



LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES

54^e CONSEIL DIRECTEUR

67^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION VISANT AU RENFORCEMENT
DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR COMBATTRE LA VIOLENCE
À L'ÉGARD DES FEMMES



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

“La violence contre les femmes est un problème d’une grande ampleur ayant des conséquences énormes pour la santé. Il s’agit d’un problème que le secteur de la santé doit aborder.”

CARISSA F. ETIENNE, DIRECTRICE, OPS/OMS

54^e CONSEIL DIRECTEUR

67^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L’OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA

du 28 septembre au 2 octobre 2015

Point 4.6 de l’ordre du jour

CD54/9, Rév. 2

30 septembre 2015

Original : anglais

LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION VISANT AU RENFORCEMENT DU SYSTÈME
DE SANTÉ POUR COMBATTRE LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES

54^e CONSEIL DIRECTEUR

67^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

PRÉFACE

La violence à l'égard des femmes affecte une femme sur trois dans les Amériques et peut entraîner des conséquences profondes et durables pour la santé des survivantes, y compris des blessures physiques, des grossesses non souhaitées, des avortements, des infections sexuellement transmissibles (dont le VIH/sida) et une série de résultats négatifs pour la santé mentale. La communauté internationale reconnaît de plus en plus que tous les efforts en vue de l'amélioration de la santé et du bien-être des femmes auront une portée limitée s'ils ne visent pas également le problème de la violence à l'égard des femmes.

Reconnaissant le besoin urgent d'aborder la violence à l'égard des femmes au niveau mondial, le Programme de développement durable à l'horizon 2030 a adopté une cible préconisant l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles dans le cadre de l'objectif d'égalité entre les sexes.

Comprenant l'importance du rôle du système de santé dans l'approche de la violence à l'égard des femmes, les ministres de la Santé de 38 États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont approuvé à l'unanimité la *Stratégie et plan d'action 2015-2025 visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes* au cours du 54^e Conseil directeur, 67^e session du Comité régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en octobre 2015. La stratégie adopte une approche de santé publique concernant le problème de la violence à l'égard des femmes et offre une feuille de route sur la façon dont les systèmes de santé peuvent s'unir dans un effort multisectoriel pour prévenir cette violence et y répondre dans les Amériques. En approuvant ce document, la Région des Amériques est devenue la première région de l'OMS dont les plus hautes autorités ont avalisé un cadre d'action sur la violence à l'égard des femmes.

Plus de 100 personnes représentant les gouvernements, les organisations de la société civile, les institutions académiques, les organisations multilatérales et les agences des Nations Unies ont participé à l'élaboration de la stratégie et du plan d'action et ont exprimé leur engagement au soutien de leur exécution.

En adoptant la *Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes*, non seulement les États Membres de l'OPS ont reconnu que la violence à l'égard des femmes est un problème de santé publique et de droits humains mais ils se sont également engagés à garantir que leurs systèmes de santé s'acquittent de leurs responsabilités pour prévenir et répondre à cette violence.

J'espère sincèrement que cette stratégie et ce plan d'action fourniront une orientation générale et motiveront également tous les membres de la communauté de santé publique à intensifier leurs efforts pour que, tous ensemble, nous puissions éliminer le fléau de la violence à l'égard des femmes dans notre hémisphère.

Carissa F. Etienne
Directrice, OPS/OMS

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION VISANT AU RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR COMBATTRE LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES

INTRODUCTION

1. La violence à l'égard des femmes, qui constitue une forme extrême d'inégalité entre les sexes, représente un problème de santé publique et de droits de l'homme qui touche un grand nombre de femmes à travers le monde (1). Dans la Région des Amériques (« la Région »), une femme sur trois a subi un acte de violence conjugale ou un acte de violence sexuelle hors du couple durant sa vie (1). Les femmes qui appartiennent à certains groupes marginalisés sur le plan ethnique et à certains groupes autochtones sont souvent plus exposées (2, 3).
2. Dans la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes adoptée par l'Organisation des Nations Unies (ONU) (A/RES/48/104), 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 » (4).
3. La violence à l'égard des femmes revêt des formes multiples, mais la violence sexuelle, physique et affective exercée par un partenaire masculin est la forme la plus répandue (5). La violence à l'encontre des femmes a de longues et profondes séquelles sur la santé physique et mentale des femmes, sur la santé des enfants ainsi que sur leur développement psychosocial, sur le bien-être de la famille et des communautés, enfin, sur les budgets nationaux et le développement économique (1).
4. Prévenir la violence contre les femmes et y répondre de manière efficace requiert une intervention coordonnée et multisectorielle. Le document sur la *Stratégie et le plan d'action 2015-2025 visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes* (« la stratégie et le plan d'action ») de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) trace une feuille de route concrète qui rassemble les priorités de la Région en matière de prévention et de lutte contre la violence à l'égard des femmes. La stratégie et le plan d'action sont conçus de sorte à intensifier les efforts déployés par les États Membres, le Bureau sanitaire panaméricain (« le Bureau ») et les organisations internationales. Le présent document adopte une approche de santé publique et cible expressément les mesures que les systèmes de santé peuvent adopter en complément des interventions importantes en cours dans d'autres secteurs.
5. Le Bureau reconnaît que la violence peut survenir à n'importe quelle étape de la vie : durant l'enfance, à l'adolescence, à l'âge adulte ou encore durant la vieillesse. Tous les actes de violence contre les enfants, garçons et filles, et contre les adultes peuvent mener à des résultats préjudiciables au plan sanitaire que les systèmes de santé se doivent d'aborder. La question de la violence à l'égard des femmes doit toutefois faire l'objet d'un traitement spécifique et ce pour plusieurs raisons très sérieuses, dont son invisibilité dans les statistiques nationales et internationales, son acceptabilité au plan social, les obstacles de nature économique et sociale qui

empêchent les victimes de demander de l'aide (y compris la honte et l'opprobre), la faiblesse des sanctions juridiques et la capacité limitée des systèmes de santé à identifier et à prendre en charge les survivants (6).

6. Dernièrement, la violence à l'égard des femmes a fortement retenu l'attention internationale, ce qui a créé une dynamique utile pour provoquer un changement dans ce domaine. En particulier, on distingue les événements ci-après :

a) la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) intitulée *Renforcer le rôle du système de santé pour traiter le problème de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants*, adoptée par consensus en mai 2014 (7) ;

- b) l'examen effectué par la Conférence internationale sur la population et le développement après 2014 de l'Organisation des Nations Unies pour la population (UNFPA), dans lequel les pays ont déterminé que la violence à l'égard des femmes est un domaine d'intervention prioritaire (8) ;
- c) les efforts déployés pour signaler les cas de violence à l'égard des femmes dans le contexte du 20^e anniversaire de l'adoption de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing (Beijing+20) (9) ;
- d) l'inclusion d'un objectif spécifique en ce qui a trait à l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des jeunes filles dans le contexte de l'Agenda 2030 pour le développement durable (10).

ANTÉCÉDENTS

7. Grâce a) aux efforts des organisations de femmes, b) à un engagement accru de la part des gouvernements, c) aux politiques publiques novatrices et d) au nombre croissant de données probantes pointant l'ampleur et les incidences de ce problème, la communauté internationale reconnaît de plus en plus la violence à l'égard des femmes comme une violation ou un abus des droits fondamentaux, porteuse de répercussions importantes sur le plan sanitaire (17).
8. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1981) visait à éliminer toutes les formes de discrimination à l'encontre des femmes, au même titre que les Recommandations générales connexes. La Déclaration de 1993 sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes reconnaissait « qu'il est urgent de faire en sorte que les femmes bénéficient universellement des droits et principes consacrant l'égalité, la sécurité, la liberté, l'intégrité et la dignité de tous les êtres humains » (4). La Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme (Convention de Belém do Pará), adoptée en 1994, décrivait la violence contre la femme comme une violation des droits de l'homme et des libertés fondamentales (3).
9. Dans le système de l'ONU, de nombreuses initiatives ont récemment été entreprises pour aborder la question de la violence à l'égard des femmes, notamment la Conférence internationale sur la population et le développement, la Déclaration et le Programme d'action de Beijing, les résolutions de l'Assemblée générale et du Conseil des droits de l'homme ainsi que des réunions de la Commission de la condition de la

femme (12-15). En 2006, l'étude du Secrétaire général des Nations Unies intitulée *Mettre fin à la violence à l'égard des femmes : des paroles aux actes* a appelé l'ONU à prendre des mesures plus énergiques en réponse à la violence à l'égard des femmes (11). De surcroît, l'Agenda 2030 pour le développement durable a adopté un objectif visant l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard de toutes les femmes et des jeunes filles et ce, au titre de son objectif autonome d'égalité des sexes (10).

10. Plusieurs résolutions de l'OPS et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnaissent que la violence est un problème de santé publique d'envergure mondiale et établissent que les femmes sont un groupe qui risque, plus que les autres, de subir certaines violences bien précises (16-19). La résolution de l'AMS adoptée en 2014 (*Renforcer le rôle du système de santé pour traiter le problème de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants*) (WHA67.15) charge l'OMS d'élaborer un plan d'action mondial pour renforcer le rôle du système de santé (7). Agissant dans le contexte d'un exercice synchronisé, le Conseil directeur de l'OPS a simultanément chargé le Bureau d'élaborer cette stratégie et ce plan d'action sur la violence à l'égard des femmes.

ANALYSE DE LA SITUATION

MANIFESTATIONS ET PRÉVALENCE DE LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES

11. De nombreuses manifestations de violence touchent les femmes de manière disproportionnée (1). Au niveau mondial, les formes de violence les plus communes qui sont exercées contre les femmes comprennent :

- a) la violence conjugale (physique, sexuelle ou psychologique) ;
 - b) la violence sexuelle (dont le viol) commise par des personnes en dehors du couple ;
 - c) le mariage d'enfants ou le mariage précoce ou forcé ;
 - d) la traite des personnes, dont la prostitution forcée et l'exploitation à des fins économiques ;
 - e) les mutilations génitales féminines/excisions et autres pratiques traditionnelles néfastes ;
 - f) le fémicide¹ et le meurtre de filles ou de femmes au nom de l'« honneur » ;
 - g) le harcèlement sexuel à l'école ou au travail (20).
12. Le niveau de violence à l'égard des femmes peut être particulièrement élevé dans les situations de conflit armé, de déplacement, de catastrophes naturelles et d'autres crises humanitaires, ainsi qu'en contexte institutionnel, par exemple dans les prisons et dans les établissements destinés aux personnes souffrant de maladies mentales. La perpétration d'actes de violence à l'égard des femmes peut aussi se produire dans le système de santé même. En effet, les mauvais traitements infligés aux femmes dans le contexte des échanges entre prestataire et patiente, en particulier lors de la prestation de services de santé sexuelle et génésique, dont l'accouchement, font l'objet d'une attention accrue à travers la Région de même qu'à l'OPS et l'OMS. (21).
13. La violence contre les femmes en milieu de travail, dont le harcèlement physique, sexuel et psychologique dans les services de santé, illustre bon nombre des préoccupations dont il est fait état dans le présent document et se reflète dans des efforts visant à améliorer la santé et le bien-être des travailleurs et à accroître l'intégration des femmes dans la main-d'œuvre (22).
14. Dans certains contextes, les femmes appartenant à des groupes ethniques en minorité pourraient être plus exposées à la violence que d'autres femmes. Une analyse de données issues de la Bolivie a révélé un risque de violence conjugale qui serait deux fois supérieur chez les femmes parlant une langue autre que l'espagnol chez elles (23). En Équateur, les femmes qui déclarent appartenir aux populations autochtones ont rapporté une violence conjugale accrue comparée aux femmes se réclamant de race métisse ou blanche (2). Une étude menée au Mexique parmi les femmes autochtones recherchant des soins de santé a révélé que 25.55% de celles qui ont eu une entrevue ont rapporté avoir été victimes d'une forme quelconque de violence de la part d'un partenaire. De larges fluctuations ont été relevées à travers les zones géographiques.² Au Canada, les femmes autochtones sont près de trois fois plus susceptibles de subir des actes de violence que les femmes non autochtones (24). Toutefois, dans de nombreux contextes, on recense peu de données ventilées selon l'appartenance ethnique ou la race

1 On emploie généralement deux termes pour faire référence à l'homicide commis envers une femme: le fémicide et le féminicide. Cependant, il n'existe pas de consensus sur la distinction entre les deux et sur le terme le plus adéquat. Le terme "féminicide" a été formé pour faire référence spécifique à l'homicide commis envers une femme en raison de sa condition de femme et, dans certaines définitions, on se réfère également à la participation de l'État par action ou par omission. Dans ce document, on utilise le terme plus large de "fémicide" pour mettre en relief le manque d'informations permettant de déterminer le contexte et l'intention d'une personne commettant un homicide envers une femme dans la Région. Néanmoins, l'existence des deux termes est reconnue.

2 Le document est disponible en espagnol à l'adresse suivante : http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/1000722_cp7.pdf

concernant la prévalence de la violence à l'égard des femmes ; il faudrait mener des travaux de recherche plus adaptés sur le plan culturel et plus rigoureux sur le plan de la méthode.

15. Certaines données, provenant notamment de travaux de recherche réalisés au Canada, laissent à penser que les femmes qui se déclarent lesbiennes ou bisexuelles pourraient être plus exposées à la violence que les femmes se déclarant hétérosexuelles (25) ; toutefois, la Région recense très peu de données qui soient ventilées par sexe, identité de genre et orientation sexuelle. Dans ce domaine, il faudrait plus de recherche.
16. Certaines études laissent à penser que les femmes handicapées sont elles aussi plus susceptibles de subir des actes de violence que les autres femmes. Par exemple, un examen systématique et une méta-analyse ont révélé que les personnes (hommes et femmes) handicapées sont plus susceptibles de subir des actes de violence physique et sexuelle que les personnes non handicapées (26).
17. Chez les femmes, la violence conjugale est la forme de violence la plus couramment subie. Selon des estimations de l'OMS, 30 % des femmes du continent américain ont connu des actes de violence physique ou sexuelle, ou les deux, commis par leur partenaire alors que 11 % ont subi des actes de violence sexuelle en dehors de leur couple (7).
18. Dans la Région, le fémicide constitue une autre forme importante de violence à l'égard des femmes (27, 28). Ce phénomène s'entend en général du meurtre d'une femme en raison de son sexe mais d'autres définitions englobent aussi tout meurtre de femme ou de fille. Le fémicide conjugal s'entend du meurtre d'une femme par son partenaire actuel ou un partenaire antérieur ; en général, il s'inscrit dans une série d'autres actes de violence conjugale (29). Les données mondiales portant sur le fémicide sont limitées en raison d'un manque de systèmes permettant de documenter le motif du meurtre ou la relation entre victimes et auteurs. Toutefois, selon des estimations de l'OMS, jusqu'à 38 % des femmes assassinées dans la Région sont tuées par un partenaire ou un ancien partenaire (7).
19. Les estimations relatives à la prévalence, au cours de la vie, des actes de violence sexuelle commis par toute personne à l'encontre des femmes (au sein ou en dehors de leur couple) varient largement selon l'étude et le lieu mais sont conséquentes à travers la Région. Une analyse des données provenant d'enquêtes nationales menées par onze pays de la Région a permis de découvrir que les estimations relatives aux actes de violence sexuelle commis au cours de leur vie contre des femmes ayant déjà été mariées (dont les relations sexuelles forcées, les actes sexuels forcés et les relations sexuelles non désirées par des femmes craignant pour leur sécurité) allaient d'environ 1 femme sur 10 (10,3 %) au Paraguay (2008) à plus d'une femme sur 4 (27,2 %) en Haïti (2005-2006) (2).
20. Certaines données révèlent que chez un nombre considérable de femmes dans la Région, les premiers rapports sexuels sont forcés ou non désirés. Lorsqu'on leur demandait si leurs premiers rapports sexuels avaient été désirés ou forcés, entre 1,8 % des femmes au Nicaragua (2006-2007) et 21,2 % des femmes en Haïti (2005-2006) ont rapporté que leurs premiers

rapports sexuels avaient été forcés (2). De même, une étude s'étendant sur six pays de l'Organisation des États des Caraïbes orientales (2005–2006) a constaté que les rapports sexuels forcés chez les femmes de 15 à 24 ans allaient de 6 % à Antigua-et-Barbuda à 12 % à Sainte-Lucie (30). En Jamaïque (2008–2009), seules 4,7 % des jeunes femmes ont rapporté que leurs premiers rapports sexuels avaient été forcés, mais près de la moitié (44,9 %) des jeunes femmes ont indiqué que leurs premiers rapports n'avaient pas été désirés (2). Les rapports sexuels forcés et non désirés peuvent éventuellement contribuer à des grossesses chez les adolescentes et à la transmission du VIH, ce qui accroît davantage la nécessité d'aborder la violence sexuelle dans le cadre des efforts déployés pour réduire la grossesse non désirée et la transmission du VIH dans la Région.

FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS DE PROTECTION

21. Les travaux de recherche centrés sur les facteurs de risque et les facteurs de protection se rattachant à la violence à l'égard des femmes comportent d'importantes limitations et lacunes. En premier lieu, la plupart des études sont réalisées dans des pays à revenu élevé et ciblent en particulier les facteurs de risque au détriment des facteurs de protection. En deuxième lieu, la plupart suivent un modèle transversal et non longitudinal, ce qui limite donc les preuves de causalité. Enfin, la plupart des études examinent les facteurs de risque individuels plutôt que les facteurs communautaires ou sociétaux, ceux-là même qui sont essentiels au plan de la prévention.
22. Malgré les carences des travaux de recherche actuels, il est indéniable qu'on ne peut avancer une raison unique pour le fait que certaines personnes commettent des actes de violence à

l'encontre des femmes ou que cette violence est plus répandue dans certaines communautés. Les données probantes recueillies laissent à penser que la violence à l'égard des femmes a pour causes profondes des inégalités entre les sexes et un déséquilibre du pouvoir entre les hommes et les femmes mais qu'elle est aussi influencée par un jeu complexe entre des facteurs faisant intervenir l'individu, le couple, la communauté et la société, comme l'articule le cadre socio-écologique. La figure de l'annexe A illustre les facteurs de risque associés à la perpétration d'actes de violence conjugale et de violence sexuelle en fonction d'un modèle socio-écologique.

23. Parmi les facteurs individuels associés à un risque plus élevé de perpétration, par les hommes, et d'expérience, par les femmes, d'actes de violence contre les femmes, on peut citer : le faible niveau d'instruction, l'exposition à la violence durant l'enfance (soit en tant que victime de maltraitance des enfants, soit en tant que témoin de la violence entre parents), la consommation d'alcool et la consommation de drogues illicites, et les troubles de santé mentale. Parmi les facteurs communautaires et sociétaux associés à des niveaux plus élevés de violence conjugale et de violence sexuelle hors du couple, on peut citer : les faibles sanctions infligées par la communauté en cas de violence, la pauvreté, l'inégalité entre les sexes et les normes sociales qui favorisent l'acceptabilité de la violence (31).
24. Bien que la violence à l'égard des femmes se retrouve dans la quasi-totalité des contextes ayant fait l'objet d'études sur la violence, les taux de prévalence varient considérablement entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci, ce qui laisse à penser que les degrés élevés de violence à l'encontre des femmes ne sont pas inévitables. À

travers le monde, des efforts sont en cours pour trouver des stratégies de prévention qui soient efficaces. Ont retenu l'attention en particulier : des résultats prometteurs obtenus grâce au renforcement des sanctions légales à l'encontre de la violence, la remise en question des normes établissant des différences entre les hommes et les femmes, l'investissement dans l'autonomisation économique des femmes, la réduction de la consommation nocive d'alcool et les mesures prises contre la maltraitance des enfants, aussi bien les garçons que les filles. Il faut investir davantage pour comprendre les facteurs de niveau individuel, relationnel, communautaire et sociétal qui sont propices au changement de sorte que l'on puisse mettre en œuvre des stratégies de prévention efficaces et complètes et ce, à une grande échelle.

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

25. La violence à l'égard des femmes a des conséquences sur la santé qui sont mal reconnues, dont la mort – par le fémicide, le suicide, le VIH/sida et la mortalité maternelle – ainsi que des retombées non létales : traumatismes, infections sexuellement transmises (IST), grossesses non désirées, morbidité maternelle, résultats de santé sexuelle et génésique défavorables et troubles de santé mentale. Une description détaillée de ces conséquences, réparties entre diverses catégories, est fournie ci-dessous.

TRAUMATISMES ET INVALIDITÉ

26. Dans la Région, on rapporte qu'un grand nombre de femmes victimes d'actes de violence conjugale subissent des traumatismes physiques. Des enquêtes nationales révèlent que la part des femmes vivant en couple, victimes de

séances et rapportant avoir été blessées par leur partenaire va de 41,2 % (Honduras, 2005-2006) à 81,6 % (Paraguay, 2008). Dans les enquêtes nationales qui mesurent le degré de gravité des traumatismes, la part des femmes maltraitées ayant rapporté des traumatismes graves (os fracturés ou plaies profondes) va de 6,6 % (El Salvador, 2008) à 24,8 % (République dominicaine, 2007) (2).

SANTÉ MENTALE ET CONSOMMATION DE STUPÉFIANTS

27. La violence a de profondes retombées sur la santé mentale, par exemple un état de stress post-traumatique, la dépression, l'anxiété et les troubles liés à l'alcoolisme et à la consommation de stupéfiants (7). À l'échelle mondiale, les femmes subissant une violence conjugale sont deux fois plus susceptibles que les autres femmes de souffrir de dépression et près de deux fois plus susceptibles de souffrir de troubles dus à la consommation d'alcool (7). Cinq enquêtes nationales de population menées dans la Région ont révélé qu'un grand nombre de femmes ayant subi une violence conjugale au cours des 12 mois précédents ont rapporté un état d'anxiété ou une dépression si profonde (en raison des agressions de leur partenaire) qu'elles étaient dans l'impossibilité de faire leur travail ou de s'acquitter d'autres obligations ; ces chiffres variaient entre près de la moitié de ces femmes en Équateur (2004) et plus des deux tiers des femmes au Paraguay (2008) (2). Au Guatemala (2008-2009) et au Paraguay (2008), les femmes qui avaient subi une violence conjugale étaient considérablement plus susceptibles que les autres femmes d'avoir pensé au suicide ou passé à l'acte au cours du mois précédent (2).

SANTÉ SEXUELLE ET GÉNÉSIQUE

28. Les travaux de recherche laissent à penser que la violence à l'égard des femmes peut entraîner une foule de retombées défavorables sur le plan de la santé sexuelle et génésique. En effet, une analyse portant sur des enquêtes nationales menées dans la Région révèle que la violence conjugale était largement liée à une grossesse non désirée ou imprévue, à une plus grande parité et à un premier accouchement avant l'âge de 17 ans (2). Dans certains pays, la grossesse non désirée était de deux à trois fois plus courante chez les femmes qui avaient subi une violence conjugale que chez les femmes qui n'en avaient pas subi (2). La même étude a constaté qu'entre 3 % et 44 % des femmes qui avaient été enceintes à un quelconque moment de leur vie avaient connu une violence conjugale durant leur grossesse (2). La violence durant la grossesse est liée à un risque plus élevé de complications connexes, dont les fausses couches, l'accouchement prématuré et l'insuffisance pondérale à la naissance (7, 23). Parmi les autres conséquences de la violence conjugale, on recense les troubles gynécologiques et un risque accru de contracter le VIH (dans certaines régions), la syphilis, la chlamydia ou la blennorragie (7).

MORTALITÉ ASSOCIÉE À LA GROSSESSE

29. Des études effectuées dans des pays à revenu élevé laissent entendre que la violence conjugale peut constituer un important facteur de la mortalité maternelle. Ainsi, dans une province du Canada, les hémorragies étaient trois fois plus courantes chez les femmes enceintes exposées à la violence (32). Un examen des données pour 2003-2007 issues du système national de rapports sur les décès violents des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis révèle que 54

% des suicides et 45 % des homicides de femmes enceintes ou qui venaient d'accoucher étaient liés à la violence conjugale, et que ces décès contribuaient de manière importante à la mortalité liée à la grossesse (33). Ces résultats ont des incidences importantes sur les efforts déployés pour réduire le nombre de décès survenant durant la grossesse et le post-partum.

MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET FACTEURS DE RISQUE

30. Un nombre croissant de données semblent indiquer un lien entre la violence conjugale et un risque accru de maladies non transmissibles telles que la surcharge pondérale, le diabète, les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux et le cancer (34, 35). Les enchainements de causalité ne sont pas encore bien compris, mais les données existantes laissent entendre que les retombées néfastes du stress chronique, conjuguées à une plus grande susceptibilité chez les victimes de s'adonner à des activités nocives comme l'usage du tabac, la suralimentation et un faible recours aux soins de santé préventifs tels que les analyses de cholestérolémie et les tests de dépistage du cancer du col de l'utérus ou du côlon, pourraient jouer un rôle (34, 35). La violence pourrait également contribuer à des troubles de santé comme les états de douleur chronique, le syndrome de l'intestin irritable, les troubles gastro-intestinaux, les plaintes liées à des maladies somatiques et la fibromyalgie (34, 35).

EFFETS SUR LES ENFANTS

31. La violence à l'égard des femmes est porteuse de conséquences défavorables importantes pour les enfants. En plus des résultats négatifs pour la santé mentionnés ci-dessus, les données

probantes semblent indiquer que les retombées sanitaires et sociales durables de l'exposition des enfants à la violence au sein du couple sont similaires à celles de la maltraitance et de la négligence physique et psychologique à l'égard des enfants (23, 36, 37, 38). L'exposition des enfants à la violence au sein du couple a été liée à des taux plus élevés de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans (39), ainsi qu'à un risque accru de perpétrer ou de subir plus tard une violence à l'égard des femmes (2, 40-42). Des données provenant de plusieurs pays de la Région semblent indiquer que les enfants de foyers touchés par la violence à l'égard des femmes sont plus susceptibles d'être punis sous forme de châtiments corporels sévères que les autres enfants (2). Toutefois, les façons dont la violence conjugale dirigée contre les femmes affecte les enfants sont encore insuffisamment étudiées, et méritent qu'on s'y attarde davantage.

FACTURE ÉCONOMIQUE

32. La violence à l'égard des femmes exerce une pression économique directe sur les systèmes de santé, les services sociaux, la justice pénale et les tribunaux des familles. Une étude réalisée aux États-Unis a révélé que les dépenses de santé étaient d'environ 42 % plus élevées pour les femmes qui avaient subi des actes de violence conjugale que pour celles qui n'en avaient pas subis (43). La violence à l'égard des femmes impose aussi des frais indirects aux survivants, familles et employeurs ainsi qu'à la société en général en raison des pertes de productivité et des retombées psychosociales négatives parmi les femmes et leurs enfants. Au Canada, une analyse exhaustive estime que l'incidence économique annuelle de la violence conjugale, dont les frais directs et indirects, serait de 7,4 milliards de dollars canadiens (44). Une analyse de la Banque
- mondiale a conclu que la violence conjugale coûte au Pérou 3,7 % de son produit intérieur brut (PIB), en grande partie à cause de la perte de jours de travail (45). En Colombie, une étude a conclu à un taux de chômage beaucoup plus élevé et à une diminution des revenus chez les survivants de la violence (46).

LE RÔLE DU SYSTÈME DE SANTÉ

33. Les services de santé peuvent remplir une fonction importante dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes. Les prestataires de santé peuvent en effet identifier quelles sont les femmes qui sont exposées à la violence, leur prodiguer des soins immédiats et atténuer les dommages subis en leur accordant leur appui et en les orientant vers d'autres secteurs, dont les services juridiques et sociaux. Des données factuelles indiquent que les femmes exposées à la violence sont plus susceptibles que les femmes qui ne le sont pas de rechercher des soins de santé mais qu'elles ne révèlent pas toujours cette violence à leurs prestataires de santé (47). Les initiatives visant à augmenter le nombre de femmes qui sont rapidement identifiées par leurs prestataires comme victimes de violence peuvent améliorer l'accès de celles-ci à des services d'accompagnement, des soins et des services d'aiguillage (48).
34. Les systèmes de santé peuvent également remplir une fonction essentielle dans le contexte d'interventions multisectorielles visant à prévenir la violence. L'approche de santé publique vis-à-vis de la prévention fait intervenir quatre exercices essentiels : a) définir le problème grâce à la collecte de données probantes portant sur l'ampleur, les caractéristiques et les conséquences de la violence à l'égard des femmes, b) rechercher les facteurs de risque et les facteurs de protection afin de comprendre pourquoi

le problème existe, c) concevoir, exécuter et évaluer des stratégies de prévention de la violence à l'intention du secteur sanitaire et d'autres secteurs, d) diffuser des informations sur l'efficacité des programmes et développer exponentiellement les programmes qui sont efficaces (49). Ce faisant, les systèmes de santé devraient coordonner leurs activités avec d'autres parties prenantes et secteurs (en particulier ceux de l'éducation et de la justice) et collaborer avec les mécanismes nationaux de coordination multisectorielle et les organisations de la société civile.

- b) les droits de l'homme ;
- c) la sensibilité aux questions de parité hommes femmes et l'égalité entre les sexes ainsi que la diversité culturelle et ethnique ;
- d) des interventions multisectorielles ;
- e) une pratique éclairée par des données factuelles ;
- f) une approche prenant en compte toutes les étapes de la vie ;
- g) une intervention globale ;
- h) la participation de la communauté ;
- i) l'autonomie et l'autodétermination des survivants ;
- j) la participation des hommes et des garçons.

LA STRATÉGIE ET LE PLAN D'ACTION

35. Ces stratégie et plan d'action sont l'illustration d'efforts collectifs déployés par les gouvernements des pays et les mouvements de femmes afin d'attirer l'attention sur le problème de la violence à l'égard des femmes et de catalyser les interventions pour lutter contre ce phénomène. Ils s'inspirent par ailleurs d'un corpus de plus en plus volumineux de données factuelles, de pratiques, de règles, de principes, de normes et de directives techniques qui ont été élaborés au cours des dernières décennies par l'OPS/OMS et d'autres institutions mais aussi de nombreuses autres interventions entreprises à travers le système de l'ONU.

PRINCIPES DIRECTEURS

36. Les 10 principes ci-après, qui sont repris dans le détail à l'annexe B, orientent la stratégie et le plan d'action :

- a) l'accès universel à la santé, la couverture sanitaire universelle et l'équité en santé ;

OBJECTIF PRINCIPAL

37. L'objectif principal de la stratégie et du plan d'action est de contribuer à la réduction/ l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Les axes stratégiques d'intervention qui guideront l'exécution favoriseront l'atteinte du Résultat 2.3 du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et des résultats immédiats 2.3.2 et 2.3.3 du programme et budget 2014-2015 de l'OPS.

AXES STRATÉGIQUES D'INTERVENTION³

38. La stratégie et le plan d'action auront recours aux axes stratégiques d'intervention ci-après :
- a) renforcer la disponibilité et l'exploitation des données factuelles concernant la violence à l'égard des femmes ;
 - b) renforcer l'engagement politique et financier en faveur du traitement du problème de la violence à l'égard des femmes dans les systèmes de santé ;
 - c) consolider la capacité des systèmes de santé pour ce qui est d'une prise en charge et d'un

3 Tout suivi des indicateurs correspondant à chaque axe stratégique d'intervention devra tenir compte des responsabilités communes des États fédérés.

accompagnement efficace des femmes qui ont subi des actes de violence sexuelle au sein de leur couple ou en dehors de celui-ci ;

- d) renforcer le rôle du système de santé en matière de prévention de la violence à l'égard des femmes.

AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 1 : RENFORCER LA DISPONIBILITÉ ET L'EXPLOITATION DES DONNÉES FACTUELLES CONCERNANT LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES

39. La maîtrise de la nature, de l'envergure, des facteurs de risque et facteurs de protection ainsi que des conséquences de la violence à l'égard des femmes, y compris les femmes autochtones et d'autres femmes marginalisées pour des raisons d'appartenance ethnique et raciale, constitue la première étape de la prévention

et du traitement de la violence et ce, pour plusieurs raisons. D'abord, les plans, politiques, programmes et lois reposant sur des données probantes et sensibles aux réalités culturelles devraient se fonder sur des données quantitatives et qualitatives de grande qualité, provenant aussi bien des systèmes de données administratives que d'études démographiques. Ensuite, il faut réaliser des collectes de données (représentatives de la population, idéalement) de façon répétée afin de mesurer les changements dans les niveaux de violence sur la durée. Enfin, conformément aux instruments internationaux de défense des droits de l'homme qui s'appliquent à la santé ainsi qu'au principe éthique de non-malfaisance, les données revêtent une importance essentielle pour le suivi et l'évaluation afin d'assurer que les interventions menées de bonne foi ne causent aucun tort.

Objectif	Indicateur	Référence (2015)	Cible (2025)
1.1 Accroître la collecte et la disponibilité de données épidémiologiques et de données issues de la prestation de services au sujet de la violence à l'égard des femmes*	1.1.1 Nombre d'États Membres qui ont réalisé des enquêtes sur la population représentatives du pays tout entier concernant la violence à l'égard des femmes (ou qui ont prévu un module sur la violence à l'égard des femmes dans d'autres enquêtes démographiques sur la population ou sur la santé) au cours des cinq dernières années	14	22
	1.1.2 Nombre d'États Membres qui ont réalisé des enquêtes sur la population représentatives du pays tout entier sur la violence à l'égard des femmes au cours des cinq dernières années (ou qui ont prévu un module sur la violence à l'égard des femmes dans d'autres enquêtes démographiques sur la population ou la santé) comprenant une analyse de la prévalence de la violence contre les femmes à travers différents groupes ethniques/raciaux	2	10
	1.1.3 Nombre d'États Membres qui sont en mesure de fournir des données sur les homicides, ventilées par âge, sexe et rapport de la victime au contrevenant	9	15

*À l'inverse d'autres problèmes de santé publique, pour bon nombre d'États Membres, le traitement de la violence à l'égard des femmes au sein des systèmes de santé est un domaine d'intervention relativement nouveau. Par conséquent, il n'est pas possible d'obtenir des indicateurs de référence uniformes auprès de tous les pays. Pour remédier à cette carence, le Bureau élaborera un plan de suivi et d'évaluation et vérifiera les données de référence durant la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action.

40. L'exercice d'élaboration de données factuelles devra s'efforcer de recueillir et d'analyser des données portant sur les stratificateurs d'équité (comme l'âge, l'ethnicité/la race, la situation socioéconomique, le domicile, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, notamment) pour approfondir les connaissances sur la façon dont les déterminants sociaux influencent la violence à l'égard des femmes. L'établissement de partenariats avec des établissements universitaires et de recherche pourrait multiplier les données factuelles disponibles et développer l'exploitation de celles-ci.

**AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 2 :
RENFORCER L'ENGAGEMENT POLITIQUE ET
FINANCIER EN FAVEUR DU TRAITEMENT DU
PROBLÈME DE LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES
FEMMES DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ**

41. Le système de santé a un rôle essentiel à jouer pour ce qui est de remettre en question l'acceptabilité de la violence à l'égard des femmes. En effet,

une réponse robuste et reconnue publiquement de la part du système de santé est le vecteur d'un message à la société au sujet du caractère inacceptable de la violence, et encourage plus de femmes à rapporter les comportements abusifs aux professionnels de la santé (47). Toutefois, vu le caractère multidimensionnel de la violence à l'égard des femmes, élaborer des réponses efficaces et complètes exige la participation de divers secteurs, dont un leadership, un engagement et une action concertée de la part des gouvernants, des responsables politiques, des universitaires, des législateurs, des commissions nationales de défense des droits de l'homme, des forces de l'ordre, des organisations de la société civile, des organisations de femmes et des membres de la communauté (50).

42. Quoique de nombreux gouvernements dans la Région aient effectivement élaboré des plans nationaux pour traiter le problème de la violence

Objectif	Indicateur	Référence (2015)	Cible (2025)
2.1 Renforcer les politiques et plans nationaux et infranationaux contre la violence à l'égard des femmes au sein du système de santé	2.1.1 Nombre d'États Membres ayant prévu la violence à l'égard des femmes dans leurs politiques ou plans nationaux sur la santé	18	35
	2.1.2 Nombre d'États Membres qui ont prévu, dans leur budget national de santé, un ou plusieurs postes consacrés exclusivement à l'appui aux activités de prévention ou aux interventions au titre de la violence à l'égard des femmes	4	10
	2.1.3 Nombre d'États Membres qui ont mis en place un service (ou plusieurs) ou un ou des points de liaison dans le ministère de la Santé chargés de la violence à l'égard des femmes	4	10
2.2 Accroître la participation du système de santé aux plans, politiques générales et coalitions multisectoriels de lutte contre la violence à l'égard des femmes	2.2.1 Nombre d'États Membres qui ont mis en place un plan national ou multisectoriel contre la violence à l'égard des femmes en y intégrant le système de santé, en fonction de l'état d'avancement du plan : <ul style="list-style-type: none"> • en cours d'élaboration ; • en cours d'exécution 	13	20

à l'égard des femmes, on constate souvent des écarts entre l'engagement et la mise à exécution. Pour mettre en œuvre efficacement des plans nationaux de prévention et d'intervention sur la violence à l'égard des femmes, il faut disposer de solides preuves scientifiques, d'un soutien et d'un savoir-faire robustes mais aussi de crédits budgétaires exclusivement affectés à ce domaine dans le système de santé (50).

cherchent à obtenir des services sanitaires plus souvent que les autres femmes (même si la violence n'est pas le trouble de santé qui se présente), il est impératif que les systèmes de santé soient prêts à proposer aux survivants des services de première intention qui répondent aux besoins des femmes sur le plan physique et affectif comme sur le plan de la sécurité et de l'accompagnement. Les professionnels de la santé doivent disposer d'une formation adéquate ainsi que des instruments leur permettant d'identifier les victimes, de leur administrer les soins cliniques requis et de les orienter vers d'autres services en cas de besoin. Étant donné que de nombreux facteurs de risque et déterminants de la violence se retrouvent en dehors du système de santé et en conformité avec l'approche de la « santé dans toutes les politiques », les systèmes de santé devraient activement interagir et procéder en

AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 3 : CONSOLIDER LA CAPACITÉ DES SYSTÈMES DE SANTÉ POUR CE QUI EST D'UNE PRISE EN CHARGE ET D'UN ACCOMPAGNEMENT EFFICACE DES FEMMES QUI ONT SUBI DES ACTES DE VIOLENCE SEXUELLE OU DE VIOLENCE CONJUGALE

43. Compte tenu de la forte prévalence de la violence à l'égard des femmes et des données factuelles selon lesquelles les femmes victimes d'abus

Objectif	Indicateur	Référence (2015)	Cible (2025)
3.1 Renforcer les modes opératoires nationaux normalisés (protocoles, directives) afin d'administrer des soins sûrs et efficaces et d'accompagner les femmes victimes de violence conjugale ou de violence sexuelle, selon le cas	3.1.1 Nombre d'États Membres qui ont mis en place des modes opératoires nationaux normalisés ou protocoles et directives permettant au système de santé d'intervenir face à la violence conjugale conformément aux directives de l'OMS ⁴	6	15
	3.1.2 Nombre d'États Membres dont les services de santé d'urgence proposent des soins complets après un viol conformément aux directives de l'OMS ⁵	2	15
3.2 Accroître la capacité des professionnels de la santé à intervenir en cas de violence à l'égard des femmes	3.2.1 Nombre d'États Membres ayant inclus le sujet de la violence à l'égard des femmes dans leurs mécanismes de formation continue à l'intention des professionnels de la santé	2	10

- 4 Au minimum, les protocoles et directives régissant les interventions du système de santé devront prévoir : a) une écoute bienveillante et impartiale de la part des professionnels de la santé, b) des mesures pour aider les femmes à améliorer leur sécurité, c) des mesures pour aider les femmes à améliorer la sécurité de leurs enfants et d) la prestation (directe ou après aiguillage) de soins en santé mentale, de services sociaux et de services d'accompagnement juridique.
- 5 Les services de soins complets après un viol comprennent : a) un secours de première intention et des premiers secours psychologiques, b) la contraception d'urgence pour les femmes demandant des soins au cours des cinq jours qui suivent l'agression, c) l'orientation vers des services d'avortement sûrs en cas de grossesse résultant d'un viol, lorsque ces services sont autorisés par la législation nationale, d) une prophylaxie après exposition aux IST ou au VIH, selon le cas, en fonction des protocoles applicables et e) la vaccination contre l'hépatite B.

coordination avec un certain nombre d'autres secteurs, notamment la police et la justice, les services sociaux, l'éducation, la protection de l'enfant et les mécanismes traitant de l'égalité de sexe ou l'habilitation de la femme.

44. Compte tenu du nombre disproportionné de femmes marginalisées en raison de leur appartenance raciale et ethnique qui subissent des actes de violence dans la Région, les efforts entrepris dans ce domaine devront aussi prévoir des approches de lutte contre la violence qui soient sensibles aux réalités interculturelles et culturelles et dépassent le cadre de la prestation formelle de services sanitaires pour inclure les prestataires de santé traditionnels.
45. Étant donné que l'exposition des enfants à des actes de violence commis par un partenaire intime à l'égard de leur mère est liée à une série de résultats défavorables, dont un risque accru de violence à l'âge adulte, il faudra déployer un surcroît d'efforts pour désigner des mécanismes à

même de coordonner de manière sûre et éthique la prestation de services auprès des femmes et des enfants exposés à la violence.

AXE STRATÉGIQUE D'INTERVENTION 4 : RENFORCER LE RÔLE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DE LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES

46. Quoiqu'il soit indispensable de répondre aux besoins immédiats des survivants, la réduction ou l'élimination de la violence à long terme dépend de la prévention. Comme elle a assumé sa responsabilité pour faire changer les comportements liés au tabagisme et à la consommation de stupéfiants, la communauté de la santé publique devrait sensibiliser le public à la violence à l'égard des femmes en tant que problème de santé publique.
47. Le système de santé peut contribuer à prévenir la violence contre les femmes en recueillant et en diffusant des données factuelles sur l'ampleur et les conséquences de la violence, en élaborant

Objectif	Indicateur	Référence (2015)	Cible (2025)
4.1 Renforcer la participation et l'engagement du système de santé dans les interventions visant à prévenir la violence à l'égard des femmes	4.1.1 Nombre d'États Membres ayant mis en place une coalition ou équipe spéciale multisectorielle chargée de coordonner des activités de prévention de la violence à l'égard des femmes qui font participer les ministères de la Santé	3	10
	4.1.2 Nombre d'États Membres qui disposent d'un plan national ou multisectoriel qui aborde le problème de la violence à l'égard des femmes (incluant le système de santé) et qui propose au moins une stratégie pour prévenir la violence à l'égard des femmes, par type de stratégie ⁶	0	10

6 Les stratégies de prévention seront répertoriées comme suit : a) modification des normes sociales et culturelles, b) méthodes d'apprentissage socio-affectif et c) approches sous l'angle des politiques (par exemple les politiques ayant trait à la consommation d'alcool).

et en évaluant des programmes et politiques de prévention et en appliquant à une plus grande échelle les stratégies de prévention qui sont prometteuses ou efficaces. Il peut s'agir notamment de programmes qui remettent en question les attitudes et les normes sociales excusant l'inégalité entre les sexes et la violence fondée sur le sexe, qui appuient l'acquisition de connaissances socio-affectives et de compétences essentielles favorisant des relations non violentes, qui réduisent l'usage nocif de l'alcool, qui visent à prévenir la maltraitance des enfants (par exemple grâce à des programmes de visite à domicile et de responsabilisation parentale) et qui aident les enfants qui sont directement exposés à la violence ou en sont témoins (50).

SUIVI ET ÉVALUATION

48. La stratégie et le plan d'action contribueront au résultat intermédiaire 2.3 du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (« Facteurs de risque réduits associés à la violence et aux traumatismes en mettant l'accent sur la sécurité routière, les traumatismes des enfants et la violence à l'encontre des enfants, des femmes et des jeunes ») et aux résultats immédiats 2.3.2 et 2.3.3⁷ du programme et budget 2014-2015 de l'OPS. À l'inverse d'autres problèmes de santé publique, pour bon nombre d'États Membres, le traitement de la violence à l'égard des femmes au sein des systèmes de santé est un domaine d'intervention relativement nouveau. Par conséquent, il n'est pas possible d'obtenir des indicateurs de référence uniformes auprès de tous les pays. Pour remédier

à cette carence, le Bureau élaborera un plan de suivi et d'évaluation et vérifiera les données de référence durant la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action. En 2020, des rapports provisoires seront élaborés à l'intention des organes directeurs de l'OPS en 2018 et 2021 et un rapport final sera soumis en 2025.

INCIDENCES FINANCIÈRES

49. Le coût estimatif total de la mise en œuvre du plan d'action sur toute sa durée, de 2015 à 2025, dépenses de personnel et activités compris, est d'US\$ 4 900 000.

MESURE À PRENDRE PAR LE CONSEIL DIRECTEUR

50. Le Conseil directeur est prié d'examiner les propositions de *Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes* sur la période 2015-2025, d'envisager d'approuver le projet de résolution faisant l'objet de l'annexe C et de formuler les recommandations qu'il juge opportunes.

7 Résultat immédiat (RIM) 2.3.2 : capacité des pays et des partenaires à évaluer et améliorer les politiques et les programmes nationaux de prévention intégrée de la violence, y compris la violence à l'égard des femmes, des enfants et des jeunes. RIM 2.3.3 : capacité des pays à élaborer et mettre en œuvre un protocole national régissant la prestation de services de santé aux victimes de violence conjugale et de violence sexuelle conformément aux directives de 2013 de l'OMS.

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization (Department of Reproductive Health and Research); 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 and non-partner sexual violence [Internet]. Genève : OMS ; 2013. [consulté le 11 mars 2015]. 51 p. Disponible [en anglais] sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1; <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
2. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza J. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries [Internet]. Washington (DC) : OPS ; 2012. [consulté le 11 mars 2015]. 156 p. Disponible [en anglais] sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=19825&Itemid=270&lang=en
3. Organisation des États Américains (Commission interaméricaine des droits de l'homme. Commission interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme, "Convention de Belém do Pará" [Internet]. Vingt-quatrième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains ; 9 juin 1994 ; Belém do Pará (Brésil). Washington (DC) : OEA ; v2011 [consulté le 11 mars 2015]. Disponible sur : <http://www.cidh.oas.org/Basicos/French/m.femme.htm>
4. Nations Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes [Internet]. Quarante-huitième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; 21 septembre 1993-19 septembre 1994, New York (ÉUA). New York: ONU ; 1993 (résolution A/RES/48/104) [consulté le 11 mars 2015]. Disponible sur : http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=%20A/RES/48/104
5. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses [Internet]. Genève : OMS ; 2005. [consulté le 11 mars 2015]. Disponible [en anglais] sur : http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Violence against women and against children: PAHO/WHO's key areas for action [Internet]. Washington (DC) : OPS ; 2014. [consulté le 17 mars 2015]. Disponible [en anglais] sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9998%3Aviolence-against-women-and-against-children-pahowhos-key-areas-for-action&catid=1505%3Aabout-us&Itemid=1519&lang=en
7. Organisation mondiale de la Santé. Renforcer le rôle du système de santé pour traiter le problème de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants [Internet]. Soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé ; du 19 au 24 mai 2014 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2014 (résolution WHA67.15) [consulté le 17 mars 2015]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R15-fr.pdf
8. Nations Unies. 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 [Internet]. Soixante-neuvième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; du 16 septembre 2014 à septembre 2015, New York (ÉUA). New York: ONU ; 2014 (document A/69/62) [consulté le 18 mars 2015]. Disponible sur : <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N14/223/70/PDF/N1422370.pdf?OpenElement>

9. Comité d'ONG sur la condition de la femme ; ONU-Femmes. Document régional de la société civile sur Beijing+20 : Amérique latine et Caraïbes. NGO/CSW: Fév. 2015 [non publié]. Disponible sur demande.
10. Nations Unies. Projet de document sur les résultats du Sommet des Nations Unies pour l'adoption de l'agenda de développement après 2015. 69^e Session de l'Assemblée générale des Nations Unies, 12 août 2015 ; New York (ÉUA). New York: ONU ; 2015 (Document A/69/L.85) [consulté le 29 sept. 2015]. Disponible sur : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/L.85&Lang=
11. Nations Unies. Mettre fin à la violence à l'égard des femmes : des paroles aux actes. Étude du Secrétaire général [Internet]. New York: ONU ; 2006 [consulté le 11 mars 2015]. Disponible sur : <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/media/publications/un/en/frenchstudy.pdf>
12. United Nations Population Information Network (U.N. Population Division, Department of Economic and Social Affairs with support from UNFPA). Report of the international conference on population and development. [Internet]. International Conference on Population and Development ; du 5 au 13 septembre 1994 ; Le Caire (Égypte). New York: ONU ; 1994 (document A/CONF.171/13) [consulté le 11 mars 2015]. Disponible [en anglais] sur : <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>
13. Nations Unies, Département de la coordination des politiques et du développement durable. Déclaration et Programme d'action de Beijing. In : Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes [Internet]. 4^e Conférence mondiale sur les femmes [version préliminaire] ; du 4 au 15 septembre 1995 ; Beijing (Chine). New York: ONU ; 1995 (document A/CONF.177/20) [consulté le 11 mars 2015]. Disponible sur : <http://www.un.org/documents/ga/conf177/aconf177-20fr.htm>
14. Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. L'élimination et la prévention de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles : Commission de la condition de la femme 2013 : Conclusions concertées [Internet]. 57^e session de la Commission de la condition de la femme ; du 4 au 15 mars 2013 ; New York (ÉUA). New York: ONU-Femmes ; 2013. [consulté le 17 mars 2015]. Disponible sur : <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/csw/57/csw57-agreedconclusions-a4-fr.pdf>
15. United Nations High Commissioner for Human Rights (Commission on Human Rights). Question of integrating the rights of women into the human rights mechanisms of the United Nations and the elimination of violence against women [Internet]. 45th Session of the Commission on Human Rights. New York (ÉUA). New York: HCR ; 4 mars 1994 (adoptée sans vote. Voir chap. XI.- E/CN.4/1994/132) [consulté le 17 mars 2015]. Disponible [en anglais] sur : http://peacewomen.org/sites/default/files/ohchr_intergratingwomenrightshrmmechanismsvaw_1994_0.pdf
16. Organisation mondiale de la Santé. Mise en œuvre des recommandations du Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la Santé ; du 19 au 28 mai 2003 ; Genève (Suisse). Genève : OMS ; 2003 (résolution WHA56.24) [consulté le 12 mars 2015]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/fa56r24.pdf http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/fa56r24.pdf
17. Organisation mondiale de la Santé. Mise en œuvre des recommandations du Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. Cent-onzième session du Conseil exécutif ; du 20 au 28 janvier 2003 ; Genève (Suisse). Genève : OMS ; 2003 (résolution EB111.7) [consulté le 12 mars 2015]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB111/feb111r7.pdf

18. Organisation mondiale de la Santé. Prévention de la violence [Internet]. Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé ; du 5 au 14 mai 1997 ; Genève (Suisse). Genève : OMS ; 1997 (résolution WHA50.19) [consulté le 12 mars 2015]. Disponible sur : http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/fr/WHA5019_fre.pdf?ua=1
19. Organisation mondiale de la Santé. La prévention de la violence : une priorité pour la santé publique [Internet]. Quarante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé ; du 20 au 25 mai 1996 ; Genève (Suisse). Genève : OMS ; 1996 (résolution WHA49.R25) [consulté le 12 mars 2015]. Disponible sur : http://who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/WHA4925_fre.pdf?ua=1
20. Organisation mondiale de la Santé ; Organisation panaméricaine de la Santé. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes : Conséquences sur la santé [Internet]. Genève : OMS ; 2012 (Fiches d'information de l'OMS) (WHO/RHR/12.43) [consulté le 12 mars 2015]. Disponible sur : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_43/fr/
21. Organisation mondiale de la Santé. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de soins [Internet]. Genève : OMS ; 2014 [consulté le 12 mars 2015] (Déclaration de l'OMS) (WHO/RHR/14.23). Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134589/1/WHO_RHR_14.23_fre.pdf?ua=1
22. Organisation internationale du Travail. Programme conjoint OIT/CII/OMS/ISP sur la violence au travail dans le secteur de la santé. Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé [Internet]. Genève : Bureau international du Travail ; 2002 [consulté le 17 mars 2015]. Disponible sur : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160909.pdf
23. Han A, Stewart D. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. Janvier 2014 [consulté le 12 mars 2015] ; 124(1):6-11. Disponible [en anglais] sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24182684>
24. Brennan S., La victimisation avec violence chez les femmes autochtones dans les provinces canadiennes, 2009 [Internet]. Ottawa (Canada): Statistique Canada; 17 mai 2011 [consulté le 12 mars 2015]. Disponible sur : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2011001/article/11439-fra.pdf>
25. Centre canadien de la statistique juridique. Mesure de la violence faite aux femmes : tendances statistiques [Internet]. Ottawa (Canada): Statistique Canada ; 2013 (article de *Juristat*) 25 fév. 2013 [consulté le 12 mars 2015]. 120 p. Disponible sur : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2013001/article/11766-fra.pdf>
26. Hughes K, Bellis M, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet* [Internet]. 28 avr. 2012 [consulté le 12 mars 2015] ; 379(9826):1621-1629. Disponible [en anglais] sur : <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961851-5/abstract>
27. Oficina Regional para América Central del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; Oficina Regional para las Américas y el Caribe de la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. Modelo de protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de

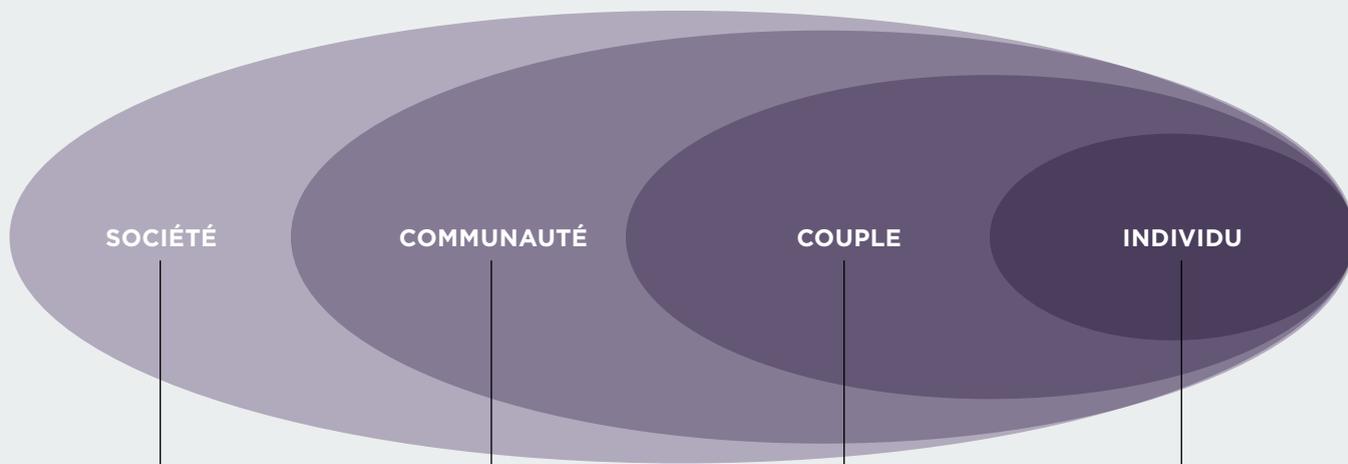
- género (femicidio/feminicidio) [Internet]. New York: OACNUDH; 2014 [consulté le 13 mars 2015]. xiv + 186p. Disponible [en espagnol] sur : <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/ProtocoloLatinoamericanoDelInvestigacion.pdf>
28. Garita Vilchez AI. La regulación del delito de femicidio/feminicidio en América Latina y el Caribe. Campagne du Secrétaire général des Nations Unies (TOUS UNIS) pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes [Internet]. Panama : Secretariado de la ÚNETE para poner fin a la violencia contra las mujeres; 2013 [consulté le 3 mars 2015]. Disponible [en espagnol] sur : http://www.un.org/es/women/endviolence/pdf/reg_del_femicidio.pdf
29. Organisation mondiale de la Santé ; Organisation panaméricaine de la Santé. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes : Le fémicide [Internet]. Genève : OMS ; 2012 (Fiches d'information de l'OMS) [consulté le 12 mars 2015]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/86253/1/WHO_RHR_12.38_fre.pdf
30. Ogunnaiké-Cook S, Kabore I, Bombereau G, Espeut D, O'Neil C, Hirschall G. Behavioural surveillance surveys (BSS) in six countries of the Organisation of Eastern Caribbean States (OECS) 2005-2006: report [Internet]. Caribbean Epidemiology Centre; 2007 [consulté le 12 mars 2015]. Disponible [en anglais] sur : http://books.google.com/books/about/Behavioural_Surveillance_Surveys_BSS_in.html?id=6Z1eMwEACAAJ, http://www.researchgate.net/profile/David_Plummer/publication/259080645_How_risk_and_vulnerability_become_socially_embedded_insights_into_the_resilient_gap_between_awareness_and_safety_in_HIV/links/0deec52c7e87aef1c9000000.pdf
31. Organisation mondiale de la Santé ; London School of Hygiene and Tropical Medicine. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes: Intervenir et produire des données [Internet]. Genève : OMS ; 2010. [consulté le 11 mars 2015]. 94 p. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564007/fr>
32. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. Mai 2003 [consulté le 12 mars 2015];188(5):1341-1347. Disponible [en anglais] sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12748509>
33. Palladino C, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold K. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol* [Internet]. Nov. 2011 [consulté le 12 mars 2015];118(5):1056-1063. Disponible [en anglais] sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22015873>
34. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Adverse health conditions and health risk behaviors associated with intimate partner violence. *Morbidity and Mortality Weekly Report* [Internet]. 8 fév. 2008 [consulté le 12 mars 2015];57(5): 113-117.
35. Black M (U.S. Centers for Disease Control and Prevention). Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *Am J Lifestyle Med* [Internet]. Sept.-oct. 2011 [consulté le 12 mars 2015];13(5):428-439. Disponible [en anglais] sur : <http://ajl.sagepub.com/content/5/5/428.abstract>
36. Wood SL, Sommers MS. Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* [Internet]. Novembre 2011 [consulté le 31 juillet 2015];24(4):223-236. Disponible [en anglais] sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6171.2011.00302.x/abstract;jsessionid=1277E8679A5AECA0B2238F4DE6032087.f04t03>

37. MacMillan HL, Wathen CN. Children's exposure to intimate partner violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2014 [consulté le 31 juillet 2015] 23(2):295-308. Disponible [en anglais] sur : [http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993\(13\)00112-0/abstract](http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(13)00112-0/abstract)
38. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2003 [consulté le 31 juillet 2015] ;71(2):339-352. Disponible [en anglais] sur : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.208.6823&rep=rep1&type=pdf>
39. Garoma S, Fantahun M, Worku A. The effect of intimate partner violence against women on under-five children mortality: a systematic review and meta-analysis. *Ethip Med J* [Internet]. Octobre 2011 [consulté le 31 juillet 2015] ;49(4):331-339. Résumé [en anglais] : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23409398>
40. Barker G, Aguayo F, Correa P. Understanding men's violence against women: findings from the IMAGES survey in Brazil, Chile and Mexico [Internet]. Rio de Janeiro: Promundo, 2013 [consulté le 12 mars 2015]. 44 p. Disponible [en anglais] sur : <http://promundo.org.br/wp-content/uploads/sites/2/2015/02/Understanding-Mens-Use-of-Violence-Against-Women-IMAGES-Brazil-Chile-Mexico.pdf>
41. Gómez A. Testing the cycle of violence hypothesis: child abuse and adolescent dating violence as predictors of intimate partner violence in young adulthood. *Youth & Soc.* 2011;43:1171-192 (première édition 7 janv. 2010).
42. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes R, Chen H, Johnson JG. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol.* 2003; [consulté le 12 mars 2015];71(4):741-53. Disponible [en anglais] sur : <http://www.apa.org/pubs/journals/releases/ccp-714741.pdf>
43. Bonomi A, Anderson M, Rivara F, Thompson R. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Serv Res* [Internet]. Juin 2009 [consulté le 12 mars 2015];44(3):1052-1067. Disponible [en anglais] sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2699921/>
44. Zhang T, Hoddenbagh J, McDonald S, Scrim K. An estimation of the economic impact of spousal violence in Canada, 2009 [Internet]. Ottawa (Canada): Department of Justice of Canada; 2012 [consulté le 12 mars 2015]. 145 p. Disponible [en anglais] sur : http://justice.gc.ca/fra/rp-pr/cj-jp/fv-vf/rr12_7/rr12_7.pdf
45. Vara Horna A. Violence against women and its financial consequences for businesses in Peru [Internet]. Lima (Pérou). Faculty of Administrative Sciences and Human Resources, University of San Martín de Porres; Deutsche Zusammenarbeit für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH Regional Program Fighting Violence against Women in Peru, Ecuador, Bolivia and Paraguay (ComVoMujer); 2013 [consulté le 12 mars 2015]. 18 p. Disponible [en anglais] sur : http://www.learningtoendabuse.ca/sites/default/files/The%20Impacts%20of%20Violence%20against%20Women_Financial%20Consequences_Peru_1.pdf
46. Ribero R, Sánchez F. Determinantes, efectos y costos de la violencia intrafamiliar en Colombia [Internet]. Bogotá (Colombie) Centro de Estudios para el Desarrollo Económico (CEDE) de la Universidad de los Andes; 2004 [consulté le 12 mars 2015]. 47 p. Disponible [en espagnol] sur : https://economia.uniandes.edu.co/components/com_booklibrary/ebooks/D200444.pdf

47. García-Moreno C, Hegarty K, Lucas d'Oliveira A, Koziol-MacLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *The Lancet* [Internet]. 20 nov. 2014 (Series on violence against women and girls) [consulté le 12 mars 2015];(2):17-29. Disponible [en anglais] sur : [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61837-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61837-7.pdf)
48. Organisation mondiale de la Santé. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines [Internet]. Genève : OMS ; 2013 [consulté le 12 mars 2015]. 56 p. Disponible [en anglais] sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf?ua=1
49. Organisation mondiale de la Santé. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R., eds. Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. Genève : OMS ; 2002 [consulté le 12 mars 2015]. Disponible sur : Site web : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/ ; Version anglaise : http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf?ua=1
50. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N, et al. Addressing violence against women: a call to action. *The Lancet* [Internet]. 21 nov. 2014 (Series on violence against women and girls) [consulté le 12 mars 2015];(5):1-11. Disponible [en anglais] sur : [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61830-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61830-4.pdf)
51. Organisation mondiale de la Santé. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook [Internet]. Genève : Nov. 2014 (Version d'essai sur le terrain de sept. 2014) [consulté le 17 mars 2015]. Disponible [en anglais] sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?ua=1

ANNEXE A

FACTEURS DE RISQUES ASSOCIÉS À LA COMMISSION D'ACTES DE VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES



SOCIÉTÉ

Inégalités entre les sexes, disparités économiques, raciales ou ethniques

Normes sociales et culturelles soutenant la violence et le droit au sexe

Normes préjudiciables en rapport avec la masculinité et la féminité

Insuffisance dans la promulgation et l'application des lois et législations sur la famille en rapport avec la violence sexuelle

Insuffisance des politiques dans les domaines de la santé, de l'économie, de l'égalité des sexes et dans les domaines éducatif et social

COMMUNAUTÉ

Taux de chômage élevé

Concentration de la pauvreté

Instabilité dans les foyers

Faible efficacité collective (volonté d'intervention)

Manque de sanctions légales ou morales face à la violence

Taux élevé de violence intracommunautaire

Diminution des débouchés économiques

Insuffisance du soutien et de la cohésion dans le voisinage

Soutien insuffisant de la part des institutions

COUPLE

Pouvoir décisionnel non égalitaire

Conflits dans les rôles des femmes et ceux des hommes

Forte conflictualité dans le couple

Mauvaise communication
Dysfonctionnement familial

Situation familiale caractérisée par la violence, le conflit et l'instabilité

Stress lié à la situation économique, à l'éducation des enfants et d'autres facteurs

INDIVIDU

Alcoolisme et toxicomanie
Croyances et comportement asociaux

Attitudes favorables à la violence envers un partenaire intime et d'autres personnes

Exposition à la violence ou actes de violence subis durant l'enfance

Antécédents de comportement agressif

Manque de contrôle de soi/impulsivité

Faible niveau d'instruction
Fantasmes sexuels mettant en scène la contrainte

Hostilité envers les femmes
Problèmes psychologiques et de santé mentale

Fréquentation de délinquants

Adapté d'après : *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. 2002; Heise, L. *What works to prevent partner violence: An evidence overview*. 2011.

ANNEXE B

PRINCIPES DIRECTEURS

Les 10 principes ci-après orientent ces stratégies et plan d'action :

- a) *Accès universel à la santé et couverture sanitaire universelle et équité en matière de santé* : il est nécessaire de proposer des services de santé essentiels sans pour autant risquer que ceux qui ont besoin de ces services s'appauvrissent ou fassent l'objet d'une stigmatisation ou de discrimination (en raison de leur sexe, âge, situation socioéconomique, origine ethnique ou orientation sexuelle).
- b) *Droits humains et civils* : les droits humains et civils sont établis aux termes de traités internationaux et régionaux applicables et dans les constitutions et lois nationales. Les programmes, lois, politiques et services visant à prévenir et combattre la violence à l'égard des femmes devraient s'y conformer et, en particulier, devraient promouvoir les principes ci-après, qui sont décrits dans le manuel clinique de l'OMS intitulé : *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence (51)* :
 - i. la vie : une vie à l'abri de la peur et de la violence ;
 - ii. l'autodétermination : avoir le droit de prendre des décisions soi-même sur les soins médicaux et les poursuites judiciaires ;
 - iii. le fait de jouir du meilleur état de santé possible : des services de santé de bonne qualité qui soient disponibles, abordables et acceptables pour les femmes ;
 - iv. la non-discrimination : des services de santé proposés sans discrimination aucune, et un traitement qui n'est pas refusé au motif du
- c) *Sensibilité aux questions de parité hommes femmes et égalité entre les sexes ainsi que diversité culturelle et ethnique* : la prévention de la violence et la lutte contre celle-ci devraient aussi tenir compte des normes différenciées pour les hommes et pour les femmes, en particulier les constructions néfastes de la masculinité qui dévalorisent le rôle des femmes, excusent le recours à la violence et rendent les femmes responsables des actes de violence qu'elles subissent. Il est important de comprendre que la violence à l'égard des femmes a pour cause profonde des déséquilibres de pouvoir et des inégalités structurelles entre les femmes et les hommes, que pour les femmes, des ressources comme l'argent ou l'information sont parfois moins accessibles que pour les hommes, et que cette situation est susceptible d'entraver leur capacité de se soustraire à une situation de maltraitance. Il est également important de reconnaître et de combattre les formes multiples de discrimination qui sont susceptibles de contribuer à une vulnérabilité accrue à la violence au motif de la classe sociale, de la culture ou de
- v. la vie privée et la confidentialité : prestation des soins, traitement et accompagnement psychologique privés et confidentiels ;
- vi. l'information : le droit de savoir quelles informations ont été rassemblées et d'avoir accès à ces informations.

l'origine ethnique, de l'âge, d'un handicap, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre et d'autres raisons.

- d) *Une intervention multisectorielle* : les interventions des systèmes de santé au titre de la violence à l'égard des femmes devraient s'inscrire dans le contexte d'une réaction multisectorielle qui soit exhaustive et coordonnée. Pour ce faire, il est nécessaire de forger des partenariats entre de nombreux secteurs, y compris la santé, les mécanismes d'avancement pour les femmes ou de promotion de l'égalité des sexes, de protection de l'enfance, de l'éducation, de la police, de la justice et des affaires sociales. Il faut aussi établir une coordination et des partenariats entre le secteur public et le secteur privé ainsi qu'avec la société civile, les associations professionnelles, les universités et d'autres parties prenantes, en fonction de la situation de chaque pays.
- e) *Pratique fondée sur des bases factuelles* : les programmes, politiques et services qui visent à prévenir et combattre la violence à l'égard des femmes devraient être fondés sur les meilleures preuves scientifiques disponibles ou sur un consensus au sujet des pratiques optimales ; ils devraient aussi être adaptés à l'environnement socioculturel propre à chaque situation.
- f) *Approche prenant en compte toutes les étapes de la vie* : cette approche reconnaît que certains facteurs positifs et négatifs peuvent influencer sur les trajectoires et les résultats de santé et de développement d'une personne donnée ; elle prend compte aussi des différentes manifestations de la violence au cours de la vie.
- g) *Une intervention globale* : l'intervention globale à l'égard de la violence nécessite aussi une programmation par étapes qui tient compte des divers degrés de développement des systèmes de santé parmi les pays.
- h) *Participation de la communauté* : il faudrait faire des efforts pour prendre acte des besoins des membres de la communauté – dont ceux qui vivent avec la violence ou qui l'ont subie – et les impliquer réellement dans l'élaboration de politiques et de programmes et dans les activités de suivi et d'évaluation.
- i) *Autonomie et autodétermination* : l'élaboration de programmes devrait être respectueuse de l'autonomie des personnes vis-à-vis de la prise de décisions éclairée, intégrale et libre en ce qui concerne les soins qu'elles reçoivent et les services qu'elles décident de demander. Les programmes, politiques et services doivent aussi autonomiser les personnes qui subissent des actes de violence ou sont touchées par ceux-ci en respectant leur dignité, en les valorisant en tant que personnes, en évitant de les rendre responsables ou de les juger parce qu'elles ont subi de la violence et en leur fournissant des informations, des services d'accompagnement psychologique et d'autres services qui leur permettront de prendre elles-mêmes leurs décisions.
- j) *Participation des hommes et des garçons* : la participation des hommes et des garçons à la prévention constitue un élément primordial des efforts pour encourager l'égalité entre les sexes, autonomiser les femmes et changer les attitudes, pratiques et stéréotypes sociaux et culturels qui contribuent à la violence exercée par les hommes contre les femmes.

ANNEXE C

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION VISANT AU RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR COMBATTRE LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES

54^e CONSEIL DIRECTEUR

67^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 28 septembre au 2 octobre 2015

CD54.R12
Original : anglais

RÉSOLUTION

CD54.R12

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION VISANT AU RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR COMBATTRE LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné la *Stratégie et le plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes* (document CD54/9, Rév. 2) ;

Prenant en compte le fait que la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé établit que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » ;

Constatant que la violence à l'égard des femmes constitue un grave problème de santé publique et une violation ou un abus des droits fondamentaux des femmes et de leurs libertés fondamentales, et que celle-ci entrave ou anéantit l'observance, la jouissance et l'exercice de ces droits et libertés ;

Profondément préoccupé par le fait que la violence à l'égard des femmes touche une femme sur trois dans la Région des Amériques ;

Conscient du fait que la violence à l'égard des femmes peut revêtir des formes multiples mais que la violence sexuelle, physique et affective exercée par un partenaire masculin contre une femme est la forme la plus répandue de cette violence ;

Reconnaissant que la violence à l'égard des femmes a pour cause profonde des disparités entre les femmes et les hommes ainsi que des déséquilibres de pouvoir entre les hommes et les femmes ;

Conscient du fait qu'une telle violence a des incidences durables et profondes sur la santé des femmes et celle de leurs enfants, le bien-être de leurs familles et communautés ainsi que sur l'économie et le développement des nations ;

Reconnaissant que les systèmes de santé ont une fonction importante à remplir pour ce qui est de prévenir et de combattre la violence à l'égard des femmes dans le contexte d'un effort global et multisectoriel ;

Rappelant la résolution WHA67.15 (2014), *Renforcer le rôle du système de santé pour traiter le problème de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants* ;

Rappelant d'autres résolutions pertinentes adoptées par les organes directeurs de l'OPS, notamment les suivantes : La Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (CD53.R14 [2014]), La santé et les droits de l'homme (CD50.R8 [2010]) et le Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes (CD49.R12 [2009]),

DÉCIDE :

1. D'approuver et de mettre en œuvre la *Stratégie et le plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes* dans le contexte des situations propres à chaque pays.
2. De prier instamment les États Membres, en tenant compte des responsabilités communes en vigueur dans les États fédérés :
 - a) d'améliorer la collecte et la diffusion de données comparables sur l'ampleur, les catégories, les facteurs de risque et les facteurs de protection ainsi que sur les conséquences sanitaires de la violence à l'égard des femmes ;
 - b) de renforcer le rôle joué par leurs systèmes de santé dans le traitement du problème de la violence à l'égard des femmes afin d'assurer que toutes les femmes susceptibles de subir la violence ou qui sont touchées par celle-ci – y compris les femmes en situation de vulnérabilité en raison de leur situation socioéconomique, de leur âge, de leur identité ethnique ou raciale, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre ou de leur handicap, selon le cas – ont effectivement accès à des services de santé en temps voulu, de manière efficace et à un coût abordable ;
 - c) d'encourager le traitement du problème de la violence à l'égard des femmes dans les initiatives de santé

pertinentes, y compris concernant la santé maternelle et infantile, la santé sexuelle et génésique, le VIH/sida et la santé mentale ;

- d) de favoriser la collaboration active entre le système de santé et d'autres partenaires gouvernementaux et la société civile dans le contexte d'un exercice multisectoriel visant à aborder le problème de la violence à l'égard des femmes ;
- e) d'envisager les incidences budgétaires connexes et de préserver des ressources adéquates à l'appui de la réalisation des efforts entrepris contre la violence à l'égard des femmes.

3. De demander à la Directrice:

- a) de soutenir la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action de sorte à maintenir et renforcer la collaboration entre le Bureau sanitaire panaméricain et les pays et territoires dans le traitement du problème de la violence à l'égard des femmes ;
- b) de continuer à renforcer les efforts déployés par l'OPS et l'OMS pour produire des preuves scientifiques sur l'ampleur, les tendances observées, les retombées sanitaires et les facteurs de risque et facteurs de protection eu égard à la violence perpétrée à l'encontre des femmes, ainsi que sur des stratégies effectives visant à prévenir ce genre de violence et à y répondre ;
- c) de continuer d'épauler les pays et territoires qui en font la demande en leur fournissant une aide technique dans le but de renforcer les capacités des systèmes de santé à traiter le problème de la violence à l'égard des femmes ;
- d) de faciliter la coopération fournie par l'OPS aux commissions, entités et bureaux des rapporteurs du système des Nations Unies et du système interaméricain chargés de la défense des droits de l'homme ;
- e) de continuer de privilégier la prévention de la violence à l'égard des femmes et d'envisager la possibilité d'affecter des ressources supplémentaires à la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action.

(Septième réunion, le 1^{er} octobre 2015)

Organisation Panaméricaine de la Santé | 525 23rd St, NW Washington, DC 20037-2895 | www.paho.org



Organisation
panaméricaine
de la Santé



BUREAU RÉGIONAL DES

Organisation
mondiale de la Santé

Amériques

www.paho.org/violencia