

## 56<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR

### 70<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 23 au 27 septembre 2018

---

Point 8.22-A de l'ordre du jour provisoire

CD56/INF/22  
18 juillet 2018  
Original : anglais

#### A. STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION VISANT AU RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR COMBATTRE LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES : RAPPORT D'AVANCEMENT

##### Antécédents

1. Reconnaissant l'importance du rôle joué par le système de santé dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes, les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont approuvé en octobre 2015 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* (document CD54/9, Rev. 2) (1). Le but du présent document est de faire rapport aux Organes directeurs de l'OPS sur les progrès réalisés quant à la mise en œuvre de la Stratégie et du plan d'action, qui offrent aux systèmes de santé une feuille de route leur permettant de se joindre à un effort multisectoriel visant à prévenir la violence à l'égard des femmes et à y répondre dans la Région des Amériques. Le présent rapport repose sur un examen de la littérature publiée et de la littérature grise ainsi que sur des consultations avec les États Membres. Il s'inspire également d'informations récoltées par le moyen des activités de coopération technique entreprises depuis l'approbation de la Stratégie et du plan d'action.

2. La Région des Amériques a été la première région de l'OMS où les plus hautes autorités ont approuvé un cadre d'intervention portant sur la violence à l'égard des femmes. Par la suite, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé en mai 2016 le *Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants* (2), qui correspond étroitement à la Stratégie et au plan d'action régionaux de l'OPS. Les mesures proposées dans ces deux documents visent à appuyer les efforts consentis par les pays pour atteindre la cible 5.2 des ODD, qui appelle à l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard de toutes les femmes et de toutes les filles. En fait, l'approbation de mandats en ce sens, aussi bien au niveau régional qu'au niveau mondial, a contribué à un accroissement des demandes de soutien provenant des États Membres concernant la riposte à la violence, en particulier la violence à l'égard des femmes et à l'égard des enfants.

---

3. La violence à l'égard des femmes touche une femme sur trois dans les Amériques et peut entraîner des répercussions profondes et durables pour les survivantes, y compris un traumatisme physique, une grossesse non désirée, des infections sexuellement transmissibles (notamment le VIH/sida) et de nombreux problèmes de santé mentale, comme l'anxiété, la dépression et un risque accru de suicide (3, 4). La violence pendant la grossesse est associée à un risque accru de complications, comme une fausse-couche, l'accouchement prématuré et un faible poids à la naissance (3, 5). De même, la violence à l'égard des femmes est source de répercussions négatives pour les enfants. Les données factuelles suggèrent que les conséquences sanitaires et sociales à long terme de l'exposition d'un enfant à la violence contre sa mère sont similaires à celles découlant de la maltraitance et de la négligence physiques et émotionnelles à l'égard des enfants (5-8). L'exposition durant l'enfance à la violence conjugale, par exemple, est liée à des taux plus élevés de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, ainsi qu'à un risque accru de commettre des actes de violence contre les femmes ou d'en être victime, plus tard dans la vie.

### **Analyse des progrès accomplis**

4. Les axes stratégiques qui figurent à la Stratégie et au plan d'action de l'OPS consistent à renforcer : *a*) la disponibilité et l'exploitation des données factuelles, *b*) 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*) la capacité des systèmes de santé de répondre à la violence à l'égard des femmes et *d*) le rôle des systèmes de santé en matière de prévention de ce type de violence. Comme l'illustre le tableau ci-dessous, des progrès ont été accomplis pour la plupart des objectifs, bien que certains domaines aient connu plus d'avancées que d'autres. Les pays ont accompli des progrès importants quant à leurs efforts visant à renforcer les modes opératoires nationaux normalisés et à préparer leur personnel sanitaire à faire face à la violence à l'égard des femmes (objectifs 3.1 et 3.2 de la Stratégie et du plan d'action), domaines où l'OPS a fourni une coopération technique substantielle. Des progrès importants ont aussi été réalisés pour ce qui est d'offrir des services médicaux d'urgence aux survivantes de viol. Certains progrès ont été enregistrés quant au nombre de pays qui ont produit des estimations représentatives du pays tout entier concernant la prévalence de la violence conjugale et de la violence sexuelle à l'égard des femmes, bien que seulement huit pays aient mené plusieurs enquêtes de sorte à pouvoir analyser les tendances qui se dégagent. Des défis majeurs persistent toutefois concernant la qualité et la comparabilité des données. Enfin, peu de progrès ont été faits quant à l'inclusion, dans les budgets de la santé, d'un financement servant à appuyer les efforts des systèmes de santé visant à combattre la violence à l'égard des femmes. En fait, si on considère l'ampleur de la violence à l'égard des femmes dans les Amériques et les effets négatifs considérables de ce type de violence sur la santé des femmes et de leurs enfants, le financement affecté à ce domaine d'intervention demeure totalement inadéquat.

5. À la demande des États Membres, l'OPS a appuyé substantiellement les efforts visant à renforcer la capacité des systèmes de santé de répondre à la violence à l'égard des femmes. Le Bureau sanitaire panaméricain a produit des orientations normatives et fondées sur des données factuelles en vue d'aider à l'élaboration de politiques et de protocoles nationaux, et a tenu des ateliers régionaux, infrarégionaux et nationaux de renforcement

des capacités afin de former les prestataires de soins de santé. En outre, l'OPS prête actuellement son concours à l'élaboration de deux programmes de formation à l'intention des prestataires de soins de santé. Enfin, l'OPS a réalisé une analyse comparative des estimations relatives à la prévalence de la violence à l'égard des femmes dans la Région.

<i>Axe stratégique d'intervention 1 : renforcer la disponibilité et l'exploitation des données factuelles concernant la violence à l'égard des femmes</i>		
<b>Objectif</b>	<b>Indicateur, référence et cible</b>	<b>Situation</b>
<b>1.1</b> 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	<b>1.1.1</b> 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 ou sanitaires sur la population) au cours des cinq dernières années  Référence (2015) : 14 Cible (2025) : 22	Au total, 18 pays de la Région ont mené des enquêtes sur la violence à l'égard des femmes au cours des cinq dernières années. Plusieurs autres enquêtes sont en cours, concentrées en particulier dans les Caraïbes, où il existe à ce jour très peu de données concernant la prévalence de la violence à l'égard des femmes.
	<b>1.1.2</b> Nombre d'États Membres qui ont réalisé des études sur la population représentatives du pays tout entier concernant 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 ou sanitaires sur la population) comprenant une analyse de la prévalence de la violence à l'égard des femmes chez différents groupes ethniques ou raciaux  Référence : 2 Cible : 10	Actuellement, 9 pays ont inclus une analyse de la violence à l'égard des femmes chez différents groupes ethniques ou raciaux dans leurs plus récentes études sur la population représentatives du pays tout entier menées au cours des cinq dernières années. Dans certains cas, les pays recueillent des données qui permettraient d'analyser les estimations relatives à la prévalence selon l'appartenance ethnique et la race, mais n'effectuent pas ce type d'analyse. Cinq autres pays disposent d'estimations relatives à la prévalence ventilées selon l'appartenance ethnique ou la race, mais ces estimations ont été produites il y a plus de cinq ans. Des difficultés sur le plan méthodologique quant à la mesure

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
		des variables qui concernent l'appartenance ethnique et la race persistent, et il s'avère souvent impossible de comparer les données issues de ces études d'un contexte à l'autre.
	<p><b>1.1.3</b> Nombre d'États Membres qui sont en mesure de fournir des données sur les homicides ventilées selon l'âge et le sexe de la victime et sa relation avec l'agresseur</p> <p>Référence (2015) : 9 Cible (2025) : 15</p>	Aucun progrès n'a été réalisé quant à cet indicateur ; en effet, 9 pays peuvent actuellement fournir des données sur les homicides ventilées selon l'âge et le sexe de la victime et sa relation avec l'agresseur. Certains pays peuvent fournir ces estimations sur demande, mais n'analysent pas régulièrement les données sur les homicides de cette façon. D'autres pays peuvent fournir le nombre d'homicides ventilé selon le sexe, mais ne recueillent pas régulièrement d'informations sur la relation entre la victime et l'agresseur, des informations nécessaires pour déterminer l'ampleur du fémicide ou féminicide conjugal, une forme de violence à l'égard des femmes qui serait très répandue dans la Région des Amériques.

*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.*

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
<b>2.1</b> Renforcer les politiques et plans nationaux et infranationaux contre la violence à l'égard des femmes au sein du système de santé	<p><b>2.1.1</b> Nombre d'États Membres ayant prévu des mesures contre la violence à l'égard des femmes dans leurs politiques ou plans nationaux sur la santé</p> <p>Référence (2015) : 18 Cible (2025) : 35</p>	En 2017, 20 pays avaient prévu des mesures contre la violence à l'égard des femmes dans leurs politiques ou plans nationaux sur la santé. La plupart de ces plans reconnaissent que la violence à l'égard des femmes a des effets négatifs sur la santé et l'abordent au moyen d'objectifs et d'interventions stratégiques de santé.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
	<p><b>2.1.2</b> 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 concernant la violence à l'égard des femmes</p> <p>Référence (2015) : 4 Cible (2025) : 10</p>	<p>Les progrès relatifs à cet indicateur ont été minimes : actuellement, 5 pays ont prévu des postes dans leur budget national de santé consacrés à combattre la violence à l'égard des femmes. Toutefois, dans d'autres pays, des mécanismes nationaux de promotion des femmes (par exemple des ministères de la Femme) ont un financement budgétaire destiné à améliorer la réponse sanitaire aux survivantes de violence.</p>
	<p><b>2.1.3</b> Nombre d'États Membres qui ont mis en place, dans le ministère de la Santé, une unité (ou plusieurs) ou un ou des points de liaison chargés de la violence à l'égard des femmes</p> <p>Référence (2015) : 4 Cible (2025) : 10</p>	<p>Des progrès considérables ont été réalisés relativement à cet indicateur : 10 pays de la Région disposent actuellement d'une unité ou d'un point de liaison concernant la violence à l'égard des femmes dans leur ministère de la Santé. Bien que ce qui suit ne constitue pas un indicateur de la Stratégie et du plan d'action, ajoutons que certains pays ont un point de liaison au sein d'un ministère différent ou en tant qu'entité indépendante, et que le ministère de la Santé prend part au travail de certaines de ces entités.</p>
<p><b>2.2</b> Accroître la participation du système de santé aux plans, politiques et coalitions multisectoriels de lutte contre la violence à l'égard des femmes</p>	<p><b>2.2.1</b> 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, selon l'état d'avancement du plan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ en cours d'élaboration ;</li> <li>▪ en cours d'exécution</li> </ul> <p>Référence (2015) : 13 Cible (2025) : 20</p>	<p>Des progrès importants ont été réalisés quant à cet indicateur, et la cible a été dépassée. Actuellement, 21 pays ont mis en place un plan national ou multisectoriel contre la violence à l'égard des femmes en y intégrant le système de santé. Toutefois, dans plusieurs cas, ces plans ne précisent pas le rôle des systèmes de santé, et des difficultés importantes persistent concernant la mise en œuvre effective des plans existants.</p>

<b><i>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 efficaces des femmes qui ont subi des actes de violence sexuelle ou de violence conjugale</i></b>		
<b>Objectif</b>	<b>Indicateur, référence et cible</b>	<b>Situation</b>
<b>3.1</b> 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	<b>3.1.1</b> Nombre d'États Membres qui ont mis en place, au niveau national, des modes opératoires normalisés, des protocoles ou des directives permettant au système de santé d'intervenir face à la violence conjugale conformément aux directives de l'OMS (10, 11)  Référence (2015) : 6 Cible (2025) : 15	En 2017, 14 pays satisfaisaient à cet indicateur.
	<b>3.1.2</b> Nombre d'États Membres dont les services de santé d'urgence proposent des soins complets après un viol conformément aux directives de l'OMS (10, 11)  Référence (2015) : 2 Cible (2025) : 15	En 2017, 13 pays proposaient des soins d'urgence après un viol conformes aux directives de l'OMS.
<b>3.2</b> Accroître la capacité des professionnels de la santé d'intervenir en cas de violence à l'égard des femmes	<b>3.2.1</b> 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  Référence (2015) : 2 Cible (2025) : 10	En 2017, 5 pays satisfaisaient à cet indicateur.  On reconnaît davantage la nécessité de préparer les prestataires de soins de santé à identifier les survivantes et à leur offrir des soins adéquats ; toutefois, la capacité régionale de réaliser des formations sur la violence à l'égard des femmes demeure limitée. L'OPS aide à remédier à cette lacune.

<i>Axe stratégique d'intervention 4 : renforcer le rôle du système de santé en matière de prévention de la violence à l'égard des femmes</i>		
<b>Objectif</b>	<b>Indicateur, référence et cible</b>	<b>Situation</b>
<b>4.1</b> Renforcer la participation et l'engagement du système de santé dans les interventions visant à prévenir la violence à l'égard des femmes	<b>4.1.1</b> 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 et prévoyant une participation du ministère de la santé  Référence (2015) : 3 Cible (2025) : 10	Des progrès importants ont été accomplis quant à cet indicateur, et la cible a été dépassée. Actuellement, 21 pays ont mis en place un mécanisme multisectoriel chargé de coordonner des mesures relatives à la violence à l'égard des femmes et prévoyant une participation du ministère de la Santé.
	<b>4.1.2</b> 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  Référence (2015) : 0 Cible (2025) : 10	En 2017, 17 pays disposaient de stratégies visant à prévenir la violence à l'égard des femmes. Il convient de noter, toutefois, que ces stratégies n'abordent pas toujours les intersections entre différentes formes de violence (par exemple les intersections entre la violence à l'égard des femmes et la violence à l'égard des enfants), ce qui peut entraîner une fragmentation des activités et, éventuellement, une efficacité moindre.

### **Mesures à prendre pour améliorer la situation**

6. À la lumière des progrès décrits ci-dessus, il convient de prendre les mesures suivantes pour améliorer la situation :
- a) Continuer à accroître la disponibilité, la qualité, la comparabilité et l'exploitation des données épidémiologiques sur la violence à l'égard des femmes, en particulier la disponibilité des données sur les tendances qui se dégagent et les estimations relatives à sa prévalence parmi des groupes qui sont en situation de vulnérabilité en raison de leur appartenance ethnique ou de leur race, d'un handicap ou d'autres facteurs.
  - b) Renforcer la capacité des chercheurs et des instituts nationaux de statistique à mener des études sur la violence à l'égard des femmes qui soient conformes aux recommandations internationales en matière d'éthique et de méthodologie.

- c) Continuer à développer la capacité des prestataires de soins de santé à prendre en charge, avec compassion et de manière efficace, les survivantes de la violence à l'égard des femmes, y compris en cherchant des occasions d'intégrer le sujet de la violence à l'égard des femmes dans la formation universitaire des professionnels des soins de santé.
- d) Faire en sorte qu'une contraception d'urgence fasse partie d'une intervention sanitaire complète offerte aux survivantes de viol.
- e) Promouvoir une allocation des ressources, particulièrement dans les budgets de la santé, qui soit en phase avec l'ampleur de la violence à l'égard des femmes et avec la lourdeur de ses conséquences sur la santé publique et au-delà.
- f) Continuer à développer les données factuelles concernant les nombreux points de jonction entre la violence à l'égard des femmes et d'autres formes de violence, en particulier la violence à l'égard des enfants, et élaborer des stratégies visant à combattre ces formes de violence de manière intégrée, s'il y a lieu.

### **Mesure à prendre par le Conseil directeur**

- 7. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport d'avancement et de formuler les recommandations qu'il jugera appropriées.

### **Références**

- 1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes [Internet]. 54<sup>e</sup> session du Conseil directeur de l'OPS, 67<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2015 (document CD54/9, Rev. 2) [consulté le 12 février 2018]. Disponible sur : [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=31546&Itemid=270&lang=fr](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31546&Itemid=270&lang=fr)
- 2. Organisation mondiale de la Santé. 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 [Internet]. Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ; du 23 au 28 mai 2016 ; Genève : OMS ; 2016 (résolution WHA69.5) [consulté le 12 février 2018]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254897/9789242511536-fre.pdf?sequence=1>



3. Organisation mondiale de la Santé (Département Santé et recherche génésique); 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 7 juillet 2018]. 51 p. Disponible en anglais sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1)
4. 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): PAHO; 2012. [consulté le 11 mars 2018]. 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](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=19825&Itemid=270&lang=en)
5. 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]. 2014 Jan [consulté le 3 juillet 2018];124(1):6–11. Disponible en anglais sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24182684>
6. Wood SL, Sommers MS. Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* [Internet]. 2011 Nov [consulté le 3 juillet 2018];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>
7. MacMillan HL, WathenCN. Children's exposure to intimate partner violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2014 [consulté le 3 juillet 2018] 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)
8. 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 3 juillet 2018];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>
9. 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]. 2011 Oct [consulté le 3 juillet 2018];49(4):331-339. Abstract. Disponible en anglais sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23409398>

10. Organisation mondiale de la Santé. Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques [Internet]. Genève : OMS ; 2013 [consulté le 12 février 2018]. Disponible sur :  
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
  
11. Organisation mondiale de la Santé. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle. Manuel clinique. [Internet]. Genève : OMS ; 2014 [consulté le 12 février 2018]. Disponible sur :  
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/fr/>

---