

Données d'enquêtes, précisions méthodologiques

Les deux enquêtes de santé publique ont été menées par l'université américaine de Beyrouth (AUB), l'une au milieu de la guerre en 1983-1984, et l'autre à la fin de celle-ci en 1992-1993. Le tirage de l'échantillon s'est appuyé sur les plans établis par l'Électricité du Liban et suivant la méthode de tirage systématique à plusieurs degrés.

En 1983-1984, l'enquête a porté sur 2 752 ménages représentatifs de la population de la capitale. Une dizaine d'années plus tard en 1992-1993, le renouvellement de l'enquête s'est fixé pour objectif de retrouver les mêmes ménages. Elle en a interrogé 2 017 dont 1 641 déjà enquêtés en 1983-1984 (soit 6 ménages sur 10). C'est sur ces derniers que portent les analyses développées dans le présent article.

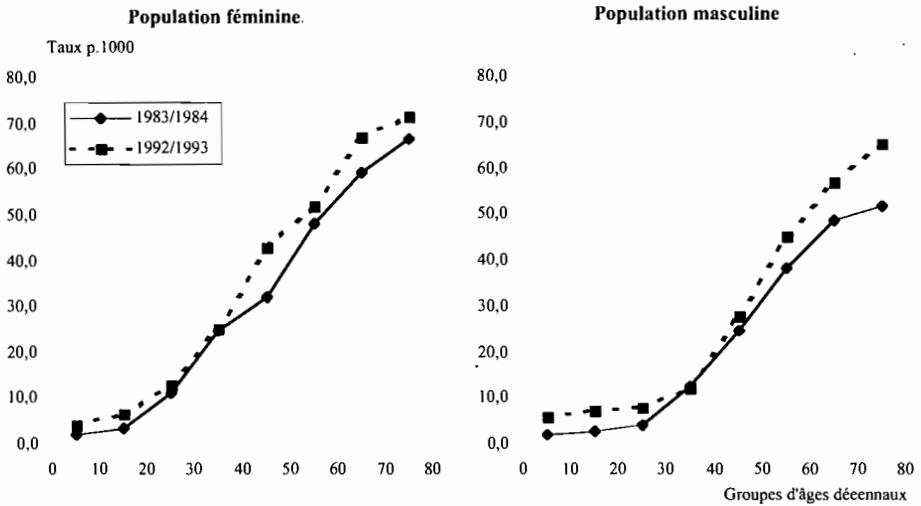
Dans les deux enquêtes, une liste préétablie de maladies chroniques a été proposée. Il s'agit de seize maladies non transmissibles : hypertension artérielle, affections de la colonne vertébrale, diabète, cardiopathies, hypercholestérolémie, calculs rénaux, thyroïdes, ulcères, asthme, anémies, insuffisance respiratoire, cataracte, maladies mentales, épilepsie, glaucome et cancers. À la première enquête, la maladie chronique est définie comme maladie ressentie depuis plus de trois mois avant la date de l'enquête. À la deuxième enquête, cette période de référence est élargie à la période séparant les deux investigations.

En 1997, une enquête qualitative s'est inscrite dans la continuité de la logique du suivi des ménages. Selon un tirage systématique tenant compte de tous les quartiers de la ville, 44 hommes et femmes adultes ont été rencontrés parmi les ménages enquêtés successivement en 1983-1984 et 1992-1993. La durée des entretiens a varié entre trente minutes et une heure.

Dans la présente étude, les maladies chroniques ont été retenues comme indicateur pour mesurer la santé durant la guerre, et ce pour diverses raisons. D'abord, la morbidité ressentie ou déclarée, c'est la maladie telle que perçue, identifiée et nommée par la personne, que celle-ci ait été soumise à un diagnostic médical ou pas. Cette morbidité reste fortement liée aux connaissances et représentations qu'a l'individu de lui-même et du monde. L'intérêt d'étudier précisément la maladie auto-déclarée se trouve dans le fait qu'elle émane directement du sujet concerné, et traduit l'aspect de la maladie telle que vécue et décrite par l'individu lui-même. Cette remarque est d'autant plus juste lorsqu'il s'agit des maladies de type chronique qui ne sont pas systématiquement diagnostiquées, et qui peuvent intégrer le mode de vie quotidien du malade et parfois même le modifier [Adam, Herzlich, 1994 : 18].

Par ailleurs, dans le cas de la ville étudiée ici – Beyrouth durant la guerre de 1975-1990 –, travailler sur la maladie déclarée, plutôt que sur celle diagnostiquée, semble plus proche de la réalité. En effet, les habitants avaient tendance à fréquenter les structures médicales seulement dans les situations d'urgence, notamment en raison des problèmes d'accessibilité et des coûts élevés que cela nécessitait. En outre, dans les études sur la morbidité diagnostiquée (à partir de l'analyse des registres médicaux, des suivis de patients dans les hôpitaux et les cliniques), une partie importante de la population échappe à l'observation : celle qui

Figure 1 – Taux de prévalence (p. 1000) des maladies chroniques selon l'âge et le sexe, en 1983-1984 (n = 1 375) et en 1992-1993 (n = 1 821)



Voir tableau de données en annexe 1.

Source: Enquêtes AUB, 1983-1984 & 1992-1993.

se trouvent alors certainement moins concernés par ce genre de maladies chroniques, notamment vers les âges de 25-35 ans pour les femmes et de 30-40 ans pour les hommes. Ces groupes d'âges sont en revanche plus touchés par les accidents et blessures [Nuwayhid *et alii*, 1997].

La hausse de la prévalence enregistrée à partir de 40 ans et parmi les moins de 30 ans touche à la fois le sexe masculin et le sexe féminin, comme l'illustrent les taux par âge et par sexe de la figure 1.

La comparaison des évolutions par âge aux deux enquêtes pour les populations masculine et féminine indique qu'à partir de 20-29 ans, les femmes déclarent plus de maladies que les hommes, et ce à tous les âges. Elles sont ainsi plus nombreuses à déclarer une maladie, et à des âges relativement plus jeunes par comparaison aux hommes (par exemple, le taux de prévalence à 30 ans est deux fois plus élevé parmi les femmes: 20 p. 1000 contre 10 p. 1000).

Une incidence plus élevée parmi les populations directement exposées

En affinant l'analyse à la population interrogée successivement aux deux enquêtes (6 293 personnes soit 73 % des enquêtés à la première date), les nouvelles déclarations de maladies chroniques (n = 1 003 individus) représentent la moitié (49 %) des individus suivis malades en 1983-1984 et/ou en 1992-1993 (n = 2 036). En effet, cette proportion est plus élevée que celle des individus identifiés comme malades à la fois aux deux dates d'enquêtes (36 %) (figure 2).

Ces premiers résultats généraux annoncent le poids relativement important des nouvelles déclarations à la deuxième enquête. Par ailleurs, les nouveaux cas ne

Figure 2 – Individus interrogés aux deux enquêtes (cas suivis) et proportion ayant déclaré au moins une maladie chronique

	Période de guerre 1975-1990	
	Enquête de 1983-1984	Enquête de 1992-1993
Individus interrogés	N = 8 579	N = 7 265
Malades	16 % (n = 1 375)	25 % (n = 1 821)

Individus interrogés aux 2 enquêtes (suivis): N = 6 293.

Malades en 1983/84 et/ou en 1992/93 (n = 2 036): 32 % dont:

malades en 1992/93, ou nouveaux malades (n = 1 003): 49 %

malades aux deux enquêtes (n = 725): 36 %

concernent pas uniquement la population âgée, mais se répartissent sur tous les groupes d'âges, comme démontré par ailleurs [Makdessi, 2002]. Seuls y échappent les moins de 10 ans et les personnes âgées de plus de 70 ans. Les moins de dix ans, nés durant la période inter-enquête, n'appartiennent pas à la population suivie; quant aux plus âgés, ils sont davantage exposés au risque de pluri-morbidité que les autres groupes, et sont donc moins concernés à ces âges par la primo-incidence. Ces nouveaux cas de maladie déclarée contribuent largement à l'augmentation des taux de prévalence des maladies chroniques à la deuxième enquête.

La population présente dans la ville au moment des conflits a été différemment touchée par les effets de la guerre. Certains groupes l'ont été plus particulièrement, notamment les victimes d'accidents ou de blessures de guerre, ou encore ceux qui ont perdu des biens (domicile, commerce ou voiture détruits ou cambriolés). En isolant ces individus directement exposés aux événements de la guerre, les effets sur la santé apparaissent clairement. Le risque⁵ de se déclarer malade à la deuxième enquête y est plus fort relativement au reste des individus (*figure 3*).

Les plus fortes incidences sont notées après 40 ans. Si l'on peut supposer un lien entre la déclaration d'une maladie chronique et les atteintes physiques dues à la guerre, la relation est plus inattendue avec les pertes de biens. En effet, les adultes actifs âgés entre 40 et 60 ans qui ont subi des pertes matérielles marquent une plus forte probabilité de déclarer une maladie chronique à la deuxième enquête (alors qu'ils n'en avaient déclaré aucune à la première). Cette probabilité est plus élevée que celle de l'ensemble des individus du même groupe d'âges et également plus élevée que celle des atteints physiquement (*figure 3*).

Bien que l'ensemble de la population de Beyrouth ait souffert des effets du conflit endémique, certains groupes semblent plus vulnérables et ne répondent

5 Ce risque est mesuré par le quotient instantané d'incidence qui indique la probabilité d'apparition des nouveaux cas de maladie. Il se calcule en rapportant le nombre de nouveaux cas déclarés à la population non malade en 1983-1984, et donc soumise au risque de le devenir. Le quotient instantané a une dimension annuelle [Bouyer *et alii*, 1995].

Figure 4 – Analyse par régression logistique des déterminants de l'incidence des maladies chroniques parmi les non-malades à la première enquête, chez les 30-59 ans, par sexe

Variables explicatives	Modèle 1		Modèle 2		Effectifs
	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %	
Sexe					
masculin	Réf.	—	Réf.	—	850
féminin	1,5****	1,2-1,9	1,5****	1,2-1,9	1 055
<i>Groupes d'âges en 1992-1993</i>					
30-39	Réf.	—	Réf.	—	682
40-49	1,9****	1,4-2,5	1,8****	1,4-2,4	633
50-59	2,4****	1,8-3,3	2,3****	1,7-3,1	590
<i>Situation matrimoniale aux deux enquêtes</i>					
célibataire	Réf.	—	Réf.	—	435
marié(e)	1,7***	1,2-2,4	1,9****	1,3-2,6	1 288
veuf/ve, divorcé(e), séparé(e)	2,7***	1,4-5,3	3,0****	1,5-6,0	44
mariée sur la période	1,3	0,6-2,7	1,3	0,6-2,7	57
veuf/ve, divorcé(e), séparé(e) sur la période	2,5***	1,4-4,3	2,6****	1,5-4,6	81
<i>Niveau d'instruction de l'individu à la deuxième enquête</i>					
sans instruction	Réf.	—	Réf.	—	176
primaire	1,1	0,7-1,5	0,9	0,7-1,4	503
intermédiaire	1,1	0,7-1,5	0,9	0,6-1,4	340
secondaire	0,9	0,6-1,3	0,7	0,5-1,1	487
supérieur	0,7	0,4-1,0	0,6**	0,4-0,9	399
<i>Lieu de résidence dans la ville par rapport à la ligne de démarcation (LDD)</i>					
secteur est, proche LDD			1,7**	1,1-2,6	163
autre secteur est			1,1	0,8-1,6	389
secteur ouest, proche LDD			1,1	0,8-1,4	999
autre secteur ouest			Réf.	—	354
<i>Destruction du domicile entre les deux enquêtes</i>					
non			Réf.	—	428
oui			1,5***	1,1-1,9	1 477
<i>Cambriolage du domicile, voiture ou commerce entre les deux enquêtes</i>					
non			Réf.	—	625
oui			1,2*	1,0-1,6	1 280
<i>Handicap d'un membre du ménage entre les deux enquêtes</i>					
non			Réf.	—	234
oui			1,4**	1,0-1,9	1 671
Constante	0,1****		0,9****		1 905

Réf. : modalité de référence; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

Seuils de significativité : **** $p < 1$ p. 1000; *** $p < 1$ p. 100; ** $p < 5$ p. 100; * $p < 10$ p. 100.

Source: Enquêtes AUB, 1983-1984 et 1992-1993.

[Sermet, 1994; Guignon *et alii*, 1996]. Par ailleurs, les maladies chroniques augmentent avec l'âge pour les deux sexes, et les personnes de 40-59 ans courent un plus grand risque de souffrir d'une de ces pathologies relativement au groupe plus jeune (30-39 ans) ($p < 1$ p. 1000).

L'âge comme le sexe demeurent très fortement corrélés avec l'état de santé de l'individu, et déterminent de fait les autres facteurs d'influence, notamment le statut matrimonial.

Hormis les adultes mariés au cours de la période inter-enquêtes, les autres statuts matrimoniaux sont significativement corrélés avec l'incidence en comparaison aux célibataires ($p < 1$ p. 100). Les ruptures d'union, majoritairement des situations de veuvages⁶, se distinguent significativement. Phénomène plus spécifique aux femmes, le décès du conjoint entraîne un changement violent et fragilise l'état de santé (50 % des veuves sont des cas incidents). En tant que tel, être veuf/ve, marié(e) ou célibataire ne prédispose pas davantage à la maladie. Cependant, lorsque ces statuts sont liés à des situations plus complexes comme être femme veuve vivant seule avec un/des enfant(s), la corrélation avec l'état de santé prend une autre signification [Pol, Thomas, 1992]. En situation de guerre, la perte du conjoint provoque des facteurs de stress additionnels: notamment lorsque la cause du décès est liée aux conflits, et que la femme se retrouve seule (ou seule avec des enfants) dans un environnement hostile.

Sur un autre plan, à la différence du célibataire, le couple marié a la responsabilité d'enfants mineurs, et doit éventuellement supporter la charge de parents âgés. Ces responsabilités envers la famille à nourrir, à soigner et de surcroît à protéger, peuvent devenir lourdes à gérer durant la guerre. Les discours des adultes rencontrés, père ou mère de famille sont assez significatifs de cette situation (voir *infra*). Mais le statut de marié/e, ne correspond pas forcément à la cohabitation des deux époux. C'est typiquement le cas des couples où l'homme travaille à l'étranger, caractéristique de la société beyrouthine accentuée par la conjoncture économique défavorable durant les conflits [Makdessi, 2002]. Ces situations de séparation forcée des conjoints dans un climat de violences et de survie (partir loin pour nourrir la famille, elle-même restée exposée au danger des combats) exercent également une influence non négligeable sur la santé.

Alors que dans ce premier modèle, le niveau d'instruction n'est pas un facteur discriminant, il le devient dans le deuxième modèle qui tient compte des variables relatives aux événements de la guerre. Le niveau d'instruction agit de manière indirecte sur le comportement curatif et préventif des individus, et définit le mode de vie (Mizrahi, Mizrahi, 1989; Asiel, 1996). En outre, un niveau d'instruction élevé facilite l'accès à une activité mieux rémunérée, laquelle permet à l'individu et à son entourage immédiat de bénéficier de meilleures conditions de vie. En effet, les adultes dotés d'un niveau d'instruction supérieur déclarent significativement moins de maladies ($p < 5$ p. 100).

La prise en compte des événements de la guerre augmente également le seuil de significativité des situations matrimoniales décrites plus haut ($p < 1$ p. 1000)

6 Les cas de séparation et de divorce sont rares; ils représentent moins de 1 % dans l'échantillon étudié.

et apporte des résultats additionnels sur les effets directs du vécu de la guerre sur la santé.

Habiter près de la ligne de démarcation⁷ ou plus en retrait n'expose pas les individus aux mêmes types de dangers, ni aux mêmes conditions de vie. Éviter les pièces trop exposées « à l'est » ou « à l'ouest », obstruer les ouvertures et fenêtres par des sacs de sable afin de rester à l'abri de l'œil du franc-tireur « d'en face », ne pas éclairer certains endroits de l'appartement pour ne pas être repéré, illustrent quelques réflexes de base que la population de la ligne de démarcation a dû intégrer. S'y ajoutent les déplacements dans la rue, où la personne doit se plier à certaines conditions de circulation pour échapper à la mort [Makhlouf, 1988; Naffah Chor-Plasot, 1997]. L'incidence des maladies est significativement plus élevée dans les secteurs situés à l'est de Beyrouth et plus spécifiquement dans ceux proches de la ligne de front ($p < 5$ p. 100). De violents événements ont marqué le secteur est de la capitale les dernières années de la guerre, et ont par conséquent sévèrement touché la population résidante.

Les pertes matérielles représentées ici par la destruction du domicile et le cambriolage de ce dernier ou d'autres biens comme la voiture ou le commerce, symbolisent concrètement les conséquences directes des violences sur la santé ($p < 1$ p. 100 pour les destructions et $p < 10$ p. 100 pour les vols). Ces pertes, au-delà de la dépossession matérielle des biens propres qu'aucune mesure publique ne prévoit de dédommager, se répercutent également violemment sur le mode de vie quotidien et imposent de nouvelles organisations sociales et familiales. L'impact de ces actes devient encore plus profond lorsque l'individu est un spectateur impuissant, et victime de situations où souvent sa vie et celle de ses proches se trouvent menacées.

Dans le cas des handicapés qui s'inscrivent dans le plus long terme, une relation significative est également notée ($p < 5$ p. 100). Le contexte hostile a imposé des priorités aux adultes qui portent d'abord sur les individus les plus fragiles de la famille. Il s'agit évidemment des enfants mais aussi lorsque le cas se présente des personnes âgées, des membres malades et des membres invalides. L'absence d'une alternative de prise en charge institutionnelle contraint les pères et mères de famille d'assurer complètement ce rôle, avec le peu de moyens disponibles.

En définitive, cette lecture multifactorielle démontre que la superposition des différents critères retenus expose davantage la personne à une situation tendue et violente, favorisant par là même les risques de détérioration de l'état de santé. Mais ce type d'analyse a ses propres limites. Il pose certaines contraintes nécessaires à son application qui sont à la fois réductrices de la diversité et des spécificités de certaines situations étudiées. Par conséquent, l'interprétation des résultats d'un modèle logistique reste fonction du nombre et du type de variables explicatives retenues. L'analyse qualitative apporte ici des informations complémentaires sur le vécu de la maladie durant la guerre.

7 Dès le début des conflits, Beyrouth est partagée en secteur est et secteur ouest par une ligne de démarcation partant du centre-ville entièrement déserté de sa population et massivement détruit.

L'entrée dans la vie adulte s'est faite pour les individus de ces tranches d'âges dans un contexte où les normes sociales ont été bousculées. De plus, les hommes de ces générations, plus que les femmes, ont été impliqués directement ou indirectement dans les conflits. Des choix cruciaux se sont imposés à tout jeune : prendre part aux combats, rester à l'écart et se protéger, ou trouver des positions intermédiaires. Toutes les solutions étaient finalement aussi éprouvantes et nécessitaient la mobilisation d'une grande énergie mentale et physique.

Parmi les hommes rencontrés, aucun n'a relaté cette phase d'entrée en guerre, et le positionnement pris. Il est probable qu'au moment où les entretiens ont été menés en 1997, la fin des conflits n'était pas loin derrière, les nerfs toujours à vif et la méfiance et la peur encore intenses. Il est alors compréhensible que les gens n'abordent pas aisément le sujet, même en parlant d'un proche. L'exemple du père ayant perdu un fils combattant et qui n'en parle que succinctement la gorge serrée est assez évocateur. Les plaies étaient encore trop récentes et dans ces cas le silence des personnes a été respecté.

« C'est ça qui m'a vieilli... » (Monsieur S., 60 ans, marié. Il a perdu un fils âgé de 20 ans durant les conflits, à ce moment il avait 54 ans. Il souffre de diabète).

Le discours des femmes appartenant à cette même tranche d'âges est beaucoup moins élaboré, et reste essentiellement tourné vers la vie du ménage et l'*humeur du foyer*, pour reprendre les termes employés. Pour les femmes qui exercent une activité professionnelle comme pour celles qui s'occupent exclusivement du foyer, ce qui influence la santé au quotidien concerne principalement les relations entre les membres du ménage. La majorité a évoqué la lourde charge des enfants et des parents âgés, que ces derniers habitent sous le même toit ou pas. Le ton est plutôt imprégné d'*inquiétude*, de reproches face à un contexte de promiscuité entraînant des *disputes* et des *différends*, et parfois même prononcé sous forme *confidentielle*.

« Moi, c'est les nerfs [la nervosité] qui influencent le plus ma santé.

— Qu'est-ce qui vous rend nerveuse ?

— L'ambiance du foyer, c'est tout faux [incorrect]. C'est-à-dire cela reste entre nous, je ne peux pas en parler n'importe où, ni devant... par exemple si mon époux est là je ne peux pas en parler à mon aise. Et même si quelqu'un de la famille de mon beau-frère est présent, je ne peux rien te répondre. C'est-à-dire que les *différends* augmentent et les *disputes* se multiplient. »

(Madame F., 44 ans, mariée, deux enfants. Héberge le beau-frère et la famille de celui-ci réfugiés depuis plusieurs années).

Les mots clés communs aux deux sexes symbolisent le vécu passé et présent des individus. La *tristesse* et la *nervosité*, deux sentiments qui révèlent les réactions émotives face à une situation d'après-guerre, où les effets secondaires des conflits et des violences vécus sont plus que jamais présents. La guerre est certes terminée, mais ses effets continuent à agir sur la vie quotidienne à travers la *dégradation* permanente de la situation économique, des relations sociales et leurs conséquences sur l'unité de la société et la cellule familiale.

Éléments de discussion

Durant les périodes de conflits, les sources officielles et médicales ¹¹ ne sont plus fiables (pour peu qu'elles l'aient été auparavant), par conséquent le déclaratif reste le seul moyen à disposition du chercheur pour évaluer la morbidité. Cet aspect de la représentation que l'individu a de sa propre santé a été mis en valeur dans l'approche qualitative intégrée à l'étude. Il est évident que la maladie déclarée n'a pas de caractère exhaustif, et qu'elle a tendance à être sous-déclarée dans les enquêtes [Mechanic, Newton, 1965; Van Ginneken, 1993; Sermet, 1994]. Elle reste néanmoins indicative de l'image de la santé de l'individu dans un contexte où l'accès aux soins est extrêmement difficile et le corps médical fortement disqualifié [Makdessi, 2002].

La relation guerre/santé a été analysée en termes d'effets directs et indirects, selon le sexe des individus.

Dans la population étudiée, le déterminant principal de la santé des hommes est lié au statut d'actif et ses implications sur le quotidien. Si le type d'emploi (représenté par la catégorie socioprofessionnelle) a fait l'objet de certaines recherches sur les déterminants de la morbidité, dans le cas observé ce ne sont pas les maladies liées au travail lui-même ou à ses conditions qui sont en cause, mais plutôt le fait d'avoir à assurer une sécurité financière vitale. Replacée dans le contexte d'une ville en guerre, cette notion d'activité prend des significations particulières. Déterminant le plus fort de la morbidité masculine à partir de la quarantaine, le statut d'actif définit le rôle de l'homme dans la société et en tant que père de famille. Sa mise en échec devient alors synonyme d'incapacité et d'impuissance à nourrir la famille et à la protéger. Cet état des choses s'amplifie dans le contexte de violences et d'humiliations que génèrent les guerres. En outre, la forte propension des hommes à migrer pour s'assurer un travail et une source de revenus les place devant le dilemme de partir et de laisser la famille sur place, ou de rester et d'assumer la situation précaire.

Dans la population féminine, les effets des différents événements de la guerre se répercutent sur la vie du foyer et la protection des proches. Les femmes mariées ou veuves, sont plus sujettes à la maladie que les célibataires. Le veuvage, phénomène accentué par la guerre, tout comme les femmes dont l'époux a été amené à travailler à l'étranger constituent deux situations qui projettent la femme dans des circonstances éprouvantes. Habitant avec ses enfants, et même parfois ayant les parents ou beaux-parents à charge, les responsabilités des femmes s'alourdissent considérablement. En deuil, ou séparées de leur conjoint, elles se retrouvent pratiquement seules dans une ville en guerre où la priorité est la survie et la protection des proches.

À ces effets indirects, s'ajoutent les effets directs relatifs aux pertes matérielles et destructions massives subies par les ménages, et aux atteintes physiques des indi-

11 Concernant les sources officielles, soit l'enregistrement statistique national, la dernière enquête nationale au Liban avant la fin de la guerre remonte à 1970. Quant aux structures médicales (hôpitaux et cliniques), elles n'ont reçu durant la guerre que les cas urgents, ou la population qui avait les moyens de se soigner [Makdessi, 2002].

- CLELAND J., HILL A.G. [1991], « Studying the Health Transition: an Overview », in J. Cleland, A.G. Hill (eds), *The Health Transition: Methods and Measures, The Proceedings of an International Workshop*, London, June 1989 : 1-12 (Health Transition Series n° 3).
- DEEB M. (ed.) [1997], *Beirut: a Health Profile 1984-1994*, Beirut, American University of Beirut, 430 p.
- GUIGNON N., MOUQUET M.-C., SERMET C. [1996], « Morbidité et consommation médicale », in M.-J. Saurel-Cubizolles, B. Blondel, *La Santé des femmes, op. cit.*: 36-67.
- HERZLICH C. [1992], « Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social », in U. Flick (dir.), *La Perception quotidienne de la santé et de la maladie*, Paris, L'Harmattan, coll. Santé, société et cultures: 347-357.
- LOCKWOOD HOURANI L., ARMENIAN H., ZURAYK H., AFIFI L. [1986], « A Population-based Survey of Loss and Psychological Distress during War », *Social Science Medicine*, 23 (3): 269-275.
- LOCOT T., MAKDESSI Y. [2002], « Transition démographique et statuts des personnes âgées en Afrique. Quelles perspectives? », in *Vivre plus longtemps, avoir moins d'enfants, quelles implications?*, Paris, AIDELF, Puf, 10: 615-626 (Colloque international, Byblos-Jbeil, Liban, 10-13 octobre 2000).
- LYONS H. A. [1979], « Civil Violence. The Psychological Aspects », *Journal in Psychosomatic Research*, 23: 373-393.
- MAHJOUB A. [1995], *Approche psychosociale des traumatismes de guerre chez les enfants et adolescents palestiniens*, Tunis, Éditions de la Méditerranée, 237 p.
- MAKDESSI Y. [2002], *Santé de la population en temps de guerre: Beyrouth, 1975-1990*, thèse de doctorat en sociologie-démographie, université Paris-V René-Descartes, 397 p.
- MAKDESSI Y., MOGOUTOV A., VICHNEVSKAIA T. [2001], « Le choix des maux et de la langue pour parler de soi », in A. Class, H. Awaiss, J. Hardane (dir.), *L'Éloge de la différence: la voix de l'Autre*, Actualité scientifique, AUPELF-Uref, coll. Universités francophones: 239-252.
- MAKHOLOUF I. [1988], *Beyrouth ou la Fascination de la mort*, Paris, Éditions de la Passion, 204 p.
- MECHANIC D., NEWTON M. [1965], « Some Problems in the Analysis of Morbidity Data », *Journal of Chronic Diseases*, 18: 569-580.
- MIZRAHI An., MIZRAHI Ar. [1989], *Évolution de l'état de santé – Risque vital et invalidité*, Paris, Credes, 35 p.
- MURPHY J. [1977], « War Stress and Civilian Vietnamese: a Study of Psychological Effects », *Acta Psychiatr. Scand.*, 56: 92-108.
- MURRAY C.J.L., LOPEZ A. D. [1996], *Global Health Statistics, Global Burden of Disease and Injury Series*, WHO, Harvard School of Public Health, World Bank, USA, 306 p.
- NAFFAH CHOT-PLASOT C. [1997], « Réseaux de sociabilité et de voisinage: le quartier Beydoun à Beyrouth (1986-1988) », in M. Davie (dir.), *Beyrouth, regards croisés*, Tours, Urbama, coll. Villes du monde arabe, 2: 107-125.
- NUWAYHID I., SIBAI A., ADIB S., SHAAR K. [1997], « Morbidity, Mortality and Risk Factors », in M. Deeb (ed), *Beirut: a Health Profile 1984-1994*, Beirut, American University of Beirut: 123-182.
- PIERRET J. [1987], « Les usages sociaux de la santé: trois exemples », in A. Retel Laurentin (coord.), *Étiologie et Perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, Paris, L'Harmattan, coll. Connaissance des hommes: 441-449.
- POL L.G., THOMAS R.K. [1992], *The Demography of Health and Health Care*, New York, Plenum Press, 391 p.
- SERMET C. [1994], « De quoi souffre-t-on? Description et évolution de la morbidité déclarée 1980-1991 », *Revue Solidarité-Santé*, 1 : 37-56.
- VAN GINNEKEN J.K. [1993], « Measurement of Morbidity and Disability with Cross-sectional Surveys in Developing Countries », Union internationale pour l'étude scientifique de la population, Congrès international de la population, Montréal: 483-497.
- ZURAYK H.C., ARMENIAN H.K. (eds) [1985], *Beirut 1984: a Population and Health Profile*, Beirut, American University of Beirut, 284 p.

Annexe 1 – Taux de prévalence (p. 1000) des maladies chroniques selon l'âge et le sexe, en 1983-1984 et en 1992-1993

Groupes d'âges	1983-1984			1992-1993		
	Ensemble	Sexe masculin	Sexe féminin	Ensemble	Sexe masculin	Sexe féminin
0 à 9	2,1	2,1	2,2	5,0	5,8	4,0
10 à 19	3,2	2,9	3,6	6,9	7,3	6,5
20 à 29	8,0	4,3	11,2	10,4	8,0	12,9
30 à 39	19,7	12,6	24,9	20,3	12,2	25,3
40 à 49	28,6	24,8	32,1	36,6	27,8	42,9
50 à 59	43,1	38,3	48,2	48,9	45,2	52,2
60 à 69	53,4	48,8	59,3	62,1	57,1	67,2
70 à 79	59,9	51,8	66,7	68,6	65,5	71,6
Effectifs	1375	563	812	1821	748	1073

Sources: Enquêtes AUB, 1983-1984 et 1992-1993

Annexe 2 – Quotient instantané d'incidence (p. 1000) pour l'ensemble des individus, ceux ayant subi une atteinte physique et ceux ayant perdu des biens, selon l'âge en 1992-1993

Groupes d'âges en 1992-1993	Quotient instantané (p.1000)		
	Ensemble	Atteintes physiques	Pertes de biens
10 à 14	8,9	13,7	12,4
15 à 24	8,9	11,3	10,1
25 à 39	14,6	14,4	16,0
40 à 59	47,3	55,6	62,7
60 & +	60,5	73,7	63,8
Total	23,5	28,4	27,7

Sources: Enquêtes AUB, 1983-1984 et 1992-1993.