

# Policy Paper 2

Avril 2014

## Survivre à la violence armée

Mireille Widmer

 **GENEVA  
DECLARATION**

**Geneva Declaration Secretariat**

c/o Small Arms Survey  
47 Avenue Blanc, 1202 Geneva, Switzerland

t +41 22 908 5777

f +41 22 732 2738

e [info@genevadeclaration.org](mailto:info@genevadeclaration.org)

w [www.genevadeclaration.org](http://www.genevadeclaration.org)



Joe Davis, qui est resté paralysé à la suite d'une fusillade, mène une protestation contre la violence armée à Philadelphie, aux États-Unis, Octobre 2007. © Mark Stehle/AP

**L**a Déclaration de Genève sur la violence armée et le développement (2006) reconnaît que « la violence armée tue chaque année, directement et indirectement, des centaines de milliers de personnes et en blesse un nombre incalculable, souvent de façon irrémédiable ». En effet, d'après les estimations, la violence armée tue 740 000 personnes chaque année, dont 526 000 directement (Secrétariat de la Déclaration de Genève, 2011a, p. 43). À ces chiffres s'ajoute un nombre littéralement « incalculable » de survivants. Les ratios cités vont de un à huit survivants par

victime (Small Arms Survey, 2012, pp. 92-94), mais l'on ne dispose d'aucune estimation fiable de leur nombre.

Plusieurs instruments juridiquement et politiquement contraignants sur, par exemple, les mines terrestres, les munitions à fragmentation et les armes légères et de petit calibre, pour n'en citer que quelques-uns, couvrent les armes et explosifs employés par les auteurs de la violence armée. En revanche, l'« aide aux victimes » n'est à ce jour envisagée que dans le cadre des armes explosives. Cela est regrettable car entre 42 et 60 % des actes de violence mortelle dans le

Le présent Policy Paper de la Déclaration de Genève fait partie d'une série visant à faciliter la prise de décisions d'orientation lors des débats continus sur le cadre de développement qui feront suite aux objectifs du Millénaire pour le développement. Cette série placera la réduction et la prévention de la violence armée dans le contexte plus large du développement durable afin de montrer comment la lutte contre la violence peut avoir un impact positif sur le développement. S'appuyant sur les données actuelles, ces documents d'orientation visent à proposer des approches qui, estime-t-on, permettront de réduire et de prévenir la violence armée.

Ces documents d'orientation sont préparés par le Secrétariat de la Déclaration de Genève et leur contenu ne signifie aucunement que les pays ayant adhéré à la Déclaration de Genève l'approuvent.

monde sont perpétrés avec des armes à feu (Secrétariat de la Déclaration de Genève, 2008, p. 67 ; ONUDC, 2011, p. 10). Limiter l'aide aux survivants d'agressions commises avec un type d'arme particulier pourrait avoir des conséquences non voulues et discriminatoires variées, comme, par exemple, l'impossibilité de bénéficier d'une assistance parce que le financement d'un programme particulier ne cible qu'un seul type d'armes. En prévision du renouvellement des objectifs du Millénaire pour le développement en 2015 – lesquels seront cette fois clairement axés sur la violence armée, l'invalidité et le développement – ce qui s'impose plutôt, c'est une stratégie inclusive, non discriminatoire et efficace couvrant tous les survivants de la violence armée.

Les signataires de la Déclaration de Genève sont bien placés pour être le fer de lance d'une telle stratégie. En effet,

en 2011, les États participants se sont engagés à :

reconnaître et garantir les droits des victimes de la violence armée d'une manière non discriminatoire, notamment en prévoyant des soins adéquats et des activités de réadaptation, ainsi que leur insertion dans l'économie et la société (Secrétariat de la Déclaration de Genève, 2011b, para. 10.e).

Le présent Policy Paper examine certaines des questions qui devraient être prises en compte dans une telle stratégie afin de répondre plus efficacement aux droits et besoins des survivants de la violence armée. Ce document est divisé en trois sections consacrées aux questions touchant aux soins médicaux, à la justice et à la protection sociale. Chaque section passe en revue les éléments principaux et fournit des exemples de bonnes pratiques<sup>2</sup>.

## Soins médicaux

Le droit à la santé est fermement ancré dans les droits de l'homme internationaux et le droit humanitaire. En cas de blessures et de traumatismes (victimisation directe), les soins médicaux commencent avec l'intervention rapide et efficace des secours afin de sauver des vies et de limiter les séquelles. Cependant, le simple accès à un établissement médical pose problème dans de nombreux pays. D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, entre 50 et 80 % des morts traumatiques ont lieu avant l'hospitalisation dans les régions à revenu faible et moyen (Mock, 1998, pp. 802-12). Des mesures simples et généralement peu coûteuses, comme un numéro d'appel d'urgence national unique et la coordination des services ambulanciers, peuvent améliorer considérablement les réseaux d'intervention en traumatologie (OMS, 2005)<sup>3</sup>. Les premiers intervenants peuvent également faire une différence : il ne s'agit pas toujours de personnel médical formé, mais parfois de responsables de la communauté ou de pharmaciens, par exemple, qui pourraient bénéficier d'une formation en secourisme ciblée et d'informations précises sur les hôpitaux équipés de services de traumatologie appropriés (OMS, 2004, pp. 75-78 ; 2005, pp. 21-28, 41-42).

Une fois un blessé arrivé dans un

### ENCADRÉ 1 Définition des termes « victime » et « survivant »

Dans le présent document, le terme « victime » est employé au sens juridique uniquement, dans le contexte de la justice pénale, les « droits des victimes » gagnant de plus en plus de terrain. Dans tous les autres contextes, le terme « survivant » est jugé préférable en raison de ses connotations valorisantes et afin de reconnaître les développements enregistrés dans ce domaine pour les personnes directement touchées par la violence et le crime. Les survivants sont définis comme des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice physique ou psychologique, une souffrance morale, une perte économique ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux en raison du mauvais usage des armes ou des explosifs. Cette définition englobe, le cas échéant, les proches ou les personnes à charge de la victime directe ainsi que les personnes qui ont subi un préjudice en intervenant pour venir en aide à des victimes en détresse ou pour empêcher la victimisation<sup>4</sup>. Cette définition couvre également la victimisation indirecte (le fait d'assister à un crime, de perdre un être cher à cause de la violence armée, etc.). Elle tient également compte des préjudices supplémentaires subis en raison de réponses inappropriées (mauvais traitement de la part de la police, attitude de la police ayant pour effet de renforcer le traumatisme, etc.), ce que l'on appelle généralement la victimisation secondaire.

établissement médical, ses chances de survie dépendent des ressources matérielles et humaines disponibles. Élever le niveau des soins en traumatologie constitue une priorité pour sauver des vies, mais également pour réduire la probabilité et le niveau d'invalidité future (Kroll, 2014, p. 87)<sup>5</sup>. La coordination et la réévaluation minutieuses de l'allocation des ressources représentent des premières étapes importantes mais peu coûteuses dans l'amélioration des réponses. Parce qu'elles ont un rôle clé à jouer dans l'établissement de normes et l'élaboration de programmes de formation, les associations professionnelles de chirurgiens en traumatologie méritent d'être soutenues<sup>6</sup>. De nouvelles techniques aboutissant à une amélioration des taux de survie ont été développées dans des zones touchées par la criminalité et les conflits où les ressources sont limitées. La chirurgie de limitation des dommages, par exemple, a été développée dans des régions où le

taux de criminalité armée est élevé, ce qui a abouti à des innovations telles que le « sac de Bogotá » : l'on coud une simple feuille en plastique dans la paroi abdominale au lieu de fermer l'abdomen, ce qui stabilise le patient et permet de gagner du temps avant l'intervention chirurgicale à proprement parler (Hardcastle et al., 2014, pp. 72-73). De telles innovations mériteraient d'être mieux connues et plus largement adoptées.

On parle de victimisation secondaire et de discrimination lorsque les professionnels de santé (et d'autres) font preuve d'insensibilité et/ou de partialité dans la façon dont ils s'occupent des survivants de la violence armée. Cela peut affecter les personnes perçues, à tort ou à raison, comme étant associées à un gang particulier, un groupe armé, un parti ou une communauté. La stigmatisation des patients blessés par balle en raison de leur profil socio-économique – par exemple, des jeunes hommes pauvres d'origine ethnique particulière – est citée à maintes reprises par les survivants de la violence armée. Si un blessé a l'impression que les services d'aide sociale portent un jugement critique sur lui, cela peut le décourager de jouer un rôle actif dans sa rééducation et de se soigner comme il faut, et ainsi entraîner des problèmes de santé secondaires et le dissuader de quitter le monde des gangs (Devlieger et Balcazar, 2010).

Un séjour à l'hôpital peut durer des semaines ou des mois. Dans l'idéal, après un séjour en milieu médical, les patients seront transférés dans des centres de rééducation. Cela est particulièrement important en cas d'invalidité, conséquence courante de la violence armée<sup>7</sup>. Cependant, peu de pays sont équipés de centres de rééducation de qualité et au moins 62 pays sont dépourvus de services de rééducation (Centre Nord-Sud pour le Dialogue et le Développement, 2006, p. 32). L'accès aux prothèses et autres équipements dont les survivants ont besoin pose également problème. Ainsi, dans de nombreux pays à revenu faible et moyen, entre cinq et 15 % seulement des personnes invalides peuvent obtenir un appareil fonctionnel, un fauteuil roulant par exemple (OMS, s. d. a).

Les traumatismes psychologiques constituent un autre domaine essentiel rarement pris en compte (cf. OMS, s. d. b). La violence armée a des conséquences



Dans la province de l'Équateur de la République démocratique du Congo, un médecin examine une radio montrant l'endroit précis où une balle a percé le poumon droit d'une fillette de trois ans, 2010. © Gwenn Dubourthoumieu.

non seulement physiques, mais aussi mentales. Pour ceux qui survivent à la violence sans préjudice physique, y compris en cas de victimisation secondaire, l'attention/les soins reçus sont particulièrement réduits. Les armes à feu sont nettement plus employées pour menacer et contraindre – par exemple, pour kidnapper afin de demander une rançon ou pour commettre des violences sexuelles – que pour tuer. Les survivants qui doivent apprendre à vivre avec une invalidité permanente, une mobilité réduite et sans pouvoir s'occuper d'eux-mêmes et des autres, ce qui les oblige à construire une nouvelle identité, rencontrent également des problèmes de santé mentale. La perte d'indépendance peut s'avérer particulièrement difficile pour les hommes, car elle remet en question leur notion de la masculinité et de la puissance.

Lorsque les patients sortent de l'hôpital, ils doivent, ainsi que les soignants, recevoir des informations et un soutien adéquats pour éviter les complications (escarres et infections urinaires, par exemple). En réalité, il arrive souvent que les survivants décèdent de problèmes secondaires de ce type plusieurs mois ou années après l'agression violente initiale. La société civile intervient parfois pour fournir ces informations. Nombre de ces initiatives entrent dans la catégorie de la rééducation communautaire. Conçue à l'origine comme une stratégie visant à offrir des

services de santé primaire et de rééducation aux personnes vivant avec un handicap dans les pays à bas revenu, la rééducation communautaire est maintenant considérée plus généralement comme une approche multisectorielle du développement communautaire inclusif. Parmi les initiatives les plus courantes, citons la création de groupes d'entraide constitués de personnes souffrant, par exemple, de lésions de la moelle épinière ou prolongeant le travail des centres de rééducation afin de suivre les patients sortis d'hôpital à leur domicile<sup>8</sup>.

Dans de nombreux contextes différents, les programmes de mentorat s'avèrent constituer une source importante d'aide psychologique et de soutien social plus large pour les survivants (Ljungberg et al., 2011 ; Hernandez, 2005). Le travail de la fondation Transitions au Guatemala en offre un exemple parlant (Peters, 2014a, pp. 144, 148). La fondation a ouvert un atelier de fabrication et de réparation de fauteuils roulants, un cabinet spécialisé dans les prothèses, une imprimerie et une salle de classe pour les enfants locaux handicapés. L'atelier permet d'enseigner des compétences aux personnes qui vivent avec un handicap – des victimes de la violence armée dans à peu près la moitié des cas – tout en produisant des fauteuils roulants robustes et mieux adaptés au terrain accidenté du Guatemala que les modèles disponibles dans le commerce. Mais, surtout, le

centre offre un environnement où les jeunes traumatisés – des jeunes hommes pour la plupart – sont assurés de trouver un soutien et où d'autres blessés et infirmes peuvent leur apprendre à se gérer physiquement et mentalement et à retrouver une autonomie fonctionnelle.

Soutenir le système médical s'avère particulièrement difficile dans les régions à revenu faible ou moyen touchées par la guerre ou la violence où les donateurs exercent une influence disproportionnée sur les priorités. Les urgences humanitaires imposent un classement par ordre de priorité, que les pouvoirs publics soient impliqués ou non. Mais lorsque ces urgences se prolongent, les donateurs et les agences internationales devraient toujours envisager de soutenir et de renforcer les systèmes médicaux dans leur ensemble. Canaliser les fonds par maladie ou problème de santé, ou en faveur d'établissements médicaux particuliers, peut involontairement nuire à la capacité de coordination du gouvernement bénéficiaire et s'avère une façon moins efficace de mettre en pratique le principe établi de la non-discrimination.

## Justice

L'accès à la justice représente un autre principe consacré par les droits de l'homme internationaux. Dans les pays occidentaux, les victimes étaient autrefois tenues à l'écart lors des procédures pénales. En matière pénale, l'État avait



effectivement pris la place des victimes pour infliger des peines et les victimes ne comptaient guère dans ce processus. Lorsque la notion de droits de l'homme individuels a fait son apparition dans la pensée occidentale, ils concernaient en premier l'accusé. Les garanties de procédure régulière et l'application de l'État de droit avaient pour but de veiller à ce que l'accusé et le condamné soient traités justement et humainement. Dans de nombreux pays, un changement radical a consisté à rendre la procédure judiciaire moins axée sur l'auteur du crime et à permettre aux victimes de mieux se faire entendre par deux méthodes principales : les droits procéduraires (le droit d'être tenu informé et d'être entendu lors d'un procès, par exemple) et les droits substantiels (le droit à réparation, par exemple).<sup>9</sup>

Consacrer les droits des victimes par la législation constitue une première étape pour veiller à ce que les codes de déontologie ou les lois portant spécifiquement sur les victimes soient alignés sur les obligations internationales correspondantes, en particulier la Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir, adoptée par l'ONU en 1985<sup>10</sup>. À titre d'exemples de législation en matière de réparation, la Colombie a adopté la loi relative aux victimes et à la restitution des terres en 2011 et le Mexique a promulgué la loi générale relative aux victimes en 2012 afin d'indemniser les victimes du crime organisé (Stone, 2013). Les États européens ont également édicté des normes communes en la matière<sup>11</sup>.

Le respect des droits des victimes est souvent assuré par des services d'assistance spécialisés financés de manières différentes (amendes, saisie de biens, contributions d'origine privée, etc.). Au Salvador, par exemple, le Service d'aide aux victimes offre un soutien juridique et psychosocial, encourage la réinsertion sociale et œuvre à la prévention de la victimisation ultérieure (représailles, par exemple) (Peters, 2014b, pp. 29-30). Il est intéressant de noter que les victimes du crime peuvent accéder à ces services, que des poursuites pénales soient en cours ou non. Cela est important pour ceux qui se méfient du système judiciaire – comme cela arrive souvent dans les contextes touchés par la violence – et qui ne sont pas disposés à signaler un crime à la police. Certains services sont également proposés aux victimes qui ont également commis des actes de violence, ce qui constitue une question de politique

publique complexe.

La réponse de la Norvège aux attaques de juillet 2011 à Oslo et Utøya constitue un autre exemple positif (Ruge, 2014, pp. 62-65). Une commission indépendante a été créée pour enquêter sur tous les aspects des attaques, y compris les réactions officielles. La limite supérieure d'indemnisation des victimes a été relevée et il a été demandé aux services de réadaptation psychosociale municipaux, ainsi qu'aux écoles et aux universités, d'accorder la priorité aux survivants des attaques. Des mesures spéciales ont également été prises pendant le procès de l'inculpé : la diffusion en direct du procès a été restreinte, mais des transmissions en direct dans 17 tribunaux de Norvège l'ont rendu accessible aux survivants à l'extérieur d'Oslo. Au total, 166 avocats ont représenté les survivants. Les survivants qui ont témoigné pouvaient demander à ce que l'inculpé ne soit pas présent pendant leur témoignage.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la séparation floue entre les victimes et les auteurs de la violence représente une autre difficulté. En effet, certains survivants de la violence armée ont eux aussi commis des crimes, ce qui peut susciter des préjugés envers tous les survivants répondant à un certain profil socio-économique et/ou racial/ethnique. Ce phénomène est spécifique à la violence armée et n'est pas observé avec le mauvais usage des mines terrestres, par exemple. Les attitudes négatives envers les personnes en conflit avec la loi – juger que les membres de gangs « méritent leurs blessures », par exemple – peuvent constituer un obstacle sérieux à une justice adaptée aux besoins des citoyens, ainsi qu'à l'accès à la rééducation et au soutien social (Buchanan et al., 2014, p. 40). Les juristes, les services de répression et les systèmes judiciaires doivent parvenir à un équilibre délicat entre les sanctions légales et les soins et services nécessaires pour les survivants. Il en va de même pour les établissements pénitentiaires qui reçoivent des survivants de la violence armée.

L'accès à la justice doit tenir compte des différences entre les hommes et les femmes, les garçons et les filles. Par exemple, pour les femmes qui ont été victimes de violence familiale ou sexuelle, il peut être difficile ou intimidant de traiter avec des services de répression et de justice dominés par les hommes, et traumatisant de devoir décrire à plusieurs reprises l'épreuve subie en présence de

## ENCADRÉ 2 Le projet « Surviving Gun Violence »

Le projet « Surviving Gun Violence » (Survivre à la violence armée) examine le rapport entre la violence armée, l'invalidité, les droits de l'homme et les traumatismes. L'ouvrage *Gun Violence, Disability and Recovery* (Buchanan, 2014), préparé et produit dans le cadre du projet, comprend une analyse des droits des victimes, des lésions traumatiques, de la rééducation et du rétablissement, ainsi que de la protection sociale. On y trouve également des études sur plusieurs pays : le Canada, le Guatemala, l'Inde, la Somalie et l'Afrique du Sud.

Treize recommandations de principe y sont proposées en plus d'une annexe détaillée résumant 56 normes internationales applicables. Les profils uniques de survivants qui ponctuent le texte attirent l'attention sur des aspects importants : changements d'identité, problèmes d'accès à des soins médicaux réguliers et à la rééducation, perte de confiance en la justice pénale, marginalisation et stigmatisation.

Le produit des ventes de *Gun Violence, Disability and Recovery* est intégralement versé au profit de la fondation Transitions, œuvre de bienfaisance fondée au Guatemala par des survivants et qui travaille directement avec ceux que la violence armée a blessés et rendus invalides.

Certaines des photographies figurant dans le présent document d'orientation sont extraites de *Gun Violence, Disability and Recovery*.

Pour plus d'informations, prière de consulter : [www.survivinggunviolence.org](http://www.survivinggunviolence.org)

l'auteur pendant le procès. La formation adéquate du personnel des services de répression, la nomination de personnel féminin sensibilisé et l'adaptation des procédures peuvent réduire la victimisation secondaire et les obstacles à la justice. Dans certains contextes, la société civile a également un rôle à jouer en tant qu'intermédiaire non-menaçant entre les survivants et l'État.

## Protection sociale

La protection sociale constitue peut-être l'aspect de l'aide aux survivants de la violence armée le moins compris. Les programmes de protection sociale sont des mesures gouvernementales ayant pour but d'atténuer la vulnérabilité, le risque et la misère parmi les citoyens. Les survivants de la violence armée peuvent en effet se trouver confrontés à

des frais médicaux imprévus et constants, la perte (temporaire ou définitive) d'une source de revenus ou l'obligation d'adapter leur domicile. L'assurance sociale et la sécurité sociale représentent des types de protection sociale (OIT, 2010, pp. 13-15).

Le fonctionnement de la protection sociale varie énormément d'un pays à un autre. Certains pays ont adopté des programmes de transferts en espèces et en nature. D'autres ont opté pour des programmes de promotion de l'emploi et des subventions communautaires en faveur des zones défavorisées. Certains programmes fonctionnent selon le principe des cotisations, comme les régimes d'assurance qui couvrent les adhérents qui cotisent régulièrement (ou dont l'employeur cotise pour eux). D'autres sont également subventionnés par l'État avec un paiement supplémentaire. La plupart des pays ont un mélange d'obligations privées (assurance maladie personnelle, par exemple) et de protection sociale publique offrant un filet de sécurité en cas de grande nécessité.

La protection sociale est consacrée par la Charte internationale des droits de l'homme, la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) et plusieurs résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS, 2005 ; 2013). C'est toutefois dans les conventions et recommandations de l'Organisation internationale du Travail (OIT) qu'elle est le plus développée<sup>12</sup>. La CDPH énonce des principes d'intégration sociale plus larges et précise la signification de plusieurs droits économiques, sociaux et culturels pour les personnes handicapées.<sup>13</sup>

De nombreuses difficultés existent encore dans le domaine de la protection sociale pour les survivants de la violence armée (Mont et Treichel, 2014, pp. 117-22 ; voir également OIT, 2010, pp. 40-43 ; OCDE, 2003). Premièrement, la couverture des populations d'âge actif qui travaillent sur le marché informel surtout – situation de la plupart des pays à revenu faible et moyen – est problématique. De nombreux programmes sont limités aux personnes qui ont cotisé, par le biais des charges salariales généralement. Les personnes qui n'occupent pas un emploi formel en sont donc exclues. Aussi certains pays ont-ils choisi de combiner les régimes volontaires et contributifs, où les travailleurs du marché informel peuvent

choisir – si leurs moyens le leur permettent – de cotiser à des régimes d'assurance sociale. Cela ne résout pas le problème de ceux qui n'ont pas les moyens de cotiser et qui obtiendront donc des prestations limitées. En outre, ces systèmes mixtes supposent des frais d'administration plus élevés. Le financement des cotisations par des subventions ou l'universalisation des programmes constituent d'autres mesures de mitigation envisageables.

Les survivants qui vivent avec une invalidité peuvent avoir du mal à prouver qu'ils ont droit à des prestations sociales lorsque les critères d'admission reposent sur la quantification du handicap et excluent parfois les invalidités partielles ou ne couvrent que certains types d'invalidité particuliers – ceux résultant d'accidents du travail par exemple. Les problèmes de santé mentale peuvent s'avérer particulièrement difficiles à quantifier.

Il peut arriver que les prestations sociales aient un effet pervers si, par exemple, elles n'incitent pas les survivants à retourner au travail. De nombreux programmes couvrent uniquement les personnes jugées dans

l'incapacité totale de travailler. Les personnes en mesure de travailler un peu (à temps partiel, par exemple), mais dont les prestations sociales sont plus élevées que leur salaire potentiel, sont obligées de se décrire comme étant « handicapées à 100 % » pour pouvoir conserver leurs prestations sociales ou leurs indemnités d'assurance (voir, par exemple, Stapleton et al., 2005). Certains pays ont toutefois mis en place des programmes efficaces de « retour à l'emploi » ou d'« allocations conditionnelles » pour les personnes handicapées (AISS, 2012).

Il est important de noter que la prise en compte du coût total des soins continue à poser des difficultés, même dans les pays à hauts revenus. Les handicapés ont plus de frais que les personnes valides. Si ces frais ne sont pas suffisamment couverts par des programmes de protection sociale, les survivants auront moins de possibilités et risqueront de sombrer dans la pauvreté (OMS et Banque mondiale, 2011 ; Marriott et Gooding, 2007, p. 9).

De même, beaucoup de programmes de protection sociale ne prennent pas suffisamment en compte ou ignorent totalement le problème de la charge des soins (IED, 2013 ; voir aussi Brodsky,



James Meunier, officier de police à la retraite, vient d'apprendre que sa pension d'invalidité va diminuer, 19 juillet 2011. Il a quitté le service en 1979 après avoir été blessé par balle dans l'exercice de ses fonctions en 1978. © Stephan Savoia/AP (extrait de Buchanan, 2014)



« Jerry », graffiteur d'Haïti. © Projet « Surviving Gun Violence » / Fiona Stephenson (extrait de Buchanan, 2014)

Habib et Hirschfeld, 2003a ; 2003b ; Esplen, 2009). Lorsque quelqu'un est blessé par balle, c'est souvent aux femmes et aux membres de la famille jeunes et âgés que ses soins incombent. Leur capacité de toucher des revenus ou de suivre des études s'en trouve sérieusement limitée mais peu d'instruments internationaux tiennent compte de cette réalité. Les règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées édictées par l'ONU en 1993<sup>14</sup> et la résolution 66.9 sur l'invalidité adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2013<sup>15</sup> constituent des exceptions.

## Mesures suggérées

Comme indiqué dans le présent document, il existe plusieurs difficultés fondamentales liées aux réponses des systèmes de santé, de justice et de protection sociale pour les survivants de la violence armée. Ces réponses, ainsi que les interventions dans d'autres secteurs (urbanisme, égalité des sexes et intégration sociale, par exemple), pourraient constituer le fondement d'un programme d'action sur les survivants de la violence armée mené sous les auspices de la Déclaration de Genève. Des consultations pourraient avoir lieu aux prochaines conférences régionales d'examen pour faciliter un tel programme, lequel pourrait être confirmé dans le cadre d'une affirmation globale de la part des États signataires de la Déclaration de Genève de leur engagement à agir dans les domaines du développement, de la violence armée,

de l'invalidité et du traumatisme. Ce programme pourrait inclure ce qui suit :

- **Santé.** Au cours de sa réunion de janvier 2014, le Conseil exécutif de l'OMS a décidé de préparer une résolution sur la prévention de la violence interpersonnelle qui sera présentée à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2014. Cette résolution renouvellerait l'engagement des États membres d'améliorer la réponse du secteur médical à toutes les formes de violence. Il s'agit là d'une occasion importante de préciser plus en détail ce que cela suppose. La réponse médicale va des premiers intervenants et des secours au suivi après la sortie d'hôpital, en passant par la rééducation et le soutien psychologique. Des audits des établissements de santé et des prestataires de services liés du secteur privé ou de la société civile permettraient d'améliorer la réponse médicale. Il ne faut pas oublier non plus le rôle que les associations professionnelles peuvent jouer dans les audits et l'établissement de normes. Les audits devraient accorder une attention particulière aux éventuelles attitudes négatives du personnel médical (victimisation secondaire) et à la détection et au traitement des traumatismes psychologiques, car il s'agit de lacunes moins évidentes.
- **Justice.** La Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux

victimes d'abus de pouvoir, adoptée par l'ONU en 1985, constitue une norme internationale fondamentale sur les droits des victimes. Les États devraient examiner leur législation nationale et adopter des codes de déontologie conformes à ces normes et aux autres normes applicables ou procéder à la mise en conformité de leurs codes actuels. Souvent, le droit substantiel à réparation est particulièrement faible et il serait possible de le renforcer en mettant de côté des ressources supplémentaires aux échelons national et international. Un fonds mondial d'aide aux survivants constituerait une avancée concrète. Au-delà de la législation et des ressources, il est impératif de détecter les éventuelles attitudes négatives des institutions de justice pénale (la police et l'appareil judiciaire principalement) et d'y mettre fin. Dans les situations post-conflit, les accords de paix et les programmes de désarmement, de démobilisation et de réintégration offrent une occasion d'inclure des engagements en matière d'aide aux survivants en tant qu'élément de la reconstruction d'après-guerre.

- **Protection sociale.** Plusieurs conventions et recommandations de l'OIT énoncent des principes de protection sociale, mais elles ne sont pas toujours largement ratifiées. Ces normes doivent être réaffirmées et développées. Parmi les lacunes actuelles, citons les normes relatives aux personnes qui ne sont pas employées dans le secteur formel et la reconnaissance de la charge des soins, sur les femmes et les filles notamment. L'inclusion d'une « pension de soignant » dans les programmes de protection sociale pourrait grandement contribuer à compenser ce coût caché de la violence armée.

- **Recherche.** Peu d'informations sont disponibles sur les nombreux aspects de la survie à la violence armée, ce qui nuit à l'efficacité des réponses. Il existe des lacunes à plusieurs niveaux : études quantitatives sur le ratio entre les personnes tuées et blessées par la violence armée ; études longitudinales suivant les tendances en matière d'expériences, d'impacts et de résultats ; soignants ; mesure/quantification des impacts sur la



santé mentale ; analyse du lien victime/auteur de la violence ; analyse des rapports entre une rééducation de qualité et la sortie de l'univers des gangs. L'appui aux programmes de recherche de ce type reste une priorité.

■ **Intégration.** L'article 4.3 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées encourage la consultation et la participation actives des personnes handicapées aux processus les concernant. Il s'agit d'un principe d'éthique essentiel qui s'applique également à l'élaboration de politiques, à la programmation et à la recherche. La participation et l'intégration des survivants de la violence armée doivent avoir lieu dans un esprit constructif : il ne s'agit pas simplement de demander aux survivants de raconter leur histoire, mais de les consulter lors des négociations au niveau mondial ou de les faire participer à la conception et au déploiement d'interventions et de projets de recherche. L'adoption d'une déclaration ou d'un code de déontologie sur l'inclusion des survivants pourrait favoriser le respect de ce principe.

## Notes finales

- 1 Ces Policy Papers traitent de questions telles que « la maîtrise des instruments de la violence », « les victimes et les survivants de la violence armée », « l'accès aux prestataires de services de sécurité » et « le rôle du secteur privé dans la violence armée et la prévention ».
- 2 L'analyse du présent document s'appuie largement sur Buchanan (2014). Cf. <<http://www.survivinggunviolence.org>> pour plus d'informations.
- 3 D'autres recommandations sont proposées dans OMS (2004), notamment aux pp. 75-78, et AMS (2007).
- 4 Adaptation de la définition des victimes contenue dans la Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir, adoptée par l'ONU en 1985. Elle a été proposée par Cate Buchanan en 2010 et affinée dans Buchanan (2014, p. 16).
- 5 Des stratégies visant à élever le niveau des soins de traumatologie sont présentées dans OMS (2009).
- 6 Par exemple, les programmes de formation développés par l'American College of Surgeons et l'International Association for Trauma and Surgical Intensive Care sont maintenant mis en œuvre par des organismes nationaux tels que la Trauma

Society of South Africa. Cf. Hardcastle et al. (2014, p. 72).

- 7 Selon l'OMS (2001, p. 9), « les armes à feu ont été constatées constituer une des principales causes de lésions cérébrales aux États-Unis. De même, au Brésil, une étude réalisée dans les capitales de sept États a montré que plus d'un quart de toutes les lésions de la moelle épinière étaient dues aux armes à feu et une étude menée à Soweto, en Afrique du Sud, a montré qu'une prévalence élevée de lésions de la moelle épinière était due à des fusillades ».
- 8 Selon le contexte, les initiatives de rééducation communautaire peuvent inclure des interventions dans les domaines de la santé, de l'éducation, des moyens de subsistance, de la réintégration sociale et de l'autonomisation. Ces principes sont fondés sur la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Pour l'essentiel, les programmes de rééducation communautaire permettent aux personnes handicapées d'accéder aux initiatives de développement (OMS, 2010).
- 9 L'AGONU (2005) établit la distinction entre le retour à la normale, l'indemnisation, la rééducation, la réparation et la garantie de non-répétition. Dans la mesure du possible, le retour à la normale a pour but de rétablir la situation d'origine de la personne, avant les actes de violence, en tenant compte principalement de la souffrance personnelle, mais également du préjudice matériel (restitution de biens, par exemple). L'indemnisation porte sur les préjudices qui peuvent être économiquement évalués et donner lieu à un versement aux requérants. La rééducation englobe des soins médicaux et psychologiques divers. Les mesures de réparation comprennent la cessation des violations, la recherche de la vérité, la recherche des disparus, les excuses publiques, les sanctions judiciaires et administratives et la commémoration, ainsi que la formation aux droits de l'homme. La non-répétition suppose des changements politiques structurels pour renforcer les droits de l'homme, l'État de droit, la transformation du système de sécurité, l'indépendance judiciaire, etc.
- 10 Waller (2011) propose une loi type pour les décideurs.
- 11 Voir en particulier le Parlement et le Conseil européens (2012), qui établissent des normes minimum pour les droits, l'assistance et la protection des victimes de la criminalité.
- 12 Convention n° 102 de 1952 relative à la sécurité sociale ; recommandation n° 99 de 1955 relative à la réinsertion professionnelle (personnes handicapées) ; convention n° 121 de 1964 relative à l'indemnisation des accidents du travail ; convention n° 128 de 1967 relative aux prestations d'invalidité, de vieillesse et des survivants ; convention n° 130 de 1969 relative aux soins médicaux et aux prestations maladie ; convention n° 159 de

1983 relative à la réinsertion professionnelle et à l'emploi (personnes handicapées) et sa recommandation du même nom n° 168.

- 13 Citons par exemple l'accès à l'environnement physique et aux moyens de transport (art. 9) ; la protection contre l'exploitation, la violence et l'abus (art. 16) ; l'autonomie de vie et l'inclusion dans la société (art. 19) ; la mobilité personnelle (art. 20) ; l'éducation (art. 24) ; l'adaptation et la réadaptation (art. 26) ; le travail et l'emploi (art. 27) ; et la participation à la vie politique et culturelle (art. 29 et 30).
- 14 AGONU (1994, règle 8.3) : « les États devraient également veiller à offrir un revenu de soutien et une protection de sécurité sociale aux personnes qui s'occupent d'une personne handicapée. »
- 15 AMS (2013, para. 5) : [l'Assemblée mondiale de la santé encourage vivement les États] « à promouvoir la réception d'un soutien approprié par les soignants informels qui complètent les services fournis par les autorités de santé publique ».

## Bibliographie

- AGONU (Assemblée générale des Nations unies). 1994. Résolution A/RES/48/96 du 4 mars.
- . 2005. *Principes fondamentaux et directives concernant le droit à un recours et à réparation des victimes de violations flagrantes du droit international des droits de l'homme et de violations graves du droit international humanitaire*. A/RES/60/147 du 16 décembre. <[http://www.un.org/documents/instruments/docs\\_subj\\_en.asp?subj=10](http://www.un.org/documents/instruments/docs_subj_en.asp?subj=10)>
- AISS (Association internationale de la Sécurité sociale). 2012. « Return-to-work Programmes: Supporting Health and Employability ». *Social Policy Highlight*, n° 22. Mars.
- AMS (Assemblée mondiale de la santé). 2005. Résolution 58.23 : Incapacité, prévention, traitement et réadaptation compris. 25 mai.
- . 2007. Résolution 60.22 : Systèmes de santé: Systèmes de soins d'urgence. 23 mai.
- . 2013. Résolution 66.9 : Handicap. 27 mai.
- Brodsky, J., J. Habib et M. Hirschfeld, éd. 2003. *Key Policy Issues in Long-term Care*. Genève : OMS.
- . 2003b. *Long-term Care in Developing Countries: Ten Case Studies*. Genève : OMS.
- Buchanan, Cate, éd. 2014. *Gun Violence, Disability and Recovery*. Sydney : projet « Surviving Gun Violence ».
- Buchanan, Cate, et al. 2014. « Evolution of Victims' Rights and International Standards ». Dans Cate Buchanan, pp. 33-53.
- Centre Nord-Sud pour le Dialogue et le Développement. 2006. *Global Survey on Government Action on the Implementa-*

- tion of the Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. Rapport du rapporteur spécial de l'ONU sur l'invalidité. <<http://www.un.org/disabilities/documents/.../gsr30jano7.doc>>
- Déclaration de Genève sur la violence armée et le développement. 2006. Site Web. <<http://www.genevadeclaration.org/>>
- Devlieger D. et F. Balcazar. 2010. « Bringing Them Back on the Right Track: Perceptions of Medical Staff on the Rehabilitation of Individuals with Violently Acquired Spinal Cord injuries ». *Disability and Rehabilitation*, vol. 32, n° 6, pp. 444-51.
- Esplen, E. 2009. *Gender and Care: Overview Report*. Rapport BRIDGE. Brighton : Institut des études du développement.
- Hardcastle, T., et al. 2014. « Traumatic Injuries ». Dans Cate Buchanan, pp. 67-78.
- Hernandez, B. 2005. « A Voice in the Chorus: Perspectives of Young Men of Color on Their Disabilities, Identities, and Peer-mentors ». *Disability and Society*, vol. 20, n° 2, pp. 117-33.
- IED (Institut des études du développement). 2013. *Getting Unpaid Care onto Development Agendas*. IDS In Focus Policy Briefing, n° 31. Brighton : IED. Janvier.
- Kroll, T. 2014. « Rehabilitation and Recovery ». Dans Cate Buchanan, pp. 85-103.
- Ljungberg, I., et al. 2011. « Using Peer Mentoring for People with Spinal Cord Injury to Enhance Self-efficacy Beliefs and Prevent Medical Complications ». *Journal of Clinical Nursing*, vol. 20, n° 3-4. Février, pp. 351-58.
- Marriott, A. et K. Gooding. 2007. *Social Assistance and Disability in Developing Countries*. Haywards Heath : Sightsavers International.
- Mock, C. 1998. « Trauma Mortality Patterns in Three Nations at Different Economic Levels: Implications for Global Trauma System Development ». *Journal of Trauma*, vol. 44, n° 5. Mai, pp. 804-12.
- Mont, D. et B. Treichel. 2014. « Social Protection ». Dans Cate Buchanan, pp. 113-25.
- OCDE (Organisation de développement et de coopération économiques). 2003. *Transformer le handicap en capacité - promouvoir le travail et la sécurité des revenus des personnes handicapées*. Paris : OCDE.
- OIT (Organisation internationale du Travail). 2010. *Rapport sur la sécurité sociale dans le monde 2010-2011: assurer une couverture sociale en temps de crise et au-delà*. Genève : OIT.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2001. *Small Arms and Global Health*. WHO/NMH/VIP/01.1. Genève : OMS.
- . 2004. *Guidelines for Essential Trauma Care*. Genève : OMS.
- . 2005. *Prehospital Trauma Care Systems*. Genève : OMS.
- . 2009. *Guidelines for Trauma Quality Improvement Programmes*. Genève : OMS.
- . 2010. *Community Based Rehabilitation: CBR Guidelines*. Genève : OMS. <<http://www.makingitwork-crpd.org>>
- . s. d. a. *Assistive Devices/Technologies: What WHO Is Doing*. <<http://www.who.int/disabilities/technology/activities/en/>>
- . s. d. b. *Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies: General Information Related to Most Emergencies*. <[http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/en/](http://www.who.int/mental_health/emergencies/en/)>
- et Banque mondiale. 2011. *World Report on Disability*. Genève : OMS.
- ONUDC (Office des Nations unies contre la drogue et le crime). 2011. *2011 étude mondiale sur l'homicide*. Vienne : ONUDC.
- Parlement et Conseil européens. 2012. Directive 2012/29/UE du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2012 établissant des normes minimales concernant les droits, l'assistance et la protection des victimes du crime et remplaçant la décision cadre du Conseil 2001/220/JHA. *Journal officiel de l'Union européenne*, L 315/57. 14 novembre. <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2012:315:0057:073:EN:PDF>>
- Peters, R. 2014a. « Guatemala ». Dans Cate Buchanan, pp. 137-52.
- . 2014b. « Spotlight: El Salvador Gun Tax and Victim Services ». Dans Cate Buchanan, pp. 28-31.
- Ruge, C. H. 2014. « Spotlight: Norwegian State Response to the 22 July 2011 Attack ». Dans Cate Buchanan, pp. 62-65.
- Secrétariat de la Déclaration de Genève. 2008. *The Global Burden of Armed Violence 2008*. Genève : Secrétariat de la Déclaration de Genève.
- . 2011a. *The Global Burden of Armed Violence 2011: Lethal Encounters*. Genève : Secrétariat de la Déclaration de Genève.
- . 2011b. Deuxième conférence ministérielle d'examen de la Déclaration de Genève sur la violence armée et le développement, document final. 31 octobre.
- Small Arms Survey. 2012. *Small Arms Survey 2012: Moving Targets*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Stapleton, D. C., et al. 2005. *Dismantling the Poverty Trap: Disability Policy for the 21st Century*. Document de politique général. Ithaca : Rehabilitation Research and Training Center for Economic Research on Employment Policy for Persons with Disabilities at Cornell University. Juillet.
- Stone, H. 2013. « Mexico and Colombia Victims Laws: Broad Enough to Bring Justice? » *InSight Crime*, 25 février.
- Waller, I. 2011. *Rebalancing Justice: Rights for Victims of Crime*. Plymouth : Rowman et

Littlefield.

## Liste d'abréviations

- RC Rééducation communautaire  
 CDPH Convention relative aux droits des personnes handicapées  
 OIT Organisation internationale du Travail

## À propos de l'auteur

Associée principale travaillant sur le projet « Surviving Gun Violence », Mireille Widmer est également spécialisée dans la lutte contre la violence et les droits de l'homme.

**Traduction :** Marie-Laure Frioux

Première publication en anglais : avril 2014  
 Publication en français : mai 2014

### La Déclaration de Genève sur la violence armée et le développement



La Déclaration de Genève sur la violence armée et le développement, qui a été adoptée par plus de 100 pays, engage les signataires à soutenir les initiatives destinées à mesurer le coût humain, social et économique de la violence armée, à estimer les risques et les vulnérabilités, à évaluer l'efficacité des programmes de réduction de la violence armée et à diffuser les informations sur les meilleures pratiques.

La Déclaration appelle les États à parvenir à des réductions mesurables du fardeau mondial de la violence armée et à des améliorations tangibles de la sécurité humaine d'ici à 2015.

Parmi les organisations affiliées, citons le Bureau de la prévention des crises et du relèvement (BPCR) et le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), le Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et le Bureau Quaker auprès des Nations unies (QUONO).

Le Secrétariat de la Déclaration de Genève est hébergé dans les locaux du Small Arms Survey, lequel effectue des recherches afin de mieux connaître la distribution, les causes et les conséquences de la violence armée.

Pour tout complément d'information sur la Déclaration de Genève, les activités liées et les publications à son sujet, prière de visiter [www.genevadeclaration.org](http://www.genevadeclaration.org)

