Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF **EB138/9**
Cent trente-huitième session **11 janvier 2016**
Point 6.2 de l'ordre du jour provisoire

Projet de plan d'action mondial contre la violence

Rapport du Directeur général

1. Conformément à la demande formulée dans la résolution WHA67.15 (2014), le Directeur général a l'honneur de transmettre le rapport de la réunion formelle des États Membres pour achever les travaux concernant l'élaboration d'un plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans la lutte contre la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, qui s'est tenue à Genève du 2 au 4 novembre 2015 (annexe 1).

PROCESSUS

2. Le Secrétariat a publié le 20 mars 2015 un premier document de réflexion[1] contenant l'avant-projet de plan d'action mondial. Ce document a servi de base à :

- une consultation en ligne ouverte aux États Membres, aux organismes des Nations Unies, aux organisations non gouvernementales, aux centres collaborateurs de l'OMS, aux universitaires et aux autres acteurs non étatiques concernés ;
- une consultation informelle avec les acteurs non étatiques, le 3 juin 2015 ;
- une consultation informelle avec les États Membres et les organismes des Nations Unies, le 4 juin 2015 ;
- des consultations régionales informelles avec les États Membres, comme suit :

Région de l'OMS	Dates
Afrique	1-2 juillet 2015
Amériques	26-27 février 2015
Méditerranée orientale	27-28 avril 2015
Europe	11-12 mai 2015
Asie du Sud-Est	23-24 avril 2015
Pacifique occidental	23-24 avril 2015

[1] Disponible en anglais à l'adresse http://www.who.int/topics/violence/interpersonal-violence-first-phase/en/ (consulté le 9 décembre 2015).

3. Le Secrétariat a publié le 31 août 2015 un deuxième document de réflexion[1] contenant le premier projet de plan d'action mondial. Ce document a servi de base à :

- une consultation en ligne ouverte aux États Membres, aux organismes des Nations Unies, aux organisations non gouvernementales, aux centres collaborateurs de l'OMS, aux universitaires et aux autres acteurs non étatiques concernés ;

- une réunion formelle des États Membres du 2 au 4 novembre 2015.

4. Conformément à la demande formulée à la réunion formelle, le Secrétariat a poursuivi ses travaux sur le projet de plan d'action mondial, en tenant compte de l'ensemble des points particuliers abordés au cours des discussions. Le projet de plan d'action mondial figurant à l'annexe 2 est le fruit de cet effort.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

5. Le Conseil est invité à examiner le projet de décision suivant:

> Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport sur le projet de plan d'action mondial contre la violence,[2] a décidé de recommander à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :
>
> La Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,
>
> PP1 Ayant examiné le projet de plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants ;
>
> PP2 Rappelant la résolution WHA67.15 et les résolutions 69/313[3] et 70/1[4] de l'Assemblée générale des Nations Unies,
>
> (OP)1. PREND NOTE du plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants ;
>
> (OP)2. APPELLE INSTAMMENT les États Membres à mettre en œuvre les mesures qui leur sont proposées dans le plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants ;

[1] Disponible en anglais à l'adresse http://www.who.int/topics/violence/interpersonal-violence-against-women-children/en/ (consulté le 9 décembre 2015).

[2] Document EB138/9.

[3] Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement (Programme d'action d'Addis-Abeba).

[4] Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

(OP)3. PRIE le Directeur général :

(OP)3.1 de mettre en œuvre les mesures proposées au Secrétariat dans le plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants ;

(OP)3.2 de présenter des rapports sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, aux Soixante et Onzième et Soixante-Treizième Assemblées de la Santé.

ANNEXE 1

(Texte concerté)

RAPPORT DE LA RÉUNION FORMELLE DES ÉTATS MEMBRES POUR ACHEVER LES TRAVAUX CONCERNANT L'ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION MONDIAL VISANT À RENFORCER LE RÔLE DU SYSTÈME DE SANTÉ DANS LA LUTTE CONTRE LA VIOLENCE INTERPERSONNELLE, EN PARTICULIER À L'ÉGARD DES FEMMES ET DES FILLES ET À L'ÉGARD DES ENFANTS

1. La réunion formelle organisée par le Directeur général pour achever le processus de consultation pour l'élaboration d'un projet de plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, s'est tenue à Genève du 2 au 4 novembre 2015 sous la présidence de M. Keshav Desiraju (Inde). Des délégués de 65 États Membres, de l'Union européenne et de l'Union africaine ont participé à la session.

2. Les participants à la réunion formelle ont examiné le deuxième document de réflexion de l'OMS, daté du 31 août 2015 (A/VIO/INF./1), qui est le fruit de cinq consultations régionales avec les six Régions de l'OMS, d'une consultation mondiale et de deux consultations en ligne et qui contient le projet de plan d'action mondial de l'OMS.

3. Se fondant sur les contributions des États Membres, le Secrétariat a élaboré un projet révisé de plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants.

4. Les participants à la réunion formelle ont prié le Secrétariat de poursuivre leurs travaux sur le document en tenant compte de l'ensemble des points particuliers abordés au cours des discussions.

5. Le Secrétariat a réaffirmé que, conformément au paragraphe 2.4 de la résolution WHA67.15, le Directeur général présentera ce rapport ainsi qu'un projet révisé de plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, pour examen par le Conseil exécutif à sa cent trente-huitième session en janvier 2016.

6. Au cours des discussions, plusieurs délégations se sont dites préoccupées par la pornographie et pédopornographie, problèmes auxquels le Directeur général devrait accorder une attention particulière.

ANNEXE 2

PLAN D'ACTION MONDIAL VISANT À RENFORCER LE RÔLE DU SYSTÈME DE SANTÉ DANS UNE RIPOSTE NATIONALE MULTISECTORIELLE À LA VIOLENCE INTERPERSONNELLE, EN PARTICULIER À L'ÉGARD DES FEMMES ET DES FILLES ET À L'ÉGARD DES ENFANTS

Troisième document de réflexion, en date du 22 novembre 2015, contenant le deuxième projet

SECTION 1. INTRODUCTION

Portée

1. En mai 2014, la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA67.15 intitulée « Renforcer le rôle du secteur de la santé dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants » et priant notamment le Directeur général « d'élaborer, avec la pleine participation des États Membres et en concertation avec les organisations du système des Nations Unies et d'autres parties prenantes attachées au rôle du système de santé, s'il y a lieu, un projet de plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, compte tenu de l'action déjà entreprise par l'OMS dans ce domaine ».

2. La portée du plan d'action mondial s'inspire de la résolution WHA67.15. Le plan porte en particulier sur la violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, mais aussi sur les mesures communes relatives à tous les types de violence interpersonnelle. Il traite aussi de la violence interpersonnelle à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants dans les situations d'urgence humanitaire et d'après-conflit, en reconnaissant que la violence est exacerbée dans de telles situations.

3. Toutes les formes de violence interpersonnelle ont des conséquences négatives sur la santé et doivent être combattues par le système de santé. Il existe, cependant, des raisons impérieuses de s'intéresser tout particulièrement à la violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. Les femmes et les filles doivent supporter le fardeau considérable des divers types de violence qui résultent d'idées reçues acceptées par la société reposant sur l'inégalité entre les sexes et la discrimination, alors même que ces formes de violence constituent une violation de leurs droits humains. C'est ainsi que la violence à leur égard reste souvent cachée et qu'elles éprouvent de la honte et sont stigmatisées. Trop souvent, les institutions, notamment celles de la santé, mettent trop longtemps à reconnaître cette violence et à réagir, et les services sont inexistants ou n'ont qu'une capacité limitée. Récemment encore, la violence à l'égard des femmes et des filles n'apparaissait pas dans les statistiques et les systèmes de suivi nationaux et internationaux. Au niveau mondial, il existe désormais un intérêt politique marqué pour la lutte contre cette violence dans les programmes de santé et de développement, ce qui donne l'occasion de renforcer la sensibilisation et la riposte au problème dans le cadre du système de santé (*1*).[1]

[1] On le distingue dans le plan directeur pour la suite à donner après 2014 au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (examen à 20 ans), où il apparaît que 90 % des 176 États Membres ayant pris part à l'examen considèrent la violence à l'égard des femmes comme une question prioritaire de leur point de vue.

4. La violence à l'égard des enfants (âgés de zéro à 18 ans), adolescents compris, est très répandue, et constitue une violation de leurs droits humains. Elle a des conséquences néfastes pour toute la vie – problèmes de santé, comportements à risque pour la santé et expérience ultérieure en tant que victime ou auteur d'actes de violence. Dans de nombreux pays, la violence est souvent considérée comme un moyen acceptable de faire obéir les enfants. Elle n'est souvent pas visible et rares sont les enfants maltraités qui ont accès aux programmes et aux services dont ils ont besoin. La violence à l'égard des enfants retient d'avantage l'attention aujourd'hui, ce qui donne l'occasion de renforcer la sensibilisation et la riposte au problème dans le cadre du système de santé.

5. C'est clairement aux autorités nationales et infranationales qu'il appartient de lutter contre la violence interpersonnelle. Le problème appelle une riposte multisectorielle fondée sur la collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs. En tant qu'organisme chef de file en matière de santé dans le système des Nations Unies, l'OMS a élaboré ce plan d'action mondial destiné aux États Membres en particulier ainsi qu'aux partenaires nationaux et internationaux, en suivant une approche de santé publique et en mettant l'accent sur le rôle du système de santé.

6. Les services et les programmes de santé sont un point de départ approprié pour la lutte contre la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. Les victimes d'actes de violence ont plus souvent recours aux services de santé que les autres femmes, même si la violence est rarement indiquée comme cause de la demande de soins (*2*). Les dispensateurs de soins représentent souvent le premier point de contact avec des professionnels pour les survivants/victimes, et pourtant l'acte de violence, la véritable cause, ne leur est pas divulguée. Il en va souvent de même lorsque des enfants victimes de sévices s'adressent aux services de santé. Le plan d'action cherche spécifiquement à déterminer ce que le système de santé peut faire en collaboration avec les autres secteurs, indépendamment de l'importance d'une riposte multisectorielle.

7. Le plan d'action mondial est un document technique qui se fonde sur les données, les meilleures pratiques et les orientations techniques existantes de l'OMS. Il offre une série de mesures pratiques que les États Membres peuvent prendre pour renforcer leur système de santé afin de lutter contre la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants.

8. La prévalence de certains types de violence à l'égard des femmes et des filles est apparue plus clairement ces 20 dernières années grâce au volume plus abondant des données disponibles. Plus récemment, les données se sont également accumulées concernant la prévalence de la violence à l'égard des enfants. Elles restent lacunaires toutefois sur de nombreux aspects de différentes formes de violence ; les bases scientifiques sont fragmentaires et les programmes n'en sont qu'à leurs débuts. En outre, les politiques et programmes de lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles, d'une part, et à l'égard des enfants, de l'autre, ont été élaborés comme s'il s'agissait de domaines distincts. Au niveau du système de santé, la prise en charge des traumatismes, les soins de traumatologie et les services de santé mentale sont nécessaires aux victimes de toutes les formes de violence, mais les conséquences sexuelles et reproductives de la violence à l'égard des femmes et des filles appellent des interventions particulières. En raison du caractère caché de la violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, les soignants ont besoin d'une formation spécifique pour apprendre à la reconnaître. Les orientations du plan d'action varient par conséquent en fonction des différentes formes de violence.

9. Le plan d'action mondial est lié à plusieurs autres résolutions, plans d'action mondiaux et stratégies de l'Assemblée mondiale de la Santé, ainsi qu'à d'autres travaux de l'OMS (voir les appendices 2 à 5). Il s'inspire aussi des nombreux efforts consentis à travers le système des Nations Unies pour lutter contre la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, avec lesquels il entretient des liens (voir l'appendice 5). Citons le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement ainsi que la Déclaration et le

Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi ; l'ensemble des traités, conventions, résolutions et déclarations pertinents de l'Assemblée générale des Nations Unies et du Conseil des droits de l'homme et les conclusions concertées de la Commission de la condition de la femme pertinentes, entre autres (voir l'appendice 2). Il est également en harmonie avec plusieurs objectifs et cibles proposés dans le cadre des objectifs de développement durable et du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (voir l'appendice 6).

10. Le plan d'action mondial n'a pas pour ambition d'être un plan multisectoriel complet ou à l'échelle des Nations Unies. Il relève plutôt du mandat spécifique de l'OMS et envisage la composante « système de santé » d'une riposte multisectorielle, en tenant compte du rôle et du mandat des différentes organisations du système des Nations Unies pour coordonner et diriger des efforts multisectoriels à plus grande échelle contre la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants.

Adaptation du plan d'action mondial aux contextes régionaux et nationaux

11. Le plan d'action mondial doit être adapté aux niveaux régional et national, conformément aux engagements internationaux que les États Membres ont déjà pris, y compris les objectifs de développement durable, en tenant compte des spécificités régionales et conformément à la législation, aux capacités, aux priorités et aux circonstances nationales. Aucun plan d'action mondial unique ne saurait correspondre à l'ensemble des États Membres, car ils se situent à des stades différents au regard des progrès accomplis pour renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, et à des niveaux différents de développement socio-économique. Cependant, tous les États Membres peuvent tirer parti de l'approche globale présentée dans ce plan d'action mondial.

12. Si elles étaient mises en œuvre à l'échelle voulue, certaines approches à bases factuelles permettraient à l'ensemble des États Membres d'accomplir des progrès importants contre la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. La manière exacte d'appliquer les mesures de ce plan varie d'un pays à l'autre et dépend de plusieurs facteurs : la disponibilité des données et des connaissances ; l'ampleur des différentes formes de violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, et leur charge sanitaire ; les initiatives existantes contre les différents types de violence ; et la capacité et l'état de préparation du système de santé pour lutter contre ces violences.

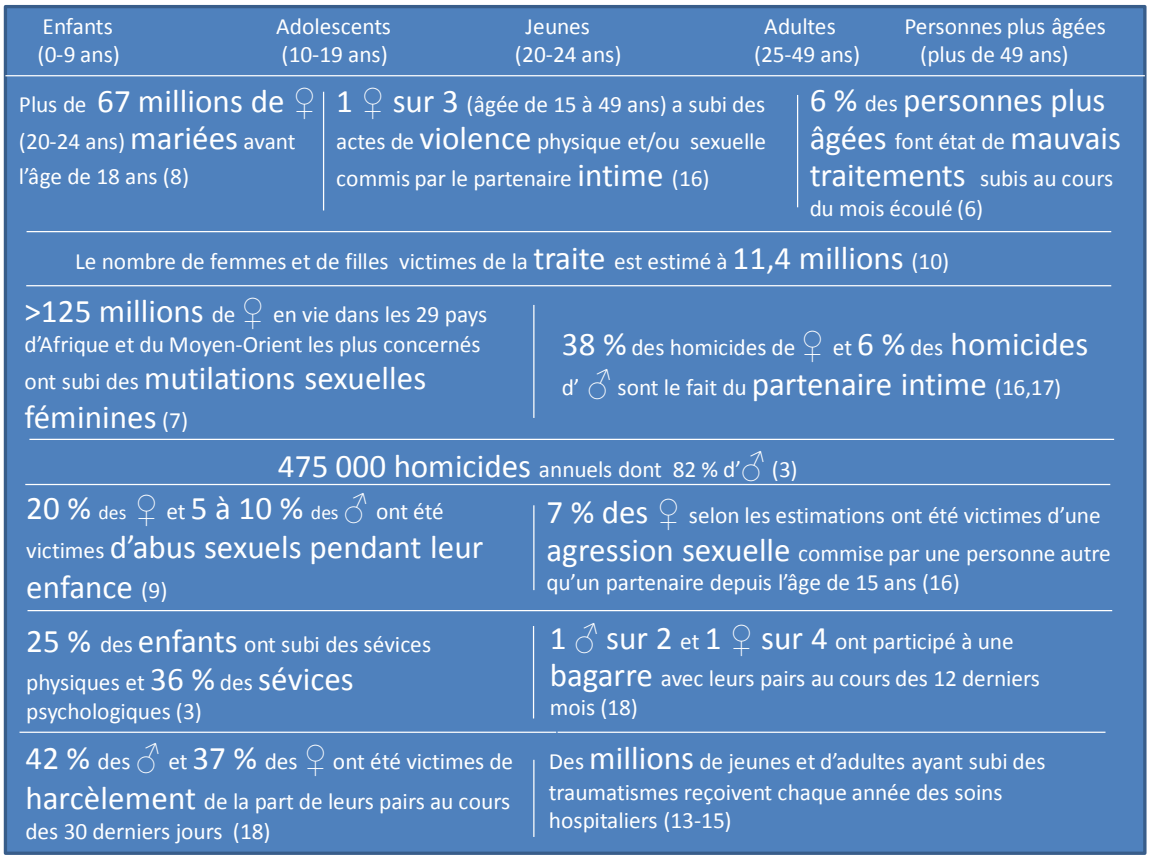
13. Les États Membres devront envisager de mettre en œuvre les mesures du plan de manière progressive en y affectant les ressources nécessaires.

Vue d'ensemble de la situation mondiale (voir aussi les appendices 7 et 8)

L'ampleur du problème

14. La *violence* affecte la vie de millions de personnes et, quand elle n'entraîne pas la mort, peut avoir des conséquences à long terme. Les décès ne représentent qu'une fraction de la charge sanitaire et sociale imputable à la violence interpersonnelle. Pour ce qui est des conséquences physiques, sexuelles et psychologiques de la violence qui ne sont pas fatales, ce sont les femmes, les enfants et les personnes âgées qui payent le plus lourd tribut (*3*). La Figure 1 résume les données concernant l'ampleur de certains types courants de violence interpersonnelle au cours de la vie.

Figure 1. L'ampleur du problème de la violence interpersonnelle tout au long de la vie, en particulier la violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants (*3,6-10,13-18*)



15. *Violence à l'égard des femmes.* Les femmes sont touchées par diverses formes de violence sexiste (c'est-à-dire fondées sur l'inégalité entre les sexes) à différents stades de leur vie. On peut en donner la liste non exhaustive suivante :[1]

- la violence exercée par le partenaire intime ou par des membres de la famille (*4*) ;
- la violence sexuelle (y compris le viol) exercée par d'autres que le partenaire (par exemple connaissances, amis, enseignants ou inconnus) ;
- la traite, notamment à des fins d'exploitation sexuelle et économique ;
- le fémicide, y compris lorsqu'il est commis par le partenaire intime (meurtre d'une femme commis par le partenaire ou par un ancien partenaire), crimes d'honneur ou meurtres liés à la dot, meurtres visant spécifiquement des femmes mais commis par un autre que leur partenaire, ou meurtres avec sévices sexuels (*5*) ;

[1] Voir en particulier l'article premier et l'article 2 de la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (Assemblée générale des Nations Unies, résolution 48/104 (1994)).

- le vitriolage ;

- le harcèlement sexuel à l'école, au travail et dans les lieux publics ainsi que, de plus en plus, le harcèlement sexuel en ligne par l'intermédiaire de l'Internet ou des réseaux sociaux.

16. La violence exercée par le partenaire intime et la violence sexuelle présentes dans tous les contextes sont également les formes les plus courantes de violence subie par les femmes dans le monde. Les femmes plus âgées n'y échappent pas et sont par ailleurs aussi victimes de formes spécifiques de maltraitance des personnes âgées. Les données sur la prévalence de celle-ci, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, restent cependant très fragmentaires (*6*).

17. *Violence à l'égard des filles*. Les filles, y compris les adolescentes, sont victimes de toutes les formes de maltraitance des enfants recensées aux points ci-dessous sur la violence à l'égard des enfants, ainsi que de formes spécifiques de violence sexiste et de pratiques préjudiciables liées à l'inégalité entre les sexes et à la discrimination sexiste. Il s'agit notamment :

- des mutilations sexuelles féminines, pratiquées pour la plupart dans 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient, mais également observées ailleurs, y compris dans les pays abritant des populations issues de la diaspora (*7*) ;

- des mariages d'enfants, mariages précoces et mariages forcés dont la prévalence est plus élevée et augmente même dans certaines régions (par exemple en Asie méridionale et centrale, et dans certaines parties de l'Afrique subsaharienne) (*8*) ;

- des risques plus élevés pour les filles que pour les garçons de subir des sévices sexuels ou d'être victimes de la traite (*9,10*) ;

- de la violence du partenaire intime, à laquelle les adolescentes, en particulier celles qui sont mariées ou ont des relations amoureuses, sont également davantage sujettes *(4)*.

18. *Violence à l'égard des enfants.* La violence à l'égard des enfants touche les garçons et les filles, y compris les adolescents, âgés de 0 à 18 ans et comprend :

- la maltraitance, perpétrée par des adultes en position de confiance et d'autorité, qui peut impliquer des sévices physiques (notamment des châtiments corporels) et sexuels (y compris l'inceste), une violence affective ou psychologique ou de la négligence ;

- les formes précoces de violence des jeunes [1] qui surviennent surtout entre eux pendant l'adolescence – harcèlement, bagarres, sévices sexuels et violence dans les relations/ fréquentations.

19. Les familles où les relations entre les parents, les aidants et les enfants sont sûres et harmonieuses constituent un environnement protecteur pour les enfants. Cependant, ceux-ci sont victimes de maltraitance dans certaines familles qu'il convient dès lors de soutenir et de consolider.

[1] Selon la définition de l'OMS, on entend par violence des jeunes des actes de violence entre enfants, adolescents et hommes jeunes âgés de 10 à 29 ans commis en dehors du foyer. Aux fins du plan d'action mondial, la violence des jeunes est traitée dans le cadre de la violence à l'égard des enfants et des adolescents jusqu'à 18 ans.

20. *Liens et recoupements entres différentes formes de violence interpersonnelle.* La maltraitance des enfants et la violence du partenaire intime peuvent affecter la même famille. Les mauvais traitements subis pendant l'enfance augmentent le risque ultérieur de violence du partenaire intime et de violence sexuelle à l'égard des femmes, et celui du harcèlement et des brutalités entre enfants et adolescents. Pour lutter contre la violence à l'égard des femmes et des enfants, il faut tenir compte des aspects communs aux différentes formes de violence. La maltraitance des enfants et la violence entre enfants et adolescents sont des précurseurs de certaines formes de violence chez les jeunes et d'autres formes de violence à un âge plus avancé.

21. *Vulnérabilité disproportionnée dans certains contextes.* La violence interpersonnelle à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants est exacerbée dans les situations d'urgence humanitaire et d'après-conflit ou lors des déplacements de populations.

22. *Vulnérabilité disproportionnée dans certains cadres institutionnels.* La violence est aussi exacerbée dans les cadres institutionnels comme les prisons, les centres de détention pour mineurs, les établissements psychiatriques, les établissements pour handicapés et les maisons de retraite. La violence à l'égard des femmes peut aussi toucher le système de santé, en particulier dans le contexte des services de santé sexuelle et reproductive (par exemple la maltraitance lors de l'accouchement ou la stérilisation forcée) (*11,12*). Les agents de santé peuvent eux aussi être victimes de la violence chez eux, dans leur communauté ou sur le lieu de travail.

23. *Vulnérabilité disproportionnée de certaines populations.* Le risque d'être exposé à différents types de violence ou de les subir est plus élevé pour certains groupes à cause de l'exclusion sociale, de la marginalisation, de la stigmatisation et de multiples formes de discrimination.

Conséquences pour la santé

24. Des millions de femmes, de filles, d'enfants et de jeunes exposés à la violence ou qui la subissent doivent faire face à toute une série de conséquences à court et à long terme (*13-15*). Il s'agit notamment, mais pas uniquement, de traumatismes physiques – qui nécessitent des soins hospitaliers d'urgence pour des millions de victimes dans le monde –, de problèmes de santé mentale comme la dépression, l'anxiété ou le stress post-traumatique, du suicide, de handicaps et d'un risque accru de maladie non transmissible – hypertension ou maladie cardiovasculaire notamment.

25. Les femmes et les filles exposées à la violence peuvent en outre être confrontées à des problèmes de santé sexuelle ou reproductive – grossesse non souhaitée, effets sanitaires indésirables pour la mère et le nouveau-né, infections sexuellement transmissibles, infection par le VIH et problèmes gynécologiques notamment. La violence exercée par le partenaire intime commence ou persiste souvent pendant la grossesse, pouvant provoquer une fausse couche, une mortinaissance un accouchement prématuré ou une insuffisance pondérale du nouveau-né (*16*).

26. L'exposition à la violence, en tant que victime ou témoin, en particulier pendant la petite enfance, a des effets très nocifs sur le développement du cerveau de l'enfant, ce qui peut entraîner des problèmes sociaux, émotionnels et comportementaux. Le risque est également plus important pour les victimes de violence, surtout les enfants, d'adopter des comportements néfastes pour la santé tels que le tabagisme, l'abus d'alcool et de substances psychoactives et les rapports sexuels non protégés, pendant toute la vie. Ils risquent également davantage ultérieurement d'être l'auteur ou la victime de violences interpersonnelles ou de s'infliger des violences. La violence affecte la productivité et entraîne des coûts humains et économiques substantiels pour les victimes, pour leur famille et pour la société en général (pour plus de précisions, voir l'appendice 7).

Facteurs et déterminants de risque et de protection

27. Aucun facteur ne peut expliquer à lui seul quel est le risque accru d'être victime des différentes formes de violence ou de les commettre, ni pourquoi la prévalence est plus forte dans certains pays ou communautés. Ce sont plutôt des facteurs de risque multiples qui sont associés aussi bien du point de vue des victimes que des auteurs aux niveaux individuel, relationnel, communautaire et sociétal. La violence à l'égard des femmes et des filles et la violence à l'égard des enfants font intervenir chacun de leur côté des facteurs de risque distincts qui doivent retenir une attention spécifique. Ces facteurs sont exposés de manière plus approfondie à l'appendice 8. Mais il existe aussi plusieurs facteurs ou déterminants communs à l'ensemble des formes de violence interpersonnelle, et notamment : l'inégalité entre les sexes, le chômage, les normes de masculinité préjudiciables, la pauvreté et les inégalités économiques, les taux élevés de criminalité dans la communauté, la disponibilité des armes à feu, l'accès facile à l'alcool et à la drogue, et l'application inadéquate des lois. En combattant ces facteurs et déterminants communs, on pourra renforcer les programmes indépendants contre chaque type de violence. Des synergies pourront être dégagées et des économies réalisées en associant la programmation selon qu'il conviendra.

Les progrès réalisés et les différences entre les pays

28. En termes de préparation et de capacités d'action du système de santé contre la violence, les pays sont arrivés à des stades différents dans la mise en œuvre des mesures contre la violence.

29. *Des lois contre certaines formes de violence ont été adoptées, mais leur application laisse à désirer.* La plupart des 133 pays ayant communiqué des données pour le *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde* (*3*) pour font état d'une législation en vigueur punissant certaines formes de violence, notamment à l'égard des femmes et des filles (violence domestique, viol) et à l'égard des enfants. Cependant, dans de nombreux pays, la législation reste insuffisante pour plusieurs formes de violence particulières. Rares sont ceux qui appliquent pleinement leurs lois contre ces formes et contre d'autres formes de violence (*3*).

30. *Les politiques et plans nationaux de lutte contre la violence ne bénéficient pas de ressources suffisantes.* Une majorité de pays indiquent s'être dotés d'un plan national multisectoriel contre la violence à l'égard des femmes et contre certaines formes de violence à l'égard des enfants (maltraitance) (*3*), mais le financement de la lutte contre la violence à l'égard des femmes n'est pas prévu au budget de la plupart d'entre eux (*20*).

31. *La coordination intersectorielle est insuffisante.* On observe des carences au niveau de la coordination intersectorielle contre les diverses formes de violence et au niveau de la coordination au sein du système de santé à travers les différents programmes et services. Dans de nombreux pays, les ministères de la santé sont très peu présents dans les dispositifs de coordination intersectorielle contre les divers types de violence (*3*).

32. *Peu de femmes et d'enfants victimes de la violence font appel aux services disponibles.* Les données montrent que dans la majorité des cas (55 %-95 %) les femmes survivant à un acte de violence n'en font pas état et ne s'adressent pas aux services médicaux, à la justice ou à la police (*4*). Dans les pays à revenu élevé, seule une faible proportion (0,3 %-10 %) des cas d'enfants maltraités sont signalés aux services de protection de l'enfance (*21,22*).

33. *La couverture et la qualité des services dont les survivants/victimes ont besoin sont limitées et irrégulières.* La moitié seulement des pays déclarent disposer de services de protection et de soutien destinés aux victimes d'actes de violence. Si l'existence de services médicaux et juridiques compétents en matière de violence sexuelle est signalée par les deux tiers des pays, ces services sont généralement concentrés dans une poignée de grands centres urbains et l'on observe des carences en matière de qualité et de possibilités d'accès pour les femmes et les filles (*3*). Les services disponibles, souvent fragmentaires, dispersés et dotés de moyens limités, ne sont pas intégrés au système de santé. Les femmes et les filles doivent s'adresser à différents organismes pour en bénéficier en ayant à supporter des frais considérables et une longue attente (*20*). Si la majorité des pays disent disposer de services de protection de l'enfance et de systèmes de détermination et d'orientation des cas de maltraitance, rares sont ceux qui suivent des protocoles spécifiques. De même, les services préhospitaliers et les services médicaux d'urgence appelés à soigner les traumatismes graves souvent liés à la violence chez les jeunes (par exemple blessures par balle, coups de couteau, coups et brûlures) sont peu développés dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire. Peu de pays (moins de la moitié) déclarent disposer de services de santé mentale pour les survivants/victimes (*3*).

34. *Les effectifs du personnel de santé formé et sensibilisé au problème de la violence sont limités.* Dans la plupart des pays, on manque de personnels de santé qualifiés dans le domaine de la violence (notamment d'infirmiers ou de médecins légistes spécialisés dans les agressions sexuelles) ou les dispensateurs de soins ne possèdent ni les compétences ni la formation nécessaires pour répondre de manière satisfaisante au problème de la violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants (*20,23*). Les enquêtes à travers le monde ont montré que la complaisance envers la violence à l'égard des femmes et des filles est largement répandue et que, dans ce domaine, les agents de santé partagent souvent les normes sociales, les valeurs et les attitudes prédominantes *(4,19)*. Des études ont révélé le manque de respect et les mauvais traitements dont sont victimes les femmes s'adressant aux services de santé reproductive (*11,12*). Les agents de santé ne respectent pas toujours l'autonomie, la sécurité et la confidentialité des survivants/victimes. La violence à l'égard des femmes et la violence à l'égard des enfants ne sont pas systématiquement intégrées dans les programmes de formation du personnel infirmier, du personnel médical ou d'autres professionnels de la santé (*20*).

35. *La couverture des programmes de prévention à grande échelle est limitée.* Peu de pays mettent en œuvre systématiquement des programmes à grande échelle visant à prévenir différents types de violence (*3*).

36. *La société civile joue un rôle essentiel.* L'élan politique mondial contre la violence à l'égard des femmes et des filles est le fruit de l'engagement énergique de la société civile, et notamment d'organisations de promotion de la condition féminine (*24*). Celles-ci sont souvent à l'origine de partenariats avec les ministères de la santé, les autorités sanitaires locales et le secteur social visant à fournir des services et à mettre en œuvre des programmes de prévention.

37. *La disponibilité des données et des informations est limitée.* Alors que près d'une centaine de pays disposent de données d'enquêtes dans la population sur la violence à l'égard des femmes exercée par le partenaire intime, ils sont moins nombreux à en posséder sur la violence sexuelle ou d'autres formes de violence à l'égard des femmes et des filles ou sur les actes de violence de ce type commis par les hommes. Les données sont particulièrement lacunaires concernant les situations de crise humanitaire ou la violence à l'égard des femmes plus âgées (*16*) et des groupes vulnérables *(24)*. De même, peu de pays font état de données sur la maltraitance ou d'autres formes de violence à l'égard des enfants, même si la tendance commence à s'améliorer à cet égard. Les interventions prometteuses doivent aussi être éprouvées avec plus de rigueur par le suivi et l'évaluation (*3*).

Procédure d'élaboration et feuille de route

38. Le présent projet de plan d'action mondial intègre les propositions issues des consultations avec des États Membres dans les six Régions de l'OMS, des organisations de la société civile, des entités du système des Nations Unies et d'autres partenaires internationaux, et de deux autres consultations mondiales organisées avec les États Membres en juin et novembre 2015 (pour plus de précisions sur la procédure suivie, voir l'appendice 9). La version définitive du projet de plan d'action mondial sera soumise à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2016.

39. Le plan d'action est organisé de la manière suivante :

- La section 1 introduit le plan et en présente la portée.

- La section 2 présente la vision, le but, les objectifs, les orientations stratégiques et les principes directeurs.

- La section 3 indique les mesures à prendre par les États Membres, les partenaires nationaux et internationaux et l'OMS. Elle se subdivise en trois sous-sections :

  - La section 3.A concerne la violence à l'égard des femmes et des filles. Les formes spécifiques de violence qui sont particulières aux filles ou les affectent de manière disproportionnée sont traitées dans cette section, alors que les formes qui touchent à la fois les garçons et les filles relèvent de la section B.

  - La section 3.B concerne la violence à l'égard des enfants. Elle comprend la maltraitance des enfants et la violence entre adolescents des deux sexes, qui sont des précurseurs de certaines formes de violence ultérieures.

  - La section 3.C concerne toutes les formes de violence interpersonnelle et présente les mesures qui sont communes face aux formes de violence visées dans les sections 3.A et 3.B ainsi qu'aux autres formes de violence interpersonnelle tout au long de la vie, telles que la violence des jeunes et la maltraitance des personnes âgées. Cette section complète et renforce les sections 3.A et 3.B.

- La section 4 présente le cadre de suivi et de responsabilisation y compris les dispositifs de notification et les suggestions concernant les indicateurs et les cibles au niveau mondial.

- Les appendices contiennent un glossaire des expressions employées, des liens vers les résolutions et les documents consensuels pertinents, et des précisions sur l'action du Secrétariat.

SECTION 2. VISION, BUT, OBJECTIFS, ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET PRINCIPES DIRECTEURS

La présente section articule la vision, le but, les objectifs, les orientations stratégiques et les principes directeurs du plan d'action mondial dans le contexte du rôle que joue le système de santé dans une riposte nationale multisectorielle. Elle précise aussi le rôle joué par les différentes parties prenantes dans la mise en œuvre du plan d'action.

Encadré 1. Le rôle du système de santé dans le cadre d'une riposte multisectorielle

Le système de santé peut jouer un rôle tant pour prévenir toutes les formes de violence interpersonnelle que pour les combattre, s'agissant en particulier de la violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, qui reste cachée. Le rôle du système de santé consiste à :

- plaider en faveur d'une perspective de santé publique ;
- repérer les victimes d'actes de violence et leur fournir des services de santé complets, à tous les niveaux (à savoir, ceux des soins de santé primaires et des services d'orientation) ;
- élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes de prévention de la violence dans le cadre de ses activités de prévention et de promotion de la santé au niveau de la population ;
- définir l'ampleur du problème, ses causes, et ses conséquences sanitaires et autres, ainsi que les interventions efficaces.

Le système de santé n'est cependant pas en mesure d'assurer à lui seul une prévention et une riposte adéquates face la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. Beaucoup de facteurs de risque et de déterminants de la violence se situent en dehors du système de santé et appellent une riposte globale, intégrée et coordonnée mobilisant différents secteurs, disciplines professionnelles et institutions gouvernementales, privées et non gouvernementales. Conformément à l'approche de « la santé dans toutes les politiques » (*25*), les gouvernements doivent permettre au système de santé de collaborer et de coordonner son action avec d'autres secteurs, notamment la police et la justice, les services sociaux, l'éducation, le logement, la protection de l'enfance, l'emploi et les dispositifs relatifs à l'égalité des sexes ou à l'autonomisation des femmes. Dans le cadre d'un effort de prévention multisectoriel complet, le système de santé peut :

- plaider en compagnie d'autres secteurs en faveur d'une réduction des facteurs de risque et des déterminants de la violence ;
- faciliter l'accès des survivants/victimes de la violence à des services multisectoriels notamment au moyen de dispositifs d'orientation solides ;
- contribuer à l'élaboration de politiques et de programmes multisectoriels de prévention de la violence ;
- appuyer la mise à l'épreuve et l'évaluation des interventions dans d'autres secteurs.

Vision

1. Un monde où personne ne subit aucune forme de violence et de discrimination, où la santé et le bien-être de chacun sont protégés et favorisés, où les droits humains et les libertés fondamentales sont pleinement respectés et où l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles sont la norme.

But

2. Renforcer le rôle du système de santé dans toutes les situations, dans le cadre d'une riposte multisectorielle nationale, en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des programmes et de fournir des services qui protègent et favorisent la santé et le bien-être de chacun, en particulier des femmes, des filles et des enfants qui subissent la violence interpersonnelle ou sont exposés à la violence ou au risque de violence.

Objectifs

3. Les objectifs sont les suivants :

- agir face aux effets sanitaires et autres de la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, en fournissant des services de santé et une programmation complets et de qualité et en facilitant l'accès à des services multisectoriels ;

- prévenir la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants.

Orientations stratégiques

4. Pour atteindre les objectifs, quatre orientations stratégiques sont proposées couvrant à la fois le mandat du système de santé et l'approche de santé publique à adopter face à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, à savoir :

Renforcer le leadership et la gouvernance du système de santé

- Cette orientation stratégique couvre les mesures liées : aux activités de plaidoyer du système de santé et de l'ensemble des secteurs ; à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques ; au financement, notamment aux allocations budgétaires ; à la réglementation ; à la surveillance et à la responsabilisation concernant la mise en œuvre des programmes et des politiques ; et au renforcement de la coordination des efforts avec les autres secteurs.

Renforcer la fourniture des services de santé et la capacité de riposte des agents de santé/soignants

- Cette orientation stratégique couvre les mesures liées : à l'amélioration de l'infrastructure des services, de l'orientation, de l'accessibilité, de l'accessibilité économique, de l'acceptabilité, de la disponibilité et de la qualité des soins ; à l'intégration des services ; à l'accès à des produits médicaux et vaccins efficaces et abordables ; et à la formation et à l'encadrement du personnel de santé.

Renforcer la programmation pour prévenir la violence interpersonnelle

- Cette orientation stratégique couvre les mesures de prévention de la violence que le système de santé peut directement mettre en œuvre – notamment en recensant les personnes à risque et en menant des activités de promotion de la santé – et les mesures auxquelles il peut contribuer par des interventions multisectorielles (voir l'encadré 1).

Améliorer les informations et les bases factuelles

- Cette orientation stratégique comprend les mesures liées : à la recherche épidémiologique et concernant les sciences sociales et les interventions ; à une surveillance améliorée, y compris grâce à des systèmes d'information sanitaire ; et au suivi et à l'évaluation des programmes.

Principes directeurs

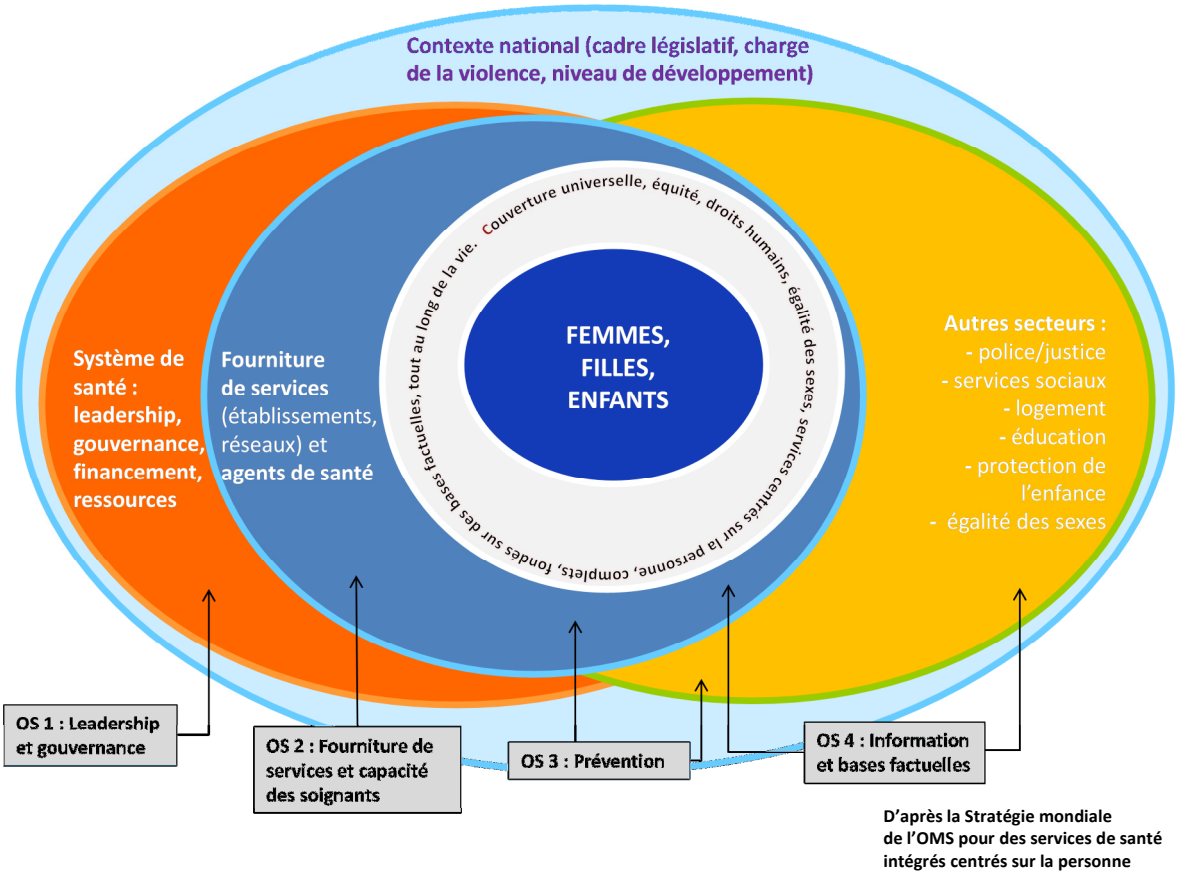
5. Le plan d'action repose sur les 10 principes directeurs présentés ci-dessous au Tableau 1.

Tableau 1. Résumé des principes directeurs guidant la mise en œuvre du plan

	Principes directeurs	
1	Prise en compte de toutes les étapes de la vie	Agir sur les facteurs de risque et les déterminants de la violence et répondre aux besoins sanitaires et sociaux des survivants/victimes au début de la vie, en vouant une attention particulière aux enfants, ainsi qu'aux besoins des adolescents, des adultes et des personnes âgées.
2	Approche reposant sur des données factuelles	Rester au courant des meilleures données scientifiques disponibles tout en adaptant les interventions à chaque contexte.
3	Droits humains	Respecter et protéger les droits humains, et en assurer la pleine jouissance, notamment ceux des femmes, des filles et des enfants, conformément aux normes et aux règles internationales en la matière, y compris le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.
4	Égalité entre les sexes	Plaider pour une action contre l'inégalité entre les sexes et la discrimination sexiste qui sont des déterminants sous-jacents de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles : a) en remettant en cause les rapports de force inégaux entre hommes et femmes et les normes socioculturelles de domination de l'homme et de soumission de la femme ; et b) en renforçant la participation des hommes et des garçons aux efforts de prévention de la violence et d'autonomisation des femmes et des filles.
5	Approche écologique	Agir sur les facteurs de risque et les déterminants présents à plusieurs niveaux du cadre écologique (niveaux individuel, relationnel, communautaire et sociétal).
6	Couverture sanitaire universelle	Veiller à ce que toutes les populations et toutes les communautés bénéficient des services de qualité dont elles ont besoin et soient protégées contre les menaces sanitaires, sans connaître de difficultés financières.
7	Équité en santé	En plus de la couverture sanitaire universelle, rester particulièrement attentif aux besoins des groupes marginalisés qui subissent de multiples formes de discrimination, sont plus vulnérables face à la violence et sont confrontés à des obstacles pour accéder aux services.
8	Soins centrés sur la personne	Offrir des soins et des services axés sur les victimes et les survivants en respectant leur droit de prendre des décisions libres et en pleine connaissance de cause concernant les soins à recevoir ; en respectant leur dignité en affirmant leur valeur en tant qu'êtres humains et en évitant tout blâme, toute discrimination et toute stigmatisation liés à la violence subie ; en favorisant leur autonomisation au moyen d'informations et de conseils pour leur permettre de prendre des décisions en connaissance de cause ; en améliorant leur sécurité en veillant au respect de l'intimité et de la confidentialité lors des soins.
9	Participation communautaire	Être à l'écoute des besoins communautaires et, en particulier, encourager les femmes et les adolescents à faire entendre leur voix ; soutenir et assurer leur pleine participation sur un pied d'égalité ; se servir d'approches participatives pour renforcer l'engagement communautaire ; former des partenariats avec des organisations de la société civile, en particulier les organisations de femmes et de jeunes ; et renforcer les capacités de définir des solutions durables.
10	Riposte multisectorielle complète	Établir et renforcer les partenariats et la coordination entre le secteur de la santé et les autres secteurs, et entre le secteur public et le secteur privé (services à but non lucratif et à but lucratif), la société civile, les associations professionnelles et d'autres groupes concernés, selon la situation du pays.

6. La Figure 2 précise la place du système de santé dans la plus large riposte multisectorielle contre la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes, des filles et des enfants (*26*). Elle indique les principes directeurs et précise comment les quatre orientations stratégiques correspondent au système de santé et à la riposte multisectorielle. Les mesures liées au leadership et à la gouvernance du système de santé (orientation stratégique 1) et à la fourniture des services de santé et à la capacité du personnel (orientation stratégique 2) sont des mesures essentielles du système de santé qui supposent des liens avec d'autres secteurs (par exemple police, justice, services sociaux, protection de l'enfance, éducation, égalité des sexes). La prévention (orientation stratégique 3) nécessite des mesures multisectorielles avec un soutien important du système de santé. Enfin, la production d'informations et de données factuelles par la recherche, la surveillance et l'évaluation (orientation stratégique 4) nécessite elle aussi des mesures multisectorielles auxquelles le système de santé apporte une contribution majeure, en jouant souvent un rôle de chef de file.

Figure 2. Le rôle du système de santé dans le cadre d'une riposte multisectorielle au regard des orientations stratégiques du plan d'action (*26*)



Calendrier d'application

7. Un calendrier d'application pour les 15 prochaines années, jusqu'en 2030, est fixé pour le plan d'action mondial, reflétant le calendrier de mise en œuvre des objectifs de développement durable (ODD). Dans bien des pays, l'approche de santé publique face à la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, commence à être comprise et appliquée. Les ministères de la santé se mettent à jouer un rôle plus important dans la fourniture de services aux survivants/victimes et la promotion de la prévention. Le renforcement du rôle, de l'engagement et des capacités du système de santé face à la violence, dans le cadre d'une riposte multisectorielle nationale, est un processus à long terme, car la prévention et la riposte supposent une transformation de la société.

Le rôle des États Membres et des partenaires nationaux et internationaux

8. Les mesures présentées dans la section qui suit (section 3) sont destinées avant tout aux États Membres, en particulier aux autorités aux niveaux national et infranational.[1] Les ministères de la santé, en collaboration étroite avec les autres ministères concernés, devront assumer le rôle de chef de file de l'application opérationnelle. La mise en œuvre du plan appellera un engagement politique au plus haut niveau de l'État.

9. Les partenaires nationaux et internationaux sont censés jouer un rôle clé dans la mise en œuvre de ce plan par les États Membres, en tant que parties prenantes, en partenariat avec les services et programmes de santé du secteur public ou à leurs côtés. Les parties prenantes sont notamment : les services du secteur privé (à but lucratif ou non lucratif) ; la société civile (organisations de femmes, organisations de jeunes, organisations communautaires et confessionnelles, organisations non gouvernementales internationales, etc.) ; les parlementaires ; les associations médico-sanitaires professionnelles ; les organismes du système des Nations Unies et les organisations multilatérales ; les organismes bilatéraux ; et les établissements universitaires et les institutions de recherche. Il faut également ajouter à cette liste les institutions internationales et nationales et organismes qui participent aux interventions humanitaires.

10. Les rôles des États Membres et des partenaires nationaux et internationaux se chevauchent souvent avec de multiples mesures couvrant : le leadership et la gouvernance ; la fourniture des services de santé et le renforcement de la capacité du personnel de santé ; la prévention ; et la production d'informations et de bases factuelles. Par exemple, dans bien des pays, le système de santé comprend un secteur privé important qui met en œuvre des programmes de prévention et offre des services de santé. De même, les associations médico-sanitaires professionnelles peuvent être indispensables au renforcement des capacités, à la sensibilisation et à l'élaboration de politiques. Les organisations de la société civile sont des partenaires essentiels pour les activités de plaidoyer, la sensibilisation, la mobilisation des communautés, l'appui aux autorités pour l'élaboration de politiques, le renforcement des capacités et la fourniture de services. Plusieurs organismes du système des Nations Unies participent à la fixation de normes et de règles et appuient la mise en œuvre de programmes et d'initiatives en rapport avec le plan d'action mondial (voir l'appendice 6). Les rôles et les responsabilités des différents partenaires et la division du travail entre eux doivent être évalués et précisés pour la mise en œuvre du plan au niveau national.

[1] Dans de nombreux pays dotés d'un système fédéral ou décentralisé, les régions ou les États constitutifs sont chargés de la conception et de l'application des lois, politiques, programmes et services liés à la santé et au système de santé qui sont destinés à combattre la violence interpersonnelle.

Le rôle du Secrétariat de l'OMS

11. Le Secrétariat de l'OMS s'occupe depuis 20 ans de la prévention de la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des enfants, et de la riposte contre cette violence. En cherchant à se prévaloir des progrès réalisés contre différentes formes de violence, et conformément au mandat de l'OMS, le Secrétariat continuera à produire des données, à élaborer des lignes directrices et d'autres outils normatifs et à plaider en faveur de la mise en œuvre du plan d'action mondial. Il continuera aussi à collaborer avec les États Membres afin de sensibiliser à la prévention de la violence interpersonnelle et aux mesures pour combattre ce phénomène, s'agissant en particulier de la violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, et pour les aider à mettre en œuvre les outils et lignes directrices de l'OMS afin de renforcer leurs politiques et programmes (pour une description des efforts, outils et lignes directrices de l'OMS contre la violence, voir les appendices 4 et 5). Le Secrétariat est associé à plusieurs initiatives et partenariats sur la violence du système des Nations Unies et d'autres organisations qui sont concernés par le plan (voir l'appendice 6).

SECTION 3. MESURES À L'INTENTION DES ÉTATS MEMBRES, DES PARTENAIRES NATIONAUX ET INTERNATIONAUX ET DU SECRÉTARIAT DE L'OMS

Cette section décrit les mesures générales reposant sur des données factuelles que peuvent prendre les États Membres, les partenaires nationaux et internationaux et le Secrétariat de l'OMS concernant la violence à l'égard des femmes et des filles (section 3.A) et la violence à l'égard des enfants (section 3.B), ainsi que les mesures ciblant toutes les formes de violence interpersonnelle (section 3.C).

3.A. Violence à l'égard des femmes et des filles

Cette section couvre les mesures du système de santé visant à faire face à la violence sexiste à l'égard des femmes et des filles, ainsi qu'à la prévenir. Elles concernent notamment :

- *la création d'un environnement juridique et sanitaire favorisant l'égalité des sexes, les droits humains et l'autonomisation des femmes et des filles ;*
- *la fourniture de services de soins de santé complets et de qualité, en particulier de santé sexuelle et reproductive ;*
- *des programmes de prévention reposant sur des bases factuelles visant à promouvoir des normes et des relations entre les sexes fondées sur l'égalité et la non-violence ;*
- *l'amélioration des bases factuelles par la collecte de données sur les multiples formes de violence à l'égard des femmes et des filles et sur les pratiques préjudiciables qui souvent ne ressortent pas des statistiques habituelles sur la surveillance, la santé et la criminalité.*

Toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles doivent être traitées. Les États Membres doivent cibler en priorité les formes qui les concernent le plus directement, en se fondant sur les données factuelles concernant la prévalence et la charge. Le plan privilégie les mesures contre la violence exercée par le partenaire intime et la violence sexuelle, qui sont les formes de violence communes à tous les contextes et dont sont le plus victimes les femmes dans le monde entier. Les formes spécifiques de violence et de pratiques préjudiciables qui touchent de manière disproportionnée les filles en raison de l'inégalité entre les sexes (par exemple la violence sexuelle) ou qui touchent exclusivement les filles, et qui figurent en bonne place dans le programme mondial pour la santé et le développement (mariage d'enfants, mariage précoce, mariage forcé et mutilations sexuelles féminines) sont également considérées comme prioritaires et traitées dans cette section, alors que les formes de violence qui touchent aussi les garçons sont traitées dans la section 3.B sur la violence à l'égard des enfants.

Orientation stratégique 1 : Renforcer le leadership et la gouvernance du système de santé		
États Membres	**Partenariats nationaux et internationaux**	**Secrétariat de l'OMS**
1. Renforcer la volonté politique en s'engageant publiquement à remettre en cause et à combattre l'acceptabilité de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles tout au long de la vie, à militer pour éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles et à mettre fin à toutes les pratiques préjudiciables à leur égard (y compris les mutilations sexuelles féminines et leur médicalisation, les mariages d'enfants, les mariages précoces et les mariages forcés), ainsi qu'à promouvoir l'égalité des sexes. 2. Allouer un budget/des ressources appropriés à la prévention et à la riposte concernant la violence à l'égard des	1. Renforcer la volonté politique en s'engageant publiquement à remettre en cause et à combattre l'acceptabilité de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles tout au long de la vie, à militer pour éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles et à mettre fin à toutes les pratiques préjudiciables à leur égard (y compris les mutilations sexuelles féminines et leur médicalisation, les mariages d'enfants, les mariages précoces et les mariages forcés), ainsi qu'à promouvoir l'égalité des sexes. 2. Plaider pour l'adoption et la réforme des lois,	1. Renforcer le leadership de l'OMS, la volonté politique, l'allocation de ressources et l'intégration de la riposte à la violence à l'égard des femmes et des filles dans les programmes de santé mondiaux concernés (santé de la mère et de l'enfant, santé sexuelle et reproductive, santé de l'adolescent, lutte contre les maladies non transmissibles, vieillissement, santé mentale, action humanitaire) et dans la couverture sanitaire universelle. 2. Améliorer la sensibilisation à la violence à l'égard des femmes et des filles et la compréhension

femmes et des filles, et intégrer les services de prise en charge de la violence à l'égard des femmes et des filles à la couverture sanitaire universelle.

3. Plaider pour l'adoption et la réforme des lois, des politiques et de la réglementation, pour leur alignement sur les normes internationales en matière de droits humains et leur application, de façon notamment : à ériger en délit la violence à l'égard des femmes et des filles ; à mettre fin à toutes les pratiques préjudiciables et formes de discrimination à leur égard ; à promouvoir et à protéger leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, conformément au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et à la Déclaration et au Programme d'action de Beijing ainsi qu'aux documents finals des conférences d'examen qui ont suivi ; et à promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, y compris en matière d'héritage et de droit de la famille.

4. Créer une unité ou désigner un point focal dans les ministères de la santé, à tous les niveaux administratifs, pour lutter contre la violence à l'égard des femmes et des filles, afin de renforcer la contribution du système de santé à une riposte multisectorielle.

5. Veiller à ce que la riposte à la violence à l'égard des femmes et des filles et aux pratiques préjudiciables figure clairement dans les politiques, la réglementation, les plans, les programmes et les budgets relatifs à la santé[1] (*27,28*), en particulier en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive, le VIH, la santé de la mère et de l'enfant, la santé de l'adolescent, la santé mentale, le vieillissement en bonne santé et la préparation et les mesures sanitaires face aux crises humanitaires. Les organisations de femmes et les survivants doivent être associés à la planification, à l'élaboration des politiques, à la mise en œuvre, au suivi et à la responsabilisation, leur leadership doit être encouragé et des politiques et de la réglementation, pour leur alignement sur les normes internationales en matière de droits humains et leur application, de façon notamment : à ériger en délit la violence à l'égard des femmes et des filles ; à mettre fin à toutes les pratiques préjudiciables et formes de discrimination à leur égard ; à promouvoir et à protéger leurs droits en matière de santé sexuelle et de santé reproductive ; et à promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, y compris en matière d'héritage et de droit de la famille.

du phénomène par une action de plaidoyer reposant sur des bases factuelles auprès des responsables de l'élaboration des politiques de haut niveau concernant ses caractéristiques, ses conséquences sanitaires et autres, les facteurs de risque, les causes et la nécessité d'intégrer le problème aux politiques, plans et programmes de santé, ainsi qu'aux mesures sanitaires face aux crises humanitaires, notamment au sein du groupe de responsabilité sectorielle santé.

3. Préconiser, auprès des ministères de la santé et des autres parties prenantes du système de santé, un renforcement des ressources humaines et financières affectées aux programmes et services de lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles et l'intégration de ces derniers à la couverture sanitaire universelle.

4. Fournir un soutien technique et améliorer la capacité d'intégrer les interventions contre la violence à l'égard des femmes et des filles dans tous les programmes, plans et politiques de santé pertinents, tels que ceux concernant la santé de la mère et de l'enfant, la santé sexuelle et reproductive, le VIH, la santé mentale et l'action d'urgence.

5. Mettre au point des outils pour aider les responsables de l'élaboration des politiques et les gestionnaires à concevoir et gérer des programmes et services de lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles, et en favoriser la diffusion.

6. Appuyer et faciliter les efforts visant à coordonner la riposte du système de santé dans le système des Nations Unies aux niveaux mondial et national, y compris en participant aux initiatives communes des Nations Unies contre la violence à l'égard des femmes et des filles (voir l'appendice 6).

[1] Conformément aux engagements figurant dans la Déclaration d'Abuja et dans le Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement, notamment pour le suivi des allocations concernant l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.

soutenu et il faudra être particulièrement attentif aux besoins des femmes et des filles tout au long de la vie, notamment pour celles qui sont confrontées à des formes multiples de discrimination et de marginalisation. 6. Renforcer la coordination entre le système de santé et les autres secteurs (notamment ceux de la police et de la justice ; du logement et des services sociaux ; de la condition de la femme et de la protection de l'enfance) pour assurer une riposte multisectorielle solide à la riposte à la violence à l'égard des femmes et des filles. 7. Renforcer la responsabilisation du système de santé pour la prévention et la riposte en matière de violence à l'égard des femmes et des filles, en : • fournissant des services et des programmes de qualité et en mettant en place des mécanismes de surveillance ; • agissant contre la maltraitance des femmes et des filles par le personnel de santé, en particulier dans les services de santé sexuelle et reproductive, moyennant la mise en place de codes de conduite pour le personnel de santé, de mécanismes de signalement confidentiels et de procédures de plainte ; • prévenant et combattant la violence à l'égard du personnel de santé sur le lieu de travail, moyennant notamment la mise en place de politiques.		

Orientation stratégique 2 : Renforcer la fourniture des services de santé et la capacité de riposte à la violence des agents de santé/soignants		
États Membres	**Partenaires nationaux et internationaux**	**Secrétariat de l'OMS**
8. Élaborer ou mettre à jour des directives, protocoles et/ou modes opératoires normalisés pour repérer les survivantes de la violence, leur prodiguer des soins cliniques, leur fournir un soutien et les orienter vers des services spécialisés, sur la base des lignes directrices et des outils de l'OMS (*29-33*). 9. Dispenser des services de soins complets à toutes les femmes et les filles victimes de la violence, y compris dans les	3. Dispenser des services de soins complets à toutes les femmes et les filles victimes de la violence, y compris dans les situations de crise humanitaire, et notamment les suivants : soutien en première ligne ; soins pour traumatismes ; services de santé sexuelle, reproductive et mentale ; prise en charge des cas de viol, contraception d'urgence	7. Fournir une coopération technique aux ministères de la santé et aux autres partenaires pour l'élaboration ou la mise à jour de directives/protocoles/modes opératoires normalisés de lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles, en suivant ou en adaptant les lignes directrices et outils de l'OMS (*29-33*).

situations de crise humanitaire, et notamment les suivants : soutien en première ligne ; soins pour traumatismes ; services de santé sexuelle, reproductive et mentale ; prise en charge des cas de viol, contraception d'urgence comprise ; avortement médicalisé conformément à la législation nationale ; prophylaxie contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH et vaccination contre l'hépatite B (*29-31*) ; prise en charge des complications consécutives aux mutilations sexuelles féminines ; et sensibilisation de la communauté à la nécessité de disposer de services, notamment après un viol, et de pouvoir y accéder rapidement.	comprise ; avortement médicalisé conformément à la législation nationale ; prophylaxie contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH et vaccination contre l'hépatite B (*29-31*) ; prise en charge des complications consécutives aux mutilations sexuelles féminines ; et sensibilisation de la communauté à la nécessité de disposer de services, notamment après un viol, et de pouvoir y accéder rapidement.	
10. Améliorer l'accès à des services de soins de qualité en intégrant le repérage des femmes victimes de violence exercée par le partenaire intime, y compris pendant la grossesse, ou de violence sexuelle, ainsi que les soins à leur intention dans les programmes et services existants dans les domaines suivants : santé sexuelle et reproductive ; VIH ; santé de la mère et de l'enfant ; santé de l'adolescent ; santé mentale ; contrôles de routine et services de santé pour personnes âgées ; et mesures sanitaires face aux crises humanitaires. Faciliter l'accès aux services multisectoriels (police, justice, logement, services sociaux, protection de l'enfance, moyens de subsistance et emploi, etc.) y compris moyennant des services médico-légaux, en s'inspirant des lignes directrices et outils de l'OMS (*29,33*). Veiller à ce que les services de santé soient adaptés aux besoins, accessibles et d'un coût abordable pour tous, en particulier les personnes victimes de multiples formes de discrimination.	4. Améliorer l'accès à des services de soins de qualité en intégrant le repérage des femmes victimes de violence exercée par le partenaire intime, y compris pendant la grossesse, ou de violence sexuelle, ainsi que les soins à leur intention dans les programmes et services existants dans les domaines suivants : santé sexuelle et reproductive ; VIH ; santé de la mère et de l'enfant ; santé de l'adolescent ; santé mentale ; contrôles de routine et services de santé pour personnes âgées ; et mesures sanitaires face aux crises humanitaires. Faciliter l'accès aux services multisectoriels (police, justice, logement, services sociaux, protection de l'enfance, moyens de subsistance et emploi, etc.) y compris moyennant des services médico-légaux, en s'inspirant des lignes directrices et outils de l'OMS (*29,33*). Veiller à ce que les services de santé soient adaptés aux besoins, accessibles et d'un coût abordable pour tous, en particulier les personnes victimes de multiples formes de discrimination.	
11. Améliorer la responsabilisation à l'égard des services et la qualité des soins en éliminant la discrimination et la violence là où les soins sont dispensés ; en encourageant les soins centrés sur les femmes ; en dispensant des services qui tiennent compte des différences entre les sexes et assurent le respect et la promotion des droits humains des femmes ; et en combattant la maltraitance des femmes et des filles par le personnel de santé, notamment dans les services de santé sexuelle et reproductive.		8. Élaborer ou mettre à jour et diffuser des lignes directrices et outils reposant sur des bases factuelles, notamment contre la violence sexuelle, y compris lors des conflits, et sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. 9. Inclure les services de santé contre la violence à l'égard des femmes et des filles dans la couverture sanitaire universelle en matière de santé sexuelle et reproductive, de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent et de santé mentale, y compris dans les situations de crise humanitaire. 10. Mettre au point des outils pour suivre et évaluer la qualité des services de santé contre la violence à l'égard des femmes et des filles, et en soutenir l'utilisation. 11. Mettre au point et diffuser un programme type pour la formation initiale et continue des agents de santé/soignants concernant la violence à l'égard des femmes et des filles. 12. Repérer des experts qui pourront aider les États Membres à mettre au point et à assurer la formation des agents de santé/soignants concernant la violence à l'égard des femmes et des filles.

12. Intégrer le repérage des cas de violence à l'égard des femmes et des filles et des pratiques préjudiciables ainsi que les mesures nécessaires dans ce domaine aux programmes de formation initiale et continue des agents de santé/soignants (médecins, personnel infirmier, sages-femmes), y compris du personnel humanitaire, sur la base des lignes directrices et des outils de l'OMS (*29-33*).	5. Améliorer la responsabilisation à l'égard des services et la qualité des soins en éliminant la discrimination et la violence là où les soins sont dispensés ; en encourageant les soins centrés sur les femmes ; en dispensant des services qui tiennent compte des différences entre les sexes et assurent le respect et la promotion des droits humains des femmes ; et en combattant la maltraitance des femmes et des filles par le personnel de santé, notamment dans les services de santé sexuelle et reproductive.	

Orientation stratégique 3 : Renforcer la programmation pour prévenir la violence interpersonnelle		
États Membres	**Partenaires nationaux et internationaux**	**Secrétariat de l'OMS**
13. Élaborer, éprouver et mettre en œuvre/renforcer des programmes visant à prévenir et réduire la violence à l'égard des femmes et des filles pouvant être appliqués par le système de santé. • Appuyer les programmes contre la violence exercée par le partenaire intime afin de répondre aux besoins des enfants qui y sont exposés, en renforçant les liens avec les programmes de santé pour l'enfant et l'adolescent. • Agir sur les facteurs de risque associés à la violence exercée par le partenaire intime, comme l'abus d'alcool et de substances psychoactives et la dépression maternelle. • Intégrer l'éducation/les messages en faveur de normes sur les relations entre les sexes fondées sur l'égalité et la non-violence et de rapports sexuels consentis reposant sur le respect mutuel dans les campagnes de communication pour le changement des comportements et dans les activités de promotion de la santé menées par les agents de santé communautaires.	6. Élaborer, éprouver et mettre en œuvre/ renforcer des programmes visant à prévenir et réduire la violence à l'égard des femmes et des filles pouvant être appliqués par le système de santé, y compris : • appuyer les programmes contre la violence exercée par le partenaire intime afin de répondre aux besoins des enfants qui y sont exposés, en renforçant les liens avec les programmes de santé pour l'enfant et l'adolescent ; • agir sur les facteurs de risque associés à la violence exercée par le partenaire intime, comme l'abus d'alcool et de substances psychoactives et la dépression maternelle; et • intégrer l'éducation/les messages en faveur de normes sur les relations entre les sexes fondées sur l'égalité et la non-violence et de rapports sexuels consentis reposant sur le respect mutuel dans les campagnes de communication pour le changement des comportements et dans les	13. Élaborer ou définir, évaluer et diffuser des interventions préventives reposant sur des bases factuelles contre la violence à l'égard des femmes et des filles, notamment les interventions en faveur de normes fondées sur l'égalité entre les sexes et remettant en cause les pratiques préjudiciables et celles qui peuvent être appliquées par le système de santé à travers des programmes et services concernant la santé de la mère, la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale, le VIH et la santé de l'adolescent. 14. Élaborer des recommandations sur la manière de fournir un appui aux enfants des femmes reconnues comme victimes de violence du partenaire intime. 15. Appuyer les efforts des États Membres et collaborer avec les organismes des Nations Unies et les autres partenaires afin d'élaborer des interventions ciblant les facteurs de risque et les déterminants de la violence à l'égard des femmes et des filles, en particulier celles destinées à promouvoir l'égalité entre les sexes et à agir sur les normes relatives aux relations entre les sexes, et renforcer celles existantes.

14. Fournir un soutien ou collaborer concernant l'élaboration, la mise à l'épreuve et l'application de programmes de prévention de la violence à l'égard des femmes et des filles remettant en cause les normes néfastes en matière de relations entre les sexes (à savoir celles qui perpétuent la domination de l'homme et la soumission de la femme, stigmatisent les survivants, tolèrent ou normalisent la violence à l'égard des femmes et des filles, ou perpétuent la discrimination et les pratiques préjudiciables à leur égard), notamment en associant les hommes et les garçons à la lutte contre l'inégalité entre les sexes et les rapports sexuels abusifs, aux côtés des femmes et des filles en tant qu'agents du changement. 15. Orienter les politiques et les programmes des autres secteurs et de la société civile sur les interventions préventives fondées sur des bases factuelles, notamment au moyen d'activités de plaidoyer visant le secteur de l'éducation, afin d'appliquer des programmes d'éducation complète à la sexualité et de promouvoir des interventions économiques et des interventions sur les moyens de subsistance des femmes.	activités de promotion de la santé menées par les agents de santé communautaires. 7. Fournir un soutien ou collaborer concernant l'élaboration, la mise à l'épreuve et l'application de programmes de prévention de la violence à l'égard des femmes et des filles remettant en cause les normes néfastes en matière de relations entre les sexes (à savoir celles qui perpétuent la domination de l'homme et la soumission de la femme, stigmatisent les survivants, tolèrent ou normalisent la violence à l'égard des femmes et des filles, ou perpétuent la discrimination et les pratiques préjudiciables à leur égard), notamment en associant les hommes et les garçons à la lutte contre l'inégalité entre les sexes et les rapports sexuels abusifs, aux côtés des femmes et des filles en tant qu'agents du changement. 8. Orienter les politiques et les programmes des autres secteurs et de la société civile sur les interventions préventives fondées sur des bases factuelles, notamment au moyen d'activités de plaidoyer visant le secteur de l'éducation, afin d'appliquer des programmes d'éducation complète à la sexualité et de promouvoir des interventions économiques et des interventions sur les moyens de subsistance des femmes.	

Orientation stratégique 4 : Améliorer les informations et les bases factuelles		
États Membres	**Partenaires nationaux et internationaux**	**Secrétariat de l'OMS**
16. Renforcer la notification systématique des statistiques sur la violence à l'égard des femmes et des filles dans toutes les classes d'âge, et le suivi des progrès dans la riposte du système de santé, en intégrant des indicateurs et la collecte de données sur cette forme de violence dans les systèmes d'information et de surveillance sanitaires, en accordant une importance prioritaire aux programmes et services qui bénéficient aux femmes et aux filles. 17. Conformément aux indicateurs proposés concernant la violence à l'égard des femmes et des filles dans les objectifs de développement durable,[1] soutenir l'établissement de niveaux de référence sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes tout au long de la vie, y compris à l'égard des adolescentes et des femmes âgées, et des pratiques préjudiciables, en se servant des enquêtes en population récentes (c'est-à-dire, menées au cours des cinq dernières années). 18. Intégrer des modules pour recueillir régulièrement des données sur la violence à l'égard des femmes dans toutes les classes d'âge, dans les enquêtes démographiques et de santé ou d'autres types d'enquêtes menées régulièrement dans la population. 19. Analyser et utiliser des données sur la violence à l'égard des femmes et des filles et sur les pratiques préjudiciables et les ventiler selon l'âge, l'origine ethnique, la situation socio-économique et le niveau d'instruction notamment. 20. Mener ou soutenir des travaux de recherche visant à mettre au point, éprouver, évaluer et mettre en œuvre/renforcer des interventions de prévention et de riposte pouvant être menées par le système de santé.	9. Intégrer des modules pour recueillir régulièrement des données sur la violence à l'égard des femmes et des filles dans toutes les classes d'âge, dans les enquêtes démographiques et de santé, ou d'autres types d'enquêtes menées régulièrement dans la population. 10. Analyser et utiliser des données sur la violence à l'égard des femmes et des filles et sur les pratiques préjudiciables et les ventiler selon l'âge, l'origine ethnique, la situation socio-économique et le niveau d'instruction notamment. 11. Mener ou soutenir des travaux de recherche visant à mettre au point, éprouver, évaluer et mettre en œuvre/renforcer des interventions de prévention et de riposte pouvant être menées par le système de santé. 12. Faciliter les efforts des organisations non gouvernementales, des chercheurs et des autres secteurs pour mener des travaux de recherche sur les principales lacunes de connaissances sur la violence à l'égard des femmes et des filles et sur les pratiques préjudiciables, et pour mettre au point, éprouver et évaluer les interventions pour la combattre.	16. Élaborer et diffuser des indicateurs et outils d'évaluation harmonisés pour soutenir les États Membres dans la collecte d'informations standardisées sur la violence à l'égard des femmes et des filles et le suivi des progrès dans la mise en œuvre de la riposte menée par les systèmes de santé face à ce problème, de façon confidentielle et sûre, au moyen de systèmes de collecte d'informations sanitaires et de surveillance. 17. Encourager les États Membres à mener des enquêtes en population sur la violence à l'égard des femmes et fournir une coopération technique aux États Membres qui souhaitent mener ces enquêtes, en particulier ceux qui utilisent la méthodologie de l'OMS (*4*). 18. Mener une coopération technique avec les États Membres et aider les partenaires à améliorer la capacité d'analyser les données sur la violence à l'égard des femmes et des filles et les pratiques préjudiciables, notamment les données ventilées (en fonction de l'âge, de l'appartenance ethnique, de la situation socio-économique, de l'éducation, etc.), et à les utiliser pour orienter les politiques, les programmes et les plans. 19. Mettre à jour régulièrement les estimations sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes. 20. Aider les États Membres à éprouver et évaluer les interventions du système de santé contre la violence à l'égard des femmes et des filles. 21. Entreprendre et appuyer des travaux de recherche pour mieux comprendre les problèmes de maltraitance des femmes dans le cadre du système de santé.

[1] Y compris les indicateurs proposés pour les cibles 5.2 et 5.3.

21. Faciliter les efforts des organisations non gouvernementales, des chercheurs et des autres secteurs pour mener des travaux de recherche sur les principales lacunes de connaissances sur la violence à l'égard des femmes et des filles et sur les pratiques préjudiciables, et pour mettre au point, éprouver et évaluer les interventions pour la combattre.		22. Faire la synthèse des données et diffuser des informations sur les solutions qui donnent des résultats concluants, notamment sur les meilleures pratiques pour prévenir et combattre la violence à l'égard des femmes et des filles. 23. Renforcer la capacité de la société civile – notamment les organisations de femmes, les établissements de recherche et les responsables de la mise en œuvre de programmes – à entreprendre des travaux de recherche sur la violence à l'égard des femmes et des filles, y compris sur les aspects d'éthique et de sécurité, et sur l'application d'une évaluation plus rigoureuse.

3.B. Violence à l'égard des enfants

Cette section traite de la violence à l'égard des enfants et adolescents jusqu'à 18 ans et entre eux. Pour les nourrissons et les jeunes enfants, il s'agit surtout de mauvais traitements (maltraitance physique et violence affective ou psychologique, sévices sexuels et négligence) qui sont le fait des parents ou d'autres personnes en position d'autorité, alors que plus tard, la violence entre pairs occupe aussi une place très importante. Il est également question dans cette section de la violence exercée à l'égard des enfants en milieu institutionnel.

L'enfant maltraité court un risque accru d'être confronté à la violence entre pairs à l'adolescence, laquelle à son tour représente un facteur de risque accru d'être victime ou auteur d'actes de violence à l'âge adulte. Si elles se limitent à l'enfance et à l'adolescence, de nombreuses mesures visées dans cette section contribuent aussi à la prévention de la violence à l'âge adulte.

Orientation stratégique 1 : Renforcer le leadership et la gouvernance du système de santé		
États Membres	**Partenaires nationaux et internationaux**	**Secrétariat de l'OMS**
1. Intégrer les stratégies de lutte contre la maltraitance des enfants dans les programmes de développement du jeune enfant et de santé de la mère et de l'enfant, et intégrer les stratégies de lutte contre la violence entre pairs aux programmes de santé de l'enfant et de l'adolescent et de santé scolaire, à la formation, aux plans de développement des jeunes, à l'action sur le lieu de travail et à la justice des mineurs. 2. Plaider en faveur de réformes de la législation et des politiques, veiller à ce qu'elles soient conformes aux normes internationales en matière de droits humains (*34*), et appliquer les lois et politiques en vigueur visant à prévenir la violence à l'égard des enfants et des adolescents, notamment les châtiments corporels, dans tous les contextes et en particulier au foyer, à l'école, dans la communauté, dans les établissements de soins et dans les lieux de détention. 3. Sensibiliser les responsables de l'élaboration des politiques et l'opinion aux conséquences sanitaires de la maltraitance tout au long de la vie, à son rôle de facteur de risque prédisposant à d'autres types de violence comme la violence des jeunes et la violence du partenaire intime, et les sensibiliser à la prévalence élevée d'homicides et de traumatismes non mortels dus à la violence entre adolescents.	1. Plaider en faveur de réformes de la législation et des politiques, veiller à ce qu'elles soient conformes aux normes internationales en matière de droits humains (*34*), et appliquer les lois et politiques en vigueur visant à prévenir la violence à l'égard des enfants et des adolescents, notamment les châtiments corporels, dans tous les contextes et en particulier au foyer, à l'école, dans la communauté, dans les établissements de soins et dans les lieux de détention. 2. Sensibiliser les responsables de l'élaboration des politiques et l'opinion aux conséquences sanitaires de la maltraitance tout au long de la vie, à son rôle de facteur de risque prédisposant à d'autres types de violence comme la violence des jeunes et la violence du partenaire intime, et les sensibiliser à la prévalence élevée d'homicides et de traumatismes non mortels dus à la violence entre adolescents.	1. Sensibiliser les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs de haut niveau aux conséquences sanitaires, sociales et financières de la maltraitance des enfants et de la violence entre pairs, à la nécessité d'accorder une plus grande attention à ces problèmes dans le secteur de la santé et dans les autres secteurs et à l'importance de la prévention et de la riposte. 2. Fournir une assistance technique pour élaborer et appliquer des plans d'action nationaux de lutte contre la violence à l'égard des enfants et des adolescents. 3. Fournir un soutien technique et renforcer les capacités des ministères de la santé à lutter contre la maltraitance des enfants et la violence entre pairs. 4. Soutenir les efforts mondiaux tendant à coordonner la participation des systèmes de santé aux activités visant à prévenir et combattre la violence à l'égard des enfants, dans le cadre du système des Nations Unies et au niveau national en participant aux initiatives communes des Nations Unies et initiatives multipartites pertinentes.

4. Élaborer et adapter des mesures d'efficacité et de responsabilisation spécifiques au sexe et à l'âge pour suivre les résultats obtenus par le système de santé contre la violence à l'égard des enfants et des adolescents. 5. Assurer l'allocation d'un budget/des ressources appropriés à la prévention de la violence à l'égard des enfants et des adolescents et à la riposte dans les plans et politiques nationaux concernés. 6. Créer une unité ou désigner un point focal dans les ministères de la santé pour combattre la violence à l'égard des enfants et collaborer avec les autres ministères, départements et organismes en vue de prévenir et combattre la violence à l'égard des enfants.		

Orientation stratégique 2 : Renforcer la fourniture des services de santé et la capacité de riposte à la violence des agents de santé/soignants		
États Membres	**Partenaires nationaux et internationaux**	**Secrétariat de l'OMS**
7. Intégrer le repérage des survivants/victimes de la maltraitance des enfants et de la violence entre pairs et les procédures de prise en charge des cas adaptée au sexe dans les services de santé systématiques pour la mère, le nourrisson, l'enfant et l'adolescent. Les services devraient être adaptés au sexe, au niveau de développement de l'enfant et prendre en compte l'évolution de ses capacités ainsi que ses préférences. 8. Former le personnel soignant à reconnaître les troubles de l'enfant et de l'adolescent susceptibles de les amener à commettre ultérieurement des actes de violence, comme les troubles du comportement, les troubles des conduites, l'abus précoce d'alcool et de substances psychoactives, et à traiter ces troubles et leurs causes sous-jacentes. Les problèmes de comportement de l'enfant et de l'adolescent qui ont pu apparaître comme mécanisme adaptatif à la suite d'actes subis dans le passé, sont susceptibles d'être diagnostiqués à tort comme déficit de l'attention avec hyperactivité, trouble oppositionnel avec provocation ou troubles des conduites, et le personnel soignant doit être sensibilisé au risque d'erreur de diagnostic.	3. Former le personnel soignant à reconnaître les troubles de l'enfant et de l'adolescent susceptibles de les amener à commettre ultérieurement des actes de violence, comme les troubles du comportement, les troubles des conduites, l'abus précoce d'alcool et de substances psychoactives, et à traiter ces troubles et leurs causes sous-jacentes. Les problèmes de comportement de l'enfant et de l'adolescent qui ont pu apparaître comme mécanisme adaptatif à la suite d'actes subis dans le passé, sont susceptibles d'être diagnostiqués à tort comme déficit de l'attention avec hyperactivité, trouble oppositionnel avec provocation ou troubles des conduites, et le personnel soignant doit être sensibilisé au risque d'erreur de diagnostic.	5. Élaborer et diffuser des lignes directrices cliniques, des orientations générales et des modes opératoires normalisés destinés aux survivants/victimes de la maltraitance des enfants et de la violence entre pairs, et veiller à ce qu'ils soient adaptés aux enfants et tiennent compte des différences entre les sexes. 6. Entreprendre une coopération technique avec les ministères de la santé et/ou les autres ministères pertinents pour adapter les orientations normatives de l'OMS concernant les services destinés aux survivants/victimes de la maltraitance des enfants et de la violence entre pairs aux contextes nationaux spécifiques. 7. Mettre au point et diffuser un programme type pour la formation initiale et continue du personnel de santé concernant la violence à l'égard des femmes et des filles.

9. Renforcer les capacités individuelles et institutionnelles de prendre en charge les enfants et adolescents qui sont des survivants/victimes de la violence dans les établissements de santé et dans les secteurs connexes concernés (police, éducation ou services sociaux, par exemple), et veiller à ce que le personnel de santé et les autres professionnels soient des adultes en qui les enfants et les jeunes aient confiance et à qui ils puissent se confier. 10. Intégrer le repérage et la prise en charge des enfants maltraités et des victimes de la violence entre pairs dans les programmes de formation initiale et continue de tous les professionnels de la santé, et élaborer des normes et des règles de qualité à l'intention des praticiens. 11. Veiller à ce que les directives et les protocoles nationaux soient conformes aux lignes directrices de l'OMS et aux autres lignes directrices à bases factuelles concernant les services destinés aux survivants/victimes de la maltraitance des enfants et de la violence entre pairs.		

Orientation stratégique 3 : Renforcer la programmation pour prévenir la violence interpersonnelle		
États Membres	**Partenaires nationaux et internationaux**	**Secrétariat de l'OMS**
12. Renforcer les capacités individuelles et institutionnelles de prévenir la maltraitance des enfants et la violence entre pairs dans les établissements de santé et dans les secteurs connexes concernés (police, éducation ou services sociaux, par exemple). 13. Mettre en œuvre des interventions reposant sur des bases factuelles pour prévenir la maltraitance des enfants, en particulier des programmes pouvant être appliqués à travers le système de santé comme des programmes de visites à domicile et de soutien parental, qui visent à favoriser des relations sûres et harmonieuses au sein des familles et entre les parents, les soignants et les enfants et veiller à ce qu'ils répondent aux besoins des groupes marginalisés en matière de prévention. 14. Préconiser et appuyer l'élaboration et l'application par d'autres secteurs de programmes aidant les enfants et les adolescents à acquérir des compétences pratiques et sociales, et entretenir des relations saines afin de prévenir la violence entre pairs.	4. Mettre en œuvre des interventions reposant sur des bases factuelles pour prévenir la maltraitance des enfants, en particulier des programmes pouvant être appliqués à travers le système de santé comme des programmes de visites à domicile et de soutien parental, qui visent à favoriser des relations sûres et harmonieuses au sein des familles et entre les parents, les soignants et les enfants, et veiller à ce qu'ils répondent aux besoins des groupes marginalisés en matière de prévention. 5. Préconiser et appuyer l'élaboration et l'application par d'autres secteurs de programmes aidant les enfants et les adolescents à acquérir des compétences pratiques et sociales, et entretenir des relations saines en vue de prévenir la violence entre pairs.	8. Synthétiser et diffuser les informations sur les solutions permettant de prévenir la maltraitance des enfants et la violence entre pairs. 9. Entreprendre une coopération technique avec les États Membres pour le renforcement de leurs capacités à concevoir, appliquer et évaluer les politiques et programmes de prévention de la maltraitance et de la violence entre pairs, notamment en déterminant l'état de préparation des pays concernant la mise en œuvre et le renforcement des efforts de prévention. 10. Élaborer, éprouver et diffuser des programmes abordables de prévention de la maltraitance et de la violence entre pairs.

15. Intégrer des interventions visant à prévenir la maltraitance des enfants aux programmes de développement du jeune enfant et intégrer des interventions visant à prévenir la violence entre pairs aux programmes de développement des jeunes et de santé mentale et aux services de santé scolaire, et surveiller leur efficacité. 16. Promouvoir la participation des enfants et des adolescents à l'élaboration de politiques et de programmes de prévention de la violence à l'égard des enfants.		

Orientation stratégique 4 : Améliorer les informations et les bases factuelles		
États Membres	**Partenaires nationaux et internationaux**	**Secrétariat de l'OMS**
17. Mener des enquêtes dans la population sur la violence à l'égard des enfants, en renforcer la notification systématique des statistiques sur la violence à l'égard des enfants en incluant les indicateurs pertinents aux systèmes d'information sanitaire et de surveillance, et en donnant priorité aux programmes et services destinés aux enfants et aux adolescents. 18. Mener des études sur l'efficacité des programmes de prévention de la maltraitance des enfants et de la violence entre pairs et sur les services destinés aux victimes. 19. Renforcer les capacités nationales de recherche concernant tous les aspects de la violence à l'égard des enfants et des adolescents, notamment l'ampleur du phénomène, ses conséquences et ses coûts économiques ainsi que les économies dégagées par la prévention, et concernant les interventions de prévention et de riposte efficaces. 20. Mener et soutenir des travaux de recherche, notamment pour les interventions et les services du système de santé, afin de transposer à plus grande échelle les interventions efficaces de lutte contre la maltraitance et la violence entre pairs.	6. Mener des études sur l'efficacité des programmes de prévention de la maltraitance des enfants et de la violence entre pairs et sur les services destinés aux victimes. 7. Renforcer les capacités nationales de recherche concernant tous les aspects de la violence à l'égard des enfants et des adolescents, notamment l'ampleur du phénomène, ses conséquences et ses coûts économiques ainsi que les économies dégagées par la prévention, et concernant les interventions de prévention et de riposte efficaces. 8. Mener et soutenir des travaux de recherche sur la mise en œuvre, notamment pour les interventions et les services du système de santé, afin de transposer à plus grande échelle les interventions efficaces de lutte contre la maltraitance et la violence entre pairs.	11. Établir des définitions normalisées de la violence entre pairs et des méthodes harmonisées pour déterminer les taux de prévalence de la maltraitance des enfants et de la violence entre pairs, et promouvoir leur utilisation. 12. Entreprendre une coopération technique avec les États Membres pour évaluer les interventions sanitaires et multisectorielles visant à prévenir la violence à l'égard des enfants et des adolescents et à y répondre. 13. Entreprendre une coopération technique avec les États Membres pour renforcer leurs capacités de recherche sur tous les aspects de la violence à l'égard des enfants et des adolescents et pour intégrer des indicateurs de cette violence aux systèmes de surveillance systématique. 14. Élaborer des recommandations pour la collecte sûre et conforme à l'éthique de données concernant la violence à l'égard des enfants et des adolescents. 15. Élaborer un programme de recherche sur la lutte contre la violence à l'égard des enfants et des adolescents.

3.C. Mesures visant l'ensemble des formes de violence interpersonnelle

La présente section porte sur les mesures communes ou transversales intéressant toutes les formes de violence interpersonnelle. En tant que telles, elles sont complémentaires à celles visées aux sections 3.A et 3.B sur la violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, tiennent compte des liens entre ces deux domaines, et servent à dégager des synergies et à renforcer les mesures face aux différents types de violence interpersonnelle au cours de la vie, y compris la violence à l'égard des jeunes et la maltraitance des personnes âgées. Ces mesures visent notamment à renforcer :

- *les services communs à toutes les formes de violence interpersonnelle ;*
- *les programmes visant à prévenir toutes les formes de violence interpersonnelle en réduisant les facteurs de risque communs ; et*
- *les dispositifs de collecte de données.*

Orientation stratégique 1 : Renforcer le leadership et la gouvernance du système de santé

États Membres	**Partenaires nationaux et internationaux**	**Secrétariat de l'OMS**
1. Sensibiliser les responsables de l'élaboration des politiques et l'opinion à la nécessité : a) d'aborder la prévention et la riposte à la violence du point de vue de la santé publique ; b) de lutter contre la violence aux différents stades de la vie ; c) de combattre les facteurs de risque et les déterminants communs aux différentes formes de violence interpersonnelle ; et d) de renforcer la capacité des services de santé de fournir des soins aux survivants/victimes de manière efficace. 2. Plaider en faveur de l'adoption et de la réforme de la législation, des politiques et de la réglementation, de leur alignement sur les normes internationales en matière de droits humains et de leur application en tenant compte des caractéristiques communes aux facteurs de risque ou aux causes et déterminants de plusieurs types de violence, notamment lorsque cela est de nature à promouvoir l'égalité entre les sexes, à éviter l'usage nocif de l'alcool et de substances psychoactives, à réduire la disponibilité des armes à feu, à assurer l'accès à l'éducation et la poursuite de la scolarité des adolescents et des adolescentes au niveau secondaire ; et à réduire les poches de pauvreté. 3. Intégrer la prévention de la violence et la riposte aux politiques, programmes, plans et budgets de santé et renforcer le rôle du système de santé dans les plans d'action	1. Sensibiliser les responsables de l'élaboration des politiques et l'opinion à la nécessité : a) d'aborder la prévention et la riposte à la violence du point de vue de la santé publique ; b) de lutter contre la violence aux différents stades de la vie ; c) de combattre les facteurs de risque et les déterminants communs aux différentes formes de violence interpersonnelle ; et d) de renforcer la capacité des services de santé de fournir des soins aux survivants/victimes de manière efficace. 2. Plaider en faveur de l'adoption et de la réforme de la législation, des politiques et de la réglementation, de leur alignement sur les normes internationales en matière de droits humains et de leur application en tenant compte des caractéristiques communes aux facteurs de risque ou aux causes et déterminants de plusieurs types de violence, notamment lorsque cela est de nature à promouvoir l'égalité entre les sexes, à éviter l'usage nocif de l'alcool et de substances psychoactives, à réduire la disponibilité des armes à feu, à assurer l'accès à l'éducation et la poursuite de la scolarité	1. Continuer à élaborer des orientations sur des politiques d'ensemble concernant la violence et les traumatismes tout au long de la vie. 2. Appuyer les efforts de plaidoyer des États Membres et des autres partenaires concernés en diffusant les données probantes sur les facteurs de risque communs aux différents types de violence. 3. Continuer de suivre les efforts consentis contre la violence à travers les États Membres, notamment au moyen d'une actualisation périodique des estimations mondiales et régionales de la violence à l'égard des femmes et de rapports de situation mondiaux sur la violence. 4. Entreprendre une coopération technique avec les ministères de la santé et les autres ministères concernés (par exemple ceux chargés de l'égalité entre les sexes et de l'autonomisation des femmes, de la protection de l'enfance, de l'éducation, du bien-être social et de la justice pénale) afin de renforcer les liens entre le système de santé et les autres secteurs appelés à formuler et mettre en œuvre des plans d'action et des politiques multisectoriels pour la prévention de la violence.

multisectoriels nationaux concernant toutes les formes de violence interpersonnelle concernées. 4. Assurer une participation active des points focaux aux niveaux national et infranational du ministère de la santé aux dispositifs de coordination multisectoriels contre la violence et renforcer la coordination entre la santé et les autres secteurs, surtout ceux qui s'efforcent de promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes, la protection de l'enfance, l'éducation, le bien-être social et la justice pénale. 5. Élaborer et mettre en œuvre des moyens de mesurer les résultats et la responsabilisation de manière à déterminer l'efficacité de l'action du système de santé contre la violence.	des adolescents et des adolescentes au niveau secondaire ; et à réduire les poches de pauvreté.	5. Renforcer les liens entre ceux qui s'occupent de la lutte contre la violence et ceux qui s'occupent de questions transversales, en particulier la santé mentale.

Orientation stratégique 2 : Renforcer la fourniture des services de santé et la capacité de riposte à la violence des agents de santé/soignants		
États Membres	**Partenaires nationaux et internationaux**	**Secrétariat de l'OMS**
6. Renforcer les services de santé, en particulier les services préhospitaliers et les soins médicaux d'urgence, et veiller à ce que tous les survivants/victimes d'actes de violence aient accès à des soins de qualité à un prix abordable. 7. Renforcer les soins de santé mentale dans les services sociaux et les services de santé généraux, y compris en augmentant les effectifs et en améliorant la capacité du personnel à fournir ces services afin de traiter le large éventail de conséquences psychologiques et d'effets sur la santé mentale qui découle de la violence, en s'inspirant des lignes directrices et des outils du Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale de l'OMS (*35*). 8. S'intéresser aux recoupements entre différentes formes de violence. Par exemple, évaluer la situation des enfants de femmes repérées comme victimes d'actes de violence commis par leur partenaire intime et celles de la mère et des frères et sœurs d'enfants repérés comme victimes de mauvais traitements, et apporter le soutien psychologique et autre qui est nécessaire en assurant l'orientation voulue. 9. Sensibiliser les agents de santé aux interactions entre la violence et les autres comportements à risque et problèmes de	3. Renforcer les services de santé, en particulier les services préhospitaliers et les soins médicaux d'urgence, et veiller à ce que tous les survivants/victimes d'actes de violence aient accès à des soins de qualité à un prix abordable. 4. Renforcer les soins de santé mentale dans les services sociaux et les services de santé généraux, y compris en augmentant les effectifs et en améliorant la capacité du personnel à fournir ces services afin de traiter le large éventail de conséquences psychologiques et d'effets sur la santé mentale qui découle de la violence, en s'inspirant des lignes directrices et des outils du Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale de l'OMS (*35*). 5. S'intéresser aux recoupements entre différentes formes de violence. Par exemple, évaluer la situation des enfants de femmes repérées comme victimes d'actes de violence commis par leur partenaire intime et celles de la mère et des frères et sœurs d'enfants repérés comme victimes de mauvais traitements, et apporter le soutien psychologique et	6. Entreprendre une coopération technique avec les États Membres pour renforcer la riposte de leur système de santé à la violence, notamment par la diffusion des lignes directrices et outils existants de l'OMS et l'élaboration d'autres orientations concernant les facteurs de risque et d'autres problèmes communs, selon les besoins. 7. Appuyer l'application de programmes de formation destinés aux agents de santé et aux responsables de l'élaboration des politiques (c'est-à-dire les dispensateurs de soins et les administrateurs) pour qu'ils comprennent et traitent les problèmes communs aux différents types de violence et ceux qui se recoupent.

santé, comme l'usage de l'alcool et de substances psychoactives, le tabagisme et les rapports sexuels non protégés. 10. Renforcer la collaboration et les partenariats avec les organisations de la société civile et les responsables communautaires pour mieux sensibiliser les communautés aux conséquences sanitaires de la violence, aux services disponibles et à l'importance de s'adresser rapidement aux services de santé. 11. Déterminer et surmonter les obstacles qui entravent l'accès des survivants d'actes de violence aux services, notamment dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, améliorer la qualité des services et suivre et évaluer les progrès accomplis dans la fourniture de services de santé de qualité aux survivants.	autre nécessaire en assurant l'orientation voulue. 6. Sensibiliser les agents de santé aux interactions entre la violence et les autres comportements à risque et problèmes de santé, comme l'usage de l'alcool et de substances psychoactives, le tabagisme et les rapports sexuels non protégés. 7. Renforcer la collaboration et les partenariats avec les organisations de la société civile et les responsables communautaires pour mieux sensibiliser les communautés aux conséquences sanitaires de la violence, aux services disponibles et à l'importance de s'adresser rapidement aux services de santé. 8. Déterminer et surmonter les obstacles qui entravent l'accès des survivants d'actes de violence aux services, notamment dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, améliorer la qualité des services et suivre et évaluer les progrès accomplis dans la fourniture de services de santé de qualité aux survivants.	

Orientation stratégique 3 : Renforcer la programmation pour prévenir la violence interpersonnelle		
États Membres	**Partenaires nationaux et internationaux**	**Secrétariat de l'OMS**
12. Faire en sorte que les agents de santé/soignants, les responsables de l'élaboration des politiques, le personnel des autres secteurs et le grand public soient davantage conscients de la charge de la violence pour la santé, des conséquences et des coûts qu'elle entraîne pour la société à long terme, et de l'importance que revêt la prévention de ce phénomène. 13. Plaider davantage pour l'augmentation des investissements en faveur de programmes de prévention reposant sur des bases factuelles dans le cadre du système de santé et d'autres secteurs afin de combattre des facteurs de risque communs comme l'inégalité entre les sexes, le chômage, les normes de masculinité, la pauvreté et les inégalités économiques, la forte criminalité au sein de la communauté, la disponibilité des armes à feu, la facilité de se	9. Faire en sorte que les agents de santé/soignants, les responsables de l'élaboration des politiques, le personnel des autres secteurs et le grand public soient davantage conscients de la charge de la violence pour la santé, des conséquences et des coûts qu'elle entraîne pour la société à long terme, et de l'importance que revêt la prévention de ce phénomène. 10. Plaider davantage pour l'augmentation des investissements en faveur de programmes de prévention reposant sur des bases factuelles dans le cadre du système de santé et d'autres secteurs afin de combattre des facteurs de risque communs comme l'inégalité entre les sexes, le chômage, les normes de	8. Recueillir et diffuser des données sur les politiques et programmes efficaces de prévention de la violence, notamment en tenant à jour une base de données mondiale sur les programmes efficaces permettant de prévenir différents types de violence. 9. Entreprendre une coopération technique avec les États Membres pour contribuer à renforcer la capacité humaine et institutionnelle de concevoir, mettre en œuvre et évaluer des politiques et des programmes contre les facteurs de risque communs afin de prévenir la violence. 10. Collaborer avec les organismes des Nations Unies et les autres partenaires afin d'élaborer, de diffuser et de mettre en œuvre des politiques et des programmes

procurer de l'alcool, le trafic de drogue et l'application inadéquate des lois. 14. Améliorer la capacité humaine et institutionnelle de concevoir, appliquer et évaluer des programmes de prévention de la violence reposant sur des bases factuelles qui mettent l'accent sur les facteurs de risque communs aux différentes formes de violence. 15. Mener et suivre des interventions préventives dans le cadre du système de santé contre les facteurs de risque communs comme celles visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et de substances psychoactives et à promouvoir la santé mentale.	masculinité, la pauvreté et les inégalités économiques, la forte criminalité au sein de la communauté, la disponibilité des armes à feu, la facilité de se procurer de l'alcool, le trafic de drogue et l'application inadéquate des lois. 11. Améliorer la capacité humaine et institutionnelle de concevoir, appliquer et évaluer des programmes de prévention de la violence reposant sur des bases factuelles qui mettent l'accent sur les facteurs de risque communs aux différentes formes de violence. 12. Mener et suivre des interventions préventives dans le cadre du système de santé contre les facteurs de risque communs comme celles visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et de substances psychoactives et à promouvoir la santé mentale.	capables de prévenir différentes formes de violence interpersonnelle.

Orientation stratégique 4 : Améliorer les informations et les bases factuelles		
États Membres	**Partenaires nationaux et internationaux**	**Secrétariat de l'OMS**
16. Améliorer la capacité des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil, d'information sanitaire et de surveillance systématique des traumatismes d'obtenir et de compiler des statistiques normalisées sur les cas d'homicide et de violence auxquels sont confrontés les agents de santé sur la base des codes pertinents de la Classification internationale des maladies (CIM) et veiller à ce que ces données soient ventilées selon le sexe et l'âge, et à ce que la nature du lien entre l'auteur et la victime de l'acte soit précisé. 17. Renforcer la capacité des chercheurs, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, d'entreprendre des recherches sur toutes les formes de violence et les zones de recoupement, sur les coûts sociaux qu'elles engendrent et sur les types de violence moins étudiés comme la maltraitance des personnes âgées. 18. Appuyer la recherche sur les facteurs de risque associés à la perpétration de différents actes de violence et élargir la base de connaissances correspondante.	13. Renforcer la capacité des chercheurs, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, d'entreprendre des recherches sur toutes les formes de violence et les zones de recoupement, sur les coûts sociaux qu'elles engendrent et sur les types de violence moins étudiés comme la maltraitance des personnes âgées. 14. Appuyer la recherche sur les facteurs de risque associés à la perpétration de différents actes de violence et élargir la base de connaissances correspondante.	11. Appuyer la recherche sur tous les aspects de la violence, y compris sur la prévention et la riposte, notamment en actualisant régulièrement les conclusions de la recherche, et élargir la base de connaissances correspondante. 12. Mettre au point et diffuser des outils et des indicateurs normalisés pour faciliter la collecte et la compilation de statistiques sur les différentes formes de violence.

SECTION 4. CADRE DE RESPONSABILISATION ET DE SUIVI

On trouvera dans la présente section un cadre de suivi et de responsabilisation pour la mise en œuvre du plan d'action mondial. Il contient des indicateurs permettant de suivre les progrès accomplis dans ce domaine au niveau mondial sur une période de 15 ans (allant jusqu'en 2030).

1. Le cadre correspond aux cibles et indicateurs de réalisation proposés pour les objectifs de développement durables (voir l'appendice 6). Le plan étant axé sur le système de santé, les indicateurs proposés précisent les contributions que celui-ci doit apporter, tout en reconnaissant que des efforts multisectoriels sont nécessaires pour atteindre les cibles et les indicateurs de réalisation.

2. Le cadre de suivi et de responsabilisation est conforme aux obligations de vérification diligente qui incombent aux États en matière de prévention, d'enquête et, conformément à la législation nationale, de répression des actes de violence contre des personnes physiques. Ces obligations concernent notamment la fourniture des services de santé, l'assistance juridique, le logement et le conseil (*36-38*).

3. Les indicateurs proposés visent à faciliter l'établissement de rapports mondiaux sur la mise en œuvre de ce plan d'action. Ils ne constituent qu'une petite partie des critères que les États Membres doivent remplir en matière de suivi et d'informations pour assurer, au niveau national, la surveillance de la riposte de leur système de santé à la violence, en particulier la violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. Ils permettent de rendre compte, d'une part, de la contribution du système de santé aux cibles des objectifs de développement durable et, d'autre part, de la mise en œuvre des mesures figurant dans ce plan. Les États Membres devront peut-être mettre au point ou actualiser leurs indicateurs nationaux en s'inspirant des plans, politiques et programmes existants et conformément à leur manière d'adapter les mesures proposées du plan d'action mondial.

4. Les indicateurs et cibles proposés ont un caractère facultatif et mondial. Comme la riposte du système de santé à la violence, en particulier la violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, est plus ou moins avancée selon les États membres, les indicateurs feront l'objet d'un suivi global. Les États Membres devront adapter leurs plans et fixer, pour la mise en œuvre et le suivi, des paliers progressifs adaptés à la législation nationale et locale, aux capacités et aux valeurs de base, tout en restant très ambitieux pour atteindre les buts et les cibles.

5. Pour évaluer les progrès sur la voie des cibles mondiales, il est proposé que des rapports soient présentés tous les cinq ans à l'Assemblée mondiale de la Santé. Cela permettra également de recenser les lacunes et les problèmes, et d'échanger les meilleures pratiques et les données d'expérience nationales dans la mise en œuvre du plan. Il s'agit de se prévaloir des systèmes de notification existants (comme les indicateurs des produits et réalisations des budgets programmes), sans créer des systèmes de notification nouveaux ou parallèles.

6. Le rôle du Secrétariat consistera : a) à prêter son concours aux États Membres pour définir et mettre au point des indicateurs de suivi national ; b) à établir les valeurs de base pour les cibles mondiales et à proposer des étapes intermédiaires en collaboration avec les États Membres ; c) à mettre au point des outils normalisés pour la collecte et l'analyse des données afin de suivre les progrès au niveau mondial ; d) à établir des rapports de situation mondiaux réguliers, fondés sur les données nationales en collaboration avec les États Membres, pour suivre les progrès accomplis, repérer les lacunes et les problèmes et échanger les meilleures pratiques et les données d'expérience nationales ; et e) à offrir, aux États Membres qui en font la demande, une orientation, un appui technique et une formation concernant le renforcement des systèmes d'information nationaux en vue d'obtenir les données relatives aux indicateurs proposés.

Tableau 2. Résumé des indicateurs et des cibles mondiales

	Indicateur	Base (2016)	Cible (2030)	Observations/hypothèses
A. Violence à l'égard des femmes et des filles				
OS 1 : Renforcer le leadership et la gouvernance du système de santé. Réalisation : Contexte politique favorable à la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles. Cibles des objectifs de développement durable (ODD) concernées (voir l'appendice 6) : 3.7 – D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux ; 3.8 – Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle donnant accès à des services de santé essentiels de qualité ; 5.2 – Éliminer toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles ; 5.3 – Éliminer toutes les pratiques préjudiciables ; 5.6 – Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi.			
A.1.1	Nombre d'États Membres ayant intégré des services de santé pour lutter contre la violence exercée par le partenaire intime ainsi que des soins complets aux victimes de viol conformes aux lignes directrices de l'OMS *(29)* dans leurs plans ou politiques nationaux en matière de santé ou de santé sexuelle et reproductive.	À convenir	À convenir	Les États Membres ont intégré des services de santé pour lutter contre la violence exercée par le partenaire intime ainsi que des soins complets aux victimes de viol conformes aux lignes directrices de l'OMS *(29)* dans leurs plans ou politiques nationaux en matière de santé ou de santé sexuelle et reproductive. (Oui/Non) La violence à l'égard des femmes et des filles figure dans l'ensemble de services de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). Moyens de vérification : la base et les moyens de vérification devront être établis.
OS 2 : Renforcer la fourniture des services de santé et la capacité de riposte à la violence des agents de santé/soignants. Réalisation : Fourniture de services de santé complets et de qualité et agents de santé ayant des compétences leur permettant de répondre aux besoins des femmes et des filles victimes d'actes de violence. Cibles des ODD concernées : 3.3 – Mettre fin à l'épidémie de sida ; 3.4 – Réduire la mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale ; 3.5 – Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool ; 3.7 – D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux ; 3.8 – Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle donnant accès à des services de santé essentiels de qualité ; 5.2 – Éliminer toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles ; 5.6 – Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi.			

	Indicateur	Base (2016)	Cible (2030)	Observations/hypothèses
A.2.1	Nombre d'États Membres ayant mis au point ou actualisé leurs directives ou protocoles nationaux ou les modes opératoires normalisés pour la riposte du système de santé au problème des femmes victimes de la violence exercée par le partenaire intime et/ou d'actes de violence sexuelle, conformément aux normes internationales en matière de droits humains et aux lignes directrices de l'OMS *(29)*.	À convenir	À convenir	Pour la riposte du système de santé au problème des femmes victimes de la violence exercée par le partenaire intime et/ou d'actes de violence sexuelle, les États Membres possèdent une directive ou un protocole national ou un mode opératoire normalisé conforme aux lignes directrices de l'OMS (*29*) et aux normes internationales en matière de droits humains. (Oui/Non) Moyens de vérification : examen du contenu des directives, protocoles ou modes opératoires normalisés nationaux qui doivent au minimum couvrir : le repérage de la violence exercée par le partenaire intime ; le soutien en première ligne ; des soins complets après un viol ; les soins de santé mentale (directement ou par l'orientation vers un service spécialisé) ; et l'orientation vers d'autres services destinés aux femmes.
A.2.2	Nombre d'États Membres qui, en cas de viol, fournissent des soins complets dans un établissement médical (ou un service médical), et ce dans chaque unité territoriale et/ou administrative, en suivant les lignes directrices de l'OMS *(29)*.	À convenir	À convenir	Les États Membres offrent des soins complets après un viol dans la moitié au moins de leurs établissements de soins d'urgence. (Oui/Non) Moyens de vérification : les soins complets après un viol sont abordés par l'OMS dans les rapports de situation sur la riposte du secteur de la santé au VIH. Conformément aux lignes directrices de l'OMS (*29*), les soins après un viol couvrent : le soutien en première ligne ; la contraception d'urgence ; l'avortement médicalisé conformément à la législation nationale ; la prophylaxie de postexposition aux infections sexuellement transmissibles et/ou au VIH, conformément aux protocoles applicables ; et la vaccination contre l'hépatite B.
OS 3 : Renforcer la programmation pour prévenir la violence interpersonnelle. Réalisation : mise en œuvre d'une programmation sur la base d'éléments factuels pour prévenir la violence à l'égard des femmes et des filles. Cibles des ODD concernées : 5.2 – Éliminer toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles ; 5.3 – Éliminer toutes les pratiques préjudiciables ; 16.1 – Réduire nettement, partout dans le monde, toutes les formes de violence et les taux de mortalité qui y sont associés ; et 16.2 – Mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants.				
A.3.1	Nombre d'États Membres dotés d'un plan multisectoriel national de lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles (incluant le système de santé) qui propose au moins une stratégie de prévention de la violence à l'égard des femmes et des filles.	(À convenir)	(À convenir)	États Membres dotés d'un plan multisectoriel national de lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles qui inclut le système de santé et propose au moins une stratégie/intervention préventive. (Oui/Non) Moyens de vérification : examen des plans d'action multisectoriels nationaux contre la violence à l'égard des femmes et des filles. Les stratégies préventives peuvent comprendre une ou plusieurs interventions visant à : promouvoir le dépistage précoce des femmes victimes de la violence exercée par leur partenaire ou des enfants exposés à la violence et offrir un soutien psychologique et une orientation appropriée pour réduire la violence à l'avenir ; combattre les normes sociales sexistes/patriarcales perpétuant, acceptant ou normalisant la violence à l'égard des

	Indicateur	Base (2016)	Cible (2030)	Observations/hypothèses
				femmes et des filles ; promouvoir chez les enfants et les adolescents des compétences d'apprentissage socio-affectif favorisant des relations fondées sur le respect, le consensus et la non-violence ; favoriser et renforcer l'autonomisation des femmes et des filles ; et mettre en œuvre des approches juridiques et politiques (par exemple promotion de l'égalité entre les sexes et réduction de l'usage nocif de l'alcool).
OS 4 : Améliorer les informations et les bases factuelles. Réalisation : Renforcement des bases factuelles en vue de l'élaboration de politiques, de programmes et de plans contre la violence à l'égard des femmes et des filles. Cibles des ODD concernées : 5.2 – Éliminer toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles ; 5.3 – Éliminer toutes les pratiques préjudiciables ; 16.1 – Réduire nettement, partout dans le monde, toutes les formes de violence et les taux de mortalité qui y sont associés ; et 16.2 – Mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants.				
A 4.1	Nombre d'États Membres ayant entrepris dans la population une étude/enquête sur la violence à l'égard des femmes qui soit représentative au plan national, ou ayant intégré un module sur cette question dans d'autres enquêtes démographiques ou sanitaires de ce type, au cours des cinq dernières années, les données étant ventilées en fonction de l'âge, de l'appartenance ethnique, du statut socio-économique, de l'éducation, etc.	100	À convenir	Les États Membres disposent d'une enquête représentative au plan national sur la violence à l'égard des femmes ou ont intégré un module sur cette question dans d'autres enquêtes démographiques ou sanitaires ou dans d'autres types d'enquêtes au cours des cinq dernières années. (Oui/Non) Moyens de vérification : dans le cadre de ses efforts visant à produire des estimations de la prévalence de la violence à l'égard des femmes, l'OMS dispose d'une base de données régulièrement mise à jour sur la violence exercée par le partenaire intime et la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire provenant d'enquêtes dans la population menées dans les pays. Si les estimations mondiales et régionales de l'OMS de 2013 concernant la violence à l'égard des femmes étaient fondées sur des enquêtes de plus de 80 pays, plus de 20 autres enquêtes ont été effectuées depuis. Il reste à déterminer combien d'États Membres ont mené des enquêtes au cours des cinq dernières années.
B. Violence à l'égard des enfants				
OS 1 : Renforcer le leadership et la gouvernance du système de santé. Réalisation : Contexte politique favorable à la lutte contre la violence à l'égard des enfants. Cibles des ODD concernées : 3.5 – Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool ; 4.2 – D'ici à 2030, faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons aient accès à des activités de développement et de soins de la petite enfance et à une éducation préscolaire de qualité qui les préparent à suivre un enseignement primaire ; 4a – Faire construire ou adapter des établissements scolaires qui soient exempts de violence et fournir un cadre d'apprentissage accessible à tous ; 5.3 – Éliminer toutes les pratiques préjudiciables ; 16.2 – Mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants.				
B.1.1	Nombre d'États Membres ayant intégré des mesures contre la violence à l'égard des enfants dans leurs plans et/ou politiques de santé nationaux.	À convenir	À convenir	La violence à l'égard des enfants n'est pas seulement mentionnée dans les buts ou objectifs, mais fait également l'objet de mesures précises dans les plans opérationnels nationaux. (Oui/Non)

	Indicateur	Base (2016)	Cible (2030)	Observations/hypothèses
				Moyens de vérification : la vérification prendra la forme d'un examen des politiques et plans sanitaires nationaux les plus récents/actuels dans la base de données sur les plans et politiques sanitaires de l'OMS. Pour les États Membres dotés d'une structure fédérale, il faudra inclure les plans d'une majorité des États ou provinces constitutifs. Il pourra s'agir de plans de santé généraux ou de plans visant spécifiquement la santé de l'enfant et de l'adolescent et la santé mentale.
OS 2 : Renforcer la fourniture des services de santé et la capacité de riposte à la violence des agents de santé/soignants. Réalisation : Fourniture de services de santé complets et de qualité et agents de santé ayant des compétences leur permettant de répondre aux besoins des enfants et adolescents victimes d'actes de violence. Cibles des ODD concernées : 3.4 – Réduire le taux de mortalité due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale ; 3.5 – Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool ; 3.8 – Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle donnant accès à des services de santé essentiels de qualité ; 16.2 – Mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants.				
B.2.1	Nombre d'États Membres ayant mis au point ou actualisé leurs directives ou protocoles nationaux ou leurs modes opératoires normalisés sur l'action du système de santé face au problème des survivants/victimes de la maltraitance des enfants, en suivant les normes internationales en matière de droits humains.	À convenir	À convenir	Les États Membres disposent d'une directive nationale, d'un protocole ou de modes opératoires normalisés qui précisent l'action du système de santé face au problème des survivants/victimes de la maltraitance des enfants sur les normes internationales en matière de droits humains. (Oui/Non) Moyens de vérification : examen du contenu des directives nationales, des protocoles nationaux ou des modes opératoires normalisés (qui doivent être conformes aux lignes directrices de l'OMS sur la maltraitance de l'enfant en cours d'élaboration).
OS 3 : Renforcer la programmation pour prévenir la violence interpersonnelle. Réalisation : mise en œuvre d'une programmation sur la base d'éléments factuels pour prévenir la violence à l'égard des enfants. Cibles des ODD concernées : 16.1 – Réduire nettement, partout dans le monde, toutes les formes de violence et les taux de mortalité qui y sont associés ; 16.2 – Mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants.				
B.3.1	Nombre d'États Membres faisant état d'une mise en œuvre à grande échelle de quatre au moins des huit interventions fondées sur des bases factuelles pour prévenir la violence à l'égard des enfants.	À convenir	À convenir	États Membres faisant état d'une mise en œuvre à grande échelle de quatre au moins des huit interventions fondées sur des bases factuelles pour prévenir la violence à l'égard des enfants : i) visites à domicile ; ii) éducation parentale ; iii) prévention des abus sexuels ; iv) enrichissement préscolaire ; v) programmes d'acquisition des savoir-faire pratiques et de développement social ; vi) prévention du harcèlement ; vii) mentorat ; et viii) programmes d'activités périscolaires. Moyens de vérification : méthodologie utilisée pour établir le *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde (3).*

	Indicateur	Base (2016)	Cible (2030)	Observations/hypothèses
OS 4 : Améliorer les informations et les bases factuelles. Réalisation : Renforcement des bases factuelles pour orienter et suivre les politiques, les programmes et les plans de lutte contre la violence à l'égard des enfants. Cibles des ODD concernées : 16.1 – Réduire nettement, partout dans le monde, toutes les formes de violence et les taux de mortalité qui y sont associés ; 16.2 – Mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants.				
B.4.1	Nombre d'États Membres ayant procédé, au cours des huit dernières années, à une enquête représentative au plan national sur la maltraitance des enfants ou à d'autres enquêtes sur les ménages (comme des enquêtes par grappes à indicateurs multiples) comportant des questions sur la maltraitance des enfants.	À convenir	À convenir	États Membres ayant indiqué avoir procédé, au cours des huit dernières années, à une enquête dans la population représentative au plan national sur la maltraitance des enfants (violence à l'égard des enfants) ou avoir intégré des questions sur la maltraitance des enfants à d'autres enquêtes sur les ménages (comme des enquêtes par grappes à indicateurs multiples). (Oui/Non) Moyens de vérification : *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde (3)*. En 2014, sur les 133 pays ayant répondu, 41 % ont indiqué avoir procédé à une enquête ; cependant, la proportion des pays ayant procédé à une enquête au cours des huit dernières années n'a pas été évaluée.
C. Mesures visant l'ensemble des formes de violence interpersonnelle				
OS 4 : Améliorer les informations et les bases factuelles. Cibles des ODD concernées : 5.2 – Éliminer toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles ; 16.1 – Réduire nettement, partout dans le monde, toutes les formes de violence et les taux de mortalité qui y sont associés ; 16.2 – Mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants.				
C.4.1	Nombre d'États Membres disposant de données utilisables sur les homicides tirées de l'enregistrement des faits d'état civil.	À convenir	À convenir	En se fondant sur les informations provenant de la base de données de l'OMS sur la mortalité, le *Rapport de situation 2014 de l'OMS sur la prévention de la violence dans le monde* a montré que pas moins de 60 % des pays ne disposent pas de données utilisables sur les homicides tirées de l'enregistrement des faits d'état civil *(3)*. Pour être considérées comme utilisables, les données de l'état civil doivent au moins être complètes à 70 %, le caractère intentionnel des traumatismes doit rester indéterminé dans 30 % des cas au maximum et les homicides doivent être définis selon les codes X85-Y09 de la CIM-10 ou E960-E969 de la CIM-9. Les données doivent être ventilées selon l'âge et le sexe et le lien entre la victime et l'auteur d'un acte doit être précisé. Moyens de vérification : base de données de l'OMS sur la mortalité, nombre d'États disposant de données utilisables sur les homicides.

APPENDICES

Appendice 1

Glossaire des termes essentiels

Ce glossaire donne les définitions des termes essentiels employés dans le plan d'action mondial et dans les travaux du Secrétariat. Celles-ci sont tirées de documents techniques de l'OMS et d'autres organismes des Nations Unies concernés. Ce glossaire est présenté suivant l'ordre alphabétique des termes anglais qui sont indiqués entre parenthèses et en italiques.

Adolescence (*Adolescence*). L'adolescence est définie par l'ONU par la tranche d'âge de 10 à 19 ans. Une différence peut être établie entre le début de l'adolescence (10-14 ans) et la fin de l'adolescence (15-19 ans).[1]

Mariage d'enfant(s), mariage précoce et mariage forcé (*Child, early and forced marriage*). On entend par mariage d'enfant « tout mariage dans lequel au moins l'un des conjoints est un enfant » – une personne âgée de moins de 18 ans. L'expression mariage précoce « renvoie aux mariages dans lesquels au moins l'un des conjoints est âgé de moins de 18 ans dans les pays où l'âge de la majorité est atteint avant le mariage ou au moment du mariage. L'expression mariage précoce peut également renvoyer à un mariage dans lequel les deux époux ont 18 ans ou plus, mais où d'autres facteurs font qu'ils ne sont pas prêts à consentir au mariage, notamment du fait de leur niveau de développement physique, émotionnel, sexuel et psychologique, ou par manque d'information sur les choix qui s'offrent à eux pour construire leur vie. » On entend par mariage forcé « tout mariage contracté sans le libre et plein consentement des deux parties dont l'une au moins n'est pas en mesure de mettre un terme au mariage ou de quitter son conjoint, y compris du fait de la contrainte ou de fortes pressions sociales ou familiales ».[2]

Maltraitance des enfants (*Child maltreatment*). « La maltraitance à enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir ».[3]

Abus sexuel commis sur un enfant (*Child sexual abuse*). On entend par abus sexuel commis sur un enfant « la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société. Les enfants peuvent être à la fois victimes de violence sexuelle exercée par des adultes et par d'autres enfants qui – du fait de leur âge ou de leur stade de développement – ont un lien de responsabilité, de confiance ou de pouvoir avec la victime ».[4]

---

[1] Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). L'adolescence, l'âge de tous les possibles : la situation des enfants dans le monde 2011, février 2011, ISBN : 978-92-806-4556-9 (http://www.unicef.org/french/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_FR_02092011.pdf, consulté le 6 août 2015).

[2] Assemblée générale des Nations Unies. Prévention et élimination des mariages d'enfants, des mariages précoces et des mariages forcés. Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme 2014. A/HRC/26/22 (http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session26/Documents/A-HRC-26-22_fr.doc, consulté le 13 août 2015).

[3] Organisation mondiale de la Santé (OMS), Global Status Report on Violence Prevention 2014, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/1/9789241564793_eng.pdf?ua=1&ua=1).

[4] OMS et International society for prevention of child abuse and neglect. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9789242594362_fre.pdf).

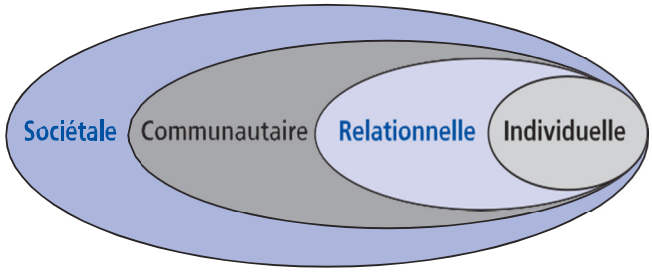
Services de santé complets (*Comprehensive health services*). On entend par services de santé complets des services de santé gérés de manière à offrir sans solution de continuité des services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement et de prise en charge, de réadaptation et de soins palliatifs, par les différents niveaux et sites de soins dans le cadre du système de santé, et conformément aux besoins tout au long de la vie.[1]

Éducation complète à la sexualité (*Comprehensive sexuality education*). L'éducation complète à la sexualité est « une approche adaptée à l'âge et culturellement adéquate de l'éducation à la sexualité et aux relations qui consiste à diffuser des informations scientifiquement exactes, réalistes et objectives ». Elle « donne l'occasion de réfléchir sur ses propres valeurs et attitudes et de renforcer ses compétences en prise de décisions, communication et réduction des risques, pour de nombreux aspects de la sexualité ».[2]

Châtiment(s) corporel(s) (*Corporal punishment*). Les châtiments corporels sont définis comme « tous châtiments impliquant l'usage de la force physique et visant à infliger un certain degré de douleur ou de désagrément, aussi léger soit-il. La plupart de ces châtiments donnent lieu à l'administration d'un coup (« tape », « gifle », « fessée ») à un enfant, avec la main ou à l'aide d'un instrument – fouet, baguette, ceinture, chaussure, cuillère de bois, etc. Ce type de châtiment peut aussi consister, par exemple, à donner un coup de pied, secouer ou projeter un enfant, le griffer, le pincer, le mordre, lui tirer les cheveux, lui « tirer les oreilles » ou bien encore à forcer un enfant à demeurer dans une position inconfortable, à lui infliger une brûlure, à l'ébouillanter ou à le forcer à ingérer quelque chose (par exemple laver la bouche d'un enfant avec du savon ou l'obliger à avaler des épices piquantes) ».[3]

Modèle écologique servant à comprendre la violence ***(Ecological model)***. Ce modèle comprend les facteurs de risque aux niveaux : a) individuel (par exemple les caractéristiques individuelles et l'histoire personnelle) ; b) des relations interpersonnelles (par exemple la dynamique et les caractéristiques familiales) ; c) communautaire (par exemple les normes communautaires, les taux de pauvreté et de criminalité) ; et d) sociétal (par exemple les normes sociales, l'existence de lois et de politiques et leur application).[4]

Modèle écologique servant à comprendre la violence



[1] Health systems strengthening glossary. World Health Organization (http://www.who.int/entity/healthsystems/Glossary_January2011.pdf).

[2] International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. Paris: UNESCO. 2009. (http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf, consulté le 9 novembre 2015).

[3] Convention relative aux droits de l'enfant. Observation générale N° 8. 2006. CRC/C/GC/8 (http://www1.umn.edu/humanrts/crc/French/general_comments/gc_8.html, consulté le 13 août 2015).

[4] *Rapport mondial sur la violence et la santé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf).

Maltraitance des personnes âgées (*Elder abuse*). La maltraitance des personnes âgées « consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales ; les violences matérielles et financières ; l'abandon ; la négligence ; l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect ».[1]

Fémicide (ou féminicide) (*Femicide*). « La définition généralement admise du fémicide est l'homicide volontaire d'une femme (...). [Il] est généralement commis par des hommes, mais il arrive parfois que des membres féminins de la famille soient impliqués. Le fémicide se distingue des homicides masculins par des particularités propres. Par exemple, la plupart des cas de fémicide sont commis par des partenaires ou des ex-partenaires, et sous-entendent des violences continuelles à la maison, des menaces ou des actes d'intimidation, des violences sexuelles ou des situations où les femmes ont moins de pouvoir ou moins de ressources que leur partenaire. »[2]

Violence fondée sur le sexe (*Gender-based violence*). On entend par violence fondée sur le sexe « la violence exercée contre une femme parce qu'elle est une femme ou qui touche spécialement la femme. Elle englobe les actes qui infligent des tourments ou des souffrances d'ordre physique, mental ou sexuel, la menace de tels actes, la contrainte ou autres privations de liberté ».[3]

Inégalité entre les sexes et discrimination à l'égard des femmes (*Gender inequality and discrimination*). L'expression « discrimination à l'égard des femmes » vise « toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe qui a pour effet ou pour but de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par les femmes, quel que soit leur état matrimonial, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel et civil ou dans tout autre domaine ».[4]

Égalité entre les sexes (ou égalité des sexes) (*Gender equality*). L'égalité entre les sexes se réfère à l'égalité des droits, des responsabilités et des opportunités des femmes et des hommes, des filles et des garçons. Elle n'implique pas la disparition des différences entre les deux sexes mais que les droits, les responsabilités et les opportunités ne dépendront pas du fait d'être né garçon ou fille. Elle implique aussi la prise en compte des intérêts, des besoins et des priorités des femmes et des hommes – ainsi que la reconnaissance de la diversité de différents groupes de femmes et d'hommes. L'égalité entre les sexes n'intéresse pas uniquement les femmes mais les deux sexes doivent se sentir pleinement concernés. L'égalité entre femmes et hommes est à la fois une question relevant des droits humains et une condition préalable et un indicateur du développement durable centré sur les personnes.[5] L'inégalité entre les sexes se réfère par conséquent à l'absence de ces droits, responsabilités et opportunités.

---

[1] Maltraitance des personnes âgées. Aide-mémoire N° 357, 2014 (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr/).

[2] Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes – Le fémicide. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/86253/1/WHO_RHR_12.38_fre.pdf?ua=1).

[3] Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Recommandation générale N° 19 (1992) (http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-fr.htm).

[4] Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, article premier, 1979 (http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/fconvention.htm).

[5] OSAGI. Gender Mainstreaming: Strategy For Promoting Gender Equality. 2001 (http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/factsheet1.pdf).

Pratiques préjudiciables (*Harmful practices*). « Les pratiques préjudiciables sont des pratiques et des comportements persistants enracinés dans la discrimination fondée notamment sur le sexe, l'âge et d'autres considérations ainsi que des formes multiples ou intimement liées de discrimination qui s'accompagnent souvent de violences et causent un préjudice physique ou psychosocial ou des souffrances. Le préjudice que ces pratiques causent aux victimes va au-delà des conséquences physiques et mentales immédiates et a souvent pour but ou effet de compromettre la reconnaissance, la jouissance et l'exercice des droits de l'homme et des libertés fondamentales des femmes et des enfants. Ces pratiques ont également une incidence négative sur leur dignité, leur intégrité physique, psychosociale et morale, leur développement, leur participation à la société, leur santé, leur éducation et leur condition économique et sociale. »[1]

Secteur sanitaire (ou secteur de la santé) (*Health sector*). Le secteur sanitaire « comprend les services de santé publics et privés organisés (y compris la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le diagnostic, le traitement et les soins, les politiques et les activités des services sanitaires et des ministères de la santé, les organisations non gouvernementales et les groupes communautaires s'intéressant à la santé, et les associations professionnelles ».[2]

Système de santé (*Health system*). Le système de santé se réfère i) à l'ensemble des activités ayant pour objectif prioritaire de promouvoir, rétablir et/ou maintenir la santé ; ii) les personnes, institutions et ressources réunies conformément à des politiques établies pour améliorer la santé de la population desservie, en répondant à ses aspirations légitimes et en la protégeant face aux coûts liés aux problèmes de santé par différentes activités visant avant tout à améliorer la santé.[3]

Personnel de santé (ou agents de santé) (*Health workers*). Le personnel de santé est défini comme « l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé ».[4]

Violence interpersonnelle (*Interpersonal violence*). La violence interpersonnelle, qu'il faut distinguer de la violence auto-infligée et de la violence collective, se divise en deux catégories : la violence entre membres d'une famille et entre partenaires intimes, et la violence communautaire. Elle englobe les formes de violence tout au long de la vie, comme la maltraitance des enfants, la violence exercée par le partenaire intime, la maltraitance des personnes âgées ou des membres de la famille, la violence des jeunes, les actes de violence commis au hasard, les viols et les agressions sexuelles ainsi que la violence en milieu institutionnel – par exemple à l'école, au travail, dans les prisons ou les maisons de retraite.[5]

---

[1] Recommandation générale/observation générale conjointe N° 31 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et N° 18 du Comité des droits de l'enfant sur les pratiques préjudiciables, 2014, CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18 (http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRiCAqhKb7yhsldCrOlUTvLRFDjh6%2fx1pWB%2fCwaXyGnWUrr9tw8Oba%2bivtzAFOVaSi92u9iEkn866XJ4Yg0q7L3%2f8dxqFZFqORPrJz4eSHd3JOZcxrwMUW3mI0k6dVaOPRgt6zdcqK5tZw%3d%3d, consulté le 10 novembre 2015).

[2] Health Promotion Glossary. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1998, WHO/HPR/HEP/98.1 (http://www.who.int/entity/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1).

[3] WHO. Health systems strengthening glossary. 2011 (http://www.who.int/entity/healthsystems/Glossary_January2011.pdf, consulté le 19 août 2015).

[4] *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé.* Organisation mondiale de la Santé, Genève (http://www.who.int/whr/2006/06_chap1_fr.pdf?ua=1).

[5] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (sous la direction de). *Rapport mondial sur la violence et la santé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf).

Violence exercée par le partenaire intime (*Intimate partner violence*). La violence exercée par le partenaire intime se réfère au comportement d'un partenaire intime ou d'un ancien partenaire provoquant un préjudice physique, sexuel ou psychologique, notamment l'agression physique, les rapports sexuels sous la contrainte, les sévices psychologiques et les comportements dominateurs.[1]

Partenaire intime (*Intimate partner*). On entend par partenaire intime, le conjoint, le compagnon, l'ami ou l'amant actuel ou un précédent conjoint. La définition varie selon les situations et s'étend aux partenariats officiels, comme le mariage, ainsi qu'aux partenariats informels – cohabitation, rencontres et rapports sexuels hors mariage. Dans certains contextes, les partenaires intimes ont tendance à être mariés alors qu'ailleurs l'union libre est plus courante.[2]

Approche prenant en compte toutes les étapes de la vie ou optique de la trajectoire de vie (*Life-course approach*). Cette optique cherche « à déterminer dans quelle mesure les influences exercées au cours des premières années de la vie constituent des facteurs de risque pour des comportements liés à la santé ou des problèmes de santé ultérieurs ». « Adopter une telle perspective aide donc à cerner les facteurs de risque précoces aussi bien que le moment idéal pour intervenir en appliquant une méthode de prévention primaire. »[3]

Riposte multisectorielle (*Multi-sectoral response*). Une riposte multisectorielle « suppose une coordination intersectorielle des ressources et des initiatives, en collaboration avec les institutions de l'État et la société civile ». « Un cadre intégré prévoit la fourniture d'un certain nombre de services de santé, de protection et juridiques indispensables aux victimes de la violence et qui ne peuvent pas être livrés par un seul secteur ou une seule action. L'approche intégrée renforce les activités de mobilisation, intensifie à terme la collaboration intersectorielle, améliore l'efficacité et la portée des services et des activités de prévention ; et utilise au mieux la compétence technique, les ressources et les investissements consentis à cette fin. »[4]

Soins de santé primaires (*Primary health care*). Les soins de santé primaires « sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant

[1] OMS. La violence à l'encontre des femmes. Violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes. Aide-mémoire N° 239. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2014 (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/#).

[2] Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf, consulté le 19 février 2015).

[3] Prévenir la violence exercée par le partenaire intime et la violence sexuelle contre les femmes. Intervenir et produire des données. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75201/1/9789242564006_fre.pdf).

[4] Adopter des politiques holistiques et multisectorielles et des plans d'action nationaux. Centre virtuel de connaissances pour mettre fin à la violence contre les femmes et les filles (http://www.endvawnow.org/fr/articles/316-adopter-des-politiques-holistiques-et-multisectorielles-et-des-plans-dactions-nationaux.html).

le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ».[1]

Prévention de la violence fondée sur une approche de santé publique (*Public health approach to violence prevention*). Cette approche comporte quatre étapes : définition et suivi du problème ; détermination des facteurs de risque et de protection ; élaboration et mise à l'épreuve de stratégies de prévention et de riposte ; et appui à une adoption de grande envergure.[2]

Violence sexuelle (*Sexual violence*). La violence sexuelle s'entend de « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte. La violence sexuelle comprend le viol, qui se définit comme un acte de pénétration de la vulve ou de l'anus imposé notamment par la force physique, en utilisant un pénis, d'autres parties du corps ou un objet ».[3]

Survivant/victime (*Survivor/victim*). Ces termes se réfèrent à des personnes affectées par des actes de violence ou qui les ont subies. En matière de violence à l'égard des femmes, on préfère généralement le terme de survivant qui traduit l'idée selon laquelle la femme touchée par la violence a des moyens d'agir et n'est pas une simple « victime » passive lorsqu'elle y est confrontée. La justice pénale utilise en revanche le terme de victime. Aux fins du présent document, les deux termes sont considérés comme interchangeables.

Groupes vulnérables (*Vulnerable groups*). Les groupes vulnérables sont des groupes confrontés à une probabilité disproportionnée d'être exposés à différents types de violence ou de les subir en raison de l'exclusion sociale, de la marginalisation, de la stigmatisation et de formes de discrimination multiples.

Violence à l'égard des enfants (*Violence against children*). La violence à l'égard des enfants s'entend de tout acte de violence contre un garçon ou une fille âgé de moins de 18 ans. Elle englobe donc la maltraitance des enfants et se recoupe en partie avec la violence des jeunes. Les formes les plus fréquentes sont la maltraitance des enfants et la violence des jeunes.

Violence à l'égard des femmes (*Violence against women*). La violence à l'égard des femmes désigne « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ». Elle s'entend comme englobant, sans y être limitée : « la violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la famille, y compris les coups, les sévices sexuels infligés aux enfants de sexe féminin au foyer, les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme, la violence non conjugale, et la violence liée à l'exploitation ; la violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la collectivité, y compris le viol, les sévices sexuels, le harcèlement sexuel et l'intimidation au travail, dans les

[1] Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1978 (http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/).

[2] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (sous la direction de). *Rapport mondial sur la violence et la santé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf).

[3] OMS. La violence à l'encontre des femmes. Violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes. Aide-mémoire N° 239. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2014 (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/#).

établissements d'enseignement et ailleurs, le proxénétisme et la prostitution forcée ; la violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'État, où qu'elle s'exerce ».[1]

Violence à l'égard des femmes et des filles (*Violence against women and girls*). Cette expression se réfère à la violence contre les femmes définie ci-dessus et comprend aussi toutes les formes de violence contre les filles parce qu'elles sont des filles fondées sur l'inégalité entre les sexes (par exemple les pratiques préjudiciables, le mariage précoce, le mariage d'enfants et le mariage forcé), mettant l'accent sur le risque accru pour les femmes et les filles d'être exposées à la violence tout au long de la vie du fait de l'inégalité et des pratiques discriminatoires entre les sexes.

Violence des jeunes (*Youth violence*). La violence des jeunes s'entend de « la violence entre personnes âgées de 10 à 29 ans ».[2] Elle inclut toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs et se réfère à des actes généralement commis en dehors du foyer. Elle comprend des comportements néfastes qui peuvent commencer tôt et se poursuivre pendant l'âge adulte. Certains actes de violence – comme les agressions – peuvent entraîner des traumatismes graves, voire la mort. D'autres comme le harcèlement, les gifles ou les coups peuvent entraîner des préjudices davantage d'ordre affectif que physique.

[1] Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. A/RES/48/104, 1993 (http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104&Lang=F, consulté le 6 août 2015).

[2] Global status report on violence prevention 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/).

Appendice 2

Résolutions pertinentes, conclusions faisant l'objet d'un accord, observations générales et articles

Résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif

- WHA49.25 (1996) déclarant que la violence constitue l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde.[1]

- WHA50.19 (1997) concernant l'élaboration du plan d'action en vue de la mise au point d'une démarche scientifique de santé publique en matière de prévention de la violence.[2]

- EB95.R17 (1995) sur les opérations de secours d'urgence et d'aide humanitaire priant l'OMS de préconiser la prise en charge des séquelles sanitaires des traumatismes subis en cas de violence collective.[3]

- WHA56.24 (2003) sur la mise en œuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé* de l'OMS de 2002.[4]

- WHA57.12 (2004) sur la stratégie mondiale de santé génésique dans laquelle la violence à l'égard des femmes est considérée comme l'une des principales formes d'inégalité entre les sexes à combattre pour assurer la santé sexuelle et génésique.[5]

- WHA60.25 (2007) sur la stratégie mondiale pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS.[6]

- WHA61.16 (2008) sur l'élimination des mutilations sexuelles féminines, invitant instamment les pays à améliorer la santé, notamment la santé sexuelle et génésique, afin d'aider les femmes et les filles victimes de ces formes de violence.[7]

- WHA63.13 (2010) sur la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.[8]

- WHA66.8 (2013) sur le Plan d'action mondial pour la santé mentale 2013-2020.[9]

[1] Disponible à l'adresse : http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_fre.pdf.

[2] Document WHA50/1997/REC/1, résolution WHA50.19 Prévention de la violence.

[3] Document EB95/1995/REC/1, résolution EB95.17 Opérations de secours d'urgence et d'aide humanitaire.

[4] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/gb/archive/f/f_wha56.

[5] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R1-fr-res.pdf.

[6] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/F/reso-60-fr.pdf.

[7] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part2-fr.pdf.

[8] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-fr-reso.pdf.

[9] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-fr.pdf#page=35.

- WHA66.9 (2013) contenant notamment un appel pour l'élaboration d'un plan mondial d'action relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées.[1,2]

Résolutions et documents consensuels

- Travaux de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la violence à l'égard des femmes[3]
  - Résolution 67/144 (2012) Intensification de l'action menée pour éliminer toutes les formes de *violence* à l'égard des *femmes*[4]
  - Résolution 69/147 (2014) Intensification de l'action menée pour éliminer toutes les formes de *violence* à l'égard des *femmes et des filles*[5]
- Commission de la condition de la femme
  - CSW 57 – conclusions concertées 2013[6]
  - CSW 51 – conclusions concertées 2011[7]
  - CSW 42 – conclusions concertées 1998[8]
- Conférence internationale sur la population et le développement (Programme d'action de la CIPD, 1994) et ensemble des résultats de son examen, comme suit :[9]
  - Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (2014)[10]
  - Résolution 2000/1 Population, parité et développement (2000)[11]

---

[1] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-fr.pdf#page=35.

[2] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-fr.pdf#page=54.

[3] Disponible à l'adresse : http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/v-work-ga.htm.

[4] Disponible à l'adresse : http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/144 h.

[5] Disponible à l'adresse : http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/147.

[6] Disponible à l'adresse : http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw57/CSW57_Agreed_Conclusions_%28CSW_report_excerpt%29_F.pdf.

[7] Disponible à l'adresse : http://www.unwomen.org/~/media/headquarters/attachments/sections/csw/51/csw51_f_final.pdf?v=1&d=20141222T181109.

[8] Disponible à l'adresse : http://www.unwomen.org/~/media/headquarters/attachments/sections/csw/42/csw42_i_f_final.pdf.

[9] Disponible à l'adresse : www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_fre.pdf.

[10] Disponible à l'adresse : https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/key_actions_fr.pdf.

[11] Disponible dans le rapport de la trente-troisième session de la Commission de la population et du développement, E/2000/25.

- Résolution 2005/2 Contribution de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, sous tous ses aspects, à la réalisation des objectifs de développement convenus au plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire (2005)[1]

- Résolution 2006/2 Migrations internationales et développement (2006)[2]

- Résolution 2009/1 Contribution du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement aux objectifs de développement convenus au niveau international, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement (2009)[3]

- Résolution 2010/1 Santé, morbidité, mortalité et développement (2010)[4]

- Résolution 2011/1 Fécondité, santé procréative et développement (2011)[5]

- Résolution 2012/1 Les adolescents et les jeunes (2012)[6]

- Résolution 2014/1 Évaluation de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (2014)[7]

- Résolution 65/277 (2011) de l'Assemblée générale des Nations Unies, Déclaration politique sur le VIH/sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida[8]

- Déclaration et Programme d'action de Beijing (1995)[9]

[1] Disponible dans le rapport de la trente-huitième session de la Commission de la population et du développement, E/2005/25.

[2] Disponible dans le rapport de la trente-neuvième session de la Commission de la population et du développement, E/2006/25.

[3] Disponible dans le rapport de la quarante-deuxième session de la Commission de la population et du développement, E/2009/25.

[4] Disponible dans le rapport de la quarante-troisième session de la Commission de la population et du développement, E/2010/25.

[5] Disponible dans le rapport de la quarante-quatrième session de la Commission de la population et du développement, E/2011/25.

[6] Disponible dans le rapport de la quarante-cinquième session de la Commission de la population et du développement, E/2012/25.

[7] Disponible à l'adresse : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/2014/25&referer=/english/&Lang=F.

[8] Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/fr/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2011highlevelmeetingonaids.

[9] Disponible à l'adresse : http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf.

- Résolution 7/24 du Conseil des droits de l'homme, L'élimination de la violence contre les femmes (2008)[1]

- Résolution 23/25 du Conseil des droits de l'homme, Intensification de l'action menée pour éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes : prévenir et lutter contre le viol et les autres formes de violence sexuelle (2013)[2]

Conventions, documents et instruments des Nations Unies

- Déclaration universelle des droits de l'homme (1948)[3]

- Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966)[4]

- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966)[5]

- Convention sur le *consentement* au *mariage*, l'âge minimum du *mariage* et l'enregistrement des mariages (1962)[6]

- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979)[7]

- Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1999)[8]

- Déclaration sur la protection des femmes et des enfants en période d'urgence et de conflit armé (1974)[9]

- Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (2000)[10]

[1] Disponible à l'adresse : http://ap.ohchr.org/Documents/F/HRC/resolutions/A_HRC_RES_7_24.pdf.

[2] Disponible à l'adresse : http://daccess-ods.un.org/TMP/369859.784841537.html.

[3] Disponible à l'adresse : http://www.un.org/fr/documents/udhr/.

[4] Disponible à l'adresse : http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx.

[5] Disponible à l'adresse : http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx.

[6] Disponible à l'adresse : http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MinimumAgeForMarriage.aspx.

[7] Disponible à l'adresse : http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/fconvention.htm.

[8] Disponible à l'adresse : http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N99/774/74/PDF/N9977474.pdf?OpenElement.

[9] Disponible à l'adresse : http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ProtectionOfWomenAndChildren.aspx.

[10] Disponible à l'adresse : https://treaties.un.org/pages/viewdetails.aspx?src=ind&mtdsg_no=xviii-12-a&chapter=18&lang=fr&clang=_fr.

- Principes et directives concernant les droits de l'homme et la traite des êtres humains (2002)[1]
- Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui (1949)[2]
- Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (A/RES/48/104, 1993)[3]
- Convention de Genève relative à la protection des civils en temps de guerre (1949)[4]
- Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 et relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux (Protocole II) (1977)[5]
- Convention relative aux droits de l'enfant (1989)[6]
    - Article 19 : Le droit de l'enfant à ne subir aucune forme de violence (CRC/C/GC/13, 2011) se réfère au droit des garçons et des filles jusqu'à l'âge de 18 ans à ne faire l'objet d'aucun type de violence
    - Article 24 : Le droit de l'enfant à la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre (CRC/C/GC/15, 2013) se réfère explicitement au droit de ne pas subir de violence

Observations générales et recommandations des Nations Unies

- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979)[7]
    - Recommandation générale N° 24 (1999)[8]
    - Recommandation générale N° 12 (1989)[9]
    - Recommandation générale N° 19 (1992)[10]

[1] Disponible à l'adresse : http://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?Open&DS=E/2002/68/Add.1&Lang=E.

[2] Disponible à l'adresse : http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/TrafficInPersons.aspx.

[3] Disponible à l'adresse : http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50ac967d2.

[4] Disponible à l'adresse : http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ProtectionOfCivilianPersons.aspx.

[5] Disponible à l'adresse : http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ProtocolII.aspx.

[6] Disponible à l'adresse : http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx.

[7] Disponible à l'adresse : http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx.

[8] Disponible à l'adresse : http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-fr.htm#recom24.

[9] Disponible à l'adresse : http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-fr.htm#recom12.

[10] Disponible à l'adresse : http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-fr.htm#recom19.

- Convention relative aux droits de l'enfant
    - Observation générale N° 13 (2011)[1]
- Comité des droits économiques, sociaux et culturels
    - Article 12, Observation générale N° 14 (2000)[2]

Instruments régionaux

- Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul) (2011)[3]
- Convention du Conseil de l'Europe sur la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels (Convention de Lanzarote) (2007)[4]
- Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (2003)[5]
- Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'éradication de la violence contre la femme (Convention de Belém do Pará) (1994)[6]
- Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes dans la région de l'ANASE (2004)[7]
- Stratégie arabe de lutte contre la violence à l'égard des femmes 2011-2020 (2011)[8]

[1] Disponible à l'adresse : http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_fr.pdf.

[2] Disponible à l'adresse : http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28symbol%29/E.C.12.2000.4.Fr?OpenDocument.

[3] Disponible à l'adresse : http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?CL=FRE&NT=210.

[4] Disponible à l'adresse : http://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168046e1e2.

[5] Disponible à l'adresse : http://www.achpr.org/fr/instruments/women-protocol/.

[6] Disponible à l'adresse : https://www.oas.org/en/mesecvi/docs/BelemDoPara-FRANCAIS.pdf.

[7] Disponible à l'adresse : http://www.asean.org/communities/asean-political-security-community/item/declaration-on-the-elimination-of-violence-against-women-in-the-asean-region-2.

[8] Disponible à l'adresse : http://www.arabwomenorg.org/Content/Publications/VAWENG.pdf.

Appendice 3

Précisions sur les travaux entrepris par le Secrétariat de l'OMS

1. Le Secrétariat de l'OMS a établi plusieurs documents et outils d'orientation, y compris des programmes de formation et plusieurs documents faisant le point de la situation concernant la lutte contre la violence interpersonnelle. On trouvera une liste complète à l'appendice 4.

2. Le Secrétariat s'efforce de combler de différentes manières les lacunes définies dans la riposte des systèmes de santé à **la violence à l'égard des femmes et des filles**. Pour aider les États Membres souhaitant entreprendre des enquêtes nationales sur la violence contre les femmes, l'OMS a mis au point et fourni les outils et la méthodologie nécessaires en vue de l'étude multipays de l'OMS sur la santé de la femme et la violence domestique à l'égard des femmes, considérée comme la référence pour mesurer l'ampleur du phénomène (*4*). Il a également compilé et publié des estimations mondiales et régionales de la violence contre les femmes sur la base des données de prévalence de la violence due au partenaire intime et de la violence sexuelle provenant de quelque 80 pays (*3*). Ces données disponibles sur l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS seront régulièrement actualisées.[1] Le Secrétariat a publié différents instruments et lignes directrices visant à définir des interventions préventives efficaces et à orienter les États Membres en vue d'un renforcement de la riposte de leur système de santé à la violence à l'égard des femmes, notamment en ce qui concerne la violence sexuelle et les soins de santé aux survivants en cas de crise humanitaire (voir l'appendice 4). Il aide les ministères de la santé à renforcer les capacités en faveur d'une démarche de santé publique pour prévenir et combattre la violence à l'égard des femmes et aide les États Membres à mettre en place ou actualiser des protocoles et des directives nationaux de lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles. En matière humanitaire, le Secrétariat appuie l'utilisation des outils dans le cadre de son rôle de chef de file du groupe de responsabilité sectorielle santé pour la riposte des systèmes humanitaires.

3. Le Secrétariat de l'OMS recueille des données sur **la maltraitance des enfants** et a résumé les informations disponibles sur les interventions efficaces de prévention de la maltraitance en leur assurant une large diffusion. L'OMS a publié en 2006 le Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données,[2] qui est devenu un ouvrage de référence pour les responsables politiques et les praticiens. L'OMS a aussi élaboré et appliqué un questionnaire international pour mesurer les expériences négatives pendant l'enfance, y compris la maltraitance, dans une douzaine de pays. Le Secrétariat met actuellement à l'épreuve une série de programmes de formation parentale à faible coût visant à prévenir la maltraitance de l'enfant. Il a élaboré un bref cours sur la prévention de la maltraitance des enfants qui a servi à la formation des responsables politiques et des praticiens dans divers pays. Il apporte aussi aux États Membres un appui à l'élaboration de politiques et d'interventions efficaces pour prévenir la maltraitance des enfants, notamment en les aidant à évaluer leur niveau de préparation en vue de la mise au point et du renforcement des programmes de prévention.

4. En partenariat avec l'UNESCO, le Secrétariat a publié des recommandations sur la façon d'aborder la violence à l'école en vue de la promotion de la santé. En partenariat avec les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique, il coordonne l'enquête mondiale

[1] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/gho/data/node.main.SEXVIOLENCE.

[2] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43686/1/9789242594362_fre.pdf.

en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS).[1] Le Secrétariat a collaboré avec divers États Membres à revenu faible ou intermédiaire pour mettre au point une riposte politique complète face à la violence interpersonnelle, principalement axée sur la violence des jeunes. Il établit actuellement une vue d'ensemble des solutions de prévention de la violence des jeunes qui ont fait leurs preuves.

5. Dans le domaine de **la maltraitance des personnes âgées**, l'OMS cherche à promouvoir le recours aux approches fondées sur des bases factuelles pour mieux comprendre l'ampleur, les causes et les conséquences du phénomène, déterminer les solutions probantes et atténuer les préjudices subis par les survivants/victimes.

6. Le Secrétariat a mis en place différents partenariats et initiatives en participant à certains d'entre eux, notamment à l'Initiative pour la recherche sur les violences sexuelles, Together for Girls, la lutte des Nations Unies contre les violences sexuelles commises en période de conflit et l'Alliance pour la prévention de la violence (voir l'appendice 5).

[1] Disponible à l'adresse : http://www.who.int/chp/gshs/en/.

Appendice 4

LISTE DES PUBLICATIONS PERTINENTES DU SECRÉTARIAT DE L'OMS

Violence à l'égard des femmes et des filles

- Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence (2014)[1]
- Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire (2013)[2]
- WHO clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women (2013)[3]
- Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries (PAHO, 2013)[4]
- Trois publications de 2012 sur les soins de santé mentale et l'appui psychosocial aux survivants d'actes de violence sexuelle (2012)[5]
- Prévenir la violence exercée par le partenaire intime et la violence sexuelle contre les femmes. Intervenir et produire des données (OMS et London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010)[6]
- Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. Premiers résultats (2005)[7]
- Gestion clinique des victimes de viol. Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays (2005)[8]
- Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence (2003)[9]

[1] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf.

[2] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85242/1/WHO_RHR_HRP_13.06_fre.pdf.

[3] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf.

[4] Disponible à l'adresse : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8175&Itemid=1519&lang=en.

[5] Disponible à l'adresse : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_16/fr/ ; http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_17/fr/ ; http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_18/fr/.

[6] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75201/1/9789242564006_fre.pdf.

[7] Disponible à l'adresse : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9241593512/fr/.

[8] Disponible à l'adresse : http://www.who.int/hac/network/interagency/news/manual_rape_survivors/en/.

[9] Disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf.

- Gestion clinique des victimes de viol. Programme d'auto-apprentissage interactif (OMS, UNFPA et UNHCR, 2009)[1]

- Violence and injury prevention short course: Preventing intimate partner and sexual violence against women[2]

Maltraitance des enfants

- Rapport européen sur la prévention de la maltraitance des enfants (OMS Europe, 2013)[3]

- Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données (OMS et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006)[4]

- Violence and injury prevention short course: Child maltreatment prevention[5]

Violence interpersonnelle

- *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde (2014)*[6]

- Prévention de la violence : les faits (2010)[7]

- La prévention des traumatismes et de la violence : guide à l'intention des ministères de la santé (2007)[8]

- Developing policies to prevent injuries and violence (2006)[9]

- Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence (2004)[10]

- Lignes directrices pour les soins essentiels en traumatologie (2004)[11]

[1] Disponible à l'adresse : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/fr/.

[2] Disponible à l'adresse : http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/courses/intimate_partner_violence/en/.

[3] Disponible à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/242164/e96928f.pdf?ua=1.

[4] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43686/1/9789242594362_fre.pdf.

[5] Disponible à l'adresse : http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/courses/child_maltreatment/en/.

[6] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145088/1/WHO_NMH_NVI_14.2_fre.pdf?ua=1&ua=1.

[7] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92490/1/9789242500844_fre.pdf.

[8] Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43732/1/9789242595253_fre.pdf.

[9] Disponible à l'adresse : http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf.

[10] Disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546484.pdf.

[11] Disponible à l'adresse : http://who.int/violence_injury_prevention/publications/services/guidelines_fr.pdf.

- Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health (2004)[1]

- Rapport mondial sur la violence et la santé (2002)[2]

Violence des jeunes

- Preventing youth violence: an overview of the evidence[3]

- European report on preventing youth violence and knife crime among young people (WHO Europe, 2010)[4]

Maltraitance des personnes âgées

- European report on preventing elder maltreatment[5]

- A global response to elder abuse and neglect. Building primary health care capacity (2008)[6]

- Missing voices: views of older persons on elder abuse. A study from eight countries: Argentina, Austria, Brazil, Canada, India, Kenya, Lebanon and Sweden[7]

[1] Disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf.

[2] Disponible à l'adresse : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf.

[3] À partir du 22 septembre 2015, disponible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181008/1/9789241509251_eng.pdf?ua=1.

[4] Disponible à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/121314/E94277.pdf.

[5] Disponible à l'adresse : http://www.fcho.ch/sites/default/files/contenu/projets/DrMikton%20%20conf%2027-3-2012.pdf.

[6] Disponible à l'adresse : http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf.

[7] Disponible à l'adresse : http://www.who.int/ageing/publications/missing_voices/en/.

Appendice 5

Participation du Secrétariat de l'OMS à des partenariats et initiatives liés au problème de la violence

Essential Services for Violence Against Women and Girls (Services essentiels pour les femmes et les filles victimes de la violence) est une initiative commune des Nations Unies menée par l'ONU-Femmes et l'UNFPA, en partenariat avec l'OMS, le PNUD et l'ONUDC pour les différents aspects abordés. En tant que partenaire de la composante santé, l'OMS a fourni des lignes directrices et des outils sur la riposte sanitaire à la violence contre les femmes qui seront appliqués dans le cadre de l'initiative.

L'Initiative pour la recherche sur les violences sexuelles (SVRI) est un réseau visant à faire connaître les violences sexuelles comme problème de santé publique et à mettre en place, appuyer et renforcer les capacités de recherche dans ce domaine. Membre fondateur de l'initiative, l'OMS en a hébergé le secrétariat pendant les trois premières années, avant son transfert au South African Medical Research Council à la suite d'un appel d'offres. L'OMS reste membre du groupe de coordination dont elle assure actuellement la coprésidence.

Together for Girls (TfG) est un partenariat public-privé visant à mettre un terme à la violence à l'égard des enfants et plus particulièrement à la violence sexuelle contre les filles. Le partenariat regroupe cinq organismes du système des Nations Unies (l'UNICEF, l'ONUSIDA, l'ONU-Femmes, l'OMS et l'UNFPA) ainsi que le Gouvernement des États-Unis d'Amérique, le Gouvernement canadien et le secteur privé. Le partenariat a appuyé dans plusieurs pays des enquêtes sur la violence contre les enfants dans la population (Violence Against Children Surveys – VACS) qui ont recueilli des données complètes sur l'ampleur du phénomène et les conséquences de la violence en vue de l'élaboration des politiques nationales futures sur la question.

L'action des Nations Unies contre les violences sexuelles commises en période de conflit associe 13 organismes des Nations Unies à la lutte contre les violences sexuelles en période de conflit, en cherchant à renforcer la riposte à ces violences et à offrir une réponse plus cohérente au problème. L'OMS est le chef de file du pilier de l'initiative sur les connaissances et contribue aux efforts en produisant des données et en apportant une orientation normative.

L'Alliance pour la prévention de la violence est un réseau d'États Membres de l'OMS, d'organisations internationales et d'organisations de la société civile qui vise à prévenir la violence interpersonnelle. Les participants suivent une démarche de santé publique fondée sur des bases factuelles qui cible les facteurs de risque de violence et cherche à promouvoir la coopération multisectorielle.

Appendice 6

Liens entre le Plan d'action mondial et les objectifs et cibles de développement durable

Objectifs de développement durable	Description	Liens avec le plan d'action
Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge		
Cible 3.4	D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être.	La promotion de la santé mentale et du bien-être et la fourniture de soins de santé mentale sont reconnus comme indispensables pour prévenir et combattre les différentes formes de violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants.
Cible 3.5	Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool.	L'usage nocif de l'alcool est un facteur de risque dans le cas de la plupart des formes de violence interpersonnelle et les efforts de prévention à cet égard contribueront donc à la prévention de la violence. L'exposition à la violence du partenaire intime et la violence sexuelle contre les femmes, la maltraitance des enfants et la violence des jeunes augmentent la probabilité de l'abus de substances psychoactives et de l'alcool : la prévention de ces formes de violence peut donc réduire l'abus de ces substances et l'usage nocif de l'alcool.
Cible 3.7	D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.	Reconnaissant les conséquences pour la santé sexuelle et génésique, de la violence à l'égard des femmes et des filles, le plan propose d'utiliser les services offerts dans ce domaine comme point d'entrée de l'intégration de services concernant la violence à leur égard et d'inclure la violence contre les femmes dans les stratégies et programmes nationaux de santé génésique.
Cible 3.8	Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.	Le principe de la couverture sanitaire universelle est un principe de base de la fourniture de services de santé aux survivants/victimes de la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles, qui souligne l'importance de la protection financière, et de la fourniture de services essentiels de qualité pour la prise en charge des conséquences sanitaires de cette violence.
Objectif 4 : Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie		
Cible 4.2	D'ici à 2030, faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons aient accès à des activités de développement et de soins de la petite enfance et à une éducation préscolaire de qualité qui les préparent à suivre un enseignement primaire.	Un développement et des soins du jeune enfant de qualité ainsi qu'une bonne éducation préalable constituent une protection contre la violence lorsque garçons et filles deviennent plus âgés.

Objectifs de développement durable	**Description**	**Liens avec le plan d'action**
Cible 4.7	D'ici à 2030, faire en sorte que tous les élèves acquièrent les connaissances et compétences nécessaires pour promouvoir le développement durable, notamment par l'éducation en faveur du développement et de modes de vie durables, des droits de l'homme, de l'égalité des sexes, de la promotion d'une culture de paix et de non-violence, de la citoyenneté mondiale et de l'appréciation de la diversité culturelle et de la contribution de la culture au développement durable.	Le plan reconnaît que le système de santé doit mener une action de sensibilisation auprès du secteur de l'éducation et l'aider à mettre en place une éducation complète à la sexualité et à doter les élèves de compétences sociales et pratiques en mettant l'accent sur des rapports non abusifs, respectueux et fondés sur le respect mutuel qui permettent d'entretenir des relations positives et d'empêcher toutes les formes de violence plus tard dans la vie.
Cible 4a	Faire construire des établissements scolaires qui soient adaptés aux enfants, aux personnes handicapées et aux deux sexes ou adapter les établissements existants à cette fin et fournir un cadre d'apprentissage effectif qui soit sûr, exempt de violence et accessible à tous.	Garçons et filles sont exposés à la violence des pairs – bagarres, harcèlement – en milieu scolaire et dans certains cas le personnel enseignant a recours à des moyens violents pour maintenir l'ordre et faire régner la discipline.
Objectif 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles		
Cible 5.2	Éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation.	Le plan reconnaît que le système de santé doit collaborer avec les autres secteurs pour aborder le problème de la violence à l'égard des femmes et des filles du point de vue de la santé publique. Il prévoit des interventions reposant sur des bases factuelles contribuant à la prévention et à la riposte, dans le cadre du système de santé et tous secteurs confondus.
Cible 5.3	Éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine.	Le plan considère le mariage d'enfants et le mariage précoce ou forcé ainsi que les mutilations sexuelles féminines comme des pratiques préjudiciables aux femmes et aux filles que le système de santé doit combattre en priorité dans le cadre de la prévention et de la riposte.
Cible 5.6	Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi.	Le plan reconnaît la promotion de tous les droits humains notamment les droits liés à la santé sexuelle et génésique comme un aspect fondamental de la prévention et de la riposte concernant la violence à l'égard des femmes et des filles, sur la base des mesures prévues dans le plan d'action de la CIPD et le chapitre du Programme d'action de Beijing sur la violence contre les femmes.

Objectifs de développement durable	Description	Liens avec le plan d'action
Objectif 11 : Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables		
Cible 11.7	D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, en particulier des femmes et des enfants, des personnes âgées et des personnes handicapées, à des espaces verts et des espaces publics sûrs.	Le plan reconnaît le risque d'une exposition, notamment celle des femmes et des filles, à la violence et au harcèlement sexuel dans les lieux publics.
Objectif 16 : Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes		
Cible 16.1	Réduire nettement, partout dans le monde, toutes les formes de violence et les taux de mortalité qui y sont associés.	Le plan vise à renforcer le rôle essentiel du système de santé dans la réduction de la violence interpersonnelle et l'atténuation des répercussions sanitaires et autres de cette violence, plus particulièrement pour les femmes, les filles et les enfants qui y sont exposés de façon disproportionnée.
Cible 16.2	Mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants.	Le plan considère la violence à l'égard des enfants comme une autre forme majeure de violence en plus de la violence contre les femmes. Il reconnaît que les filles sont particulièrement exposées à certaines formes de violence, notamment la traite en vue d'une exploitation sexuelle.
Cible 16.3	Promouvoir l'état de droit aux niveaux national et international et donner à tous accès à la justice dans des conditions d'égalité.	Le plan comprend des mesures visant à renforcer l'interface entre le secteur de la santé et ceux de la police et de la justice, notamment pour l'établissement des faits qui constitue un moyen essentiel de faciliter l'accès à la justice des survivants d'actes de violence, en particulier les femmes et les filles.

Appendice 7

Résumé des conséquences de la violence pour la santé

Groupe exposé à la violence et type de violence	**Conséquences sanitaires et socio-économiques**
1. Ensemble des victimes d'actes de violence	• Traumatismes physiques • Problèmes de santé mentale (par exemple dépression, anxiété, stress post-traumatique) • ↑ Suicides • ↑ Risque de maladies non transmissibles • Comportements néfastes pour la santé (par exemple consommation d'alcool et de drogue, tabagisme, auto-agression et comportements sexuels à risque) • ↓ Productivité • Coûts humains et économiques subis par les survivants, la famille et la société
2. Femmes et filles[1] a. Violence du fait du partenaire intime	*En plus des conséquences énumérées ci-dessus au point 1, problèmes de santé sexuelle et génésique (3) notamment grossesses non désirées, IST et VIH, interruptions de grossesses, y compris fausses couches et avortements provoqués, insuffisance pondérale du nouveau-né, prématurité, fistule gynécologique traumatique, syndrome douloureux chronique* • 2 X ↑ avortements provoqués • 1,5 X ↑ IST et VIH • 41 % ↑ Naissances prématurées • 16 % ↑ Insuffisance pondérale du nouveau-né • ↑ Mortalité infantile • Problèmes de développement et de comportement de l'enfant
b. Mutilations sexuelles féminines	• ↑ Dystocie et mortalité périnatale • Infections • Kystes et abcès • Fistule • Problèmes psychologiques et troubles de santé mentale • Dysfonctionnement sexuel
c. Mariage précoce	• Grossesse précoce et ↑ risque de mortalité et de morbidité périnatale et maternelle • ↓ Accès des filles à l'éducation et au savoir-faire nécessaire aux activités de subsistance • Isolement social
3. Enfants et adolescents	• ↑ Comportements préjudiciables à la santé • ↑ Problèmes de santé mentale et autres problèmes de santé • ↓ Niveau de formation et perspectives d'emploi futur • Perpétuation d'un cycle de violence intergénérations • ↑ Probabilité pour les filles de subir par la suite la violence exercée par le partenaire intime, la traite ou l'exploitation sexuelle • ↑ Probabilité pour les garçons d'être par la suite auteurs ou victimes d'actes de violence • Violence des jeunes : ↑ participation ultérieure à d'autres formes de violence en tant qu'auteurs ou victimes

[1] Organisation mondiale de la Santé (OMS), Genève, 2013. London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council 2013. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. (Résumé d'orientation en français : Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire).

Appendice 8

Victimes et auteurs de différents types d'actes de violence interpersonnelle – résumé des facteurs de risque[1] et des déterminants[2]

Groupe et type de violence	Facteurs de risque – victimes	Facteurs de risque – auteurs
1. Facteurs de niveau communautaire et sociétal courants affectant les différents types de violence interpersonnelle (Ces facteurs peuvent être exacerbés en situation de crise humanitaire, et notamment de conflits)	• Inégalité entre les sexes (par exemple normes de masculinité néfastes) • Taux élevés de violence et de criminalité dans la communauté • Pauvreté • Chômage • Facilité d'obtenir de la drogue, de l'alcool (par exemple forte densité des débits de boissons) et des armes (armes à feu, couteaux) • Faible niveau d'application des lois contre la violence	
2. Femmes et filles	Inégalité et discrimination entre les sexes affectant tous les types de violence à l'égard des femmes et des filles	
Violence exercée par le partenaire intime	• **Antécédents de maltraitance pendant l'enfance[3]** • Exposition pendant l'enfance à la violence exercée par le partenaire intime (en étant témoin d'actes de violence) • Éducation inférieure au niveau secondaire • Troubles mentaux et autres handicaps • Usage nocif de l'alcool par le partenaire • **Autorité/pouvoir exercé par l'homme sur la femme** • **Acceptation du recours à la violence contre des femmes qui transgressent les normes de comportement qui ont cours** • Absence de possibilités d'emploi pour les femmes • **Lois discriminatoires (par exemple concernant la propriété des terres et des biens, le mariage, le divorce, la garde des enfants)**	• **Antécédents de maltraitance ou de défaut de soins pendant l'enfance** • Exposition pendant l'enfance à la violence exercée par le partenaire intime (en étant témoin d'actes de violence) • Faible niveau de scolarité • Dépression • Abus d'alcool • **Comportements autoritaires** • **Attitudes peu respectueuses de l'équité entre les sexes** • **Disputes fréquentes avec le partenaire** • **Droits en matière sexuelle (par exemple antécédents de rapports sexuels transactionnels et de rapports avec des partenaires multiples)** • Participation à des actes de violence en dehors du foyer

[1] Les facteurs de protection ne font pas l'objet d'une présentation distincte. Ils correspondraient à des éléments inverses ou contraires aux facteurs de risque présentés dans ce tableau.

[2] Heise LL and Kotsadam. Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *Lancet Global Health.* 2015; 3(6): e332-e340.

[3] Les facteurs en caractères gras sont statistiquement significatifs ou contribuent le plus à expliquer les différents taux de violence exercée par le partenaire dans différents cadres géographiques.

Groupe et type de violence	Facteurs de risque – victimes	Facteurs de risque – auteurs
3. Enfants et adolescents		
Maltraitance des enfants	• Jeunes enfants • Soignants surchargés à cause des besoins particuliers	• Jeunes parents • Parents ayant à s'occuper de nombreux enfants • Méconnaissance du développement de l'enfant • Compétences parentales insuffisantes • Attitudes favorables à des mesures disciplinaires sévères • Parents ayant des antécédents de maltraitance • Présence au foyer d'une personne s'occupant d'un enfant sans lien biologique avec lui • Abus d'alcool ou de drogue • Troubles mentaux des personnes s'occupant d'enfants • Absence de relations étroites parents-enfants (par exemple faibles liens familiaux, vie familiale chaotique) • Violence exercée par le partenaire intime dans le même foyer
Violence entre pairs pendant l'adolescence (harcèlement, bagarres)		• Certains facteurs de risque analogues à ceux de la maltraitance des enfants • Problèmes comportementaux • Comportements antisociaux des pairs • Abus d'alcool et de drogue • Antécédents de violence

Appendice 9

Calendrier de l'élaboration du plan d'action mondial et procédure suivie

La procédure suivie dans l'élaboration du plan d'action mondial a été la suivante :

1. Le Secrétariat de l'OMS a constitué un groupe de travail interne restreint chargé de diriger et de coordonner l'élaboration de différents projets successifs du plan d'action et de faciliter les consultations.

2. Un premier document de réflexion paru en mars 2015 qui a servi de base à l'avant-projet de plan d'action (*projet zéro*) a réuni les contributions des membres du groupe de travail restreint, de représentants des autres départements concernés de l'Organisation et des conseillers régionaux des six Régions de l'OMS.

3. Le projet zéro a été soumis aux États Membres pour des consultations auxquelles ont été associés les ministères de la santé et les autres ministères concernés (chargés par exemple de l'égalité entre les sexes, de la justice et du développement de l'enfant), des groupes de la société civile, des associations professionnelles ainsi que les partenaires du système des Nations Unies et d'autres organisations bilatérales et multilatérales qui ont apporté leur contribution. Les consultations se sont déroulées de la manière suivante :

a. *Consultations régionales avec les États Membres :* Amériques (février 2015) ; Pacifique occidental et Asie du Sud-Est (avril 2015) ; Méditerranée orientale (avril 2015) ; Europe (mai 2015) ; Afrique (juillet 2015). Participants : en majorité les ministères de la santé et autres ministères concernés, des ONG ainsi que quelques experts et organismes des Nations Unies ;

b. *Consultations sur le Web :* d'avril au 4 juin 2015 – 48 contributions reçues, dont neuf provenant de ministères de la santé ;

c. *Consultations informelles* avec des ONG, des experts universitaires et des partenaires des Nations Unies et d'autres institutions multilatérales (3 juin 2015) – 40 participants ;

d. *Séance d'information informelle à l'intention des États Membres :* représentants des missions permanentes à Genève (4 juin 2015).

4. Sur la base des communications reçues à la suite des consultations, le projet zéro a été révisé et le deuxième document de réflexion contenant le premier projet de plan d'action mondial (« projet 1 ») a été publié le 31 août 2015.

5. En outre une version annotée du premier projet a été diffusée en vue de faciliter les discussions qui pourraient avoir lieu aux Comités régionaux en septembre et octobre 2015.

6. Le premier projet a été mis en ligne en vue d'une consultation sur le Web qui s'est tenue du 1er septembre au 23 octobre 2015, et 40 contributions ont été présentées, dont 10 provenant de ministères de la santé. Il a été présenté aux États Membres pour décision finale lors d'une réunion formelle des États Membres qui s'est tenue du 2 au 4 novembre 2015.

7. Sur la base des informations issues de la réunion formelle des États Membres de novembre 2015, un projet révisé (« projet 2 ») de plan d'action mondial (c'est-à-dire le présent document) a été établi à l'intention de la session du Conseil exécutif de janvier 2016 avant d'être soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé pour approbation et adoption en mai 2016.

Références

1. Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement : Rapport du Secrétaire général. New York, Nations Unies, 2014.

2. Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Social Science and Medicine.* 2010;70:1011-8.

3. Global status report on violence prevention 2014. Geneva, World Health Organization, 2014. (résumé d'orientation en français : *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde*).

4. García-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005 (Rapport succinct en français : Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. Premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes).

5. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes. Fiches d'information : le fémicide. Genève, OMS, 2012.

6. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age ageing.* 2008; 37(2):151-60.

7. Female Genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change. New York: United Nations Children's Fund; 2013.

8. Marrying too young: end child marriage. New York, United Nations Population Fund, 2012.

9. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, MJ B-K. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment.* 2011; 16(2):79-101.

10. UNODC. Global report on trafficking in persons 2012. United Nations, 2012 Contract No.: Sales No. E. 13.IV.1. (Résumé analytique en français : Rapport mondial sur la traite des personnes 2012).

11. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine.* 2015; 12(6).

12. WHO, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, et al. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement. Geneva, World Health Organization, 2014.

13. Gawryszewski VP, da Silva MM, Malta DC, Kegler SR, Mercy JA, Mascarenhas MD, et al. Violence-related injury in emergency departments in Brazil. *Revista Panamericana De Salud Publica-Pan American Journal of Public Health.* 2008; 24(6):400-8.

14. Injury prevention and control: data and statistics (WISQARSTM) Atlanta (GA): United States: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2014. Disponible à l'adresse http://www.cdc.gov/injury/WISQARS/, consulté le 20 août 2014.

15. Nicol A, Knowlton LM, Schuurman N, Matzopoulos R, Zargaran E, Cinnamon J, et al. Trauma surveillance in Cape Town, South Africa: an analysis of 9236 consecutive trauma center admissions. *Jama Surgery.* 2014; 149(6):549-56.

16. World Health Organization (WHO), London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, World Health Organization, 2013. (Résumé d'orientation en français : Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire).

17. Stockl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet.* 2013; 382(9895):859-65.

18. Global school-based health survey (GSHS) [Internet]. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/chp/gshs/en/.

19. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health system response to violence against women. *The Lancet,* 2014; 385(9977):1567-79.

20. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Child maltreatment 2: recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet.* 2009; 373(9658):167-80.

21. Finkelhor D, Lannen P, Quayle E. Optimus Study: A cross-national research initiative on protecting children and youth. Synthesis. Zurich: 2011.

22. La prévention des traumatismes et de la violence : guide à l'intention des ministères de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

23. Htun M, Weldon SL. The Civic Origins of Progressive Policy Change: Combating Violence against Women in Global Perspective, 1975–2005. *American Political Science Review.* 2012; 106(03):548-69.

24. Sexual health, human rights and the law. Geneva: WHO, 2015.

25. *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

26. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva, World Health Organization, 2015.

27. Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes. Abuja, Nigéria : Organisation de l'Unité africaine, OAU/SPS/ABUJA/3 (2001).

28. OCDE. Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement. Busan, Organisation de coopération et de développement économiques, 2011.

29. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva, World Health Organization, 2013.

30. World Health Organization (WHO), UN Women, United Nations Population Fund. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook (field testing version). Geneva, World Health Organization, 2013.

31. OMS, UNFPA, HCR. Gestion clinique des victimes de viol – Programme d'auto-apprentissage interactif. Genève, OMS, 2009.

32. Guidelines for integrating gender-based violence interventions in humanitarian action: reducing risk, promoting resilience and aiding recovery. New York: Inter-Agency Standing Committee; 2015.

33. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva, World Health Organization, 2003.

34. Convention relative aux droits de l'enfant. Observation générale N° 13 (2011).

35. OMS. Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

36. Observation générale N° 31 : La nature de l'obligation juridique générale imposée aux États Parties au Pacte, Comité des droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies, CCPR/C/21/Rev.1/Add.13 (2004).

37. Observation générale N° 2 : Application de l'article 2 par les États Parties, Comité contre la torture de l'Organisation des Nations Unies, CAT/C/GC/2 (2008).

38. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. New York, Assemblée générale des Nations Unies, A/RES/48/104 (1993).

= = =