



**Organisation
mondiale de la Santé**

**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**

Genève, 2-4 novembre 2015

A/VIO/INF./1

20 octobre 2015

**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**

**Deuxième document de réflexion daté du 31 août 2015
contenant le premier projet de plan d'action mondial**

SECTION 1. INTRODUCTION

1.1 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 enfants¹ 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 à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants dans les situations de crise humanitaire, notamment les conflits, 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 péremptoires 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 que ces types constituent une violation de leurs droits humains, ce qui fait 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 inexistantes 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).²

4. La violence à l'égard des enfants, 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.

¹ Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-fr.pdf#page=25.

² 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 (1).

5. C'est clairement aux autorités nationales 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 à l'intention des gouvernements nationaux, en suivant une approche de santé publique et en mettant l'accent sur le rôle du système de santé.

6. Les services de santé sont un point d'entrée 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 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 pays 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 génésiques 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 de l'Assemblée mondiale de la Santé, plans d'action et stratégies mondiaux, ainsi qu'à d'autres travaux de l'OMS (voir les annexes 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 – par exemple les traités, conventions, résolutions et déclarations pertinents de l'Assemblée générale des Nations Unies, du Conseil de sécurité et du Conseil des droits de l'homme entre autres. Il est également aligné sur plusieurs des objectifs et cibles proposés dans le cadre des objectifs de développement durable du programme pour l'après-2015 (voir l'annexe 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.

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

L'ampleur du problème

11. 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'étendue de certains types courants de violence au cours de la vie.

12. *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 d'autres membres de la famille (4) ;
- la violence sexuelle (y compris le viol) exercée par d'autres que le partenaire (connaissances, amis 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) ;
- le vitriolage ;
- le harcèlement sexuel à l'école, au travail et dans les lieux publics ainsi que, de plus en plus, sur Internet ou sur les réseaux sociaux.

13. 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).

14. *Violence à l'égard des filles.* Les filles, y compris les adolescentes, sont victimes de toutes les formes de maltraitance des enfants, ainsi que des formes spécifiques de violence 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 (7) ;

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. New York, Assemblée générale des Nations Unies, 1993, A/RES/48/104 (39).

- 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).

15. *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, une maltraitance affective et un défaut de soins ;
- les formes précoces de violence des jeunes¹ qui surviennent surtout entre eux pendant l'adolescence – harcèlement, bagarres, sévices sexuels et violence dans les relations/fréquentations.

16. *Liens et recoupements entre 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.

17. *Vulnérabilité disproportionnée dans certains contextes.* La violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants est exacerbée en situation de conflit, de crise humanitaire ou de déplacement de populations.

18. *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 sexuels et génésiques (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.

19. *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, de la marginalisation sociale et de multiples formes de discrimination dont ils font l'objet. Il s'agit notamment des personnes atteintes de handicap, notamment de troubles mentaux, des groupes autochtones, des minorités ethniques, des travailleurs du sexe, des minorités sexuelles, des personnes vivant avec le VIH, des migrants et des plus démunis.

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.

Conséquences pour la santé

20. 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.

21. Les femmes et les filles exposées à la violence peuvent en outre être confrontées à des problèmes de santé sexuelle ou génésique – 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, un accouchement prématuré ou une insuffisance pondérale du nouveau-né (16).

22. 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. 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'annexe 7).

Facteurs et déterminants de risque et de protection

23. 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'annexe 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, 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.

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 (3,6,7,9,10,14-19)

Enfants (0-9 ans)	Adolescents (10-19 ans)	Jeunes (20-24 ans)	Adultes (25-49 ans)	Personnes plus âgées (plus de 49 ans)
Plus de 67 millions de ♀ (20-24 ans) mariées avant l'âge de 18 ans (8)				
1 ♀ sur 3 (âgée de 15 à 49 ans) a subi des actes de violence physique et/ou sexuelle commis par le partenaire intime (16)				
6 % des personnes plus âgées font état de mauvais traitements subis au cours du mois écoulé (6)				
Le nombre de femmes et de filles victimes de la traite est estimé à 11,4 millions (17)				
> 125 millions de ♀ en vie dans les 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient les plus concernés ont subi des mutilations sexuelles féminines (7)			38 % des homicides de ♀ et 6 % des homicides d'♂ sont le fait du partenaire intime (16,18)	
475 000 homicides annuels dont 82 % d'♂ (3)				
20 % des ♀ et 5 à 10 % des ♂ ont été victimes d' abus sexuels pendant leur enfance (9)			7 % des ♀ selon les estimations ont été victimes d'une agression sexuelle commise par une personne autre qu'un partenaire depuis l'âge de 15 ans (16)	
25 % des enfants ont subi des sévices physiques et 36 % des sévices psychologiques (3)			1 ♂ sur 2 et 1 ♀ sur 4 ont participé à une bagarre avec leurs pairs au cours des 12 derniers mois (19)	
42 % des ♂ et 37 % des ♀ ont été victimes de harcèlement de la part de leurs pairs au cours des 30 derniers jours (19)			Des millions de jeunes et d'adultes ayant subi des traumatismes reçoivent chaque année des soins hospitaliers (14-15)	

Les progrès réalisés et les différences entre les pays

24. 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.

25. Des lois contre certaines formes de violence ont été adoptées, mais leur application laisse à désirer. La plupart des pays¹ 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. Mais rares sont ceux qui appliquent pleinement leurs lois contre ces formes et contre d'autres formes de violence (3).

26. 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).

¹ Sur la base des constatations des 133 pays qui ont répondu à l'enquête en vue du Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde (3).

27. *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).

28. *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).

29. *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 enfants 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).

30. *Les effectifs du personnel de santé formé et sensibilisé au problème de la violence sont limités.* Dans la plupart des pays, les dispensateurs de soins de santé n'ont pas les compétences ou 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 agents de santé partagent souvent les idées dominantes de tolérance et d'acceptation face à la violence à l'égard des femmes et des filles (20). Des études ont révélé le manque de respect et les mauvais traitements dont sont victimes les femmes s'adressant aux services de santé génésique (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).

31. *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).

32. *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.

33. *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. Les données sont particulièrement lacunaires concernant les situations de conflit ou la violence à l'égard des femmes plus âgées (16), des minorités sexuelles (25), des migrants, des personnes déplacées ou des populations autochtones. 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).

1.3 Procédure d'élaboration et feuille de route

34. Le présent projet de plan d'action mondial intègre les propositions issues des consultations avec les États Membres dans les six Régions de l'OMS, ainsi que celles de la société civile, des organismes des Nations Unies et d'autres partenaires internationaux (pour plus de précisions sur la procédure suivie, voir l'annexe 9). Le projet est également disponible sur le Web pour des suggestions ultérieures. La version définitive du projet de plan d'action mondial sera soumise à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2016. Le plan d'action est organisé de la manière suivante :

1. **La section 1** : introduit le plan et en présente la portée.
2. **La section 2** : présente la vision, le but, les objectifs, les orientations stratégiques (OS) et les principes directeurs.
3. **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 comprend les mesures qui sont communes* face aux formes de violence visées dans les sections A et B ainsi qu'aux autres formes de violence interpersonnelle telles que la violence des jeunes et la maltraitance des personnes âgées.
4. **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.
5. **Les annexes** 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

1. Le système de santé peut jouer un rôle aussi bien en matière de prévention de toutes les formes de violence que de riposte contre elles, s'agissant en particulier de la violence à l'égard des femmes et 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 des soins de santé primaires et des services d'orientation) ;
- élaborer, évaluer et mettre en œuvre 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.

2. Le système de santé n'est cependant pas en mesure d'assurer à lui seul une prévention et une riposte adéquates. Beaucoup de facteurs de risque et de déterminants de la violence se situent en dehors du système de santé. Conformément à l'approche de « la santé dans toutes les politiques » (26), il doit donc prendre les devants pour collaborer et coordonner son action avec d'autres secteurs ou mécanismes, notamment la police et la justice, les services sociaux, l'éducation, la protection de l'enfance, l'égalité des sexes ou 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.

Source (26).

2.1 Vision

1. Un monde dans lequel : *tous* sont épargnés par *toutes* les formes de violence et de discrimination ; la santé et le bien-être de chacun sont protégés et favorisés ; les droits humains sont pleinement respectés et l'égalité des sexes est la norme.

2.2 But

2. Permettre aux systèmes de santé de fournir des services dans toutes les situations et de protéger et promouvoir la santé et le bien-être de chacun, en particulier des femmes, des filles et des enfants qui subissent la violence, ou sont exposés à la violence ou au risque de violence.

2.3 Objectifs

3. Les objectifs sont les suivants :

- atténuer les 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 complets 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.

2.4 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 :

1. Renforcer le leadership et la gouvernance du système de santé pour lutter contre la violence
 - Cette orientation stratégique couvre les mesures liées : aux activités de plaidoyer du système de santé et de l'ensemble des secteurs ; à l'élaboration 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 des efforts de coordination multisectorielle.
2. Renforcer la fourniture des services de santé et la capacité de riposte à la violence 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'acceptabilité, de la disponibilité et de la qualité des soins ; à l'intégration des services ; au renforcement des produits ; et à la formation et à l'encadrement du personnel de santé.
3. Renforcer la programmation pour prévenir la violence
 - Cette orientation stratégique couvre les mesures de prévention de la violence que le système de santé peut directement mettre en œuvre – notamment par des efforts de promotion de la santé – et les mesures auxquelles il peut contribuer par des interventions multisectorielles (voir l'Encadré 1).
4. Améliorer les informations et les bases factuelles sur la violence
 - 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.

2.5 Principes directeurs

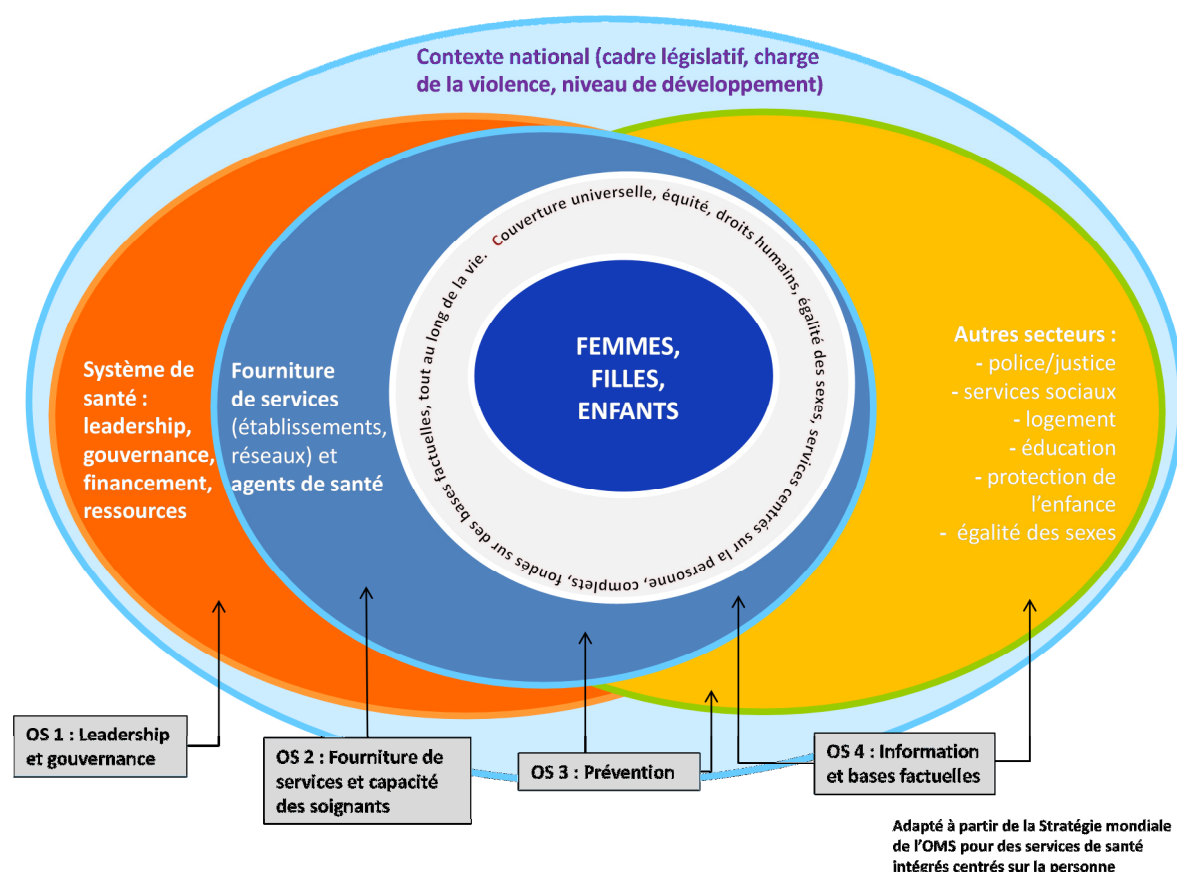
5. Le plan d'action repose sur les 10 principes directeurs présentés ci-dessous au Tableau 1.

Tableau 1. Résumé des principes directeurs et de ce qu'ils impliquent pour la mise en œuvre du plan

	Principes directeurs	Les lois, politiques, programmes et services de prévention et de riposte concernant la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants devraient...
1	Prise en compte de toutes les étapes de la vie	combattre les facteurs de risque et les déterminants de la violence, 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	Pratiques 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.
4	Égalité entre les sexes	combattre 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	combattre les facteurs de risque et les déterminants présents à plusieurs niveaux du cadre écologique (niveaux individuel, relationnel, communautaire et sociétal).
6	Couverture sanitaire universelle	fournir des services essentiels et de bonne qualité à tous ceux qui en ont besoin, sans risque de paupérisation (c'est-à-dire en prévoyant une protection financière adéquate).
7	Équité en santé	en plus de la couverture sanitaire universelle, rester particulièrement attentif aux besoins des groupes marginalisés subissant de multiples formes de discrimination, plus exposés à la violence et confrontés à des obstacles pour accéder aux services.
8	Soins centrés sur la personne	offrir des soins et des services axés sur les victimes : 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 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 ; 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 ; 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 (27). Elle indique les principes directeurs et précise comment les quatre orientations stratégiques correspondent au système de santé et à la riposte multisectorielle. Comme on le voit à la Figure 2, 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 (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 (27)



2.6 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 est un processus à long terme, car la prévention et la riposte supposent des changements transformationnels de la société.

2.7 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 au niveau 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. Les partenaires nationaux et internationaux sont censés jouer un rôle clé dans la mise en œuvre 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, ONG internationales) ; les parlementaires ; les associations médico-sanitaires professionnelles ; les organisations multilatérales et du système des Nations Unies ; 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 les organismes et organisations du système humanitaire.

9. 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 et organisations 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'annexe 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.

2.8 Le rôle du Secrétariat de l'OMS

10. 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 pour améliorer la sensibilisation à l'importance de la prévention et de la riposte, 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

¹ Dans de nombreux pays dotés d'un gouvernement fédéral ou décentralisé, la conception et l'application des lois, politiques, programmes et services liés à la santé et au système de santé relèvent parfois des régions ou des États constitutifs.

directrices de l'OMS contre la violence, voir les annexes 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'annexe 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).

1. Les pays sont parvenus à un stade de progrès/préparation différent en ce qui concerne les capacités de leur système de santé à faire face aux différentes formes de violence. Vu son caractère mondial, le plan fait le point de la situation à l'échelle mondiale. Il faudra l'adapter selon les régions et les pays. Ceux-ci devront envisager de l'adapter et de le mettre en œuvre compte tenu des ODD et de leurs autres engagements internationaux préexistants.

2. Afin de définir leurs priorités pour la mise en œuvre des mesures, les pays devront envisager : les données et connaissances disponibles ; l'ampleur du phénomène et la charge sanitaire des différentes formes de violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants ; les initiatives contre les différents types de violence qui existent déjà ; les cadres juridique et politique ; l'état de préparation ou la capacité du système de santé à faire face au problème. Ils devront appliquer les mesures progressivement pour assurer une riposte solide de leur système de santé

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

Cette section couvre une série de mesures essentielles du système de santé visant à faire face à la violence 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 complets et de qualité, en particulier de santé sexuelle et génésique ;*
- 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 pays doivent cibler en priorité les formes qui les concernent le plus directement. 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 pour lutter contre la violence

États Membres et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<p>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, en militant pour 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.</p> <p>2. Assurer l'allocation d'un budget/de ressources appropriés à la prévention et à la riposte concernant la violence à l'égard des femmes et des filles.</p>	<p>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 génésique, santé de l'adolescent, lutte contre les maladies non transmissibles, vieillissement, santé mentale, action humanitaire).</p> <p>2. Améliorer la sensibilisation à la violence à l'égard des femmes et des filles et la compréhension 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'à la riposte aux crises humanitaires, notamment au sein du groupe de responsabilité sectorielle santé.</p>

Orientation stratégique 1 : Renforcer le leadership et la gouvernance du système de santé pour lutter contre la violence	
États Membres et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<p>3. Plaider pour des réformes de la législation, 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 toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles ; à mettre fin à toutes les pratiques préjudiciables et formes de discrimination à leur égard ; et à promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, y compris en matière d'héritage et de droit de la famille.</p> <p>4. Établir une unité ou désigner un point focal au ministère de la santé chargé de la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles et veiller à ce que la riposte à cette violence et aux pratiques préjudiciables soit clairement articulée dans les politiques de santé, la réglementation, les plans, les programmes et les budgets¹ (28,29) en particulier en ce qui concerne la santé sexuelle et génésique, 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 la riposte aux situations d'urgence humanitaire. Les organisations de femmes et les survivants doivent être associés à la planification et à l'élaboration des politiques, et il faudra être particulièrement attentif aux besoins des femmes et des filles confrontées à des formes multiples de discrimination et de marginalisation.</p> <p>5. 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.</p> <p>6. Renforcer la responsabilisation du système de santé pour combattre 1) la violence subie par le personnel de santé sur le lieu de travail ; et 2) la maltraitance des femmes et des filles par le personnel de santé, surtout dans les services de santé génésique.</p> <ul style="list-style-type: none"> Établir des mécanismes de surveillance de la mise en œuvre des mesures contre la violence à l'égard des femmes et des filles dans les politiques, programmes et plans de santé. 	<p>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 à la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles.</p> <p>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 génésique, le VIH, la santé mentale et l'action d'urgence.</p> <p>5. Mettre au point des outils destinés aux responsables de l'élaboration des politiques et aux gestionnaires pour la conception et la gestion de programmes et services de lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles, et en favoriser la diffusion.</p> <p>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'annexe 5).</p>

¹ Conformément aux engagements pris à la Déclaration d'Abuja et aux engagements de Busan, notamment pour le suivi des allocations concernant l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.

Orientation stratégique 1 : Renforcer le leadership et la gouvernance du système de santé pour lutter contre la violence	
États Membres et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<ul style="list-style-type: none"> Établir des politiques pour lutter contre la violence subie par le personnel de santé sur le lieu de travail. Établir des codes de conduite pour le personnel de santé, des dispositifs permettant de soumettre des communications confidentielles et des procédures de plainte en cas de maltraitance des femmes et des filles par des agents de santé 	

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 et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<p>7. Élaborer ou mettre à jour des directives, protocoles et/ou modes opératoires normalisés pour repérer les cas et assurer les soins cliniques aux victimes, ainsi que le soutien et l'orientation des survivants sur la base des lignes directrices et des outils de l'OMS (30,31).</p> <p>8. Fournir des services complets à toutes les femmes et les filles victimes de la violence, y compris en situation de crise humanitaire et notamment les suivants : soutien en première ligne ; soins pour traumatismes ; services de santé sexuelle, génésique et mentale ; prise en charge des cas de viol, contraception d'urgence comprise ; orientation vers un avortement médicalisé conformément à la législation nationale ; prophylaxie contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH et vaccination contre l'hépatite B (30-33) ; prise en charge des complications consécutives à des mutilations sexuelles ; et sensibilisation de la communauté à la nécessité de disposer de services, notamment après un viol, et de pouvoir y accéder rapidement.</p> <p>9. Améliorer l'accès aux services en intégrant le repérage des femmes victimes de violence exercée par le partenaire intime ou de violence sexuelle et les soins à leur intention dans les programmes et services de base existants dans les domaines suivants : santé sexuelle et génésique ; santé de la mère et de l'enfant ; santé de l'adolescent ; santé mentale ; vérifications systématiques et services de santé pour personnes âgées ; et action humanitaire. Faciliter l'accès aux services multisectoriels (par exemple police, justice, logement, services sociaux, protection de l'enfance, etc.), notamment au moyen de soins médicaux et d'une assistance juridique sur la base des lignes directrices et outils de l'OMS (30,34), et veiller à ce que des services répondant aux besoins des victimes de formes de discrimination multiples leurs soient accessibles.</p>	<p>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 (30,31).</p> <p>8. Élaborer ou mettre à jour et diffuser des lignes directrices et outils des reposant sur des bases factuelles, notamment contre la violence sexuelle, également en situation de conflit, et sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines.</p> <p>9. Inclure, dans les services de santé de base faisant partie intégrante de la couverture sanitaire universelle, des services contre la violence à l'égard des femmes et des filles, en matière de santé sexuelle et génésique, de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, de santé mentale, y compris en situation de crise humanitaire.</p> <p>10. Mettre au point et appuyer la mise en œuvre d'outils pour suivre et évaluer la qualité des services de santé contre la violence à l'égard des femmes et des filles.</p> <p>11. Mettre au point et diffuser un programme de formation type pour la formation préalable et continue du personnel de santé concernant la riposte contre la violence à l'égard des femmes et des filles.</p> <p>12. Repérer des experts qui pourront aider les États Membres à mettre au point et à assurer la formation du personnel de santé concernant la riposte à la violence à l'égard des femmes et des filles.</p>

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 et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<p>10. Améliorer la responsabilisation des services et la qualité des soins : en éliminant la discrimination et la violence là où les soins sont dispensés ; promouvoir les soins centrés sur les femmes ; fournir des services qui tiennent compte des différences entre les sexes et assurent le respect et la promotion des droits humains des femmes ; et combattre la maltraitance des femmes et des filles par le personnel de santé, notamment dans les services de santé génésique.</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des politiques et des codes de conduite pour le personnel de santé, des dispositifs permettant de soumettre des communications confidentielles et des procédures de plainte en cas de maltraitance des femmes et des filles par des agents de santé. <p>11. Intégrer des informations sur le repérage de cas de violence à l'égard des femmes et des filles et de pratiques préjudiciables, et sur les mesures à prendre dans les programmes de formation préalable et continue des agents de santé/soignants (médecins, personnel infirmier, sages-femmes), y compris du personnel humanitaire, sur la base des lignes directrices et les outils de l'OMS (30,31).</p>	

Orientation stratégique 3 : Renforcer la programmation pour prévenir la violence	
États Membres et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<p>12. Élaborer, éprouver et mettre en œuvre/renforcer des programmes visant à prévenir ou réduire la violence à l'égard des femmes et des filles pouvant être appliqués par le système de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> Appuyer les programmes contre la violence exercée par le partenaire intime afin de répondre aux besoins des enfants qui y sont exposés, et renforcer les liens entre les programmes de santé pour l'enfant et l'adolescent. Traiter les facteurs 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 consensuels fondés 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. 	<p>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 génésique, la santé mentale, le VIH et la santé de l'adolescent.</p> <p>14. Élaborer des recommandations sur la manière de venir en aide aux enfants des femmes repérées comme victimes de violence exercée par le partenaire intime.</p> <p>15. Appuyer les efforts des États Membres visant à mettre au point des interventions préventives axées sur les facteurs de risque et les déterminants de la violence à l'égard des femmes et des filles, et surtout ceux visant à promouvoir l'égalité des sexes et la modification des normes sur les relations entre hommes et femmes.</p>

Orientation stratégique 3 : Renforcer la programmation pour prévenir la violence	
États Membres et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<p>13. Aider ou collaborer à 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 promotion de l'égalité des sexes et de rapports sexuels consensuels, aux côtés des femmes et des filles en tant qu'agents du changement.</p> <p>14. Servir de base aux politiques et programmes des autres secteurs et à ceux 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.</p>	

Orientation stratégique 4 : Améliorer l'information et les bases factuelles sur la violence	
États Membres et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<p>15. Renforcer la notification systématique des statistiques sur la violence à l'égard des femmes et des filles pour tous les âges, au moyen d'indicateurs et de la collecte de données sur cette violence dans les systèmes d'information et de surveillance sanitaires, en donnant la priorité aux programmes et services touchant les femmes et les filles.</p> <p>16. En suivant les indicateurs de la violence à l'égard des femmes et des filles proposés pour les ODD :¹ aider à établir, au moyen d'enquêtes dans la population réalisées au cours des 5 dernières années, des valeurs de base concernant la prévalence de la violence à l'égard des femmes tout au long de la vie, notamment à l'égard des adolescentes et des femmes plus âgées, et la prévalence des pratiques préjudiciables.</p>	<p>16. Mettre au point et diffuser des indicateurs et des outils de mesure harmonisés pour aider les pays à recueillir des informations normalisées sur la violence à l'égard des femmes et des filles d'une manière sûre et confidentielle au moyen de systèmes d'information et de surveillance sanitaires systématiques.</p> <p>17. Fournir une coopération technique aux États Membres souhaitant entreprendre des enquêtes dans la population sur la violence à l'égard des femmes, en particulier en suivant la méthodologie de l'OMS (4).</p> <p>18. Entreprendre 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, et à utiliser ces données pour orienter les politiques, les programmes et les plans.</p>

¹ Y compris les indicateurs pour les cibles 5.2 et 5.3 des ODD.

Orientation stratégique 4 : Améliorer l'information et les bases factuelles sur la violence

États Membres et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<p>17. Intégrer des modules pour recueillir régulièrement des données sur la violence à l'égard des femmes dans tous les groupes d'âge, dans les enquêtes démographiques et de santé, ou d'autres types d'enquêtes dans la population régulièrement réalisés.</p> <p>18. 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 condition socio-économique et le niveau d'instruction notamment.</p> <p>19. Entreprendre ou appuyer 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.</p> <p>20. Faciliter les efforts des ONG, des chercheurs et des autres secteurs pour entreprendre des travaux de recherche sur les principales lacunes en matière 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.</p>	<p>19. Mettre à jour régulièrement les estimations sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes.</p> <p>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.</p> <p>21. Entreprendre et appuyer des travaux de recherche pour mieux comprendre les problèmes de maltraitance des femmes dans le cadre du système de santé.</p> <p>22. Faire la synthèse des données et diffuser l'information 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.</p> <p>23. Renforcer la capacité de la société civile, des établissements universitaires et des 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.</p>

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 enfants de 0 à environ 14 ans, il s'agit surtout de mauvais traitements (maltraitance physique et affective, sévices sexuels et défaut de soins) qui sont le fait des parents ou d'autres personnes en position d'autorité, alors qu'à partir de 14 ans environ 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, les 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 pour lutter contre la violence

États Membres et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Intégrer les stratégies de lutte contre la maltraitance des enfants aux 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 et à la justice des mineurs. 2. Plaider en faveur de réformes de la législation et des politiques, veiller à ce qu'elles soient alignées sur les normes internationales en matière de droits humains (35), et appliquer les lois et politiques en vigueur visant à prévenir la violence à l'égard des enfants et des adolescents, notamment les châtements 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. 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/de 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. Mettre sur pied une unité ou un point focal chargé de la lutte contre la violence à l'égard des enfants au ministère de la santé. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mieux 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 cadre du secteur de la santé et des 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.

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 et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<p>7. Intégrer le repérage des enfants maltraités et des victimes 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 niveau de développement de l'enfant et prendre en compte l'évolution de ses capacités ainsi que ses préférences.</p> <p>8. Former le personnel soignant à reconnaître et traiter 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 sévères, les troubles des conduites, l'abus précoce d'alcool et de substances psychoactives. 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 rendu attentif au risque d'erreur de diagnostic.</p> <p>9. Renforcer les capacités individuelles et institutionnelles de prendre en charge les enfants et adolescents victimes de la violence dans les établissements de santé et dans ceux des secteurs connexes concernés (police, éducation ou services sociaux, par exemple).</p> <p>10. Intégrer des sections sur le repérage et la prise en charge des enfants maltraités et des victimes de la violence entre pairs dans les programmes de formation de base et de formation continue de tous les professionnels de santé, et élaborer des normes et des règles de qualité à l'intention des praticiens.</p> <p>11. Veiller à ce que les directives et les protocoles nationaux soient alignés sur les lignes directrices de l'OMS et d'autres lignes directrices reposant sur des bases factuelles concernant les services destinés aux enfants maltraités et aux victimes de la violence entre pairs.</p>	<p>4. Élaborer et diffuser des lignes directrices reposant sur des bases factuelles et des modes opératoires normalisés sur la prise en charge clinique et les services de santé des enfants maltraités et des victimes de la violence entre pairs.</p> <p>5. 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 enfants maltraités et aux victimes de la violence entre pairs aux contextes nationaux spécifiques.</p>

Orientation stratégique 3 : Renforcer la programmation pour prévenir la violence	
États Membres et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<p>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 ceux des secteurs connexes concernés (police, éducation ou services sociaux, par exemple).</p> <p>13. Élaborer, éprouver et mettre en œuvre des interventions reposant sur des bases factuelles pour prévenir la maltraitance, en particulier des programmes pouvant être appliqués à travers le système de santé comme des programmes de visites à domicile et de soutien parental, en veillant à ce qu'ils répondent, en matière de prévention, aux besoins des groupes marginalisés comme les enfants handicapés.</p> <p>14. Préconiser et appuyer l'élaboration et l'application par d'autres secteurs de programmes aidant les enfants et les adolescents à acquérir le savoir-faire pratique et les compétences sociales voulues pour résoudre les problèmes, gérer la colère et les émotions et entretenir des relations saines afin de prévenir la violence entre pairs.</p> <p>15. Intégrer des interventions visant à prévenir la maltraitance aux programmes de développement du jeune enfant et 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.</p>	<p>6. Synthétiser et diffuser les informations sur les solutions permettant de prévenir la maltraitance des enfants et la violence entre pairs.</p> <p>7. 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.</p> <p>8. Élaborer, éprouver et diffuser des programmes abordables de prévention de la maltraitance et de la violence entre pairs dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.</p>

Orientation stratégique 4 : Améliorer l'information et les bases factuelles sur la violence	
États Membres et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<p>16. Recueillir périodiquement des données représentatives au niveau national, ventilées par sexe et par âge, sur la violence à l'égard des enfants et des adolescents, obtenues par des enquêtes dans la population, par un suivi systématique et par des systèmes de données administratives, et publier périodiquement des rapports à ce sujet.</p> <p>17. Procéder à 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.</p> <p>18. 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, et concernant les interventions de prévention et de riposte efficaces.</p>	<p>9. Établir des définitions normalisées de la violence entre pairs et des méthodes harmonisées pour déterminer la prévalence de la maltraitance des enfants et de la violence entre pairs, et promouvoir leur utilisation.</p> <p>10. Entreprendre une coopération technique avec les États Membres pour évaluer les interventions sanitaires et multisectorielles de prévention de la violence à l'égard des enfants et des adolescents et de riposte à cette violence.</p> <p>11. 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 systématiques.</p>

Orientation stratégique 4 : Améliorer l'information et les bases factuelles sur la violence	
États Membres et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
19. Appuyer la recherche sur la mise en œuvre, notamment pour les interventions et les services du secteur de la santé, afin de renforcer les interventions efficaces de lutte contre la maltraitance et la violence entre pairs.	12. Élaborer des recommandations pour la collecte sûre et conformément à l'éthique de données concernant la violence à l'égard des enfants. 13. Élaborer un programme de recherche sur la lutte contre la violence à l'égard des enfants.

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

La présente section envisage les mesures communes visant l'ensemble des formes de violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, ainsi que la violence des jeunes et la maltraitance des personnes âgées. Elles tiennent compte des liens entre la violence à l'égard des femmes et des filles et la violence à l'égard des enfants, et servent à dégager des synergies pour les différents types de violence interpersonnelle. Ces mesures visent notamment :

- à mieux répondre aux besoins de services communs ;
- à renforcer les programmes visant à prévenir toutes les formes de violence en réduisant les facteurs de risque communs ; et
- à renforcer les dispositifs de collecte de données.

Orientation stratégique 1 : Renforcer le leadership et la gouvernance du système de santé pour lutter contre la violence	
États Membres et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
1. Sensibiliser les responsables de l'élaboration des politiques 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 ; 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 réformes 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, comme les réformes propres 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.	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 dans l'ensemble des pays, notamment au moyen d'une actualisation périodique des estimations mondiales et régionales de la violence à l'égard des femmes, de rapports de situation mondiaux sur la violence et d'autres approches pertinentes. 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 la 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.

Orientation stratégique 1 : Renforcer le leadership et la gouvernance du système de santé pour lutter contre la violence	
États Membres et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<p>3. Intégrer la prévention de la violence et la riposte aux politiques, programmes, plans et budgets de santé et renforcer la composante système de santé dans les plans d'action multisectoriels concernant les formes de violence pertinentes.</p> <p>4. Assurer une participation active des points focaux au 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.</p> <p>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.</p>	<p>5. Renforcer les liens entre ceux qui s'occupent de la lutte contre la violence et ceux qui s'occupent de domaines qui recoupent en partie celui de la violence, en particulier la santé mentale.</p>

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 et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<p>6. Renforcer les services de santé, en particulier les services préhospitaliers et les soins médicaux d'urgence, et veiller à ce que toutes les victimes d'actes de violence aient accès à des soins de qualité à un prix abordable.</p> <p>7. Renforcer les soins de santé mentale dans les services sociaux et les services de santé généraux en augmentant les effectifs et en améliorant la capacité du personnel à fournir ces services afin de traiter le large éventail de conséquences psychologiques de la violence et d'effets sur la santé mentale, en s'inspirant des lignes directrices et des outils du programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale de l'OMS (36).</p> <p>8. Veiller 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 nécessaire en assurant l'orientation voulue.</p> <p>9. 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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>

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 et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<p>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.</p> <p>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.</p>	

Orientation stratégique 3 : Renforcer la programmation pour prévenir la violence	
États Membres et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<p>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 avant l'apparition de la violence.</p> <p>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 qui ont cours, 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 ou de la drogue et l'application inadéquate des lois.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>8. Recueillir et diffuser des données sur les politiques et programmes efficaces de prévention de la violence, notamment en maintenant une base de données mondiale sur les programmes efficaces permettant de prévenir différents types de violence.</p> <p>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.</p> <p>10. Collaborer avec les partenaires à l'intérieur et à l'extérieur du système des Nations Unies afin d'élaborer, de diffuser et de mettre en œuvre des politiques et des programmes susceptibles de prévenir différentes formes de violence interpersonnelle.</p>

Orientation stratégique 4 : Améliorer l'information et les bases factuelles sur la violence	
États Membres et partenaires nationaux et internationaux	Secrétariat de l'OMS
<p>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 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.</p> <p>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.</p> <p>18. Appuyer la recherche sur les facteurs de risque associés à la perpétration de différents actes de violence et élargir la base de données correspondante.</p>	<p>11. Appuyer la recherche sur tous les aspects de la violence, et sur la prévention et la riposte, notamment en produisant des mises à jour périodiques des conclusions de la recherche et élargir la base de données correspondante.</p> <p>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.</p>

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 de cette mise en œuvre au niveau mondial, ainsi que les cibles à atteindre au bout d'une période de 15 ans (c'est-à-dire en 2030).

1. Le cadre correspond aux cibles et indicateurs de réalisation proposés pour les objectifs de développement durables (voir l'annexe 6). Le plan étant axé sur le système de santé, les indicateurs proposés précisent les contributions que doit apporter celui-ci, tout en reconnaissant que des efforts multisectoriels sont nécessaires pour atteindre les cibles ODD 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, qu'ils soient commis par l'État ou par une personne physique. Les normes de vérification diligente couvrent des obligations de protection sur le plan des services de santé, de l'assistance juridique, du logement et du conseil notamment (37-39).
3. Les indicateurs proposés visent à faciliter la notification au niveau mondial. Les États Membres auront besoin d'une série restreinte d'éléments de suivi et d'informations pour déterminer la riposte de leur système de santé national à la violence, en particulier la violence à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. Ils 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. 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, étant plus au moins avancée selon les pays, chaque État Membre n'aura pas nécessairement à atteindre la totalité des cibles prévues, mais pourra apporter une contribution plus ou moins importante à la réalisation de l'ensemble des objectifs et des cibles.
5. Les bases ainsi que les méthodes utilisées pour la mesure et la collecte des données seront fixées au début de la phase de mise en œuvre du plan d'action mondial et des niveaux et étapes intermédiaires seront proposés par le Secrétariat de l'OMS en fonction des informations de base.
6. Le cadre de notification prévoit un examen par l'Assemblée mondiale de la Santé tous les cinq ans visant à déterminer les progrès accomplis en vue des cibles mondiales. Les rapports de situation permettront de définir 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 existant déjà, comme le cadre et les indicateurs de résultats des budgets programmes, sans créer des systèmes de notification nouveaux ou parallèles.
7. Le rôle du Secrétariat consistera : 1) à définir et mettre au point des indicateurs pour le suivi au niveau national ; 2) à mettre au point des valeurs de base pour les cibles mondiales et proposer des étapes intermédiaires et des valeurs de référence ; 3) à mettre au point des outils normalisés pour la collecte et l'analyse des données afin de suivre les progrès au niveau mondial ; 4) à établir des rapports de situation mondiaux périodiques pour suivre les progrès accomplis par les États Membres et repérer les lacunes et les problèmes et échanger les meilleures pratiques et les données d'expérience nationales ; et 5) 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 pour obtenir les données relatives aux indicateurs de suivi.

Tableau 2. Résumé des indicateurs et des cibles mondiales

	Indicateur	Base (2016)	Cible (2030) sur 194 États Membres	Observations/hypothèses
A. Violence à l'égard des femmes et des filles				
<p><i>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.</i></p> <p>Cibles ODD concernées (voir l'annexe 6) : 3.7 – assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative 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 assurance santé 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.</p>				
A.1.1	Nombre d'États Membres offrant des services pour lutter contre la violence exercée par le partenaire intime et des soins complets aux victimes d'un viol conformément aux lignes directrices de l'OMS (30) dans le cadre des services de santé essentiels et/ou des services de santé sexuelle et génésique.	Pas encore disponible	95 (50 %)	<p>Les États Membres offrent des services pour lutter contre la violence exercée par le partenaire intime et des soins complets aux victimes d'un viol conformément aux lignes directrices de l'OMS (30) dans le cadre des services de santé essentiels et/ou des services de santé sexuelle et génésique (services de santé génésique et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent) (oui/non).</p> <p>La violence à l'égard des femmes et des filles fait partie du cahier des charges des services prévus dans le cadre de la stratégie « chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent ».</p> <p>Moyens de vérification : la base et les moyens de vérification devront être établis.</p>
<p><i>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.</i></p> <p>Cibles ODD concernées : 3.3 – mettre fin à l'épidémie de sida ; 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 ; 3.7 – assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative 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 assurance santé 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.</p>				
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 (30).	Pas encore disponible	95 (50 %)	<p>Les États Membres ont une directive ou un protocole national ou un mode opératoire normalisé 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, alignés sur les lignes directrices de l'OMS (30) et sur les normes internationales en matière de droits humains (oui/non).</p> <p>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.</p>

	Indicateur	Base (2016)	Cible (2030) sur 194 États Membres	Observations/hypothèses
A.2.2.	Nombre d'États Membres offrant des soins complets après un viol dans la moitié au moins de leurs établissements de soins d'urgence, conformément aux lignes directrices de l'OMS (30).	Pas encore disponible	95 (50 %)	<p>Les États Membres offrent des soins complets après un viol dans la moitié au moins de leurs établissements de soins d'urgence (oui/non).</p> <p>Moyens de vérification : les soins complets après un viol sont prévus 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 (30), les soins après un viol couvrent : le soutien en première ligne ; la contraception d'urgence ; l'orientation vers un avortement médicalisé conformément à la législation nationale ; et/ou une prophylaxie de postexposition aux IST et/ou au VIH conformément aux protocoles applicables et la vaccination contre l'hépatite B</p>
<p><i>OS 3 : Renforcer la programmation pour prévenir la violence. 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.</i></p> <p>Cibles 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.</p>				
A.3.1	Nombre d'États Membres dotés d'un plan multisectoriel national luttant contre la violence à l'égard des femmes et des filles par des mesures concernant le système de santé et proposant au moins une stratégie de prévention de la violence à l'égard des femmes et des filles.	Pas encore disponible	60 (30 %)	<p>États Membres dotés d'un plan multisectoriel national luttant contre la violence à l'égard des femmes et des filles par des mesures concernant le système de santé et proposant au moins une stratégie/intervention préventive (oui/non).</p> <p>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 offrant 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 femmes et des filles ; promouvoir des compétences en matière d'apprentissage socio-affectif des enfants et adolescents favorisant des relations fondées sur le respect, le consensus et la non-violence ; promouvoir des approches de nature à favoriser et renforcer l'autonomisation des femmes et des filles ; juridiques et politiques (par exemple promotion de l'égalité entre les sexes et réduction de l'usage nocif de l'alcool).</p>

	Indicateur	Base (2016)	Cible (2030) sur 194 États Membres	Observations/hypothèses
<p><i>OS 4: Améliorer l'information et les bases factuelles sur la violence. 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.</i></p> <p>Cibles 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 ; 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.</p>				
A.4.1	Nombre d'États Membres ayant entrepris une étude/enquête représentative au plan national dans la population ou ayant intégré un module sur la violence à l'égard des femmes dans d'autres enquêtes démographiques ou sanitaires de ce type au cours des cinq dernières années.	80 (40 %)	150 (80 %)	<p>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 la violence à l'égard des femmes dans d'autres enquêtes démographiques ou sanitaires ou dans d'autres types d'enquêtes sanitaires au cours des cinq dernières années (oui/non).</p> <p>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 disposent d'enquêtes réalisées au cours des cinq dernières années.</p>
B. Violence à l'égard des enfants				
<p><i>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.</i></p> <p>Cibles ODD concernées : 3.5 – renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool ; 4.2 – accéder à des activités de développement et de soins de la petite enfance et à une éducation préscolaire de qualité ; 4a – fournir un cadre d'apprentissage exempt de violence et 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.</p>				
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.	Pas encore disponible	150 (80 %)	<p>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 (oui/non).</p> <p>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.</p> <p>Pour les pays 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.</p>

	Indicateur	Base (2016)	Cible (2030) sur 194 États Membres	Observations/hypothèses
<p><i>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.</i></p> <p>Cibles 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 assurance santé 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.</p>				
B.2.1	Nombre d'États Membres ayant mis au point ou actualisé leurs directives ou protocoles nationaux ou leurs modes opératoires normalisés pour la riposte du système de santé au problème des victimes de la maltraitance des enfants conformément aux normes internationales en matière de droits humains.	Pas encore disponible	150 (80 %)	<p>Les États Membres disposent d'une directive nationale ou d'un protocole ou de modes opératoires normalisés prévoyant la riposte du système de santé au problème des victimes de la maltraitance des enfants alignés sur les normes internationales en matière de droits humains (oui/non).</p> <p>Moyens de vérification : examen du contenu des protocoles nationaux, des modes opératoires normalisés ou des directives (conformité aux lignes directrices de l'OMS sur la maltraitance de l'enfant en cours d'élaboration).</p>
<p><i>OS 3 : Renforcer la programmation pour prévenir la violence. Réalisation : Mise en œuvre d'une programmation sur la base d'éléments factuels pour prévenir la violence à l'égard des enfants.</i></p> <p>Cibles 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.</p>				
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.	65 (33 %)	130 (66 %)	<p>Les États Membres font état d'une mise en œuvre à grande échelle de 4 au moins des 8 interventions fondées sur des bases factuelles pour prévenir la violence à l'égard des enfants : 1) visites à domicile ; 2) éducation parentale ; 3) prévention des abus sexuels ; 4) enrichissement préscolaire ; 5) programmes d'acquisition des savoir-faire pratiques et de développement social ; 6) prévention du harcèlement ; 7) mentorat ; et 8) programmes d'activités périscolaires.</p> <p>Moyens de vérification : méthodologie du rapport de situation de l'OMS sur la prévention de la violence.</p>

	Indicateur	Base (2016)	Cible (2030) sur 194 États Membres	Observations/hypothèses
<p><i>OS 4 : Améliorer l'information et les bases factuelles sur la violence. Réalisation : Renforcement des bases factuelles en vue de l'élaboration de politiques, de programmes et de plans pour combattre la violence à l'égard des enfants.</i></p> <p>Cibles 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.</p>				
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 les enquêtes à indicateurs multiples (MICS)) comportant des questions sur la maltraitance des enfants.	<i>L'UNICEF dispose de données concernant 60 pays</i>	130 (66 %)	<p>États Membres ayant indiqué avoir 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 les enquêtes MICS) comportant des questions sur la maltraitance des enfants (oui/non).</p> <p>Moyens de vérification : rapport de situation de l'OMS sur la prévention de la violence dans le monde. En 2014, sur les 133 pays ayant répondu, 41% ont indiqué avoir procédé à une enquête : la proportion des pays ayant procédé à une enquête au cours des huit dernières années n'a toutefois pas été évaluée.</p>
<p><i>OS 4 : Améliorer l'information et les bases factuelles sur la violence.</i></p> <p>Cibles 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.</p>				
C.4.1	Nombre d'États Membres disposant de données utilisables sur les homicides tirées de l'enregistrement des faits d'état civil.	78 (40 %)	117 (60 %)	<p>En se fondant sur les informations provenant de la base de données de l'OMS sur la mortalité, le <i>Rapport de situation 2014 de l'OMS sur la prévention de la violence dans le monde</i> a déterminé 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. 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.</p> <p>Moyens de vérification : base de données de l'OMS sur la mortalité, nombre de pays dont les données sur les homicides sont utilisables.</p>

ANNEXES

ANNEXE 1

GLOSSAIRE DES TERMES ESSENTIELS

(selon 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 World Health Organization (WHO), 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).

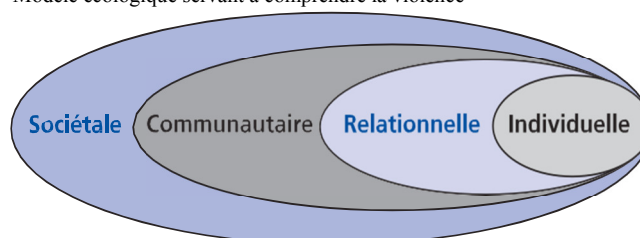
Services de santé complets (*Comprehensive health services*). On entend par services de santé complets des services de santé gérés de manière à offrir sans solution de continuité des services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement et de prise en charge, de 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 de l'éducation sexuelle, en milieu scolaire comme en milieu extrascolaire, fondée sur les droits et l'égalité entre les sexes. Elle intervient dans le cadre d'un programme et vise à donner aux enfants et aux adolescents les connaissances, les compétences, les attitudes et les valeurs qui leur permettront d'acquiescer une conception positive de leur sexualité dans le contexte de leur développement affectif et social.²

Châtiment(s) corporel(s) (*Corporal punishment*). Les châtimens corporels sont définis comme « tous châtimens 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 châtimens 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 à, par exemple, 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



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

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

² UNFPA Operational guidance for comprehensive sexuality education. A focus on human rights and gender. UNFPA: New York, 2014 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidance_WEB3.pdf, consulté le 13 août 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).

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*). Le fémicide s'entend du meurtre d'une femme parce qu'elle est une femme, commis dans le cadre de la famille, d'un partenariat domestique ou d'une autre relation interpersonnelle, ou par un autre membre de la communauté, ou commis ou toléré par l'État ou par des agents de l'État.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.

Pratiques préjudiciables (*Harmful practices*). Les pratiques préjudiciables sont le résultat de l'inégalité entre les sexes et de normes socio-culturelles et religieuses discriminatoires, ainsi que de traditions, qui se rapportent à la place de la femme au sein de la famille, de la communauté et de la société et du contrôle exercé sur la liberté des femmes et sur leur sexualité. Si certaines normes et pratiques culturelles favorisent l'autonomisation des femmes et le respect de leurs droits humains, beaucoup servent souvent à justifier la violence à leur égard. Dans le monde entier, les femmes peuvent être exposées à un large éventail de pratiques néfastes tout au long de leur vie, notamment

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

² Latin American Model Protocol for the investigation of gender-related killings of women (femicide/feminicide). UN Women & OHCHR, 2015 (<http://lac.unwomen.org/~media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/latinamericanprotocolforinvestigationoffemicide.pdf>, consulté le 19 août 2015).

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>).

l'infanticide, le mariage d'enfants, les violences liées à la dot, les mutilations sexuelles, les crimes dits « d'honneur », la maltraitance des veuves, l'incitation au suicide, l'affectation de jeunes filles à des temples, les restrictions du droit d'une deuxième fille au mariage, les restrictions alimentaires subies par les femmes enceintes, l'alimentation forcée et les tabous nutritionnels, le mariage à un frère de l'époux décédé et les chasses aux sorcières.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 est « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations ».⁵ Elle englobe les formes de violence tout au long de la vie, qu'il s'agisse de la maltraitance des enfants, de la violence des jeunes, de la violence à l'égard des femmes (par exemple la violence exercée par le partenaire intime et la violence sexuelle) ou de la maltraitance des personnes âgées, ainsi que de la violence en milieu institutionnel – par exemple à l'école, au travail, dans les prisons ou les maisons de retraite.

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.⁶

¹ Good Practices in legislation on "Harmful Practices" against women. Report of the expert group meeting organized by UN division of the Advancement of Women, UN Economic Commission for Africa, Addis Ababa, Ethiopia, 26 to 29 May 2009. (http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw_legislation_2009/Report%20EGM%20harmful%20practices.pdf).

² Health Promotion Glossary. World Health Organization: Geneva, 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).

⁶ 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/#>).

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.¹

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. »²

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. »³

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 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 ».⁴

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.⁵

¹ Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf, consulté le 19 février 2015).

² 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).

³ 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-d-actions-nationaux.html>).

⁴ 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/).

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 dans les relations/fréquentations (entre adolescents) (*Relationship/dating violence*). Il s'agit d'une forme particulière de violence exercée par le partenaire intime dans le cadre d'une relation étroite entre deux personnes. Elle peut être physique, affective ou sexuelle et peut être exercée directement par le partenaire ou indirectement par des moyens électroniques – par exemple dans le cas de l'envoi de textes ou la mise en ligne d'images à connotation sexuelle se rapportant au partenaire.¹

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'anوس imposé notamment par la force physique, en utilisant un pénis, d'autres parties du corps ou un objet ».²

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 et de formes de discrimination multiples. Ils comprennent les personnes atteintes d'un handicap, y compris de troubles mentaux, les groupes autochtones, les minorités ethniques et raciales, les travailleurs du sexe, les groupes sexuels minoritaires, les personnes vivant avec le VIH, les migrants et les personnes les plus défavorisées.

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 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 ».³

¹ Understanding Teen Dating Violence, factsheet 2014. Center for Disease Control (<http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/teen-dating-violence-factsheet-a.pdf>, consulté le 10 août 2015).

² 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/#>).

³ 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).

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 ».¹ 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 Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/).

ANNEXE 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 femmes³
 - Résolution 67/144 (2012) Intensification de l'action menée pour éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes⁴
 - Résolution 69/147 (2014) Intensification de l'action menée pour éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles⁵
- Commission de la condition de la femme
 - CSW 57 – conclusions concertées 2013⁶
 - CSW 51 – conclusions concertées 2011⁷
 - CSW 42 – conclusions concertées 1998⁸
- Conférence internationale sur la population et le développement (Programme d'action de la CIPD, 1994)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
 - Resolution 2000/1 Population, gender and development (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 à l'adresse : http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/33/CPD33_Res2000-1.pdf.

- Resolution 2005/2 Contribution of the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, in all its aspects, to the achievement of the internationally agreed development goals, including those contained in the United Nations Millennium Declaration (2005)¹
- Résolution 2006/2 Migrations internationales et développement (2006)²
- Resolution 2009/1 The contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals (2009)³
- Resolution 2010/1 Health, morbidity, mortality and development (2010)⁴
- Resolution 2011/1 Fertility, reproductive health and development (2011)⁵
- Resolution 2012/1 Adolescents and Youth (2012)⁶
- Resolution 2014/1 Assessment of the status of implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (2014)⁷
- Conseil de sécurité des Nations Unies
 - Résolution 1325 (2000)⁸
 - Résolutions sur les femmes, la paix et la sécurité⁹
 - Résolution 65/277 (2011) Déclaration politique sur le VIH/sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida¹⁰
- Déclaration et Programme d'action de Beijing (1995)¹¹

¹ Disponible à l'adresse : http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/38/CPD38_Res2005-2.pdf.

² Disponible à l'adresse : http://www.un.org/esa/population/migration/hld/Text/CPDResolution_2006.2_French.pdf.

³ Disponible à l'adresse : http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/42/CPD42_Res2009-1.pdf.

⁴ Disponible à l'adresse : http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/43/CPD43_Res2010-1.pdf.

⁵ Disponible à l'adresse : http://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2011/documents/CPD44_Res2011-1b.pdf.

⁶ Disponible à l'adresse : http://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2012/country/Agenda%20item%208/Decisions%20and%20resolution/Resolution%202012_1_Adolescents%20and%20Youth.pdf.

⁷ Disponible à l'adresse : http://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2014/documents/CPD47_Resolution_2014_1.pdf.

⁸ Disponible à l'adresse : [http://www.un.org/fr/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1325\(2000\)](http://www.un.org/fr/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1325(2000)).

⁹ Disponible à l'adresse : <http://www.un.org/fr/peacekeeping/issues/women/wps.shtml>.

¹⁰ Disponible à l'adresse : <http://www.unaids.org/fr/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2011highlevelmeetingonaids>.

¹¹ Disponible à l'adresse : <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf>.

- Conseil des droits de l'homme
 - Résolution 7/24 L'élimination de la violence contre les femmes (2008)¹
 - Résolution 23/25 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

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/tehis/vtx/rwmain/opensslpdf.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
- Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (2003)⁴
- Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'éradication de la violence contre la femme (Convention de Belém do Pará) (1994)⁵
- Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes dans la région de l'ANASE (2004)⁶
- Stratégie arabe de lutte contre la violence à l'égard des femmes 2011-2020 (2011)⁷

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://www.achpr.org/fr/instruments/women-protocol/>.

⁵ Disponible à l'adresse : <https://www.oas.org/en/mesecvi/docs/BelemDoPara-FRANCAIS.pdf>.

⁶ 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>.

⁷ Disponible à l'adresse : <http://www.arabwomenorg.org/Content/Publications/VAWENG.pdf>.

ANNEXE 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'annexe 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 pays 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 pays 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'annexe 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 dans les pays et aide ceux-ci 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 données² 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 pays 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 pays 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 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'annexe 5).

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

ANNEXE 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 women²

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 prevention⁵

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 evidence³
- 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 maltreatment⁵
- 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 Sweden⁷

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/.

ANNEXE 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.

La lutte 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.

ANNEXE 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 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 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.
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.

Objectifs de développement durable	Description	Liens avec le plan d'action
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.

ANNEXE 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 filles¹	<p><i>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</i></p>
a. Violence du fait du partenaire intime	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ dystocie et mortalité périnatale • Infections • Kystes et abcès • Fistule • Problèmes psychologiques et troubles de santé mentale • Dysfonctionnement sexuel
c. Mariage précoce	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ 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 intergénérationnelles • ↑ probabilité pour les filles d'être par la suite victimes de la violence exercée par le partenaire intime ou de trafic ou d'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 World Health Organization (WHO), Geneva, 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).

ANNEXE 8

VICTIMES ET AUTEURS DE DIFFÉRENTS TYPES D'ACTES DE VIOLENCE INTERPERSONNELLE – RÉSUMÉ DES FACTEURS ET DES DÉTERMINANTS DE RISQUE ET DE PROTECTION¹

Groupe et type de violence	Facteurs de risque et de protection – victimes	Facteurs de risque et de protection – 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de maltraitance pendant l'enfance² • 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) 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 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.

² 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 et de protection – victimes	Facteurs de risque et de protection – auteurs
3. Enfants et adolescents		
Maltraitance des enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes enfants • Soignants surchargés à cause des besoins particuliers. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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)		<ul style="list-style-type: none"> • 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

ANNEXE 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 au *projet zéro* du plan d'action 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, ainsi que quelques experts et organismes des Nations Unies ;
 - b. *Consultations sur le Web* : d'avril au 4 juin 2015 – 50 contributions reçues, dont 15 provenant de ministères de la santé ;
 - c. *Consultations informelles* avec des ONG, des experts universitaires et des partenaires des Nations Unies (3 juin 2015) – 55 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 « projet 1 » du plan d'action mondial (c'est-à-dire le présent document) est établi en 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 sera mis en ligne en vue de consultations sur le Web (septembre-octobre 2015), et sera présenté aux États Membres qui prendront une décision finale lors d'une réunion en novembre 2015.
7. Un projet révisé (le projet 3) du plan d'action mondial sera 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. 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. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. Geneva, WHO, 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 [20 August 2014]. Available from: <http://www.cdc.gov/injury/WISQARS/>.
15. Nicol A, Knowlton LM, Schuurman N, Matzopoulos R, Zargarani 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. Beletsky L TR, Smelyanskaya M, Artamonova I, Shumskaya N, Dooronbekova A et al. Policy reform to shift the health and human rights environment for vulnerable groups: The case for Kyrgyzstan's Instruction 417. *Health and Human Rights*. 2012; 14(2):34-48.
18. 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.
19. Global school-based health survey (GSHS) [Internet]. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/chp/gshs/en/>.
20. 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.
21. 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.
22. Finkelhor D, Lannen P, Quayle E. Optimus Study: A cross-national research initiative on protecting children and youth. Synthesis. Zurich: 2011.
23. La prévention des traumatismes et de la violence : guide à l'intention des ministères de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
24. 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.
25. Sexual health, human rights and the law. Geneva, WHO, 2015.
26. *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
27. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva, World Health Organization, 2015.
28. Déclaration d'Abuja (2001).

29. OCDE. Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement. Busan, Organisation de coopération et de développement économiques, 2011.
30. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva, World Health Organization, 2013.
31. 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.
32. OMS, UNFPA, HCR. La santé reproductive en situations de réfugiés. Manuel de terrain interorganisations. Genève, HCR, 2001.
33. Guidelines for gender-based violence interventions in humanitarian settings: focusing on prevention of and response to sexual violence in emergencies. New York, IASC Taskforce on Gender and Humanitarian Assistance; 2005.
34. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva, World Health Organization, 2003.
35. Convention relative aux droits de l'enfant. Observation générale N° 13 (2011).
36. 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.
37. Observation générale N° 31 : La nature de l'obligation juridique générale imposée aux États Parties au Pacte CCPR/C/21/Rev.1/Add.13 (2004).
38. Observation générale N° 2 : Application de l'article 2 par les États Parties, CAT/C/GC/2 (2008).
39. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. New York, Assemblée générale des Nations Unies, A/RES/48/104 (1993).

= = =