

Anke Hoefler

Agent de recherche, Centre d'étude
des économies africaines
University of Oxford, Département d'économie

Jean Guy Honoré

Département de la santé mondiale
University of Washington

Anastasia Gage

Département de la santé communautaire
et des sciences du comportement

Melissa Torchenaud

Economiste et Analyste de projet
Direction de l'investissement publique, Ministère de la
planification et de la coopération externe

Analyse des coûts et des avantages

Violence domestique en Haïti



Violence domestique en Haïti

Haïti Priorise

Anke Hoeffler

*Agent de recherche, Centre d'étude des économies africaines
University of Oxford, Department of Economics*

Jean Guy Honoré

*Département de la santé mondiale
University of Washington*

Anastasia Gage

*Département de la santé communautaire et des sciences du comportement
Tulane University*

Version préliminaire de travail en date du 24 Avril, 2017.

Traduit de l'anglais par Julien Richard, traducteur professionnel

© 2017 Copenhagen Consensus Center

info@copenhagenconsensus.com

www.copenhagenconsensus.com

Cet ouvrage a été produit dans le cadre du projet Haïti Priorise.

Ce projet est entrepris avec le soutien financier du gouvernement du Canada. Les opinions et interprétations contenues dans cette publication sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

Canada

Certains droits réservés



Cet ouvrage est disponible sous la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0 ([CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)). Selon les termes de la licence Creative Commons Attribution, vous êtes libre de copier, distribuer, transmettre et adapter ce travail, y compris à des fins commerciales, dans les conditions suivantes :

Attribution

Veillez citer l'ouvrage comme suit : #NOM DE L'AUTEUR#, #TITRE DU RAPPORT#, Haïti Priorise, Copenhagen Consensus Center, 2017. Licence : Creative Commons Attribution CC BY 4.0.

Contenu d'un tiers

Copenhagen Consensus Center ne possède pas nécessairement chaque élément du contenu figurant dans l'ouvrage. Si vous souhaitez réutiliser un élément de l'ouvrage, il est de votre responsabilité de déterminer si l'autorisation est nécessaire pour cette réutilisation et d'obtenir l'autorisation du détenteur des droits d'auteur. Par exemple les tableaux, les illustrations ou les images font partie de ces éléments mais ne s'y limitent pas.

Résumé académique

Dans cet article, nous examinons la violence conjugale (VC) contre les femmes en Haïti. L'objectif de cet article est d'examiner l'étendue du problème, de fournir des estimations des coûts, de proposer trois interventions possibles et d'estimer leur ratio avantage-coût (RAC). Environ 273 200 femmes sont victimes, chaque année, de VC graves, physiques ou sexuelles, ce qui correspond à 9,4 % de la population des femmes âgées de 14 à 49 ans. Nous estimons que les coûts de santé de la violence familiale sont de l'ordre de 641 millions HTG par an, ce qui équivaut à 0,16 % du PIB. La quantification d'un problème humain complexe comme la VC est difficile, parce que les conséquences de la VC sont multiples et qu'il est difficile de toutes les définir et les mesurer. Nous avons seulement une vague approximation des coûts matériels (traitement médical, système de justice, perte de revenus) et notre analyse se concentre sur les coûts de santé de la VC. Nous évaluons trois interventions possibles : la reconstruction d'un centre d'accueil pour femmes, un service d'assistance téléphonique national et un programme de prévention de la violence lors des fréquentations des adolescentes. Pour deux interventions, le centre d'accueil et l'assistance téléphonique, nous avons peu de preuves quant à leur efficacité, et nous avons fait des hypothèses prudentes concernant leurs avantages. La fourchette des RAC se situe entre 2,1 à 31,0. Pour le programme de violence lors des fréquentations, il y a des preuves considérables de son efficacité dans la littérature de la santé publique et les résultats d'un essai en Haïti sont également prometteurs. Toutefois, les frais de délivrance de cette intervention sont élevés et la plupart des RAC sont en dessous de un.

Résumé de la politique

Vue d'ensemble et définition du problème

Les femmes sont plus à risque quant aux violences perpétrées par leur mari, conjoint ou petit ami. Nous nous référons à cette violence comme de la violence conjugale (VC). Les VC physiques et sexuelles incluent par exemple : des coups de poing, coups de pied, être battue, giflée, poussée, bousculée, étranglée, brûlée exprès, menacée avec une arme, physiquement forcée à avoir des rapports sexuels, avoir des rapports sexuels en raison de la crainte que peut provoquer un partenaire et être obligée de faire quelque chose de sexuel qui est perçu comme humiliant ou dégradant. La honte, le traumatisme et la peur empêchent les femmes de s'exprimer et de demander de l'aide. Très peu de femmes rapportent des agressions de leur partenaire aux autorités et la VC est donc un problème caché à la vue de tous.

La violence familiale contre les femmes a des conséquences considérables, non seulement, elle provoque douleur et souffrance pour les victimes mais il en résulte des coûts pour la société dans son ensemble. Les femmes victimes de violence familiale sont plus susceptibles de se suicider, d'avoir des bébés présentant un faible poids, de contracter des maladies sexuellement transmissibles (y compris le VIH), ont plus de grossesses non désirées et sont moins susceptibles de terminer leurs études et de chercher un emploi. Les enfants qui grandissent dans des ménages abusifs sont également plus susceptibles de devenir des victimes ou des auteurs de violence familiale. La VC empêche les victimes d'exprimer leur potentiel et ces dernières sont également moins susceptibles d'être employées. Ainsi, la VC a des conséquences pour le développement de la société. La VC est donc un problème pour les droits de l'homme, la santé publique et le développement.

Preuves d'Haïti

En Haïti les preuves provenant d'enquêtes confidentielles suggèrent que la VC est un problème grave. Selon ces enquêtes nous estimons qu'environ 273 200 femmes sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles graves par an. Cela correspond à 9,4 % de la population des femmes de 14 à 49 ans.

Interventions possibles

Les comportements envers les femmes sont déterminés par les normes culturelles et changer ces normes est un processus à long terme. Cela ne peut pas se faire en une seule intervention. Ce n'est également pas réalisable par voie législative, par exemple en interdisant certaines actions, par exemple faire du viol dans le mariage une infraction pénale. Toutefois, les changements dans la Loi sont les bienvenus car ils indiquent ce qui est jugé inacceptable dans une société.

Avantages des interventions

L'avantage des interventions est une réduction de la VC et des conséquences qui en découlent. Les avantages pour la santé ce sont des vies sauvées, le fait qu'on évite les blessures et les maladies suivantes : trouble dépressif majeur, dysthymie (dépression légère persistante), le VIH/SIDA et l'automutilation. Ceci exclut un certain nombre de possibles autres conséquences pour la santé, tels que la toxicomanie, les avortements, les bébés prématurés. Cette charge est évaluée en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI). La perte d'AVCI est calculée en attribuant des poids pour chaque condition de 0 (parfaite santé) à 1 (décès) et puis en additionnant tous les AVCI pour estimer la charge totale de la VC.

Outre la charge de la santé, il y a un certain nombre d'autres conséquences. Il y a les potentiels coûts matériels tels que les soins médicaux, les coûts de justice pénale et les pertes de revenus. Pour Haïti, nous n'avons aucune estimation de ces coûts. Nous estimons les coûts matériels en utilisant des études américaines sur les coûts de la criminalité où les coûts immatériels sont environ 4,8 fois plus élevés que les coûts matériels. Dans notre étude nous ne tenons pas compte de la charge de ne pas finir ses études, de la plus faible probabilité d'être employé et du risque pour les enfants de ce ménage d'expérimenter également cette violence (dans le futur). Ainsi, nous sous-estimons la charge de la VC sur la société haïtienne.

Intervention 1 : Reconstruire un centre d'accueil pour femmes

Le centre d'accueil pour femmes dans l'ouest du pays a été détruit par le tremblement de terre, et il est prévu de reconstruire ce centre. Il y a peu de preuves concernant l'efficacité des centres d'accueil pour la prévention de la violence et le traitement des victimes et il est difficile de quantifier les avantages d'un tel centre. Nous supposons que le centre d'accueil dessert une population d'environ 47 000 personnes, la moitié d'entre elles sont des femmes. C'est à peu près équivalent à 0,4 % de l'ensemble des femmes et par conséquent à 0,4 pour cent de toutes les victimes de VC. En faisant un certain nombre d'hypothèses, le centre d'accueil permet d'éviter un décès par an et réduit la charge de la santé (plus précisément 12 années perdues en raison de l'incapacité, API). Les coûts de construction sont de 10 millions HTG et il y aura quatre employés à temps plein. Leur salaire est supposé être de 29 000 HTG par an. En outre, il y a les factures d'eau, de téléphone et d'électricité et les coûts d'entretien du bâtiment. Les RAC sont toujours supérieurs à un, en fonction du taux d'actualisation et de comment un AVCI est évalué, les RAC vont de 2,1 à 37,4.

Intervention 2 : Un service d'assistance téléphonique national

Il y a peu de preuves de l'efficacité des services d'assistance téléphonique pour la prévention de la VC et pour le traitement des victimes. Nous supposons qu'un service d'assistance téléphonique procurerait un avantage en évitant un pour cent de la charge de la santé. Les coûts d'un service d'assistance téléphonique reviendraient à la location d'un bureau en plus des coûts de fonctionnement et de quatre employés à temps plein ajouté à cela une campagne d'information pour l'inauguration, suivie de campagnes complémentaires. Selon le taux d'actualisation, les coûts totaux sont entre 18 million HTG et 7,7 millions HTG. Les RAC, pour cette intervention, sont toujours supérieurs à un, allant de 3,3 à 12,4.

Intervention 3 : Prévention de la violence lors des fréquentations des adolescentes

Il y a des preuves solides qu'enseigner à avoir des relations sûres et saines réduit la VC physique et sexuelle parmi les adolescentes. Nous supposons une réduction de 56 % de la VC. Les enquêtes confidentiels suggèrent que la prévalence de la VC est élevée dans la tranche d'âge 15-19 et une étude pilote en Haïti suggère que des programmes pour les adolescents pourraient être efficacement mis en œuvre. Nous supposons que le programme de prévention de la VC chez les adolescents est fourni à 15 ans, et que les effets durent « toute la vie » (même si nous allouons une diminution de l'efficacité au fil du temps). Il s'agit d'un programme volontaire pour lequel les enseignants, assistants et étudiants optent. En raison de la faible scolarisation et du taux des étudiants qui optent pour ce programme, la couverture serait de huit pour cent. La formation dure trois jours et la délivrance cinq. Les coûts additionnels pour ce programme sont : la formation (par certains experts américains), le matériel didactique et les rafraîchissements. Le coût total de la délivrance du programme est estimé à environ 35 millions HTG. Les RAC pour cette intervention sont principalement en dessous de un, ce qui est attribuable aux coûts élevés de délivrance. Une autre méthode de délivrance serait d'inclure des informations sur la VC dans les programmes d'études nationaux et de rendre l'enseignement et/ou la présence obligatoire dans les écoles. Cela diminuerait considérablement les coûts. Cependant, il y a deux principales préoccupations. Premièrement, la délivrance par un enseignant lambda n'est peut-être pas aussi efficace. Deuxièmement, le taux d'étudiants qui optent pour le programme indique que beaucoup seront réticents à considérer cette question dans les écoles et il peut être politiquement difficile de se prononcer sur une nouvelle partie obligatoire dans le programme d'études.

Tableau avantage-coût

Tableau récapitulatif

Interventions	Avantage	Coût	RAC	Qualité des éléments de preuve
Centre d'accueil	143 480 108	10 222 712	14,0	Limitée
Service d'assistance téléphonique	175 895 677	14 649 001	12,0	Aucun élément de preuve
Programme pour les fréquentations des adolescentes	35 532 452	34 808 408	1,0	Solide

Remarques : Tous les chiffres supposent un taux d'actualisation de 5 %, comprenant les coûts matériels, l'AVCI valant trois fois le PIB par habitant, les avantages et les coûts sont exprimés en HTG et représentent les coûts et les avantages pour toute la vie du projet.

1. INTRODUCTION	1
2. CONTEXTE	3
2.1 DONNEES EMPIRIQUES	3
2.2 LEGISLATION ET AIDE AUX VICTIMES DE VC.....	7
3. CALCUL DES RATIOS AVANTAGE-COUT (RAC)	10
3.1 METHODE.....	10
3.2 INTERVENTION 1 : CENTRE D'ACCUEIL	11
3.3 INTERVENTION 2 : SERVICE D'ASSISTANCE TELEPHONIQUE	12
3.4 INTERVENTION 3 : PREVENTION DE LA VIOLENCE LORS DES FREQUENTATIONS DES ADOLESCENTES	13
4. CONCLUSIONS	14
5. ANNEXE	17
6. REFERENCES	18

1. Introduction

La violence est un problème pour les droits de l'homme, la santé publique et le développement. Dans cet article, nous examinons la violence contre les femmes en Haïti, où, conformément à un certain nombre d'autres études, la forme la plus répandue est la violence familiale. La violence familiale est un problème grave en Haïti : selon les données EDS, environ quinze pour cent des femmes rapportent que leur partenaire les a agressées lors de la dernière année. La violence empêche non seulement les individus d'exprimer leur potentiel mais, dans son ensemble, la violence nuit aussi au développement de la société. La violence familiale a de nombreuses conséquences, y compris réprimer la voix des femmes et limiter leur effet. Les blessures, les traumatismes et la peur empêchent les femmes de s'exprimer, cherchant souvent du soutien et une prise en charge et cela inhibe souvent l'activité économique en dehors de leur foyer. Très peu de femmes signalent des agressions aux autorités, la violence familiale est donc un problème caché à la vue de tous.

L'objectif de cet article est d'examiner l'étendue du problème, de fournir des estimations des coûts, de proposer trois interventions possibles et d'estimer leur ratio avantage-coût (RAC).

La quantification d'un problème humain complexe comme la violence familiale se heurte à des difficultés. Elle exige des jugements éthiques et sociaux difficiles, par exemple comment donner une valeur à la vie, la douleur et la souffrance. Étant donné que les conséquences de la violence familiale sont multiples, il est difficile de définir chacune d'entre elles et de les mesurer. Les estimations des coûts qui en résultent devraient donc être considérées comme notre meilleure tentative pour quantifier ce problème social plutôt que d'arriver à une estimation précise. Cependant, bien que nous ne soyons pas en mesure de produire une estimation précise, nous pensons que ceci est un exercice intéressant car il nous encourage à réfléchir aux conséquences de la violence familiale.

Dans cet article, nous estimons que les coûts de santé de la violence familiale sont de l'ordre de 641 millions HTG par an, cela équivaut à 0,16 % du PIB. Par ailleurs, la charge de la santé résultant de la violence familiale peut être exprimée en pourcentage de la charge globale de la santé. 1,3 pour cent de toute la charge de la santé que les femmes expérimentent est due à la VC. Cela conduit alors à la question de ce qui peut être fait pour réduire ces coûts. Conformément aux autres documents de ce projet, nous supposons que l'avantage d'une intervention est la charge de la santé évitée ainsi que d'autres charges sociales évitées, telles que les frais des traitements médicaux, les frais de la justice pénale et les pertes de

revenus. Ces avantages sont ensuite monétisés et sont comparés aux coûts de l'intervention. Nous étudions trois interventions possibles : la reconstruction d'un centre d'accueil pour femmes, la mise en place d'une assistance téléphonique nationale et un programme d'éducation pour prévenir la violence dans les fréquentations chez les adolescentes. Ni les coûts ni les avantages pour les interventions ne sont faciles à établir. Nous estimons le coût de la charge de la santé de différentes façons. Toutes les charges de la santé sont exprimées en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI). La valeur de la charge de la santé est obtenue en multipliant chaque AVCI par le PIB moyen par habitant, nous utilisons trois valeurs (une fois le PIB, trois fois le PIB et huit fois le PIB). En outre nous allouons différents taux d'actualisation afin de calculer la valeur actuelle nette des avantages et des coûts (3 %, 5 % et 12 %). Ainsi, pour nos trois interventions, nous présentons un total de 36 RAC. Les RAC pour le centre d'accueil et l'assistance téléphonique sont toujours supérieurs à un, mais pour l'intervention sur la violence lors de fréquentations chez les adolescentes, les RAC ont tendance à être inférieurs à un.

Tableau 1 : RAC (valorisant un AVCI à une fois le PIB par habitant)

Intervention	Actualisation	Avantage	Coût	RAC	Qualité des éléments de preuve
Centre d'accueil	3 %	36 936 973	10 533 077	3,5	Limitée
	5 %	39 580 720	10 222 712	3,9	
	12 %	21 223 145	10 114 776	2,1	
Service d'assistance téléphonique	3 %	62 345 331	18 189 344	3,4	Aucun élément de preuve
	5 %	48 522 945	14 649 001	3,3	
	12 %	26 433 775	7 729 287	3,4	
Prévention de la violence lors des fréquentations	3 %	15 266 809	34 808 408	0,4	Solide
	5 %	9 802 056	34 808 408	0,3	
	12 %	3 157 629	34 808 408	0,1	

Remarque : Seulement la charge de la santé est considérée, sont exclus les coûts matériels, voir le tableau annexe pour les estimations incluant les coûts matériels.

Dans cet article, nous donnons tout d'abord quelques informations sur le problème de la VC en Haïti. Le chapitre 3 aborde les calculs des RAC et le chapitre 5 offre des conclusions.

2. Contexte

Selon une étude internationale, la forme la plus répandue de la violence contre les femmes est la violence familiale, c'est à dire que l'auteur est soit un partenaire intime de la femme soit un membre de la famille (ONU, 2006, OMS 2013). Nous utiliserons la violence familiale et la violence conjugale de façon interchangeable dans cet article. Les hommes peuvent également être victime de violence familiale mais pour Haïti, nous n'avons aucune donnée sur la victimisation des hommes et nous nous concentrons donc seulement sur l'analyse de la violence familiale contre les femmes.

La violence familiale contre les femmes a des conséquences considérables, non seulement, elle provoque douleur et souffrance pour les victimes mais il en résulte des coûts pour la société dans son ensemble. Les femmes victimes de violence familiale sont plus susceptibles de se suicider, d'avoir des bébés présentant un faible poids, de contracter des maladies sexuellement transmissibles, ont plus de grossesses non désirées et sont moins susceptibles de terminer leurs études, de chercher un emploi. Les enfants qui grandissent dans des ménages abusifs sont également plus susceptibles de devenir des victimes ou des auteurs de violence familiale (Hindin et coll., 2008 ; Banque mondiale 2012 : 152). Toutes ces conséquences génèrent des coûts au-delà des besoins médicaux immédiats de la victime.

2.1 Données empiriques

Les données les plus récentes pour Haïti proviennent de l'enquête démographique et de santé (EDS), elles ont été recueillies en 2012 et nous résumons les données dans le tableau 2. Dans l'EDS, on demande aux femmes si elles ont été victimes de violences émotionnelles, physiques et sexuelles. Les VC physiques et sexuelles incluent par exemple : des coups de poing, coups de pied, être battue, giflée, poussée, bousculée, étranglée, brûlée exprès, menacée avec une arme, physiquement forcée d'avoir des rapports sexuels, avoir des rapports sexuels en raison de la crainte que peut provoquer un partenaire et être obligée de faire quelque chose de sexuel qui est perçu comme humiliant ou dégradant. Nous nous concentrons sur la question de savoir si les femmes ont connu des violences physiques ou sexuelles au cours des 12 derniers mois parce que les mesures de la charge des maladies que nous utilisons ci-dessous ne tiennent pas compte de la violence émotionnelle et ne font pas de distinction entre violence physique et sexuelle. Le tableau 2 donne à penser que, quel que soit l'âge, les adolescentes sont plus susceptibles de subir des violences physiques et/ou sexuelles. Les principaux auteurs sont des petits amis, car peu de femmes sont mariées dans ce groupe d'âge. Beaucoup ont des relations dans le cadre de fréquentations, et si elles présentent des sévices physiques ou sexuels, cela conduira à une normalisation des relations

violentes. Les femmes et les hommes répètent souvent ces comportements, expérimentés lors de fréquentations, plus tard dans la vie (Whitaker et autres, 2004).

Tableau 2 : Incidence de la violence physique ou sexuelle par groupe d'âge l'an dernier, Haïti 2012

	Pourcentage rapportant des violences physiques ou sexuelles l'an passé	Pourcentage rapportant des violences physiques ou sexuelles graves l'an passé
15-19 ans	32,81 %	22,54 %
20-24 ans	21,34 %	13,79 %
25-29 ans	16,64 %	10,35 %
30-34 ans	11,86 %	8,47 %
35-39 ans	11,84 %	7,84 %
40-44 ans	9,72 %	7,24 %
45-49 ans	7,83 %	6,25 %
Total	14,59 %	9,87 %

Source : EDS, Haïti 2012

Au total, environ dix pour cent des femmes interviewées pour l'EDS ont connu des violences physiques et/ou des violences sexuelles graves (dernière colonne). En utilisant cette information, nous pouvons estimer combien de femmes haïtiennes peuvent être victimes de VC. Dans l'EDS le module violence familiale est proposé uniquement aux femmes qui ont déjà eu un partenaire. En se basant sur Cayemittes et autres (2013 : tableau 4.1) nous savons combien de femmes sont mariées, cohabitent, sont veuves, divorcées ou séparées. En faisant la somme de ces possibles statuts, nous trouvons qu'en moyenne 67 pour cent de tous les femmes âgées de 15 à 49 ans ont déjà « eu un partenaire ». Cela varie en fonction du groupe d'âge, seule une minorité des plus jeunes femmes sont mariées ou cohabitent alors que 98 pour cent des femmes âgées de 45 à 49 ans ont déjà « eu un partenaire ». À l'aide de ces informations sur les femmes qui ont déjà eu un partenaire et les taux de prévalence rapportés dans l'EDS, nous calculons qu'environ 273 200 femmes ont été victimes de violences physiques et/ou sexuelles graves. Cela correspond à 9,4 % de la population des femmes de 14 à 49 ans. Ainsi, beaucoup de femmes font toujours face à de nombreuses menaces pour leur intégrité physique et leur bien-être mental en Haïti aujourd'hui. Il s'agit plus probablement d'une estimation prudente car parmi les jeunes femmes, certaines peuvent avoir un partenaire intime mais ne pas affirmer qu'elles ont déjà « eu un partenaire ».

Une autre source, mettant en évidence la charge de la santé résultant de la VC est le Global Health Data Exchange (GHDX). La violence cause des pertes en vie humaines, des blessures ou des incapacités et le concept d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) est appliqué pour estimer la charge de la

violence. La perte d'AVCI est calculée en attribuant des poids pour chaque condition de 0 (en parfaite santé) à 1 (décédé) et puis en additionnant tous les AVCI pour estimer la charge d'une maladie particulière. Dans le cas de la maladie, c'est relativement simple. Les poids sont attribués pour chaque « handicap », qui est compris au sens large comme toute condition s'écartant d'une parfaite santé. Le calcul des AVCI résultant des VC implique un certain nombre d'étapes : ¹

1. L'estimation des taux de prévalence de la VC
2. L'estimation de l'impact de la VC sur la santé (il s'agit alors d'un risque relatif)
3. Le calcul des risques attribuables dans la population (RAP), à l'aide d'informations sur les risques relatifs et les taux de prévalence
4. L'application des RAP aux estimations d'AVCI par « handicap » pour calculer l'estimation des AVCI en raison de la VC

¹ Vos et autres 2006 procure un décompte détaillé.

Tableau 3 : AVI, AVP et AVCI perdues en raison de la VPI, 2015

âges	AVI	AVP	AVCI	Décès
15-19	160,42	1 088,00	1 248,42	15,72
20-24	817,59	2 458,99	3 276,58	38,23
25-29	1 419,14	4 122,62	5 541,77	69,41
30-34	1 515,95	4 645,91	6 161,86	85,34
35-39	1085,9	3 435,96	4 521,86	69,38
40-44	791,01	2 278,53	3 069,54	51,04
45-49	646,35	1 725,57	2 371,92	43,33
50-54	527,98	1 227,73	1 755,71	34,98
55-59	403,4	616,10	1 019,50	20,23
60-64	306,47	274,52	580,99	10,59
65-69	203,39	146,25	349,64	6,8
70-74	144,38	83,46	227,84	4,83
75-79	87,75	41,94	129,68	3,14
plus de 80	95,19	24,37	119,56	3,18

Source : GHDx

Comme nous le verrons plus loin ci-dessous, les AVCI sont la somme des années perdues en raison de décès ou de l'incapacité ou en termes de santé publique, les AVP (années de vie perdues) et les AVI (années perdues en raison de l'incapacité). En comparaison avec les données de l'EDS présentées dans le tableau 2, il apparaît que les données de GHDx reposent sur un taux de prévalence beaucoup plus faible pour la VC pour les adolescentes que dans l'EDS. Toutefois, nous ne pouvons offrir aucune solution à cette contradiction apparente dans les sources de données et nous pouvons simplement signaler ce problème de données.

Il existe une littérature considérable sur l'impact sanitaire de la VC et les conséquences plus larges sur la santé de la VC sont analysées par Ellsberg et autres (2008). Les femmes victimes de VC ont des difficultés à marcher, avec les activités quotidiennes et souffrent de douleurs, de pertes de mémoire, de vertiges et de pertes vaginales. Ils signalent également des taux significativement plus élevés de détresse émotionnelle, de pensées suicidaires et de tentatives de suicide. En se basant sur des études de pays, l'OMS (2013) conclut aussi que les femmes qui souffrent de VC sont 16 pour cent plus susceptibles d'avoir un bébé avec un faible poids à la naissance et dans certaines régions, elles sont 1,5 fois plus

susceptibles de contracter le VIH et 1,6 fois plus susceptibles d’avoir la syphilis par rapport aux femmes qui ne sont pas victimes pas de violence familiale.

D’après les calculs de GHDx, seulement un certain nombre de conséquences sur la santé sont considérées. Les pertes de vies humaines attribuées à la VC sont dues à la violence interpersonnelle (homicide) et au suicide. Les pertes dues aux incapacités incluent les troubles dépressifs majeurs, la dysthymie (dépression légère persistante), le VIH/SIDA (la tuberculose et les résultats d’autres maladies), l’avortement, les fausses couches, les blessures en raison de la violence physique et l’automutilation. Pour Haïti, il n’y a aucune perte attribuée à l’avortement et aux fausses couches. Il y a un certain nombre d’autres charges de la santé qui ne sont pas inclus, comme les autres maladies sexuellement transmissibles, le cancer du col utérin, la toxicomanie, les naissances prématurées (bébés de faible poids à la naissance). Ainsi, les estimations de GHDx sont vraiment susceptibles de minimiser les coûts de la violence.

Pour de futures recherches, il serait souhaitable de développer les risques relatifs spécifiques à Haïti et les risques attribuables dans la population. Le tableau 4 présente les AVCI en raison d’une incapacité spécifique :

Tableau 4 : AVP et AVI résultant de la VC par cause

	Dysthymie (dépression légère persistante)	Trouble dépressif majeur	VIH/SIDA	Violence physique	Automutilation
AVP	-	-	14 629	3 544	3 997
AVI	1 164	6 119	819	70	33

Source : GHDx

Le VIH/SIDA est la principale cause d’années de vie perdues alors que les pertes dues à la violence conjugale et au suicide sont à peu près comparables. La dépression est la plus grande cause pour les années perdues en raison de l’invalidité.

2.2 Législation et aide aux victimes de VC

Améliorer notre compréhension de la violence contre les femmes et utiliser cette connaissance pour la prévention et le traitement vont nous aider à travailler à l’atteinte des objectifs de développement durable (ODD) 16.1 « Réduire nettement, partout dans le monde, toutes les formes de violence et les taux de mortalité qui y sont associés » et ODD 5 « Parvenir à l’égalité des sexes et autonomiser toutes les

femmes et les filles». En Haïti, il y a une reconnaissance publique que la violence contre les femmes est un problème qui doit être abordé et que la VC est la forme la plus commune de violence sexiste. Ceci est démontré par des citations comme celle-ci :

« La forme la plus fréquente de violence en Haïti est la violence familiale. Et les autres formes sont des corollaires ». (Sandy Francois, directeur de la Promotion et la défense des droits des femmes (DPDDF) au ministère à la condition féminine et aux droits de la femme, MCFDF)

Haïti a ratifié la Convention pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) le 7 avril 1981 et la Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence faite aux femmes le 3 avril 1996. Les dispositions de ces traités internationaux peuvent être invoqués devant les tribunaux haïtiens, la Constitution haïtienne (Article 276-2) accordant le même statut aux traités internationaux ratifiés par Haïti et à la législation nationale et prévoyant l'abrogation de toutes les lois qui sont en contradiction avec les dispositions de ces traités internationaux. Cependant, il y a un écart important entre la législation en vigueur et ce que les femmes et filles connaissent en raison des problèmes profondément enracinés dans le système de la justice pénale, qui ont été documentés ailleurs (Commission interaméricaine sur les droits de l'homme, 2005). Avant 2005, Haïti n'avait pas de législation spécifique sur la violence sexuelle et n'interdisait pas la violence contre les femmes dans son droit pénal. Le 11 août 2005, un amendement du Code pénal a reclassé le viol comme une offense criminelle, plutôt que comme un crime contre l'honneur (Le Moniteur, 160ème année, No.60). Haïti a également rédigé la loi-cadre sur la prévention, la sanction et l'éradication de la violence à l'égard des femmes pour une présentation au 50ème Parlement.

Pour atteindre l'objectif de prévention de la violence contre les femmes en Haïti, un certain nombre d'initiatives ont été générées, y compris la création de certaines institutions et politiques publiques dédiées à protéger les femmes et leurs droits. Les services disponibles pour les victimes de VC comprennent :

1. Des centres d'accueils dans 4 quatre départements du pays (Nord, Nord-est, Sud-est et Ouest) pour accueillir les femmes victimes de violence. Le centre d'accueil de l'Ouest a été détruit lors du tremblement de terre du 12 janvier 2010 et le Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes (MCFDF) tente actuellement de réunir des fonds pour la construction d'un nouveau centre d'accueil. Des services médico-légaux, psychosociaux, juridiques et sociaux sont fournis dans ces centres

d'accueil, qui sont tous gérés par des organisations de femmes, le MCFDF jouant un rôle de coordination.

2

2. Une assistance judiciaire avec le dépôt de plaintes auprès des autorités pour les survivants de VC. Le Bureau d'assistance légale relève du Ministère de la justice, mais n'est opérationnel que dans la région de Port-au-Prince. Les organisations de la société civile fournissent également une assistance juridique aux survivants de VC et les accompagnent souvent à la police et devant la Cour. Toutefois, bon nombre des représentants de ces organisations n'ont aucune formation juridique (PNUD, 2014).

3. Un traitement médical et psychologique pour les victimes de viol ou d'agression sexuelle : plusieurs organisations de la société civile et des cliniques fournissent à la fois une assistance médicale d'urgence dans les 72 heures après une agression et des soins médicaux et psychologiques à long terme. La Commission des femmes victimes pour les victimes (KOFVIV) en est un exemple. Haïti a également révisé le formulaire d'enregistrement des cas d'agression sexuelle afin d'harmoniser la collecte des données pour les cliniques et les organisations. Un protocole d'entente a également été signé entre le MCFDF et le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) pour la fourniture d'un certificat médical gratuit en cas d'agression sexuelle.

4. Des campagnes de sensibilisation et de formation. Les organisations de la société civile ont mené des activités pour sensibiliser les gens sur les droits des femmes, des services sociaux, juridiques et médicaux disponibles pour les survivants de VC et sur les moyens de prévenir les infections sexuellement transmissibles. KayFanm est un exemple de ce type d'organisation.³

Il y a deux problèmes concernant les adolescents qui sont particulièrement importants en Haïti : (1) le taux élevé de grossesses chez les adolescentes⁴ et (2) le problème de la soi-disant « Restavèk ». En Haïti, un restavèk est un enfant qui est envoyé par ses parents pour travailler pour une maison d'hôte comme domestique, parce que les parents n'ont pas les ressources nécessaires pour soutenir l'enfant. Le terme vient de la langue française « rester avec ». Ces enfants sont particulièrement exposés au risque d'exploitation (sexuelle et économique) et à celui de la violence physique. L'ONG la Fondation Maurice A.

² Des informations détaillées à propos de l'utilisation de ces centres d'accueils en 2011 peuvent être obtenus ici: <http://www.alainet.org/images/SOFA%20-Onzieme%20Rapport%20Bilan-%20%20decembre%202011-2.pdf> , consulté le 14 Avril 2017

³ http://www.enfolien.net/index.php?option=com_content&view=article&id=103:documentaire-kay-fanm-le-centre-reviv-pour-la-rehabilitation-des-fillettes-et-adolescentes-violee-n-&catid=44:groups-and-associations&Itemid=73 , consulté le 14 avril 2017

⁴ Pour plus de détails allez sur http://haiti.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/JMP2013_Grossesse_precoce_fact_sheet.pdf , consulté le 14 avril 2017

Sixto (FMAS), met l'accent sur la protection des droits de l'homme pour ces enfants. Dans cet article, nous ne commentons pas ces problèmes spécifiques. L'utilisation de moyens de contraception est limitée en Haïti et l'avortement est illégal, mais la réforme du Code pénal examine la légalisation de l'avortement. Les problèmes du virus Zika ont mis en évidence le peu de choix qu'ont les femmes pour retarder les grossesses en Haïti. Cette crise sanitaire peut accélérer le débat sur l'accès à la contraception et sur la réforme du Code pénal. C'est principalement la volonté politique dont on a besoin pour résoudre ce problème et ce n'est pas un problème qui se prête à l'AAC. Le problème de la restavèk est spécifique à Haïti et nous ne connaissons pas d'intervention ayant fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. Une option possible serait de concevoir et de mettre en œuvre un programme en collaboration avec le FMAS.

3. Calcul des ratios avantage-coût (RAC)

Dans ce chapitre, nous fournissons tout d'abord un bref résumé de la méthode que nous utilisons pour calculer les avantages, suivie d'une discussion sur le calcul du RAC pour chacune de nos trois interventions, à savoir reconstruire un centre d'accueil pour femmes, mettre en place une assistance téléphonique nationale et un programme d'éducation pour prévenir la violence familiale chez les adolescentes.

3.1 Méthode

Nous évaluons les avantages des interventions en ajoutant les coûts matériels et immatériels de la VC. Nous avons estimé les coûts immatériels, parfois aussi appelés coûts de douleur et de souffrance, en monétisant l'AVCI conséquence de la VC. Nous n'avons pas de bonnes estimations pour les coûts matériels, tels que les frais médicaux, les frais de justice pénale et les pertes de revenus. En Haïti beaucoup de femmes pourraient ne pas aller voir un professionnel de la santé pour leurs blessures, cela engendre donc de faibles coûts pour les soins médicaux. Étant donné que de nombreuses formes de VC ne sont pas signalées à la police et certaines d'entre elles ne sont même pas des infractions (viol au sein du mariage, par exemple) les coûts afin d'appréhender l'auteur, les coûts de jugement et de condamnation peuvent aussi être faibles. Beaucoup de femmes sont au chômage ou inactives, ainsi, la perte de rémunération est également considérée comme faible. Cependant, nous pouvons fournir une approximation des coûts matériels en utilisant des études américaines sur les coûts de la criminalité. Ces études fournissent des coûts matériels et immatériels, ces derniers sont environ 4,8 fois plus élevés que

les coûts matériels pour les agressions et les viols. Pour les homicides, ils sont un multiple de 6,6.⁵ À l'aide de ces approximations, nous avons calculé les RAC, y compris le coût de la santé et les coûts matériels et nous présentons ces estimations alternatives dans le tableau de l'annexe A1.

Ainsi, la plupart des avantages de nos interventions sont mesurés par les AVCI qui pourraient être évitées. L'avantage d'utiliser la méthodologie AVCI, est que cela permet une comparaison des charges des différentes maladies et conditions sociales, comme la violence. Cela semble donc être un bon choix pour des projets comparatifs comme Haïti Priorise. Toutefois, le principal inconvénient de cette méthode est qu'il n'est pas évident d'attacher des valeurs monétaires à l'AVCI. Il n'y a pas de théorie pour guider le chercheur et une AVCI est généralement évaluée au revenu moyen par habitant, ou à un multiple de ce dernier. Si l'on compare la charge de la maladie en Haïti, cela n'importe pas, tant que tous les chercheurs évaluent l'AVCI de la même manière. Toutefois, cette manière plutôt arbitraire de donner un prix à l'AVCI a une implication pour les ratios avantage-coût. De faibles valeurs d'AVCI entraînent un RAC plus faible. Nous passons maintenant à la discussion des trois interventions possibles : la reconstruction d'un centre d'accueil dans l'Ouest, un service d'assistance téléphonique à l'échelle nationale et un programme de prévention de la violence lors des fréquentations des adolescentes.

Pour toutes les interventions, nous indiquons combien d'AVCI pourraient être évitées. Étant donné que la population haïtienne devrait croître de 60 % d'ici à 2050, nous ajustons les chiffres des décès futurs en prenant la proportion d'AVI et de décès pour 1000 habitants par cohorte de 5 ans et en les extrapolant pour le futur, selon les chiffres de population projetée.

3.2 Intervention 1 : Centre d'accueil

Comme expliqué ci-dessus, un des quatre centres d'accueil a été détruit par le séisme et il existe des projets pour reconstruire ce centre d'accueil. Nous ne savons pas vraiment à quel point les centres d'accueil sont efficaces dans la prévention de la violence et le traitement des victimes. Le récent examen par Sullivan (2012) donne à penser qu'ils sont très efficaces pour assurer une sécurité immédiate et un soutien à plus long terme. Dans l'ensemble le centre d'accueil a été extrêmement positif pour les femmes qui l'ont utilisé. Il est cependant très difficile de quantifier les avantages d'un centre d'accueil. Nous adoptons l'approche suivante : la ville moyenne en Haïti a environ 70 000 habitants et un ensemble de quatre villages une population de 6 000 chacun. Étant donné un taux d'urbanisation d'environ 50 %, ce centre d'accueil toucherait environ 47 000 personnes, la moitié d'entre elles sont des femmes. C'est à

⁵ Voir McCollister et autres 2010.

peu près équivalent à 0,4 % de toutes les femmes et par conséquent 0,4 pour cent de toutes les victimes de VC. Étant donné que toutes les femmes n'ont pas connaissance du centre d'accueil, nous supposons qu'environ la moitié des décès et AVI sont évités. En se basant sur Sullivan (2012), nous supposons que 79 % des utilisateurs du centre d'accueil trouvent que le centre est bénéfique et que 10 pour cent ont trouvé qu'il augmentait la violence. Nous supposons que 69 % des femmes sont aidées par un centre d'accueil. En utilisant les données de GHDx, cela représente environ un décès et 12 AVI évités par an. Nous supposons que le centre d'accueil soit construit en 2018 et utilisé jusqu'en 2046. Nous supposons que les coûts de construction seront semblables à ceux d'un établissement de santé mais le centre d'accueil n'aura que la moitié du métrage carré (soit environ 10 millions HTG) et que le centre d'accueil sera pourvu de quatre employés à temps plein. Leur salaire est supposé être la moitié de la rémunération annuelle moyenne (environ 29 000 HTG par an). En outre nous prévoyons les factures d'eau, d'électricité et de téléphone et l'entretien des bâtiments. Les coûts sont supposés augmenter chaque année de l'inflation actuelle de 2,7 % par an. Les RAC sont toujours supérieurs à un, le RAC le plus faible est de 2,1 quand on prend en compte une valeur d'AVCI égale au PIB par habitant, un taux d'actualisation de 12 % et que l'on ne tient pas compte des coûts matériels (voir tableau 1).

3.3 Intervention 2 : Service d'assistance téléphonique

À notre connaissance, Haïti n'a pas actuellement de service d'assistance téléphonique national pour les victimes de VC. Nous avons très peu d'indications à quel point les services d'assistance téléphonique sont efficaces dans la prévention et le traitement des victimes de VC. Ils sont populaires dans certains pays et dans certains cas le nombre d'appels téléphoniques augmente considérablement en réponse à l'information du public. Par exemple, en 2016 un soap opera populaire sur BBC Radio 4 a détaillé une histoire de VC se déroulant sur plusieurs mois et cela a entraîné une augmentation de 20 % des appels téléphoniques aux lignes d'assistance au Royaume-Uni. Nous supposons qu'un service d'assistance téléphonique procurerait un avantage en évitant un pour cent des décès et AVI. Nous n'avons aucune base réelle pour cette hypothèse. Les coûts d'un service d'assistance téléphonique seraient la location d'un bureau (l'équivalent de 200 USD par personne et par mois) plus les coûts de fonctionnement de dix pour cent de la location de bureau. Quatre personnels à temps plein seraient employés au coût de la moitié du salaire moyen (environ 29 000 HTG par mois).⁶ Les coûts de formation pour le personnel sont censés être de dix pour cent des dépenses de personnel. En outre, une campagne d'information de 0,0425 USD pour joindre toutes les femmes de 15-49 ans serait lancée lors de l'inauguration de la ligne

⁶ Nous avons aussi calculé les RAC pour les salaires d'une rémunération moyenne. Les salaires représentant une relative faible partie du cout total de l'assistance téléphonique, les RAC restent dans la fourchette de 3,2 à 27.

d'assistance. L'effet de cette campagne d'information est supposé décliner au fil du temps, la prochaine cohorte de femmes étant à risque pour la VC, celle-ci aura besoin de nouvelles informations. Ainsi, nous prévoyons une campagne annuelle complémentaire. Les coûts augmentent de 2,7 % par an et l'assistance téléphonique se déroulerait de 2017 jusqu'en 2028. Les RAC de cette intervention sont toujours supérieur à un, le RAC le plus faible est de 3,3 quand on suppose une valeur d'AVCI égale au PIB par habitant, un taux d'actualisation de 5 % et que l'on ne tient pas compte des coûts matériels (voir tableau 1).

3.4 Intervention 3 : Prévention de la violence lors des fréquentations des adolescentes

Il y a des preuves qu'enseigner à avoir des relations sûres et saines diminue l'incidence des agressions sexuelles (Sinclair et autres, 2013), augmente les connaissances sur la VC (Gage et autres, 2016) et réduit la VC physique/sexuelle (Foshee et autres, 2005 ; Lundgren & Amin, 2015 ; Peskin et autres, 2014 ; Taylor, Stein, Mumford et Woods, 2013 ; Wolfe et autres, 2009) chez les adolescentes. L'accent est mis sur la prévention de la violence lors des fréquentations des adolescentes. Ces programmes ont été évalués pour leurs impacts aux États-Unis et au Canada. Le choix de cette intervention a été motivé par deux facteurs. Tout d'abord, comme le suggèrent les données EDS d'Haïti, la prévalence de la VC est élevée pour la tranche d'âge 15-19. Deuxièmement, l'étude pilote de Gage et autres 2016 en Haïti suggère que les programmes pour les adolescents pourraient être efficacement mis en œuvre. Ils ont adapté le programme d'études SAFE Dates (Foshee et Langwick, 2010) pour Haïti et ont trouvé des preuves que l'enseignement aux adolescents en Haïti améliorerait considérablement leurs connaissances sur la violence lors des fréquentations. Les interventions pour ces groupes d'âge sont susceptibles d'avoir des effets durables parce que très souvent les hommes et les femmes expérimentent des comportements qu'ils répètent plus tard dans la vie. Cependant, Gage et autres (2016) n'a pas examiné l'impact du programme d'études sur la violence lors des fréquentations ou la victimisation ou la perpétration des VC. Foshee et autres (2004) a constaté qu'aux États-Unis, le programme d'études Safe Dates a entraîné une réduction de la victimisation et de la perpétration des violences physiques et sexuels lors des fréquentations, quatre ans après le programme.

Nous supposons qu'un programme de prévention sur la violence lors des fréquentations commencera en 2018 et que nous observerons un impact sur la VC sur les adolescentes pendant quatre ans (la même période d'évaluation utilisée par Foshee et autres (2004)), après quoi l'effet décline. Foshee et autres (2004) a seulement observé des survivants de VC. Nous supposons que la même réduction est valide pour

les décès. Nous supposons également qu'après quatre ans, il y aura des effets positifs, tels que la réduction de la consommation d'alcool, de la dépression, de l'automutilation etc., qui ont été associés avec les programmes de prévention de la violence lors des fréquentations des adolescentes. Nous ne savons pas quelle serait l'envergure des effets. Nous supposons une décroissance géométrique de l'efficacité, mais nous n'avons aucune base réelle pour ces hypothèses. Nous supposons que le programme de prévention de la VC chez les adolescents est fourni à 15 ans, et que les effets durent « toute une vie ». Les adolescents âgés de quinze ans représentent 1/5 du groupe des 15-19 ans. Ainsi, nous appliquons les effets de la réduction à 1/5 du groupe des 15-19 ans. Lorsque la cohorte traitée grandit, nous supposons que le taux de prévalence concerne les groupes plus âgés, c'est à dire les 20-24, 25-29, etc.

Nous utilisons les coûts comme indiqué par Gage et autres (2016), à savoir trois jours de formation par enseignant et assistant et cinq jours de mise en œuvre. Les journées des enseignants sont chiffrées à 80 USD et 10 USD pour les assistants. La délivrance s'est faite en dix sessions à environ 30 élèves, ils n'ont pas reçu de rémunération mais on leur a donné un rafraîchissement (chiffré à 1,5 USD par jour). Une considération importante est combien d'élèves pourraient être touchés. Dans Gage et autres (2016) seulement 31 pour cent des parents ont donné leur consentement et actuellement seulement 25 pour cent des adolescents de 14 ans vont à l'école. Cela se traduit par un traitement de huit pour cent de tous les adolescents de 14 ans ou pour dire les choses différemment 627 groupes de 30 élèves bénéficieraient de l'enseignement. Les avantages de ce programme sont coûteux (environ 17,9 millions HTG). Un autre facteur de coût est l'utilisation d'experts extérieurs et la production du matériel d'étude. Nous avons utilisé le coût du projet pilote, moins la formation des enseignants et la mise en œuvre, en supposant qu'une intensification réduirait les coûts d'impression et en supposant un coût supplémentaire d'environ 473 USD. En supposant qu'un enseignant peut enseigner le programme à quatre groupes différents, 157 enseignants devront être formés. Les coûts des enseignants pour qu'ils délivrent cette intervention sont très élevés et les RAC sont donc faibles. Ils sont dans une fourchette entre 0,1 et 3,5 selon la valeur par AVCI et le taux d'actualisation.

4. Conclusions

Dans cet article, nous suggérons que la VC est un grave problème en Haïti. D'après les données de l'EDS, nous estimons qu'environ 273 200 femmes sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles graves par an. Cela correspond à 9,4 % de la population des femmes de 14 à 49 ans. Il s'agit probablement d'une

estimation prudente car parmi les jeunes femmes, certaines peuvent avoir un partenaire intime mais ne pas affirmer qu'elles sont dans une relation. Ainsi, beaucoup de femmes font toujours face à de nombreuses menaces pour leur intégrité physique et leur bien-être mental en Haïti aujourd'hui. La VC peut avoir un certain nombre de conséquences. Certaines femmes sont tuées par leur partenaire, dans le monde environ 43 pour cent de toutes les victimes d'homicide sont tuées par leur partenaire actuel ou leur ancien partenaire (Stöckl et autres, 2013). Pour Haïti, nous avons été incapables d'obtenir une répartition des homicides commis par auteur. D'autres effets incluent la dépression majeure, la dysthymie (dépression légère persistante), les maladies sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA, le cancer du col utérin, l'avortement, les fausses couches, les naissances prématurées (bébés de faible poids à la naissance), la toxicomanie, les blessures en raison de la violence physique et l'automutilation. Ces conséquences de la VC ont été évaluées par Global Health Data Exchange (GHDx) et nous utilisons leurs données sur l'AVCI pour calculer les avantages des interventions proposées. L'utilisation de ces données est une lacune de notre étude car le GHDx ne semble pas utiliser d'informations spécifiques sur les pays pour calculer le risque attribuable dans la population (RAP) dans l'estimation des AVCI pour la VC en Haïti. Seulement quelques conséquences de la VC sont considérées, donc l'AVCI sous-estime probablement la charge de la VC.

Nous avons évalué trois interventions différentes: la reconstruction d'un centre d'accueil pour les femmes, un service d'assistance téléphonique national et un programme de prévention des violences lors des fréquentations des adolescentes. En utilisant différentes valeurs d'AVCI et de taux d'actualisation nous avons calculé les neuf RAC par intervention. Nous avons également estimé les coûts matériels en plus de ces charges de santé, ces coûts matériels seraient les frais médicaux, la perte de salaires et les frais de justice pénale. Selon la littérature des Etats-Unis sur la criminalité, les coûts matériels de violence interpersonnelle sont beaucoup plus faibles que les coûts immatériels (ou les coûts de la santé). Étant donné que les avantages sont plus élevés lorsque ces coûts matériels sont considérés les RAC résultants sont légèrement supérieurs.

Pour les deux interventions, centre d'accueil et assistance téléphonique, nous avons très peu de preuves de leur efficacité et nous faisons des hypothèses prudentes de leurs avantages. Toutefois, les RAC sont entre 2,1 et 31,0. Pour la dernière intervention, le programme sur la violence lors des fréquentations, il y a beaucoup plus de preuves de l'efficacité dans la littérature de la santé publique. Cibler des adolescents, garçons et filles, est susceptible d'avoir des effets durables parce que très souvent les hommes et les femmes expérimentent les comportements qu'ils répètent plus tard dans la vie. Le programme SAVE

Dates aux États-Unis a diminué la prévalence de la violence dans les fréquentations d'environ 56 pour cent. Ce programme d'études a été testé en Haïti (Gage et autres, 2016) et a considérablement amélioré la connaissance de la VC. Cet essai indique que des conseils dans le cadre de SAVE Dates pourraient réduire sensiblement la fréquence de la VC chez les adolescents. Cependant, nous avons constaté que les coûts pour payer les enseignants à délivrer le programme SAFE Dates en dehors des heures d'école en Haïti rendaient la délivrance de cette intervention très coûteuse. Les RAC du programme de prévention chez les adolescentes sont plus faibles que un à moins que nous supposions des valeurs élevées d'AVCI et des taux d'actualisation faibles. Si le programme d'études national était adaptée pour inclure des informations sur la violence lors des fréquentations afin qu'elles soient enseignées durant les heures scolaires, cela réduirait environ de moitié les coûts de délivrance et améliorerait donc les RAC. Savoir si la délivrance serait aussi efficace n'est cependant pas clair. Il est également intéressant de noter que seulement environ 31 % des parents ont consenti à ce que leurs enfants participent à l'étude pilote menée en Haïti. Ainsi, même si la prévalence de la VC est élevée en Haïti, la majorité de la population n'est peut-être pas prête à affronter la question.

5. Annexe

Tableau A1 : RAC (valoriser un AVCI à une fois le PIB par habitant)

Intervention	Actualisation	Avantage	Coût	RAC	Qualité des éléments de preuve
Centre d'accueil	3 %	44 632 175,83	10 533 076,94	4,2	limitée
	5 %	47 826 702,83	10 222 712,19	4,7	
	12 %	25 644 633,5	10 114 775,92	2,5	
Service d'assistance téléphonique	3 %	75 333 942,2	18 189 343,69	4,1	aucun élément de preuve
	5 %	58 631 892,39	14 649 000,82	4,0	
	12 %	31 940 811,43	7 729 286,933	4,1	
Prévention de la violence lors des fréquentations	3 %	18 447 394	34 808 408	0,5	solide
	5 %	11 844 151	34 808 408	0,3	
	12 %	3 815 469	34 808 408	0,1	

Remarque : Les coûts matériels sont inclus.

6. Références

Cayemittes, Michel, Michelle Fatuma Busangu, Jean de Dieu Bizimana, Bernard Barrère, Blaise Sévère, Viviane Cayemittes et Emmanuel Charles. 2013. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2012*.

Calverton, Maryland, USA : MSPP, IHE et ICF International. Foshee, V.A., Bauman, K.E., Ennett, S.T., Linder, G.F., Benefield, T. and Suchindran, C., 2004. Assessing the long-term effects of the Safe Dates program and a booster in preventing and reducing adolescent dating violence victimization and perpetration. *American journal of public health*, 94(4): 619-624.

Ellsberg, M., H.A.F. Jansen, L. Heise, C.H. Watts, C. Garia-Moreno (on behalf of the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team). 2008. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet* 371: 1165-1172.

Foshee, V. A., Reyes, H. L., Gottfredson, N. C., Chang, L. Y., & Ennett, S. T. (2013). A longitudinal examination of psychological, behavioral, academic, and relationship consequences of dating abuse victimization among a primarily rural sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(6), pp. 723-729.

Gage, A.J., 2005. Women's experience of intimate partner violence in Haiti. *Social Science & Medicine*, 61(2), pp.343-364.

Gage, A.J. and Hutchinson, P.L., 2006. Power, control, and intimate partner sexual violence in Haiti. *Archives of Sexual Behavior*, 35(1), pp.11-24.

Gage, A.J., Honoré, J. G., and Deleon, J. 2016. Short-term effects of a violence prevention curriculum on knowledge of dating violence among high school students in Port-au-Prince, Haiti. *Journal of Communication in Healthcare*, 9(3): 178-189.

Hindin, M. J., S. Kishor and D. L. Ansara. 2008. Intimate Partner Violence among couples In 10 DHS countries: Predictors in Health Outcomes. DHS Analytical Studies No. 18. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc.

Inter-American Commission on Human Rights. 2009. "The Right of Women in Haiti to be Free From Violence and Discrimination." OEA/Ser.L/V/II, Doc. 64. <https://cidh.oas.org/countryrep/Haitimujer2009eng/HaitiWomen09.toc.htm>. Accessed March 19, 2017.

Lundgren, R., & Amin, A. (2015). Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *J Adolesc Health, 56*(1 Suppl), S42-50.

McCollister, K.E., M.T. French and H. Fang. 2010. The cost of crime to society: New crime-specific estimates for policy and program evaluation. *Drug and Alcohol Dependence 108*: 98-109.

Peskin, M. F., Markham, C. M., Shegog, R., Baumler, E. R., Addy, R. C., & Tortolero, S. R. (2014). Effects of the It's Your Game . . . Keep It Real program on dating violence in ethnic-minority middle school youths: a group randomized trial. *Am J Public Health, 104*(8), 1471-1477.

Sinclair J, Sinclair L, Otieno E, Mulinge M, Kapphahn C, Golden NH. 2013. A self-defense program reduces the incidence of sexual assault in Kenyan adolescent girls. *Journal of Adolescent Health 53*(3):374–80.

Sullivan, C.M. (2012, October). *Domestic Violence Shelter Services: A Review of the Empirical Evidence*, Harrisburg, PA: National Resource Center on Domestic Violence. Retrieved 24 February 2017, from: <http://www.dvevidenceproject.org>

Taylor, B. G., Stein, N. D., Mumford, E. A., & Woods, D. (2013). Shifting Boundaries: an experimental evaluation of a dating violence prevention program in middle schools. *Prev Sci, 14*(1), 64-76.

UN. 2006. Ending Violence Against Women: From Words to Action. United Nations. New York.

United Nations Development Programme (UNDP). 2014. Legal Aid for Women Victims of Gender Violence in the Caribbean: Identifying Gaps and Programmatic Responses. New York: UNDP Regional Bureau for Latin America and the Caribbean.

Vos, T., Astbury, J., Piers, L.S., Magnus, A., Heenan, M., Stanley, L., Walker, L. and Webster, K., 2006. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bulletin of the World Health Organization, 84*(9), pp.739-744.

Whitaker et al (2006) on the prevention of IPV

Wolfe, D. A., Crooks, C., Jaffe, P., Chiodo, D., Hughes, R., Ellis, W., . . . Donner, A. (2009). A school-based program to prevent adolescent dating violence: a cluster randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 163(8), 692-699.

World Bank. 2012. The World Development Report 2012: Gender Equality and Development. Washington D.C.

WHO. 2013. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner violence. World Health Organization. Geneva.

Haïti fait face à des défis de développement économique et social parmi les plus importants au monde. Malgré un afflux d'aide à la suite du tremblement de terre de 2010, la croissance et le progrès continuent d'être minimums, au mieux. Avec autant d'acteurs et un large éventail de défis allant de la sécurité alimentaire et de l'accès à l'eau potable à la santé, l'éducation, la dégradation de l'environnement et les infrastructures, quelles devraient être les premières priorités pour les décideurs, les donateurs internationaux, les ONG et les entreprises ? Avec un temps et des ressources limités, il est crucial que l'attention soit régie par ce qui fera le plus grand bien pour chaque gourde dépensée. Le projet Haïti Priorise travaillera avec les parties prenantes partout dans le pays pour trouver, analyser, classer et diffuser les meilleures solutions pour le pays. Nous impliquons les Haïtiens de toutes les parties de la société, par le biais des lecteurs de journaux, ainsi que des ONG, des décideurs, des experts de secteurs et des entreprises afin de proposer les meilleures solutions. Nous avons nommé quelques-uns des meilleurs économistes d'Haïti et du monde pour calculer les coûts et les avantages de ces propositions au niveau social, environnemental et économique. Cette recherche aidera à établir des priorités pour le pays grâce à une conversation à l'échelle nationale sur ce que sont les solutions intelligentes - et moins intelligentes - pour l'avenir d'Haïti.



Haïti Priorise

Un plan de **développement** alternatif

Pour plus d'informations visitez www.HaitiPriorise.com

C O P E N H A G E N C O N S E N S U S C E N T E R

Copenhagen Consensus Center est un groupe de réflexion qui étudie et publie les meilleures politiques et opportunités d'investissement basées sur le bien de la société (mesurées en dollars, mais en intégrant également par exemple : la protection de l'environnement, la santé et le bien-être) pour chaque dollar dépensé. Copenhagen Consensus a été conçu pour répondre à un sujet fondamental, mais négligé dans le développement international : dans un monde qui a une courte durée d'attention et des budgets limitées, nous devons trouver des moyens efficaces pour faire le plus de bien au plus grand nombre. Copenhagen Consensus fonctionne avec plus de 300 des plus grands économistes au monde, y compris 7 lauréats du prix Nobel pour donner la priorité aux solutions des plus grands problèmes mondiaux, sur la base de l'analyse de données et du rapport coût-avantage.