de violence et le soutien social qui leur est fourni, et quelques autres ont eu des incidences positives sur la diminution des cas de revictimisation, du moins à court terme.

Interventions de courte durée en matière de soutien et de counselling

Quelques études réalisées dans des établissements de santé ont permis d'évaluer l'incidence de certaines interventions de soutien et de counselling de courte durée, menées auprès de femmes reconnues comme des victimes de violence d'un partenaire intime par le dépistage. En Chine, une étude contrôlée randomisée a permis d'évaluer une intervention menée auprès de femmes enceintes maltraitées qui se sont présentées dans des cliniques publiques. Les séances de counselling visaient à améliorer les comportements renforçant la sécurité et à réduire les cas de revictimisation. Dans le cadre d'un suivi, les femmes du groupe expérimental ont signalé beaucoup moins de mauvais traitements psychologiques, moins de cas de violence physique mineurs (mais non graves) et un faible indice de dépression

postnatale (45). Une étude contrôlée randomisée menée aux États-Unis dans des cliniques de soins primaires a permis d'évaluer l'incidence de deux interventions menées auprès de femmes victimes de violence d'un partenaire intime : la première consistait en la distribution de cartes format portefeuille sur lesquelles on retrouvait un plan de sécurité et des précisions sur les services de soutien locaux, et la deuxième en un échange de 20 minutes, animé par une infirmière, portant sur le soutien, les directives et les recommandations de traitement.

L'étude a révélé une réduction équivalente de la violence et une amélioration des comportements renforçant la sécurité dans les deux groupes (46). Les deux interventions ont également mené à une amélioration du fonctionnement comportemental des enfants des victimes (47).

Défense des droits à la sortie du refuge pour femmes battues

Aux États-Unis, un essai contrôlé randomisé visait à évaluer une intervention offrant des services de défense des droits (4 à 6 heures par semaine) aux victimes de violence d'un partenaire intime pendant les 10 premières semaines après leur sortie du refuge. Dans le cadre du programme, des étudiantes de premier cycle recevaient la formation nécessaire pour travailler avec une seule cliente afin de déterminer les besoins non satisfaits et de mobiliser les ressources communautaires appropriées, notamment sur les plans des études, de l'emploi, du logement, de l'aide juridique, de la garde d'enfants et des soins de santé. On a constaté que l'intervention avait réduit les cas de revictimisation et amélioré la qualité de vie, le soutien social et l'accès aux ressources communautaires dans le cadre d'un suivi de deux ans (48). Bien que des effets positifs sur la qualité de vie et le niveau de soutien social aient

été maintenus dans le cadre d'un suivi de trois ans, les effets sur la revictimisation ne l'ont pas été (49). Le programme a également permis de constater, lors d'un suivi après quatre mois, que les enfants des femmes du groupe de l'intervention montraient un niveau considérablement élevé d'estime de soi et de compétence dans toute une gamme de domaines (p. ex., apparence physique) et avaient été témoins d'un nombre moins élevé de mauvais traitements (50).

Encourager les comportements positifs renforçant la sécurité

Les interventions conçues pour encourager les comportements positifs renforçant la sécurité (parfois appelées plans de sécurité) chez les victimes de violence d'un partenaire intime ont produit des résultats prometteurs. Parmi les comportements renforçant la sécurité qui étaient encouragés, mentionnons : faire des copies de documents importants, et les cacher (p. ex., cartes d'identité, permis de conduire); épargner et cacher de l'argent; avoir une place connue où l'on peut trouver refuge en cas de besoin (51). Un essai contrôlé randomisé a permis d'évaluer une intervention sur les comportements renforçant la sécurité menée par une unité de lutte contre la violence familiale d'un bureau de procureur de district des États-Unis. Les femmes du groupe de l'intervention avaient droit à six appels téléphoniques pour discuter de comportements renforçant la sécurité, en plus des services habituels. Elles ont ainsi pu recourir à beaucoup plus de comportements renforçant la sécurité que celles du groupe témoin – un effet qui a été maintenu selon un suivi effectué après 18 mois (55,56).

Centres d'appui aux enfants

Les centres d'appui aux enfants (CAE) présentent une approche multidisciplinaire pour l'évaluation, les soins et le traitement des enfants et des jeunes maltraités. Les CAE réunissent, souvent dans un même endroit, les services de protection de l'enfance, des organismes de justice pénale et des professionnels de soins médicaux et de soins de santé mentale. L'approche multiorganismes vise à réduire le chevauchement et la fragmentation de services grâce à une meilleure coordination et, par voie de conséquence, à réduire les risques de victimisation secondaire,¹ à améliorer la prestation des

¹. La victimisation secondaire se produit lorsque la réponse de la société, par exemple, au viol, à l'invalidité ou aux troubles de santé mentale, entraîne une plus grande incapacité que la première affection elle-même.

services de soutien et à augmenter les pourcentages de condamnation (57,55). Aux États-Unis, des normes nationales ont été établies pour l'accréditation des Child Advocacy Centres (CAC), qui doivent notamment fournir : des installations adaptées aux enfants, une équipe d'enquête multidisciplinaire, des études de cas, une évaluation médicale, des interventions thérapeutiques et des services de défense des droits des victimes (58).

Les CEA ont également été implantés dans un certain nombre d'autres pays à revenu élevé. Si quelques-uns d'entre eux s'occupent exclusivement des questions de médecine légale, d'autres cherchent à offrir des services multiorganismes aux enfants victimes de violence. Peu d'études ont évalué les effets à long terme de ces services sur la revictimisation. Cependant, jusqu'ici, elles sont très prometteuses en ce qui concerne le soutien des victimes (voir l'**encadré 2**).

Dans certains pays, tels que le Bangladesh, la Malaisie, la Namibie et la Thaïlande, des centres de crise polyvalents ont été mis sur pied à l'échelon national (31). Ces centres offrent toute une gamme de services intégrés visant à répondre à la maltraitance des enfants et à la violence entre partenaires intimes, et à régler les problèmes médicaux, juridiques, psychologiques et sociaux des victimes, en un seul endroit. Cependant, on ne dispose actuellement d'aucunes données quant à leur efficacité.

Défense des droits dans le système de justice pénale

Des services de défense des droits ont été mis sur pied pour aider les victimes dans leurs rapports avec le système de justice pénale et améliorer les pourcentages de condamnation des auteurs d'actes criminels. En Angleterre et au Pays de Galles, les Witness Care Units (WCU) assurent la gestion des services de soins aux victimes et aux témoins, de la mise en accusation du présumé coupable jusqu'à l'issue de l'affaire. En offrant un point de contact unique, les WCU visent à tenir victimes et témoins informés de l'évolution de l'affaire, à évaluer leurs besoins et à leur fournir le soutien approprié, par exemple garde d'enfants, transport au tribunal ou aiguillage vers d'autres services. Une évaluation initiale des WCU a révélé une augmentation du nombre de comparutions de témoins à la cour, une amélioration des résultats des procès et une plus grande satisfaction des témoins et des victimes (59).

Évaluation des Child Advocacy Centres (CAC) aux États-Unis

Une étude portant sur quatre CAC des États-Unis a révélé que, comparativement aux communautés qui offrent des services de protection de l'enfance traditionnels, les CAC faisaient beaucoup mieux dans les domaines suivants : participation aux enquêtes sur les mauvais traitements, dans le cadre de l'application de la loi; quantité de données démontrant la coordination des interventions multiorganismes; accès des victimes à des examens médicaux; aiguillage des victimes vers des services de santé mentale; satisfaction des dispensateurs de soins (non agresseur) à l'égard du processus d'enquête (52). Une recherche menée aux États-Unis a montré que chaque dollar investi dans un CAC permet de réaliser une économie de 3,32 \$ par la réduction du coût des enquêtes et des services de soutien connexes (53). Selon certaines recherches, c'est le caractère multiorganismes des CAC qui expliquerait leur efficacité. En effet, on a constaté une efficacité équivalente dans d'autres modèles de services multiorganismes (p. ex., les Child Protection Teams aux États-Unis) (54).

3.2 Programmes d'infirmières spécialisées en traitement des victimes d'agression sexuelle ou en médecine légale

Dans plusieurs pays développés (p. ex., le Canada, l'Angleterre et les États-Unis), des infirmières spécialisées en traitement des victimes d'agression sexuelle (ou en médecine légale) sont employées pour offrir soins et soutien aux victimes de violence sexuelle (60–62). Travaillant souvent dans les milieux hospitaliers, ces infirmières ont pour rôles principaux d'effectuer des évaluations médicales, de conseiller et d'appuyer les victimes, en mettant particulièrement l'accent sur leur bien-être émotionnel et psychologique, de les aiguiller vers les organismes appropriés et de recueillir des preuves médico-légales afin de les présenter en cour. Un examen des études menées sur les projets faisant appel à ces infirmières a permis de conclure qu'ils peuvent être avantageux sur le plan psychologique du fait qu'ils offrent des soins médicaux complets, qu'ils recueillent des preuves médico-légales de manière correcte et précise, et qu'ils facilitent les poursuites dans les affaires de viol (61).

Une étude de cohorte menée aux États-Unis a permis d'examiner l'incidence des infirmières spécialisées en traitement des victimes d'agression sexuelle dans un service de soins d'urgence de médecine pédiatrique, comparant rétrospectivement le traitement reçu par les victimes d'agression sexuelle (de moins de 18 ans) qui avaient été vues par une de ces infirmières à celui des victimes qui ne l'avaient pas été. Les patientes qui avaient reçu des soins d'une de ces infirmières étaient plus susceptibles d'avoir subi un test de dépistage d'infections transmissibles sexuellement (ITS), d'avoir reçu un traitement prophylactique pour prévenir une grossesse et d'avoir été aiguillées vers un centre d'aide aux victimes d'agression sexuelle (63). Au

Royaume-Uni, le coût de la prestation de services d'examen médico-légal serait considérablement moins élevé lorsque de tels services sont assurés par ces infirmières plutôt que par des médecins, et ce, avec un niveau tout aussi élevé quant à la satisfaction des clientes et aux normes de service (60).

3.3 Refuges pour femmes battues

Les refuges offrent un hébergement temporaire et sécuritaire aux femmes et aux enfants qui ont quitté une relation conjugale violente. En plus de l'hébergement et de la nourriture, les refuges fournissent souvent des services de counselling et de soutien émotionnel, ainsi que de l'aide pour le logement, les soins médicaux et les services juridiques. Bien que les refuges pour femmes battues soient répandus dans de nombreux pays, peu de tentatives ont été faites pour mesurer avec rigueur leur efficacité à réduire l'incidence ou la récurrence de la violence (64). Selon une étude de cohorte, le temps passé dans un refuge pourrait avoir des effets bénéfiques, mais uniquement lorsque les victimes ont déjà commencé à se prendre en main avant leur entrée (65). D'après d'autres évaluations, les victimes se sentent en sécurité pendant leur séjour dans un refuge (66) et sont moins déprimées et plus confiantes après un séjour de deux semaines (67). L'efficacité d'un refuge dépendrait des types de programmes de soutien qu'il offre, et c'est souvent sur de tels programmes que les études d'évaluation mettent l'accent. Par exemple, les services gratuits de défense des droits offerts aux femmes pendant les 10 premières semaines de leur sortie du refuge (voir section sur les programmes de défense des droits) font état d'une diminution des cas de revictimisation et d'une amélioration de la qualité de vie des intéressées. À l'heure actuelle, les données sont insuffisantes pour permettre de juger de l'ef-

ficacité des refuges en ce qui concerne la revictimisation liée à la violence entre partenaires intimes. En outre, étant donné que les services de refuge sont souvent accompagnés d'un ensemble d'autres services (groupes de soutien, aide juridique) (68), il est difficile de dissocier l'effet des refuges de celui des autres services.

3.4 Services d'assistance téléphonique

Dans de nombreux pays, des services d'assistance téléphonique ont été mis sur pied pour permettre aux victimes de violence de signaler les mauvais traitements dont elles sont l'objet, d'avoir accès à du soutien et à des conseils et d'être orientées vers les services appropriés. Aux États-Unis, une évaluation d'un service d'écoute téléphonique de prévention du suicide a révélé que, pendant l'appel, on réussissait grandement à calmer les personnes en état de crise et désespérées et que cette accalmie durait pendant les trois semaines suivantes, tant pour les personnes suicidaires que non suicidaires (69,70). Toutefois, selon l'évaluation, il faudrait améliorer les services d'aiguillage de ces personnes vers des organismes de soutien appropriés et mettre en œuvre des stratégies de proximité, comme des appels téléphoniques de suivi, pour offrir un soutien additionnel (70). Un autre point faible des services d'assistance téléphonique réside peut-être dans les heures de service. Selon un sondage mené sur les services d'assistance téléphonique pour violence conjugale offerts en Écosse, ce type de services s'arrête après minuit, et pour près de la moitié des victimes de violence d'un partenaire intime, c'est précisément après cette heure qu'il leur serait plus facile d'appeler (71). Toujours selon le sondage, 30 % de celles qui avaient appelé pour faire part des mauvais traitements dont elles étaient l'objet n'en avait parlé à personne d'autre (71).

De nombreux pays ont institué, en ce qui concerne la maltraitance des enfants, des lignes d'assistance téléphonique pour offrir conseils et soutien aux enfants ou aux personnes qui se préoccupent du bien-être d'un enfant. Le Child Helpline International vise à créer un système de soutien solide et unifié pour de tels services d'assistance téléphonique. L'organisme a élaboré des recommandations pour favoriser la mise en œuvre et la viabilité de ses services (72), bien qu'il n'y ait jusqu'ici aucune étude rigoureuse sur leur efficacité.

3.5 Interventions psychosociales

Après l'exposition à un événement traumatisant, par exemple un acte de violence, une partie des gens souffriront de problèmes de santé mentale, tels que l'anxiété, l'état de stress posttraumatique (ESPT, 73–75) et la dépression. On a souvent recours au traitement psychologique pour traiter ces symptômes. Il existe diverses méthodes, mais toutes les techniques traitent les problèmes émotionnels et comportementaux dans le cadre d'un entretien avec un thérapeute. Les interventions psychosociales peuvent être menées pour une seule personne ou pour un groupe.

La verbalisation psychologique est largement utilisée pour prévenir l'ESPT chronique et d'autres problèmes de santé mentale après un événement traumatisant. Cependant, selon certaines études, on ne dispose pas de données qui démontrent l'efficacité de la verbalisation psychologique en une seule séance, et cette méthode peut même aggraver l'ESPT et la dépression (76). Par contre, certaines données permettent d'avancer que la thérapie cognitivocomportementale précoce axée sur le traumatisme peut prévenir l'ESPT chronique (77,78).

Cette thérapie a également été jugée plus efficace que les autres interventions psychosociales (77,78). Un examen systématique a révélé que, chez les adultes souffrant de l'ESPT pour des raisons diverses (y compris la violence), la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme, l'intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires¹ ainsi que la gestion du stress et la relaxation avaient amélioré les symptômes d'ESPT davantage que les soins habituels ou que le fait de figurer sur une liste d'attente. Toutefois, on dispose de moins de données sur l'utilisation des autres thérapies, par exemple l'hypnothérapie, la consultation non directive et la thérapie psychodynamique (79). Les traitements qui mettent particulièrement l'accent sur l'incident traumatisant seraient plus efficaces que ceux qui ne le font pas (79). Certaines données démontrent l'efficacité des interventions psychologiques pour améliorer la santé mentale des adultes (80–82) et des enfants (83) qui ont été victimes d'abus pédosexuels.

¹ L'intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires amène le patient à se concentrer sur l'événement traumatisant, sur ses pensées et ses émotions pendant qu'il reçoit une stimulation provoquée par le mouvement des yeux (p. ex., en suivant une lumière en mouvement).

3.6 Ordonnances de protection

Les ordonnances de protection sont utilisées pour empêcher les auteurs d'actes violents d'infliger de nouveaux sévices à leurs victimes. Selon des recherches effectuées aux États-Unis, les ordonnances de protection peuvent être efficaces pour réduire les cas de revictimisation chez les personnes faisant les frais de violence entre partenaires intimes. Par exemple, dans une étude de cohorte prospective, on a comparé les sévices, signalés à la police, qu'avaient subis des femmes victimes de violence d'un partenaire intime ayant obtenu une ordonnance de protection civile après l'incident aux sévices des femmes qui n'en avaient pas obtenue. Entre la première période de suivi (cinq mois) et la deuxième période de suivi (neuf mois), les femmes ayant obtenu une ordonnance de protection auraient couru moins de risques d'avoir un contact avec l'agresseur, d'être menacées avec une arme, d'être blessées ou de recourir à des soins médicaux liés à des sévices. Cette diminution du risque était encore plus marquée chez les femmes qui avaient maintenu l'ordonnance de protection pour une plus longue période (84).

Que l'ordonnance de protection soit accordée ou non, le simple fait de la demander peut suffire à réduire toute violence future. Par exemple, dans une étude de cohorte menée aux États-Unis auprès de femmes ayant demandé une ordonnance de protection de deux ans, on a constaté que les niveaux de violence avaient diminué sans égard au fait que l'ordonnance avait été accordée ou non, et cette baisse de la violence a été maintenue selon un suivi effectué après 18 mois (85). Un examen des recherches effectuées sur les ordonnances de protection a démontré qu'en général, celles-ci améliorent la vie des victimes en renforçant leur perception d'estime de soi et de sécurité (86). Selon les données disponibles, les ordonnances de protection peuvent être efficaces, mais elles ne sont guère utiles lorsqu'elles ne sont pas bien appliquées.

3.7 Mesures judiciaires spéciales, tribunaux spéciaux et postes de police qui accueillent exclusivement des femmes

Les mesures judiciaires spéciales et les tribunaux spéciaux visent à améliorer, pour les victimes, l'expérience de la procédure judiciaire et du témoignage. Les mesures judiciaires spéciales comprennent notamment : le recours à des écrans dans

la salle d'audience de sorte que le témoin ne puisse pas voir l'accusé ou être vu par ce dernier; le témoignage en direct par vidéo à partir d'une salle distincte du tribunal; l'utilisation d'éléments de preuve sur vidéo lors du contre-interrogatoire; l'évacuation de la tribune des spectateurs; l'élimination de la tenue vestimentaire officielle des juges, à savoir perruques et toges (p. ex. au Royaume-Uni); le recours à un intermédiaire pour l'interrogatoire (87). Une évaluation de ces mesures, mises en place en Angleterre et au Pays de Galles pour les témoins vulnérables et intimidés, a donné des résultats intéressants. Ceux-ci comprenaient entre autres des taux de satisfaction accrus à l'égard du système de justice pénale et une réduction des niveaux apparents d'intimidation et d'anxiété. De plus, le tiers (33 %) des personnes ayant témoigné ont déclaré qu'elles n'auraient pas été disposées ou aptes à témoigner sans ces mesures spéciales (88). En dépit de ce fait, les recherches indiquent que les mesures spéciales ne sont pas utilisées aussi souvent ni aussi efficacement qu'elles pourraient l'être (89).

Les tribunaux spéciaux dans les cas de violence entre partenaires intimes ont été mis en place dans certaines régions du Canada et des États-Unis depuis les années 1980 et ont été institués plus récemment dans de nombreuses régions de l'Angleterre et du Pays de Galles. Ils ont pour objectif d'assurer une meilleure coordination entre la justice pénale et les organismes de services sociaux, de tenir les accusés responsables de leurs actes et de répondre efficacement aux besoins des victimes (90). Les principales caractéristiques de ces tribunaux sont les suivantes : accès à des services de défense des droits, coordination des organismes partenaires et de leurs systèmes d'information, cours de justice adaptées aux victimes et aux enfants, personnel compétent spécialisé, évaluation et responsabilisation, protocoles d'évaluation du risque, formation continue, surveillance de la conformité et cohérence dans la détermination de la peine (91). Il faudra accumuler d'autres données fondées sur des analyses rigoureuses et à long terme concernant l'incidence des tribunaux spéciaux, mais selon les évaluations actuelles, ceux-ci ont une certaine efficacité qui se traduit par une augmentation des arrestations, des plaidoyers de culpabilité (92,93) et des condamnations (93), une réduction de la récidive (89) et l'accélération du traitement des causes par les tribunaux (93).

La création de postes de police qui accueillent exclusivement des femmes constitue une autre initiative visant à s'attaquer à la violence contre

les femmes. Ces postes ont été mis sur pied dans un certain nombre de pays de l'Amérique latine et dans certaines régions de l'Asie (1) dans le but d'augmenter le nombre de femmes qui signalent les sévices dont elles sont l'objet, ainsi que le nombre d'interventions policières effectuées dans ces situations (1). Toutefois, un certain nombre de problèmes ont été rencontrés dans le cadre de ces initiatives, notamment le renvoi des femmes qui portent plainte vers des unités de police régulières (1). De plus, en raison de la rareté des postes de police pour femmes, ces dernières sont souvent forcées de parcourir de longues distances pour signaler des sévices (1).

4. Résumé

Les interventions visant à dépister les victimes de violence interpersonnelle et à leur fournir soins et soutien efficaces représentent une part importante des efforts déployés pour briser les cycles de mauvais traitement d'une génération à l'autre. Les victimes de violence peuvent subir des sévices pendant des années sans jamais contacter la police; pourtant, elles peuvent avoir des rapports avec de nombreux autres organismes qui sont bien placés pour déterminer leurs besoins et commencer la prestation de services de soutien. Par conséquent, toute une gamme d'interventions ont été mises sur pied pour améliorer la reconnaissance des victimes, par exemple des outils de dépistage, des programmes de formation professionnelle, des systèmes de déclaration obligatoire et des évaluations du risque multiorganismes. La plupart des interventions ont mis l'accent sur la violence entre partenaires intimes et ont été mises en œuvre dans des pays développés, notamment aux États-Unis.

Les données actuelles démontrant l'efficacité du dépistage de la violence entre partenaires intimes sont prometteuses. Elles montrent que de simples outils de dépistage, souvent mis en œuvre dans des établissements de santé, permettent de reconnaître les victimes de violence. Toutefois, l'augmentation des niveaux de dépistage peut être de courte durée, et le dépistage de la violence entre partenaires intimes ne peut être efficace que s'il est accompagné de protocoles qui intègrent à la pratique clinique courante la reconnaissance et la prise en charge des victimes. Il faut effectuer davantage de recherches sur l'applicabilité du dépistage à la maltraitance des enfants et à d'autres types de violence ainsi que sur l'incidence du dépistage dans ces deux domaines.

Les programmes de sensibilisation à la lutte contre la violence peuvent favoriser une prise de

conscience plus aiguë du problème et fournir des connaissances pour dépister et appuyer les victimes et, du même coup, accroître l'aiguillage vers les services de soutien appropriés. La plupart des programmes étudiés ont été éprouvés dans des milieux médicaux. Dans certains pays, les systèmes de signalement obligatoire obligent les professionnels à signaler les cas suspects de maltraitance aux autorités responsables de la protection de l'enfance. Toutefois, ces systèmes sont en grande partie non évalués et demeurent controversés.

Une fois que la victime a été dépistée, il est important de lui offrir des services efficaces en matière de soins et de soutien. Les interventions qui procurent des services de défense des droits, par exemple des conseils, du counselling, la planification de la sécurité et l'aiguillage vers d'autres organismes, peuvent augmenter l'adoption de comportements renforçant la sécurité par la victime et réduire les risques d'exposition à de nouveaux sévices. Ces mesures peuvent être mises en œuvre après le dépistage ou utilisées pour offrir d'autres services de soutien aux personnes qui doivent avoir des rapports avec le système de justice. Certaines mesures spéciales à l'intention des victimes de violence sexuelle, offertes sous forme de programmes d'infirmières spécialisées en traitement des victimes d'agression sexuelle, ont également donné des résultats prometteurs qui améliorent les soins et le soutien offerts aux victimes et facilitent les poursuites dans les affaires de viol. De plus, toute une gamme de mesures a été mises en œuvre dans le système de justice pénale, par exemple les ordonnances de protection et les tribunaux spéciaux peuvent aider à améliorer, pour la victime, l'expérience d'un procès devant la cour, à augmenter le nombre de condamnations et à réduire les risques de revictimisation. Pour l'instant,

on manque de données factuelles pour évaluer l'efficacité des refuges pour femmes battues en ce qui concerne les cas de revictimisation reliés à la violence entre partenaires intimes; cette lacune s'explique en partie par la difficulté de dissocier l'effet particulier des refuges de l'effet des autres services qui sont offerts en même temps. Pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale associés à la violence subie (p. ex., l'ESPT), certaines interventions psychosociales comme la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme ont été utilisées avec succès tant chez les enfants que chez les adultes.

Cependant, d'une façon générale, on dispose actuellement de très peu d'évaluations scientifiques rigoureuses des effets à long terme des programmes de soins et de soutien, et la plupart des données factuelles existantes proviennent des États-Unis et d'autres pays développés. Il est donc difficile de tirer des conclusions définitives sur leur efficacité et leur applicabilité dans d'autres milieux. Il faut davantage de recherches pour mieux comprendre tant les programmes de soins et de soutien que les mesures de dépistage des victimes, particulièrement pour les sévices autres que la violence entre partenaires intimes.

Références

1. Krug E.G. et coll., dir. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
2. *The global burden of disease: 2004 update*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
3. Povey, D. et coll. *Homicides, firearm offences and intimate violence 2007/08 (supplementary Volume 2 to Crime in England and Wales 2007/08)*. Londres, Home Office, 2009.
4. Mock, C. et coll. *Guidelines for trauma quality improvement programmes*. Organisation mondiale de la Santé, 2009.
5. Sasser, S. et coll. *Prehospital trauma care systems*. Organisation mondiale de la Santé, 2005.
6. Mock, C. et coll. *Guidelines for essential trauma care*. Organisation mondiale de la Santé, 2004.
7. McCauley, J. et coll. « Inside “Pandora’s box”: abused women’s experiences with clinicians and health services ». *Journal of General Internal Medicine*, 1998, 13:549–555.
8. Rodríguez, MA, SS Quiroga et Bauer. « HM. Breaking the silence. Battered women’s perspectives on medical care ». *Archives of Family Medicine*, 1996, 5:153–158.
9. Illich, Y.C. et coll. « Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence ». *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 24:9–15.
10. Lo Fo Wong S. et coll. « Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice ». *British Journal of General Practice*, 2007, 57:396–400.
11. Culross, P.L. « Health care system responses to children exposed to domestic violence ». *Domestic Violence and Children*, 1999, 9:111–121.
12. Taket, A. et coll. « Tackling domestic violence: exploring the health service contribution ». *Home Office Online Report 52/04*. (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfso4/rdsolr5204.pdf>, consulté le 16 juin 2009).
13. Taket, A. « Tackling domestic violence: the role of health professionals. » *Home Office development and practice report 32*. (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfso4/dpr32.pdf>, consulté le 16 juin 2009).
14. Rönnerberg, A.K.M. et A. Hammerström. « Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. » *Scandinavian Journal of Public Health*, 2000, 28:222–229.
15. Stinson, C.K. et R. Robinson. « Intimate partner violence: continuing education for registered nurses ». *Journal of Continuing Education in Nursing*, 2006, 37:58–62.
16. Yonaka, L. et coll. « Barriers to screening for domestic violence in the emergency department ». *Journal of Continuing Education in Nursing*, 2007, 38:37–45.
17. Ramsay, J. et coll. « Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. » *British Medical Journal*, 2002, 325:314.
18. McFarlane, J.M. et coll. « Assessing for abuse: self-report versus nurse interview ». *Public Health Nursing*, 1991, 8:245–250.
19. Olive, P. « Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base ». *Journal of Clinical Nursing*, 2007, 16:1736–1748.
20. Morrison, L.J., R. Allan et A. Grunfeld. « Improving the emergency department detection rate of domestic violence using direct questioning ». *The Journal of Emergency Medicine*, 2000, 19:117–124.
21. Feder et coll. « How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria ». *Health Technology Assessment*, 1999, 13: DOI: 10.3310/hta13160.
22. Muelleman, R.L., P.A. Lenaghan et R.A. Pakieser. « Battered women: injury locations and types ». *Annals of Emergency Medicine*, 1996, 28:486–492.
23. Warshaw, C. et A.L. Ganley. *Improving the health care response to domestic violence: a resource manual for health care providers*. San Francisco, Family Violence Prevention Fund, 1998.

24. Sherin, K.M. et coll. « HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting ». *Family Medicine*, 1998, 30:508–512.
25. Rabin et coll. « Intimate partner violence screening tools: a systematic review ». *American Journal of Preventive Medicine*, 2009, 36:439–445.
26. Glass, N., S. Deanwater et J. Campbell. « Intimate partner violence screening and intervention: data from eleven Pennsylvania and California community hospital emergency departments ». *Journal of Emergency Nursing*, 2001, 27:141–149.
27. Bengner, J.R. et A.V. Pearce. « Quality improvement report: simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments ». *British Medical Journal*, 2002, 324:780–782.
28. Nygren P., H.D. Nelson et J. Klein. « Screening children for family violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force ». *Annals of Family Medicine*, 2004, 2:161–169.
29. MacMillan, H.L. « Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. » *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2000, 163:1451–1458..
30. Perel-Levin, S. *Discussing screening for elder abuse at primary health care level*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
31. Colombini, M., S. Mayhew et C. Watts. « Health-sector responses to intimate partner violence in low- and middle-income settings: a review of current models, challenges and opportunities ». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2008, 86:635–642.
32. Wiist, W.H. et J. McFarlane. « The effectiveness of an Abuse Assessment Protocol in public health prenatal clinics ». *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1217–1221.
33. Lewis, C.M. et coll. « Evaluation of a rape protocol: a five year follow-up with nurse managers ». *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2003, 15:34–39.
34. Othman, S. et NAM Adenan. « Domestic violence management in Malaysia: a survey on the primary health care providers ». *Asia Pacific Family Medicine*, 2008, 7:2.
35. Kaye, D.K., F. Mirembe et G. Bantebya. « Perceptions of health care providers in Mulago hospital on prevention and management of domestic violence ». *African Health Sciences*, 2005, 5:315–318.
36. Cann, K. et coll. « Domestic violence: a comparative study of survey levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers ». *Public Health*, 2001, 115:89–95.
37. Cohn, F., M.E. Salmon et J.D. Stobo (sous la direction de). *Confronting chronic neglect: the education and training needs of health professionals to respond to family violence*. Washington DC, National Academy Press, 2002.
38. Harwell, T.S. et coll. « Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centres ». *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15:235–242.
39. Roberts, G.L. et coll. « Impact of an education program about domestic violence on nurses and doctors in an Australian emergency department ». *Journal of Emergency Nursing*, 1997, 23:220–226.
40. Uganda Police Force. *Responding to domestic violence. A handbook for the Uganda Police Force*. Kampala, Centre for Domestic Violence Prevention, 2007.
41. Butchar, A. et coll. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
42. Melton, G.B. « Mandating reporting: a policy without reason ». *Child Abuse and Neglect*, 2005, 29:9–18
43. Child Welfare Information Gateway. *Differential response to reports of child abuse and neglect*. Washington DC, Department of Health and Human Sciences, 2008.
44. Robinson, A.L. « Reducing repeat victimization among high risk victims of domestic violence: the benefits of a coordinated community response in Cardiff, Wales ». *Violence Against Women*, 2006, 12:761–788.
45. Tiwari, A. et coll. « A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong ». *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 115:1249–1256.
46. McFarlane, J.M. et coll. « Secondary prevention of intimate partner violence. A randomized controlled trial ». *Nursing Research*, 2006, 55:52–61.
47. McFarlane, J.M. et coll. « Behaviors of children following a randomized controlled treatment program for their abused mothers ». *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 2005, 28:195–211.
48. Sullivan, C.M., et D.I. Bybee. « Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:43–53.
49. Bybee, D. et CM Sullivan. « Predicting re-victimization of battered women three years after exiting a shelter program ». *American Journal of Community Psychology*, 2005, 36:85–95.
50. Sullivan, C.M., D.I. Bybee et N.E. Allen. « Findings from a community-based programme for battered women and their children ». *Journal of Interpersonal Violence*, 2002, 17:915–936.
51. *Family violence prevention fund. National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. San Francisco, Family violence prevention fund, 2002.
52. Cross, T.P. et coll. *Evaluating children's advocacy centres' response to child sexual abuse*. Washington DC, US Department of Justice, 2008.
53. Shadion, A. et coll. « Executive summary. Findings from the MCAC cost-benefit analysis of community responses to child maltreatment. (<http://www.nationalcac.org/professionals/research/CBA%20Executive%20Summary.pdf>, consulté le 27 novembre 2008).

54. Wolfteich, P. et B. Loggins. « Evaluation of the children's advocacy center model: efficiency, legal and revictimization outcomes ». *Child and Adolescent Social Work Journal*, 2007, 24:333-352.
55. McFarlane, J.M. et coll. « An intervention to increase safety behaviors of abused women: results of a randomised clinical trial ». *Nursing Research*, 2002, 51:347-354.
56. McFarlane, J.M. et coll. « Increasing the safety-promoting behaviours of abused women: in this study, telephone intervention for victims of intimate-partner violence showed efficacy for 18 months ». *American Journal of Nursing*, 2004, 104:40-50.
57. Hornor, G. « Child advocacy centers: providing support to primary care providers ». *Journal of Pediatric Health Care*, 2008, 22:35-39.
58. National Children's Alliance. « Standards for Accredited Members. Revised 2008. National Children's Alliance » (<http://www.nationalchildrensalliance.org/index.php?s=76>, consulté le 26 novembre 2008).
59. Avail Consulting. *No Witness, No Justice (NWNJ) pilot evaluation. Résumé*. Londres, Avail Consulting, 2004.
60. Regan, L., J. Lovett et L. Kelly. *Forensic nursing: an option for improving responses to reported rape and sexual assault*. Londres, Home Office, 2004.
61. Campbell, R., D. Patterson et L.F. Lichty. « The effectiveness of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) programs: a review of psychological, medical, legal and community outcomes ». *Trauma, Violence, and Abuse*, 2005, 6:313-329.
62. Cole, J. et T.K. Logan. « Negotiating the challenges of multidisciplinary responses to sexual assault victims: sexual assault nurse examiner and victim advocacy programs ». *Research in Nursing and Health*, 2008, 31:768-5.
63. Bechtel, K., E. Ryan et D. Gallagher. « Impact of sexual assault nurse examiners on the evaluation of sexual assault in the pediatric emergency department ». *Pediatric Emergency Care*, 2008, 24:442-447.
64. Wathen, C.N. et H.L. MacMillan. « Interventions for violence against women: scientific review ». *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289:589-600.
65. Berk, R.A., P.J. Newton et S.F. Berk. « What a difference a day makes: an empirical study of the impact of shelters for battered women ». *Journal of Marriage and the Family*, 1986, 48:481-490.
66. Bennett, L. et coll. « Effectiveness of hotline, advocacy, counseling and shelter services for victims of domestic violence: a statewide evaluation ». *Journal of Interpersonal Violence*, 2004, 19:815-829.
67. Sedlak, A.J. « The use and psychosocial impact of a battered woman's shelter ». Dans Hotaling GT, Finkelhor D. (éditeurs). *Coping with family violence: research and policy perspectives*. Newbury Park CA, Sage, 1988.
68. Whitaker, D.J., C.K. Baker et I. Arias. « Interventions to prevent intimate partner violence ». Dans L.S. Doll et coll. (sous la direction de). *Handbook of injury and violence prevention*. New York NY, Springer US, 2007.
69. Kalafat, J. et coll. « An evaluation of crisis hotline outcomes part 1: nonsuicidal crisis callers ». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007, 37:322-337.
70. Gould, M.S. et coll. « An evaluation of crisis hotline outcomes part 2: suicidal callers ». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007, 37:338-352.
71. Scottish Executive. *Evaluation of the Scottish domestic abuse helpline*. Édimbourg, Scottish Executive Social Research, 2004.
72. Child Helpline International. *Child helplines: one year later. UN violence against children report*. Amsterdam, Child Helpline International, 2007.
73. Zinzow, H.M. et coll. « Prevalence and mental health correlates of witnessed parental and community violence in a national sample of adolescents ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2009, 50:441-450.
74. Fowler, P.J. et coll. « Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents ». *Development and Psychopathology*, 2009, 21:227-259.
75. Woods, S.J. et coll. « Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence ». *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2008, 53:538-546.
76. Rose, S.C. et coll. « Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, numéro 2. Article no : CD000560. DOI:10.1002/14651858.CD000560.
77. Roberts, N.P. et coll. « Systematic review and metaanalysis of multiple-session early interventions following traumatic events ». *American Journal of Psychiatry*, 2009, 166:293-301.
78. Korner, H. et coll. « Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: a systematic review and meta-analysis ». *BMC Psychiatry*, 2008, 8:81-91.
79. Bisson, J., et M. Andrew. « Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, no 3. Art. no : CD003388. DOI:10.1002/14651858.CD003388. pub3.
80. Price, J.L. et coll. « A review of individual psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse ». *Clinical Psychology Review*, 2001, 21:1095-1121.
81. Callahan, K.L., J.L. Price et M.J. Hilsenroth. « A review of interpersonal-psychodynamic group psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse ». *International Journal of Group Psychotherapy*, 2004, 54:491-519.
82. Martsof, D.S., et C.B. Draucker. « Psychotherapy approaches for adult survivors of childhood sexual abuse: an integrative review of outcomes research ». *Issues in Mental Health Nursing*, 2005, 26:801-825.
83. MacDonald, G., J.P.T. Higgins et P. Ramchandani. « Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no 2. Art. no : CD001930. DOI:10.1002/14651858.CD001930.pub2.

84. Holt, V.L. et coll. « Do protection orders affect the likelihood of future partner violence and injury? » *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 24:16–21.
85. McFarlane, J. et coll. « Protection orders and intimate partner violence: an 18-month study of 150 Black, Hispanic, and White women ». *American Journal of Public Health*, 2004, 94:613–618.
86. Logan, T.K. et coll. « Protective orders. Questions and conundrums ». *Trauma, Violence and Abuse*, 2006, 7:175–205.
87. « What is an intermediary? Crown Prosecution Service » (http://www.cps.gov.uk/derbyshire/casework/special_measures/what_is_an_intermediary/, consulté le 1er décembre 2008).
88. Hamlyn, B. et coll. *Are special measures working? Evidence from surveys of vulnerable and intimidated witnesses*. Home Office Research Study 283. Londres, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, 2004.
89. Burton, M., R. Evans et A. Sanders. *An evaluation of the use of special measures for vulnerable and intimidated witnesses*. Home Office Findings 270. Londres, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, 2006.
90. Gover, A.R., J.M. MacDonald et G.P. Alpert. « Combating domestic violence: findings from an evaluation of a local domestic violence court ». *Criminology and Public Policy*, 2003, 3:109–132.
91. Sacks, E. *Creating a domestic violence court: guidelines and best practices*. San Fransisco, Family Violence Prevention Fund, 2002.
92. Newmark, L. et coll. *Specialized felony domestic violence courts: lessons on implementation and impacts from the Kings County experience*. Washington, The Urban Institute, 2001.
93. Scottish Government. *Evaluation of the pilot domestic abuse court*. Édimbourg, Scottish Executive Justice Department, 2007.

- **Aperçu**
- **Prévenir la violence en favorisant des relations sûres, stables et épanouissantes entre les enfants et leurs parents et dispensateurs de soins**
- **Prévenir la violence en développant des aptitudes à la vie quotidienne chez les enfants et les adolescents**
- **Prévenir la violence en réduisant la disponibilité et la consommation nocive de l'alcool**
- **Réduire l'accès aux moyens létaux : armes à feu, armes blanches et pesticides**
- **Promouvoir l'égalité entre les sexes afin de prévenir la violence contre les femmes**
- **Changer les normes culturelles et sociales qui favorisent la violence**
- **Réduire la violence par des programmes de dépistage des victimes ainsi que des programmes de soins et de soutien aux victimes**



**Organisation
mondiale de la Santé**

Département Prévention de la violence et
du traumatisme et handicap
Avenue Appia 20
1211 Genève 27
Suisse

Tél. : +41 22-791 2064
Fax : +41 22-791 4489
www.who.int/violence-injury-prevention
violenceprevention@who.int



Centre for
Public Health

Centre for Public Health
WHO Collaborating Centre for Violence Prevention
Liverpool John Moores University
Professeur Mark A. Bellis (m.a.bellis@ljmu.ac.uk)
Royaume-Uni

Tél. +44 (0)151 231 8766
www.cph.org.uk

ISBN 978 92 4 250084 4

