



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 44<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR 55<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., EUA, 22-26 septembre 2003

Point 4.12 de l'ordre du jour provisoire

CD44/15 (Fr.)

16 juillet 2003

ORIGINAL : ESPAGNOL

### RÉPERCUSSIONS DE LA VIOLENCE SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS DES AMÉRIQUES

Le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé a déclaré en 1993, et a ratifié en 1996, que la violence sous toutes ses formes constitue une priorité de santé publique qui menace le développement des peuples, affecte la qualité de vie et entraîne l'érosion du tissu social. La Région des Amériques est l'une des plus touchées par la violence, avec un impact négatif de grande ampleur, en particulier dans les pays les plus touchés. On estime que plus de 120.000 personnes sont assassinées et que plus de 55.000 se suicident chaque année. Les femmes et les enfants subissent la violence intrafamiliale, les jeunes sont victimes et auteurs d'actes de violence dans la rue, et la violence sexuelle ou sur le lieu de travail affecte la santé physique et psychologique des personnes atteintes. Les mines antipersonnel laissent de graves séquelles chez les victimes.

Les actes de violence sont définis comme des actes délibérés « appris », ayant des causes multiples mais de ce simple fait pouvant être prévenus, évités ou « désappris ». Diverses activités ont été lancées dans les pays ou ont été menées à bien au sein du Bureau sanitaire panaméricain en application des mandats du Conseil directeur. Il est nécessaire de continuer à définir des projets de prévention et d'appliquer les lignes directrices du Plan stratégique 2003-2007, et de disposer d'un deuxième plan d'action qui actualise les recommandations du premier Plan approuvé en 1994. En outre, on dispose aujourd'hui du *Rapport mondial sur la violence et la santé* ainsi que d'autres documents qui sont des instruments de consultation et de travail sur les diverses formes de violence, les pratiques couronnées de succès et celles qui ne fonctionnent pas.

Un engagement plus ferme des autorités nationales et municipales est nécessaire pour l'exécution de plans et programmes intersectoriels et durables. Le secteur de la santé joue un rôle fondamental non seulement sur le plan de la prise en charge et de la réadaptation des victimes mais aussi pour la mise en pratique des projets de prévention, le développement de systèmes d'information et le lancement de l'investigation causale et des facteurs de risque. Les communautés et leurs organisations civiles ont le droit de participer à la recherche et à la mise en œuvre de projets de prévention.

Le Conseil directeur est invité à analyser ce document comme base pour la définition d'une politique de l'Organisation au sujet du Plan de prévention régional de la violence.

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	3
Pourquoi l’OPS doit maintenir son engagement pour la prévention de la violence .....	3
Progrès dans la mise en œuvre des programmes .....	6
Violence entre les sexes. Violence contre la femme. Le programme Femme, santé et développement.....	6
Santé et développement de l’adolescent .....	7
Environnements sains .....	8
Étude multicentrique sur les attitudes et normes culturelles face à la violence - ACTIVA.....	9
Coalition interaméricaine pour la prévention de la violence – CIAPV .....	9
Relations et collaboration avec l’OMS .....	10
Situation actuelle.....	10
Ampleur du problème .....	10
Morts par homicides et suicides.....	10
Violence intrafamiliale .....	11
Violence contre les enfants .....	11
Violence juvénile .....	12
Violence contre les personnes âgées.....	13
Violence sexuelle.....	13
Violence dans le travail.....	14
Violence et santé mentale .....	16
Victimes de mines antipersonnel .....	16
Classification de la violence (typologie) .....	17
Actions proposées.....	17
Quelles peuvent être les contributions, les valeurs ajoutées et les avantages pour l’OPS.....	17
Propositions internes au Bureau sanitaire panaméricain : améliorer la Coopération au sein des différentes unités et entre ces unités et avec les représentations .....	19
Propositions aux États Membres .....	20
Points de discussion clés.....	21
Mesures à prendre par le Conseil directeur .....	21

## IL EST POSSIBLE DE PRÉVENIR LA VIOLENCE

**« La violence est l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mauvais développement ou une carence. »**

**OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002**

### Introduction

#### *Pourquoi l'OPS doit maintenir son engagement pour la prévention de la violence*

1. La violence est un problème social et de santé qui menace le développement des peuples, affecte la qualité de vie et entraîne l'érosion du tissu social. S'il est vrai qu'il s'agit d'un phénomène mondial, il ne fait néanmoins aucun doute que la Région des Amériques est l'une des plus touchées par la violence, et qu'elle subit de ce fait, en particulier dans certains pays, un impact négatif de grande ampleur.
2. La violence est l'une des questions qui préoccupe au plus haut point l'OPS, comme en témoigne l'engagement qu'elle a pris d'œuvrer pour y remédier, en collaboration avec toutes les parties concernées, il y a plus de dix ans lorsque, en 1993, le 37<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS a approuvé la Résolution XIX, dans laquelle il «... invite instamment les gouvernements à élaborer des politiques et des plans nationaux pour la prévention et le contrôle de la violence en mettant particulièrement l'accent sur les groupes les plus vulnérables.» Par la suite, en novembre 1994, elle a organisé la Conférence interaméricaine sur la Société, la Violence et la Santé, au cours de laquelle, pour la première fois dans les Amériques, un Plan d'action régional sur la violence et la santé a été proposé.
3. Le 39<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS (document CD39/14), qui s'est réuni en 1996, a réaffirmé que la violence sous toutes ses formes constitue une priorité de santé publique, et a demandé au Directeur d'apporter une coopération technique afin de renforcer la capacité des États Membres à élaborer des systèmes de surveillance épidémiologique de la violence, à promouvoir l'investigation, à diffuser les informations et à promouvoir la coopération entre les pays.

4. L'accent mis sur la santé publique dans le cas de la violence repose sur les paramètres rigoureux de la méthode scientifique. Ainsi, on propose cinq étapes fondamentales pour passer du problème à la solution<sup>1</sup> :

- a) Obtenir des connaissances sur tous les aspects de la violence, en compilant systématiquement les données sur l'ampleur, la portée, les caractéristiques et les conséquences de la violence aux niveaux local, national et international. Cela a permis de définir le problème selon qu'il s'agit de violence intrafamiliale, juvénile, contre des enfants, sexuelle ou de nature différente.
- b) Enquêter pour obtenir des preuves permettant de déterminer :
  - les facteurs qui accroissent ou réduisent le risque que se produisent des actes de violence ;
  - les comportements, attitudes et croyances qui pourraient être modifiées grâce à des interventions intersectorielles et/ou de santé.
- c) Concevoir des stratégies et interventions pour prévenir la violence, au moyen des informations décrites à l'étape antérieure, et qui permettent d'exécuter, de surveiller et d'évaluer les interventions.
- d) Mettre en œuvre, dans diverses circonstances, des interventions ayant fait leurs preuves ou prometteuses, accompagnées d'une large diffusion d'informations et d'une détermination de l'efficacité en fonction des coûts des programmes.
- e) Évaluer les résultats et reformuler les stratégies le cas échéant.

5. Du point de vue de la santé publique, la violence constitue un problème pour les raisons suivantes :

- a) Elle occasionne un niveau élevé de mortalité et de morbidité évitable qui touche en particulier les enfants, les femmes et les jeunes, et on observe une recrudescence là où se produisent des déplacements forcés.
- b) Elle exige de grosses ressources financières pour la prise en charge médicale des personnes touchées, ce qui a souvent un effet de distorsion sur la prise en charge des autres patients.

---

<sup>1</sup> Pour une explication plus détaillée du concept se reporter à «Violence, un problème mondial de santé publique» (chapitre 1). Dans le *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2002.

- c) Elle touche non seulement la victime mais aussi sa famille et son entourage, avec des effets négatifs immédiats sur le plan économique, social et psychologique, et également des répercussions à moyen et long terme.
  - d) Elle affecte également la personne responsable de l'acte de violence, sa famille et la société, étant donné que non seulement elle entraîne des coûts d'emprisonnement, mais que cette personne n'est pas en mesure de contribuer au développement social et économique de sa famille, de sa communauté et de son pays.
  - e) Elle a une incidence négative sur le développement social et économique des communautés et des pays.
  - f) Elle a des répercussions sur le quotidien, la liberté de mouvement et notre droit à jouir des biens publics.
6. Outre son impact sur la santé, la violence sociale et interpersonnelle a des effets sociaux et sur le développement, au nombre desquels on peut citer les suivants :
- a) Sur le plan social et culturel, elle réduit considérablement la qualité de vie de la population. Dans le cas de la violence intrafamiliale, elle limite la participation politique et économique des victimes, ainsi que leur développement intellectuel.
  - b) Sur le plan économique, elle accroît les coûts des activités économiques, réduit les possibilités d'investissement extérieur, et abaisse la rentabilité sociale du capital.
  - c) S'agissant de la sécurité urbaine, la violence réduit sensiblement les espaces de loisirs en ville ainsi que le temps d'en profiter, ce qui a également une incidence sur la santé puisque cela limite les lieux sûrs où les gens peuvent réaliser des activités physiques ou sportives.
  - d) En ce qui concerne la structure sociale, la violence produit et occasionne des dommages dans la mesure où elle favorise des comportements et attitudes qui portent atteinte aux fondements et principes de coexistence et de résolution des conflits et détruit le capital social. L'éthique sociale, le respect du droit d'autrui, ou ce que Savater définit comme la « recherche en vue d'améliorer les personnes »<sup>2</sup> dans ses relations avec les autres, se trouvent gravement affectés, en

---

<sup>2</sup> Savater F. *Ética, política y ciudadanía*. (« Éthique, politique et citoyenneté ») Mexique : Éditions Grijalbo ; 1998.

particulier dans les pays où les niveaux de violence sont élevés et ses formes multiples et quotidiennes. La violence intrafamiliale occasionne une érosion de l'espace qui a toujours été considéré comme le plus sûr dans la société, constitué de personnes qu'unissent l'amour, le respect et la protection.

7. En résumé, la violence est assortie de coûts sociaux psychologiques et économiques élevés pour l'ensemble de la société, tant du point de vue de la victime comme de celui de l'auteur de l'acte de violence.

### ***Progrès dans la mise en œuvre des programmes***

8. Plusieurs programmes de l'OPS ont été chargés de promouvoir l'adoption de différentes stratégies pour la réduction des actes de violence, conformément aux résolutions du Conseil directeur. On présente ci-après un résumé des progrès réalisés.

### ***Violence entre les sexes. Violence contre la femme. Le programme Femme, santé et développement***

9. L'Unité sur les rapports sociaux homme-femme et la santé (auparavant appelée programme Femme, santé et développement), de pair avec des institutions nationales et internationales, est parvenue à placer sur la scène publique la question de la violence contre la femme comme étant l'une des actions les plus importantes sur le front de la recherche de l'équité entre les sexes. De nouveaux décrets ou textes de loi nationaux ont été promulgués suite à la reconnaissance de l'existence de ce problème. On a favorisé la création de commissariats ou de centres de conseils pour la femme et la famille où les femmes victimes de violence ou leurs enfants disposent de l'espace nécessaire pour être pris en charge de façon adéquate.

10. L'enquête menée dans divers pays, connue sous le nom de « Cheminement critique suivi par la femme victime de violence », constitue un exemple de la contribution de l'investigation appliquée à la lutte pour la non-violence contre la femme. Les activités et études se sont concentrées sur les sept pays d'Amérique centrale et sur trois autres de la région andine d'Amérique du Sud (Bolivie, Équateur et Pérou). Dans ces pays, au nombre des réalisations obtenues, on compte : plus de 170 réseaux communautaires qui fonctionnent avec la participation du secteur de la santé, de l'éducation, de groupes de femmes, de leaders de la communauté, des églises et d'autres entités communautaires ; des instruments pour la prévention et la prise en charge de la violence, tels que des normes, protocoles et systèmes d'information et de surveillance ; la formation de plus de 30.000 travailleurs de la santé ; et l'explication du problème dans les programmes de l'enseignement primaire, des universités et des écoles de police.

11. L'évaluation externe du projet « Prévention et prise en charge de la violence intrafamiliale » menée à bien en 2001 et reprise dans une publication récente intitulée *Violencia contra la Mujer: el Sector Salud Responde* (« Violence contre la femme : le secteur de la santé répond »), fournit d'importants enseignements et recommandations aux prestataires, militants et responsables de l'adoption de décisions, ainsi qu'aux personnes victimes de la violence, sur la façon d'aborder ce grave problème de santé publique.

12. La page Internet <http://www.paho.org/genderandhealth> comprend du matériel de sensibilisation et des bulletins d'information mensuels relatifs à la femme et à la santé. Les derniers en date portent sur les questions suivantes : Trafic de femmes pour l'exploitation sexuelle, La femme et le VIH/SIDA dans les Amériques, et L'équité entre les sexes dans le domaine de la santé. L'Unité dispose également d'un Listserv, GenSalud ([gensalud@paho.org](mailto:gensalud@paho.org)), qui diffuse des informations sur les sites web, les publications, les conférences et ateliers à ses mille abonnés.

### ***Santé et développement de l'adolescent***

13. Le Programme de santé et développement de l'adolescent a organisé plusieurs événements et activités dans les pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud les plus touchés par la violence juvénile. En outre, en 1997 l'atelier sur la violence des adolescents et les gangs juvéniles a été organisé à San Salvador, en collaboration avec l'Autorité suédoise pour le développement international (ASDI) et la Banque interaméricaine de développement (BID). Cet atelier a traité de la situation et des leçons tirées avec divers experts. La participation de jeunes membres de gangs à cet atelier a été bien accueillie. Des études novatrices en termes de recherche, de diagnostic et de prévention de la violence juvénile ont été examinées.

14. Une enquête sur la santé des adolescents et des jeunes de 11 pays des Caraïbes comprenant la composante de violence, des facteurs de protection et de risque a été menée à bien. Avec l'Organisme de coopération technique allemand (GTZ), on procède à la mise en œuvre de la première étape du projet « Promotion du développement juvénile et prévention de la violence » dans cinq pays (Argentine, Colombie, El Salvador, Nicaragua, et Pérou). Les études correspondantes sur lesquelles reposent les propositions soumises à la GTZ seront publiées très prochainement. La Division de la santé familiale et communautaire (FCH)<sup>3</sup> a organisé la Conférence internationale sur la violence et les médias, à Cartagena (Colombie), en octobre 1996, au cours de laquelle il a été question de la façon d'obtenir la participation des médias dans les campagnes de prévention de la violence.

---

<sup>3</sup> Dans le cadre de la structure antérieure, il s'agissait de la « Division de promotion de la santé ».

### ***Environnements sains***

15. Les efforts se sont concentrés sur l'élaboration et la mise en œuvre de systèmes de surveillance épidémiologique (SVE) et ont visé à appuyer l'identification adéquate d'interventions préventives. Le document *Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones* (« Guide pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de systèmes de surveillance épidémiologique ») a été publié et distribué, et il a été utilisé par différents secteurs. On est parvenu à élaborer des SVE dans les hôpitaux de Colombie, du Salvador et du Nicaragua, en collaboration avec les Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis (CDC), et des études transversales au Honduras sur les personnes souffrant de lésions infligées délibérément ou non. De même, on a collaboré avec les pays des Caraïbes de l'Est pour la conception de systèmes d'information sur la violence et les lésions. On a aussi examiné les systèmes de surveillance épidémiologique des personnes souffrant de lésions qui se rendent aux urgences de 11 hôpitaux de la Jamaïque, travail pionnier dans les Caraïbes et, en 2002, une proposition de « Plan stratégique pour la prévention de la violence » a été préparée et remise. Au Salvador, au Honduras et au Nicaragua, des Comités nationaux de prévention de la violence ont été créés et dans certaines villes des groupes similaires sont mis en place par les mairies. Dans la ville de San Pedro Sula et dans la Valle Metropolitana de Sula (Honduras), l'OPS a lancé un Plan de prévention de la violence, pour la mise en œuvre duquel la BID a approuvé un prêt. La Mairie de Quito (Équateur) a organisé une équipe de travail qui est parvenue à regrouper plusieurs secteurs au sein d'un Comité technique d'appui à la sécurité et à la coexistence et deux TCC ont été organisés avec les villes de Bogota et de Cali, en Colombie.

16. À Cali (Colombie), en partenariat avec l'Institut CISALVA de l'Université del Valle, Centre de collaboration de l'OPS/OMS, on a créé le Réseau andin, avec un site Internet (<http://www.redandina.org>), pour la prévention et la surveillance épidémiologique de la violence, qui vise à promouvoir la diffusion des informations sur les activités menées dans les pays.

17. En collaboration avec le programme de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) on a publié la première *Bibliografía sobre maltrato infantil* (« Bibliographie sur les enfants maltraités »), qui contient plus de 700 références des cinq dernières années sur la question et qui a été distribuée à tous les États Membres.

18. À San Salvador (El Salvador), l'étude *Barrio Adentro. La solidaridad violenta de las pandillas* (« Centre ville. La solidarité violente des gangs »), réalisée conjointement avec l'Université centraméricaine José Simeón Cañas, a été achevée et publiée. Cette étude a contribué à apporter des éclaircissements sur le problème des gangs ou bandes juvéniles qui touche particulièrement ce pays et le Honduras. Au Honduras, le Gouvernement précédent,



avec les conseils de l'OPS, a approuvé le Plan national pour aborder la violence sociale au Honduras 2001-2005, qui n'a pas encore été exécuté.

19. Le *Rapport mondial sur la violence et la santé*, publié par l'OMS avec le concours de tous les Bureaux régionaux mérite une mention particulière. L'OPS a apporté une contribution spéciale à ce document, non seulement au cours de sa préparation, mais elle s'est aussi chargée de le traduire en espagnol et de l'imprimer. Elle s'est également chargée d'en imprimer la version résumée. En vue de diffuser ce Rapport, des présentations ont été faites au Costa Rica (pour les pays participant à la Réunion sur la santé en Amérique centrale et la République dominicaine (RESSCAD), au Brésil, en Colombie, au Honduras, au Nicaragua et au Pérou, et son lancement est prévu au Salvador, à la Jamaïque, au Mexique, au Panama et à Puerto Rico, au siège de l'OPS à Washington, au Canada et de nouveau à Bogota à l'occasion d'une conférence internationale organisée par la Mairie de la capitale de la Colombie. Ce document est un outil de travail pour la prévention de la violence.

#### ***Étude multicentrique sur les attitudes et normes culturelles face à la violence - ACTIVA***

20. Sur le plan des investigations régionales se détache la réalisation de l'Étude multicentrique sur les attitudes et normes culturelles face à la violence - ACTIVA. Cette étude, qui est le fruit d'un travail d'équipe de groupes de recherche coordonné par l'OPS, au moyen d'enquêtes auprès de 10.821 adultes, a permis de savoir comment sont perçues et vécues la violence et l'insécurité dans sept villes d'Amérique latine et à Madrid (Espagne). ACTIVA apporte une précieuse contribution à la clarification du problème des attitudes et normes face à la violence, et a également permis d'établir des principes fondamentaux pour les investigations futures dans le domaine de la victimisation.

#### ***Coalition interaméricaine pour la prévention de la violence – CIAPV***

21. L'OPS appuie depuis sa création la Coalition interaméricaine pour la prévention de la violence (CIAPV), lancée officiellement en juin 2000 au siège de l'OPS et à laquelle participent également la BID, l'Organisation des États américains (OEA), la Banque mondiale, l'Organisation des Nations Unies pour la culture, la science et l'éducation (UNESCO), les CDC et l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Cette initiative reflète la volonté des organisations en question de travailler ensemble pour coopérer avec les gouvernements, la société civile et le secteur privé en vue d'unir leurs efforts visant à prévenir et à réduire les niveaux de violence dans les Amériques. La CIAPV a élaboré la proposition d'indicateurs pour le suivi de la violence, document qui est en cours de publication.

### ***Relations et collaboration avec l'OMS***

22. Des relations permanentes et constructives sont maintenues avec le Département de prévention de la violence et des lésions de l'OMS, en participant activement à diverses réunions consultatives et avec les conseillers régionaux à l'échelle mondiale. Il convient de souligner le travail conjoint effectué dans le cadre de l'élaboration du *Rapport mondial sur la violence et la santé*.

### **Situation actuelle**

#### ***Ampleur du problème***

23. En dépit des efforts des gouvernements, des organismes internationaux et des ONG, on enregistre actuellement des taux de violence élevés dans les Amériques. On trouvera ci-après des données sur les diverses formes de violence.

#### ***Morts par homicides et suicides***

24. Les taux de mortalité sont utilisés en général et sont appropriés pour estimer l'ampleur de la violence. Selon les rapports officiels répertoriés à l'OPS, dans les Amériques il se produit chaque année près de 120.000 homicides et 55.000 suicides, sachant que l'on estime que les cas sont sous répertoriés de 10 % environ. Plus de 12 pays de la Région ont des taux d'homicides pour 100.000 habitants qui sont supérieurs à 10 %. Certains ont des taux jugés très élevés ou critiques, notamment le Brésil (28), la Colombie (65), El Salvador (45), le Guatemala (50), le Honduras (55), la Jamaïque (44) et le Venezuela (35).

25. Lorsque l'on parvient à résoudre les conflits armés internes, on observe un progrès significatif en termes d'espérance de vie. Deux exemples illustrent la situation : au Salvador, au cours de la période allant du début des années 80 jusqu'à la fin des années 90, une augmentation de 12 ans de l'espérance de vie pour les hommes et de 9,4 ans pour les femmes a été enregistrée, cette augmentation est attribuable à la situation qui a prévalu immédiatement après la signature des Accords de Paix en 1992. En Colombie, en revanche, où le conflit armé se poursuit, au cours de cette même période, l'amélioration enregistrée n'a été que de 2,8 ans et 4,1 ans respectivement pour les hommes et les femmes<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Pour des informations plus détaillées sur l'espérance de vie par pays, voir *La salud en las Américas* (« La santé dans les Amériques »), chapitre 1, tableau 9. Washington, DC: Organisation panaméricaine de la santé; 2002:29. (Publication scientifique de l'OPS 587).

26. S'agissant des suicides, il convient de souligner qu'ils se produisent plus fréquemment au Canada, à Cuba, à la Grenade, aux États-Unis et en Uruguay, bien qu'on ait assisté ces dernières années à des flambées de suicides ou de tentatives de suicide chez les jeunes de certains pays d'Amérique centrale. L'approche préventive du suicide doit être plus explicite dans les plans de prévention de la violence. Malheureusement, certains pays ne disposent pas d'antidotes efficaces pour certaines substances létales lorsqu'il s'agit d'un suicide par empoisonnement.

### ***Violence intrafamiliale***

27. Les données nationales tirées des enquêtes démographiques et sur la santé font apparaître que le pourcentage de femmes victimes de violence physique de la part de leur conjoint ou d'une autre personne se monte à 41,10 % en Colombie (2000), à 27,3 % à Haïti (2000), à 28,7 % au Nicaragua (1997-98) et à 41,2 % au Pérou (2000). Par l'entremise des enquêtes et études, il a été déterminé que de 20 % à 60 % des foyers de la Région sont la scène de violence physique et psychologique contre les femmes et les enfants.

### ***Violence contre les enfants***

28. Il ne fait pas de doute que la violence contre les enfants, dans ses différentes expressions, provoque des conséquences graves pour leur développement. La définition la plus courante des mauvais traitements aux enfants l'exprime comme suit : « Les mauvais traitements ou l'humiliation des mineurs recouvrent toutes les formes de mauvais traitements physiques et émotionnels, d'abus sexuels, de manque d'attention ou de négligence ou d'exploitation commerciale ou d'autre type, qui donnent lieu à des dommages potentiels ou réels à la santé de l'enfant, à sa survie, à son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir ».<sup>5</sup> L'étude ACTIVA note qu'entre 3 % et 27 % de enfants ont reçu une punition physique de l'un de leurs parents avec un objet physique et que 34 % ont été frappés avec les mains dans les douze mois qui ont précédé l'enquête. Ces enfants avaient entre deux et sept ans, et le maximum du châtement corporel se produisait quand ils avaient de trois à cinq ans. Les parents ou les membres jeunes de la famille ou ayant une éducation plus limitée ont plus tendance à penser que le châtement physique constitue la méthode la plus valable pour obtenir la discipline.<sup>6</sup> Une enquête en Jamaïque auprès d'enfants en âge scolaire (âge moyen 11 ans) a indiqué que 90 % d'entre eux ont été témoins d'actes de

---

<sup>5</sup> Voir *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (« Rapport mondial sur la violence et la santé »). Chapitre 3

<sup>6</sup> Opinas P. *Who is violent? Factors associated with aggressive behaviors in Latin America and Spain.* (« Qui est violent ? Facteurs associés aux comportements agressifs en Amérique latine et en Espagne »). *Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 1999, 5 (4-5) : 232-244.

violence dans leur foyer ou dans la rue. Les enfants qui ont été agressés éprouvent de plus grandes difficultés à réfréner des impulsions agressives.<sup>7</sup> À nouveau cette forme de violence entre dans la catégorie de celles qui sont le moins enregistrées dans pratiquement tous les pays du monde, situation qui entrave les possibilités de suivi et les tendances du problème.

### ***Violence juvénile***

29. Au Salvador et au Honduras, la police estime que le nombre de jeunes appartenant à des gangs ou des bandes juvéniles se monte aux alentours de 30.000 dans chacun de ces deux pays. Ces gangs sont responsables d'une grande partie de la violence. À Managua (Nicaragua), on estime qu'il existe 110 gangs juvéniles qui regroupent quelque 8.200 jeunes<sup>8</sup>. On sait également qu'il existe des gangs en Argentine et au Pérou, (appelés dans ces pays les « *Barras bravas* » et apparentées à des équipes de football rivales), au Brésil, en Colombie, aux États-Unis, au Guatemala, en Jamaïque, au Mexique, au Panama, au Pérou, au Venezuela, et ces dernières années ce phénomène a été décrit également au Chili<sup>9</sup> et au Costa Rica. L'étude *Barrio adentro, la solidaridad violenta de las pandillas*<sup>10</sup> dans la zone métropolitaine de San Salvador a identifié diverses raisons qui font que les jeunes se lient aux gangs, leurs vécus et leurs attentes. Sur la base de ce travail et d'autres études réalisées dans la Région centraméricaine, on propose que cette situation soit considérée comme un conflit social de haut risque et, par conséquent, que des politiques d'état soient adoptées afin de permettre une intervention préventive.

---

<sup>7</sup> Perry D, Perry LC, Rasmussen P. *Cognitive social learning mediators of aggression* (Médiateurs d'apprentissage social des agressions). *Child Dev* 1986;57(3):700-11.

<sup>8</sup> Police nationale du Nicaragua. 2000. *Informe en el Taller Nacional de Prevención y Vigilancia Epidemiológica de violencia*. (« Rapport sur l'atelier national de prévention et de surveillance épidémiologique de la violence ») OPS, Managua, Nicaragua, 24-27 avril 2000.

ERIC Honduras, IDESO UCA Nicaragua, IDIES URL Guatemala, IUDOP UCA El Salvador. *Maras y pandillas en Centroamérica* (« Gangs et bandes en Amérique centrale »), Vol. I Pages 218-323. UCA Publicaciones, Managua, 2001.

ACJ, *Save the Children*. Las maras en Honduras. Investigación sobre pandillas y violencia juvenil, consulta nacional. Plan Nacional de Atención. Ley especial (Les gangs au Honduras. Enquête sur les gangs et la violence juvénile, consultation nationale. Plan national de prise en charge. Loi spéciale). Frinsa Impresos, Tegucigalpa, 2002.

<sup>9</sup> Voir Salazar G. Origine et causes de la violence urbaine à Santiago et Rancagua (Chili, 1980-1999). Dans : Bodemer K, Kurtenbach S, Meschkat K, eds. *Violencia y regulación de conflictos en América Latina* (« Violence et régulation des conflits en Amérique latine »). Caracas: Association allemande de recherche sur l'Amérique latine – Adlaf. Editorial Nueva Sociedad ; 2001:91-110.

<sup>10</sup> 938 membres de gangs, actifs et « calmés », ont été interviewés par d'autres ex-membres de gangs associés à l'ONG pour la non-violence juvénile *Homies Unidos*, formés et supervisés par l'Université centraméricaine de San Salvador. Voir Santacruz M, Concha-Eastman A, Cruz JM. *Barrio adentro, la solidaridad violenta de las pandillas* (« Centre ville, la solidarité violente des gangs »). San Salvador: Organisation panaméricaine de la santé/UCA ; 2002.

### *Violence contre les personnes âgées*

30. Il convient de signaler que la violence contre les personnes âgées, que ce soit à la maison, dans des hospices ou dans des institutions, est peut-être celle sur laquelle il existe le moins d'information. Mais les personnes âgées, hommes et femmes souffrent de la violence d'une façon distincte, qui va de l'internement et de l'abandon et de la négligence de leur famille la plus proche, jusqu'à la punition physique, l'abus sexuel ou l'homicide. Dans la rue, les personnes âgées sont renversées par des voitures ou agressées. Les mauvais traitements aux personnes âgées sont devenus plus préoccupants du fait que la société se rend compte qu'au cours des prochaines décennies il y aura une augmentation énorme de la population de ce groupe d'âge, tant dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. L'industrialisation creuse des modèles plus anciens d'interdépendance entre différentes générations d'une même famille. Pour les personnes âgées, ce phénomène a l'habitude de poser fréquemment des difficultés d'ordre matériel et émotionnel. Dans de nombreux pays en développement, la rapidité à laquelle se produisent les changements sociaux et économiques, a contribué à affaiblir, et souvent à détruire, les réseaux familiaux et communautaires qui à d'autres époques avaient servi d'appui à la génération plus âgée. Les taux probables de mauvais traitements des personnes âgées, que ce soit dans les environnements communautaires ou dans les institutions, sont peut-être plus importants que ce que l'on peut tirer des statistiques générales que les pays ont rassemblées sur les actes de violence. Certaines de ces différences sont imputables au fait que les mauvais traitements aux personnes âgées n'ont pas été reconnus comme tels jusqu'aux années 70. Les décès des personnes âgées, qu'ils se soient produits dans des environnements institutionnels ou dans la communauté, ont souvent été attribués à des causes naturelles, des accidents ou des raisons indéterminées, alors que dans la réalité ils étaient la conséquence de mauvais traitements ou de négligence. Le Canada a établi un système pour gérer exclusivement les dénonciations concernant les mauvais traitements aux adultes.<sup>11</sup>

### *Violence sexuelle*

31. La violence sexuelle constitue un problème important de santé et de sécurité qui touche les hommes et les femmes tout au long de leur vie. Des études menées dans différents pays ont montré que jusqu'à 36 % des filles et 29 % des garçons ont souffert d'abus sexuels. Selon les estimations, le viol et la violence intrafamiliale représentent de 5 % à 16 % d'années de vie en santé perdues pour les femmes en âge de procréer.<sup>12</sup> En dépit du caractère peu fiable et très limité des informations, on sait que l'abus sexuel est une forme courante de violence à l'encontre des enfants dans de nombreuses sociétés.

---

<sup>11</sup> Pour des informations plus détaillées, se reporter au Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, 1990. Chapitre 5.

<sup>12</sup> Organisation mondiale de la santé, Banque mondiale, Harvard School of Public Health. *Global Burden of Disease* (« Fardeau mondial de la maladie »). Genève: OMS; 1990.

32. Le personnel des soins de santé peut fournir des services de santé complets tenant compte de la spécificité des sexes aux personnes qui ont subi des violences sexuelles ; il peut compiler et documenter les preuves nécessaires pour établir les circonstances d'un acte de violence, et il peut également orienter la victime vers les autres services dont elle peut avoir besoin, ce qui constitue un rôle important. Cela tient au fait que les personnes qui ont été victimes de violence cherchent souvent une assistance médicale même si elles ne déclarent pas l'acte de violence en question. Il existe néanmoins un fossé entre les besoins en termes de services des victimes de violence sexuelle et le niveau actuel de services de santé fournis dans la plupart des pays.

33. La violence sexuelle a des répercussions importantes sur le plan de la santé, notamment le suicide, le syndrome de stress post-traumatique, d'autres maladies mentales, des grossesses non désirées, des maladies sexuelles transmissibles, le VIH/SIDA, des blessures auto infligées et, dans le cas de l'abus sexuel des enfants, l'adoption de comportements à haut risque tels que des partenaires sexuels multiples et l'utilisation de drogues. Par ailleurs, il s'avère que les femmes qui ont été victimes de violence physique ou sexuelle utilisent les services de santé plus fréquemment que les femmes qui n'ont pas été maltraitées.<sup>13,14</sup> Tous les problèmes liés à la violence sexuelle tels que les comportements physiques, psychologiques et à haut risques attribués aux actes de violence doivent être traités.

### ***Violence dans le travail***

34. Une forme de violence dans le travail est celle qui est perpétrée par une personne armée contre un employé ou un client. Une autre forme plus courante a trait aux actes de violence contre les employés (menaces verbales ou physiques, coercition, intimidation et autres formes de « harcèlement »), qui créent une ambiance de travail hostile et occasionnent chez le travailleur des effets physiques et psychiques. C'est ce qu'on appelle « harcèlement psychologique » (*mobbing*).

---

<sup>13</sup> Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. *Health Care Utilization and History of Trauma among Women in a Primary Care Setting* (« Utilisation des soins de santé et antécédents de traumatismes chez les femmes dans les établissements de soins primaires »). *Violence et Victimes*; 1997;12:165-172.

<sup>14</sup> Koss MP, Woodruff WJ, Koss PG. Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage (« Victimization criminelle chez les patients de soins primaires : prévalence, incidence et utilisation médicale »). *Behav Sci Law* 1991; winter; 9(1): 85-96.

35. Aux États-Unis, on enregistre près de 20 assassinats de travailleurs chaque semaine et près d'un million d'agressions de travailleurs chaque année<sup>15</sup>. Parmi les secteurs économiques les plus fréquemment affectés, on compte : les entreprises de services, telles que les hôpitaux et agences de services sociaux, et d'affaires. Le « harcèlement psychologique » occasionne des niveaux de stress élevés ainsi que diverses maladies, et on calcule qu'aux États-Unis un travailleur sur cinq le subit chaque année. Les agressions non mortelles de travailleurs dans ce pays entraînent la perte de 876.000 jours de travail et de US\$ 16 millions en salaires.

36. En Colombie, le pourcentage de travailleurs victimes d'homicide sur leur lieu de travail s'élevait à 2,6 % en 2000. On estime que la proportion de travailleurs victimes d'agressions non mortelles était de 6 % en 2000<sup>16</sup>.

37. En Argentine, 6,1 % des hommes et 11,8 % des femmes ont indiqué avoir été victimes d'agressions. En 1995, 16,6 % des femmes ont fait état d'incidents à caractère sexuel. L'Argentine est l'un des pays qui enregistre les taux les plus élevés d'agressions et de harcèlement sexuel sur le lieu de travail, selon les données du Bureau international du travail. En Bolivie, 0,4 % des hommes et 0,9 % des femmes ont subi des agressions. En 1996, 1,3 % des femmes ont été victimes d'un type d'incident sexuel. Au Costa Rica, 0,8 % des hommes et 1,4 % des femmes ont subi des agressions, tandis que le pourcentage de femmes ayant subi des incidents sexuels se montait à 2,2 %<sup>17</sup>.

38. Une troisième forme de violence dans le travail concerne les enfants qui travaillent dans des lieux présentant de grands risques pour leur existence et dans des conditions de mauvais traitements et d'exploitation. On estime que dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes 17,4 millions d'enfants travaillent plus de 45 heures par semaine en étant exposés à des dangers physiques, psychologiques et sociaux et à des formes d'exploitation intolérables, telles que l'esclavage, le travail en servitude, les travaux forcés et l'abus sexuel. Dans plusieurs pays, on utilise des enfants travailleurs pour le trafic de stupéfiants et dans les réseaux du crime organisé<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> Qu'est-ce que la violence sur le lieu de travail ? <http://civil.nih.gov/whatis/facts.html>.

<sup>16</sup> FISO; Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses (Institut national de médecine et des sciences médico-légales). Caracterización de diferentes formas de violencia en el lugar de trabajo y exploración de sus factores asociados, primera etapa: Colombia 2002 – 2003 (« Définition des différentes formes de violence sur le lieu de travail et exploration des facteurs associés, première étape : Colombie 2002 – 2003 »). Bogota, 25 juillet 2002. Groupe d'enquête : Julieta Rodríguez Guzmán, Luz Janeth Forero Martínez, Héctor Wilson Hernández Cardoso, Patricia Castillo Valencia.

<sup>17</sup> Violencia en el trabajo: un problema mundial (« Violence dans le travail : un problème mondial »). Lundi 20 juillet 1998 Publication simultanée à Genève et à Washington D.C. (OIT/98/30) Communiqué de presse de l'OIT.

<sup>18</sup> Every Child Counts: New Global Estimates on Child Labour (« Chaque enfant compte : nouvelles estimations mondiales sur le travail des enfants ») Bureau international du travail, [www.ilo.org](http://www.ilo.org).

### ***Violence et santé mentale***

39. Souvent, la violence et les problèmes de santé mentale sont liés, dans la mesure où l'un est l'expression de l'autre et peut aussi en être la cause. Les relations entre les deux sont complexes, mais il existe des preuves du fait que les divers types de violence peuvent contribuer à accroître nettement les divers troubles mentaux, notamment la dépression, l'anxiété, l'abus d'alcool et de drogues, les troubles psychosomatiques et le suicide.

40. Les données indicatives de l'impact réel de la violence sur la santé mentale dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes sont peu nombreuses. Au Brésil, une étude effectuée sur une population pauvre d'enfants de 4 à 12 ans a montré que 10,1 % étaient victimes d'agressions graves et que, parmi ceux-là, 22,4 % présentaient des troubles du comportement. Pour ce qui est de l'impact de la violence politique, il ressort d'une étude réalisée au Guatemala que les problèmes les plus importants chez les victimes de la guerre civile sont la peur (31 %), la tristesse (29 %), les maladies psychosomatiques (15 %), l'impuissance (12,5 %), les perspectives négatives sur l'avenir (8,1 %), et le deuil compliqué (8 %). Une autre étude, spécifiquement consacrée aux problèmes des enfants et des adolescents, réalisée l'année précédente dans le même pays sur un échantillon d'enfants et d'adolescents victimes de diverses formes de violence politique, a mis en exergue les troubles de déficit d'attention (27,6 %), la comportement d'opposition de défi (25,5 %), l'anxiété grave (13,3 %) et la dépression aiguë (7,1 %).

### ***Victimes de mines antipersonnel***

41. L'héritage de la guerre civile en Amérique centrale a laissé la région parsemée de plusieurs milliers de mines antipersonnel et de munitions explosives non explosées (UXO). Actuellement, il reste 73.000 mines au Nicaragua, de 5.000 à 8.000 mines et autres explosifs au Guatemala, 2.000 mines au Honduras, et un peu moins de 1.000 mines à la frontière entre le Costa Rica et le Nicaragua. En outre, on estime que de 4.456.000 à 5.855.000 personnes dans l'Isthme d'Amérique centrale sont handicapées en raison non seulement de la guerre et des mines antipersonnel mais aussi des catastrophes naturelles et autres causes. Le problème est plus accentué dans les groupes d'âge actif où l'accès à l'éducation et aux programmes d'inclusion économique et sociale est limité.

42. L'OPS a uni ses efforts à ceux de l'Agence canadienne de développement international (ACDI), par l'entremise de l'Unité canadienne d'action contre les mines, et du Gouvernement mexicain pour aider les survivants de conflit et ceux qui ont été atteint par des mines terrestres, en particulier les handicapés, au Nicaragua, au Salvador, et au Honduras. Les objectifs de cette initiative visaient à renforcer les capacités nationales et institutionnelles tout en favorisant la participation des personnes handicapées ainsi que la



participation des communautés locales dans le processus de planification et de mise en œuvre.

43. Cette initiative tripartite couvre les problèmes physiques, sociaux et économiques des survivants de mines terrestres et des personnes handicapées. Elle a joué un rôle fondamental en faveur de la création de commissions de coordination nationale comprenant à la fois le secteur privé et le secteur public et recouvrant les autorités locales, la société civile et les associations pour/et les personnes handicapées afin d'inclure les éléments nécessaires pour la prévention et le traitement des handicaps à tous les niveaux des services de santé, les pratiques à suivre en cas de catastrophe, l'éducation de base, et la planification familiale. Les commissions de coordination nationale ont assumé la responsabilité de garantir le caractère durable et la poursuite de ces activités.

44. Les efforts de défense de cette cause depuis le démarrage du projet ont ouvert la voie à une amélioration de l'environnement et des conditions pour travailler avec certains interlocuteurs clés dans les pays. Cela s'est traduit par un dialogue plus ouvert et la volonté de collaborer pour faciliter la définition des activités.

### ***Classification de la violence (typologie)***

45. Il existe diverses formes d'expression de la violence. Certains la classifient en fonction des acteurs ou des victimes concernés (juvéniles, hommes-femmes, enfants, contre les personnes âgées), ou en fonction du lieu où elle se déroule (dans la rue, dans le foyer, dans le travail), ou en fonction du domaine auquel elle se rapporte (public, privé) ou en fonction des motivations (sociales, psychologiques, économiques, politiques), et enfin la violence auto infligée. L'OMS propose une classification sur trois niveaux : interpersonnelle, auto infligée et collective<sup>19</sup> qui regroupent les différentes formes de violence.

### **Actions proposées**

#### ***Quelles peuvent être les contributions, les valeurs ajoutées et les avantages pour l'OPS***

46. Le travail de prévention et la responsabilité de l'OPS se concentrent plus particulièrement sur la violence sociale ou interpersonnelle, la violence hommes-femmes, la violence économique avec une organisation hiérarchique minimum voire inexistante, et la violence auto infligée. On sait qu'une forme de violence peut stimuler l'apparition ou la persistance d'une autre (d'autres) forme(s) de violence. Cette relation permet en outre

---

<sup>19</sup>Voir le *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2002;1:6-7.

de constater la nécessité d'agir sur le plan intersectoriel, puisque les causes de ces formes de violence émanent de situations qui ne sont pas du ressort exclusif de la santé publique ni de tout autre secteur isolément.

47. La mission de l'Organisation panaméricaine de la santé guide nos actions en direction des secteurs les plus démunis et des scénarios ayant le plus fort impact négatif sur leur santé et leur qualité de vie, ce qui assure l'efficacité et le caractère durable des propositions.

48. Dans le cas de la violence, les propositions correspondent aux lignes directrices du Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain pour la période 2003-2007, en d'autres termes, elles visent le développement social et de l'être humain, la lutte contre les inégalités, et le renforcement institutionnel du secteur de la santé sur la base de la coopération reposant sur les priorités et décisions des pays. Sur le plan méthodologique, on part de la définition des stratégies, programmes et projets reposant sur de bonnes informations et sur l'analyse des facteurs de protection et/ou de risque de violence.

49. L'OPS contribue à réduire les actes de violence en promouvant l'adoption de stratégies et plans d'action définis de concert avec les autorités et les communautés. Leur fonction consiste à :

- a) promouvoir l'adoption et la mise en œuvre, de la part des autorités nationales ou municipales, de plans ou programmes spécifiques adaptés à l'ampleur et aux caractéristiques du problème dans chaque pays ou ville ;
- b) promouvoir l'étude, l'analyse de la situation et l'évaluation et diffusion des programmes et projets qui ont donné les meilleurs résultats<sup>20</sup>, l'étude doit être renforcée dans des domaines tels que l'anthropologie, le social et de la conduite pour donner des outils majeurs à l'action ;
- c) améliorer et développer des systèmes d'information sur les différentes formes de violence interpersonnelle et sociale, élargir l'usage des systèmes d'information géographique ;
- d) renforcer la réponse du secteur de la santé tant pour ce qui est des patients victimes de violence que des programmes préventifs qu'il met en place au niveau de la communauté ;

---

<sup>20</sup> En Amérique latine et dans les Caraïbes, il existe de nombreux programmes et projets en cours, dont la majorité n'ont pas encore été évalués ni publiés, mais qui répondent aux besoins et conditions spécifiques. Une action de l'OPS consiste à évaluer ces programmes et à en diffuser les résultats.

- e) consolider le travail en réseau et l'établissement d'alliances stratégiques ;
  - f) appuyer les besoins de formation et de renforcement institutionnel des pays pour faire face à la violence.
50. La définition de priorités repose sur les éléments suivants :
- a) les formes particulières de violence : sociale ou interpersonnelle, entre hommes et femmes, psychologique et auto infligée,
  - b) les groupes sociaux qui, tant du fait de la situation d'inégalité et de vulnérabilité spécifique dans laquelle ils vivent, que de l'analyse hommes/femmes sont identifiés comme présentant le plus grand risque, à savoir : les enfants, les femmes, les personnes âgées et les jeunes sur lesquels la violence a le plus fort impact.

51. L'OPS adopte la thèse selon laquelle il est possible de prévenir la violence et les lésions. Pour cela, il est nécessaire d'adopter une démarche multisectorielle et des réponses face aux causes multiples à l'origine de la violence. L'OPS réitère dans le présent document son engagement à œuvrer pour trouver une solution au problème de la violence et des lésions en collaboration avec tous les intéressés.

**Propositions internes au Bureau sanitaire panaméricain : améliorer la coopération au sein des différentes unités et entre ces unités et avec les représentations**

52. Il est nécessaire de poursuivre le processus à l'aide d'un deuxième plan. Avec le premier plan, on a disposé d'un guide d'action qui a été utilisé pour formuler des politiques et rendre le problème manifeste, afin d'accroître la prise de conscience et la nécessité de conjuguer les efforts en vue de trouver des solutions à la violence et à ses conséquences comme l'a montré la synthèse mentionné précédemment. L'accent mis sur la prévention dans le cadre du premier plan est un critère qui est maintenu. Le rôle de l'OSP est défini, des priorités et stratégies de travail sont proposées et le programme de l'OSP est adapté à l'évolution de la situation. L'OPS considère le Rapport mondial sur la violence et la santé (IMVS) comme un apport précieux à la prévention de la violence. Ce rapport a mérité une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé tenue en mai 2003, dans laquelle « les États Membres sont instamment priés de promouvoir l'IMVS et d'appliquer activement les conclusions et recommandations du rapport en vue d'améliorer les activités de prévention... »<sup>21</sup>

***Propositions aux États Membres :***

---

<sup>21</sup> WHA 56.24. Application des recommandations du Rapport mondial sur la violence et la santé.

53. L'IMVS propose neuf recommandations, dont certaines sont présentées ci-après :
- a) Travail de sensibilisation et d'accompagnement pour l'élaboration de plans nationaux et/ou municipaux de prévention de la violence. Inclusion de la question de la prévention de la violence dans les plans publics. La question hommes-femmes et de la violence sexuelle devra en faire partie.
  - b) Création ou renforcement de systèmes d'information aux niveaux suivants :
    - hôpitaux pour les personnes souffrant de lésions ;
    - groupes de travail conjoints avec des médecins légistes et la police (dans le cas des décès dus à une cause externe quelconque) ;
    - ceux qui existent sur la violence intrafamiliale ;
    - suivi des flambées de suicides (le suicide est un problème qui revêt une importance croissante en Amérique latine et dans les Caraïbes) ;
    - suivi de la violence juvénile, et
    - suivi des lésions liées au travail.
  - c) Encouragement de la recherche et de la diffusion d'informations.
  - d) Définition des plans de prise en charge des victimes et de prévention (secondaire ou tertiaire).
  - e) Proposition de réseaux, travail intersectoriel et de coalition dans les pays.
  - f) Promotion, renforcement et encouragement de la participation communautaire au processus de définition et d'exécution des interventions préventives.

54. Les actions proposées devront être adaptées aux pays et leur mise en œuvre devra démarrer dans les pays et au sein du Secrétariat, ce qui implique la nécessité de renforcer les unités responsables en la matière, en particulier sur la base de fonds extra budgétaires. Il est nécessaire que la définition de nouvelles activités ou la poursuite de celles existantes passe par un processus d'évaluation et il faut également disposer de critères pour définir les priorités. L'OPS considère que l'élaboration d'un deuxième Plan régional de prévention de la violence représente un progrès pour la définition d'un Programme régional qui guidera les États Membres dans la formulation de leurs propres plans de prévention.

**Points de discussion clés**

55. Obtenir l'engagement effectif des autorités nationales et municipales pour la définition de plans et de projets de prévention intersectoriels de la violence sociale et interpersonnelle ainsi que de la violence auto infligée. Ces plans et projets doivent être maintenus dans le temps et bénéficier d'une affectation en ressources financières et humaines.

56. Définir la contribution du secteur de la santé sur le plan de la détection, de la prévention, de la prise en charge et de l'orientation (références) pour les victimes de la violence.

57. Nécessité de définir et de mettre en pratique des systèmes d'information, des indicateurs et des analyses de données sur les différentes formes de violence.

58. Coordination entre les secteurs de gouvernement et avec la société civile et ses organisations.

#### **Mesures à prendre par le Conseil directeur**

59. Le Conseil directeur est invité à proposer des orientations pour la définition d'une politique et des plans de l'Organisation en vue de la Prévention régional de la violence.

- - -