



**PRÉVENTION
ET RÉPONSE
AUX VIOLENCES
LIÉES
AU GENRE**

>> GUIDE MÉTHODOLOGIQUE



A photograph of three women and a young child sitting outdoors. The women are wearing colorful, patterned dresses. The child is sitting on the ground in the foreground, looking towards the left. The background is a dense green wall of foliage. The text is overlaid on the right side of the image.

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE
PRÉVENTION
ET RÉPONSE
AUX VIOLENCES
LIÉES AU GENRE



PAGE 11

1.

INTRODUCTION

PAGE 35

2.

**COMPRENDRE
LA PROBLÉMATIQUE
DES VIOLENCES
LIÉES AU GENRE**

PAGE 118

3.

**ÉLÉMENTS CLÉS
POUR LA PRISE
EN CHARGE
DES VICTIMES
DE VIOLENCES
LIÉES AU GENRE**

PAGE 306

4.

**ACTIONS
DE PRÉVENTION,
SENSIBILISATION
ET PLAIDOYER**

« EN MATIÈRE DE VIOLENCES LIÉES AU GENRE, LES STATISTIQUES SONT ÉLOQUENTES... ET AFFLIGEANTES. »

DR OLIVIER BERNARD

« L'UTILISATION DES VIOLENCES SEXUELLES EST DEVENUE UNE STRATÉGIE POUR DÉTRUIRE LES COMMUNAUTÉS. »

« LE VIOL NE DÉTRUIT PAS UNIQUEMENT LA SANTÉ PHYSIQUE ET LA SANTÉ MENTALE. LE VIOL DÉTRUIT AUSSI LE TISSU SOCIAL ET ÉCONOMIQUE ET CRÉE UN DÉPOUILLEMENT PROFOND DE LA VICTIME ET DE SON ENTOURAGE. »

DR DENIS MUKWEGE

ÉDITO

DR OLIVIER BERNARD,
PRÉSIDENT DE MÉDECINS DU MONDE (FRANCE)

➤ En matière de violences liées au genre, les statistiques sont éloquentes... et affligeantes. Dans le monde, une femme sur cinq subira un jour un viol ou des attouchements sexuels. 10 à 69% des femmes (selon les pays) auraient été agressées physiquement par un partenaire masculin à un moment ou un autre de leur vie. En Asie, 90 millions de femmes manquent dans les statistiques démographiques, conséquence des avortements sélectifs ou des infanticides au nom de la préférence pour l'enfant mâle. Entre 100 et 140 millions de femmes et fillettes ont subi une mutilation génitale, pour des raisons culturelles ou religieuses. La violence envers les femmes se rencontre partout à travers le monde, dans chaque région, chaque société, chaque culture. Elle peut être perpétrée à l'intérieur de la famille ou au sein du groupe social ou de la communauté auxquelles elles appartiennent, ou encore commise au cours d'un conflit armé (le viol devenant alors une véritable arme de guerre). Qu'elle soit sexuelle, physique, morale ou institutionnelle, cette violence engendre, outre de graves troubles dans la santé physique, des dégâts psychiques importants. Elle peut aussi entraîner la mort, par homicide, blessure grave ou suicide. C'est a fortiori dans le contexte de l'épidémie

de VIH/sida que le problème de la violence liée au genre revêt encore plus un caractère d'urgence.

Parce que les violences liées au genre sont un problème majeur de santé publique auquel il faut s'atteler rapidement, Médecins du Monde met en œuvre des actions de prévention et de réponse aux violences faites aux femmes, depuis plusieurs années et sur de nombreux terrains (Guatemala, Pakistan, Nicaragua, Moldavie, Haïti, Égypte, Niger, Pérou, Libéria, République démocratique du Congo, Pakistan). Au-delà du soin, ces actions s'inscrivent dans une démarche inclusive afin d'aboutir, lorsque cela est possible, à une transformation sociale. Les interventions sont menées dans des contextes très variés et concernent presque toutes les formes de violences liées au genre. Les équipes de Médecins du Monde sont confrontées dans leur travail quotidien à ces différentes formes de violences. En République démocratique du Congo, où les violences sexuelles sont très fréquentes et où leurs auteurs, le plus souvent, restent impunis. En Algérie, où la prévalence des violences domestiques est très forte. Ou encore au Pakistan, où les femmes ayant les violences et les risques de « crimes d'honneur » trouvent refuge dans des foyers gouvernementaux, les *Dar-ul-Amans*.

Sur la plupart de ces terrains, Médecins du Monde travaille en appui et de concert avec des structures locales associatives, institutionnelles ou issues de la société civile. C'est uniquement la collaboration de l'ensemble des acteurs et l'accès à des compétences variées qui offriront aux femmes ayant subi des violences la possibilité d'une reconstruction entière et pérenne.

La lutte contre les violences liées au genre représente donc aujourd'hui, à l'échelle mondiale, une urgence politique et un

véritable enjeu de santé publique. Médecins du Monde souhaite, à l'aide de ses partenaires sur le terrain, dans une démarche pluridisciplinaire de qualité et le respect des communautés concernées, poursuivre sa contribution à cette lutte. En France comme à l'international, ici et là-bas.

AVANT-PROPOS

DR DENIS MUKWEGE,
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'HÔPITAL DE PANZI (RDC)



Les histoires et témoignages des femmes victimes de viol sont saisissants et font trembler. En tant que médecin à l'hôpital de référence de Panzi, je rencontre ces femmes chaque jour ; ces femmes survivantes des violences sexuelles, et celles qui ont leurs corps et leurs appareils génitaux détruits à cause du manque de soins de santé reproductive de première nécessité. Elles sont en train de payer pour des conflits animés par des intérêts économiques qui déstabilisent les structures qui doivent soutenir les droits humains fondamentaux de la protection, tel le droit aux soins de santé. Ces gens vivent avec des douleurs physiques, psychologiques et morales chaque jour.

Néanmoins, ce que nous voyons dans notre pratique quotidienne est juste l'expression d'un problème universel, les mécanismes sont les mêmes en Amérique, en Europe, en Asie et en Afrique. Partout, il y a des gens qui portent le fardeau d'avoir été soumis à des violences fondées sur le genre, mais aucune société, aucun pays, n'accorde à ce problème assez d'attention. Il y a ceux qui pensent que la question est en train d'être soulevée, qu'elle est bien à l'ordre du jour, et que la législation appropriée est en train d'être mise sur pied. Il y a aussi ces gens

qui pensent que la description de cette violence liée au genre est faite avec exagération. Mais si le monde avait compris ce que signifient réellement les violences liées au genre, et leurs conséquences, les choses se présenteraient différemment. Ce n'est pas le moment de minimiser le problème, c'est au contraire le moment de le mettre sur la liste des priorités.

Mon expérience, après avoir rencontré des milliers de survivantes des violences fondées sur le genre, me convainc que le viol ne détruit pas uniquement la santé physique et la santé mentale. Le viol détruit aussi le tissu social et économique, et crée un dépouillement profond de la victime et de son entourage. Il enlève à la personne sa dignité et son identité, pas uniquement aux yeux de la survivante elle-même mais aussi aux yeux de ceux qui l'entourent.

Dans certaines parties du monde, l'utilisation des violences sexuelles est devenue une stratégie pour détruire les communautés. C'est une arme qui fonctionne doucement, mais avec des conséquences dévastatrices. Nous sommes au courant du danger que peuvent représenter une arme à feu et une arme chimique, mais nous devrions être également préoccupés des conséquences des violences sexuelles.

Différentes sociétés et différents pays regardent toutes les survivantes des violences sexuelles de la même manière. Pour certains, la stigmatisation est forte, elle est d'autant plus forte que retourner à leur demeure signifie pour elles retourner vers une famille qui les rejette et qui les condamne pour avoir été attaquées. En même temps, dans d'autres parties du monde, une femme serait accusée de s'être habillée de manière provocante et d'avoir ainsi amené les hommes à la convoiter. Alors, c'est la victime, la survivante, qui doit payer avec

son corps et sa dignité pour ce dont elle est victime. Je crois que si les hommes étaient traités de la même façon que les femmes victimes des violences sexuelles aujourd'hui, le monde réagirait différemment. Je crois que la loi serait appliquée et que les assaillants seraient interpellés et incriminés pour leurs actes. Le problème des violences sexuelles est complexe, mais pas complexe au point d'être mis de côté et d'être ignoré faute de solutions évidentes.

L'une des plus grandes luttes que nous devons mener est celle contre l'impunité. Car aussi longtemps que nous n'appliquerons pas la loi en insistant sur le fait que la violence sexuelle n'est pas acceptable, les femmes, les familles et les communautés continueront à perdre leur dignité et la capacité de prospérer.

Cela relève de notre responsabilité de mener ce combat, nous avons vu les conséquences des violences fondées sur le genre avec nos propres yeux et avons entendu les histoires des survivantes. Si nous continuons à accepter cela, nous acceptons aussi la destruction de notre humanité.



INTRODUCTION



PAGE 14

A

PRÉSENTATION DU GUIDE

- 14 1/ Ce qu'il est
- 15 2/ Ce qu'il n'est pas
- 16 3/ À qui il s'adresse

PAGE 17

B

APPROCHE STRATÉGIQUE DE MÉDECINS DU MONDE

- 17 1/ Une approche globale et intégrée de la lutte contre les violences liées au genre
- 18 2/ La pluridisciplinarité au cœur des principes d'intervention en faveur des victimes de violence

19 3/ Une approche s'appuyant sur le développement de réseaux et sur le renforcement des compétences des partenaires locaux

20 4/ Une approche communautaire de la lutte contre les violences liées au genre

20 5/ La prise en compte des déterminants socioculturels

21 6/ Une approche favorisant l'intégration des hommes : intervenir à travers le prisme du genre

22 7/ Savoir dépasser l'approche victimaire

22 8/ La protection des victimes de violence au cœur de notre approche

23 9/ Témoigner des atteintes aux droits de l'Homme et dénoncer les violences liées au genre

PAGE 24

C

INTÉGRATION DE LA PRISE

EN CHARGE DES VICTIMES DE VLG DANS L'ENSEMBLE DES PROJETS DE MDM

- 26 1/ Liens entre les violences liées au genre et la santé primaire
- 27 2/ Liens entre les violences liées au genre et la santé reproductive
- 28 3/ Liens entre les violences liées au genre et le VIH/sida
- 30 4/ Liens avec les contextes d'urgence
- 31 5/ Recommandations

1A

PRÉSENTATION DU GUIDE

➤ Ce guide méthodologique est le fruit d'un travail transversal de consolidation des expériences et des outils développés par MdM et d'une réflexion commune autour de la problématique des violences liées au genre. Sa réalisation a été facilitée par le Programme international de lutte contre les violences liées au genre financé depuis 2007 par l'Agence française de développement (AFD), dans le cadre duquel a pu être concrétisé cet outil.

1 / CE QU'IL EST

Ce guide a pour objectif de :

→ **donner des pistes de réflexion et d'intervention pour le développement de programmes, volets de programmes ou activités spécifiques de prévention et/ou de réponse à la problématique des violences liées au genre ;**

→ **sensibiliser aux enjeux de ce phénomène.**

Au-delà d'une présentation générale de la problématique des violences liées au genre et des réalités diverses qu'elle recouvre, ce guide aborde les différents volets de la prise en charge des victimes de violence, ainsi que les activités de sensibilisation et de plaidoyer qui peuvent leur être associées.

Véritable **outil méthodologique, il vise à faciliter l'élaboration et la mise en œuvre d'actions de lutte contre les violences liées au genre et à améliorer la qualité des interventions sur le terrain.**

Il permet également **de diffuser et de mettre en lumière les bonnes pratiques et le savoir-faire de MdM** dans le domaine, à travers la capitalisation d'expériences, de méthodologies et d'outils développés par les équipes de MdM et par leurs partenaires. Il a été élaboré à partir de documents internes réalisés sur le terrain et au siège (fiches techniques, outils de formation et de sensibilisation, protocoles de prise en charge, comptes-rendus d'ateliers d'échange de pratiques, témoignages...) et de documents externes (documents de référence sur la thématique).

2 / CE QU'IL N'EST PAS

Ce guide n'est pas un outil détaillant de manière exhaustive toutes les composantes de la prise en charge des victimes de violences liées au genre.

Il ne donne pas de réponses clés en main pour la mise en œuvre d'activités de prévention ou de réponse à ce phénomène, qui doivent être adaptées à chaque contexte d'intervention.

3/À QUI IL S'ADRESSE

Ce guide est destiné à toutes les personnes désirant acquérir une meilleure compréhension du phénomène et développer des actions de prévention et de réponse aux violences liées au genre.

Plus précisément, le guide s'adresse au personnel de MdM et à ses partenaires :

- **Sur le terrain** : personnes (postes de coordination et postes techniques) intervenant dans le cadre d'un projet de lutte contre les violences liées au genre ou de tout autre projet, à l'international ou en France, pouvant compter parmi ses usagers des victimes de violences liées au genre.
- **Au siège** : salariés et associatifs impliqués dans la conception et le suivi de projets de lutte contre les violences liées au genre ou de tout autre projet, à l'international ou en France, pouvant compter parmi ses usagers des victimes de violences liées au genre.

Ce guide ne s'adresse donc pas uniquement aux équipes impliquées dans des programmes spécifiques de lutte contre les violences liées au genre. De même, il ne s'adresse pas uniquement au personnel médical, mais bien à **l'ensemble des personnes susceptibles de se trouver sur le parcours de prise en charge de victimes de violence.**

113

APPROCHE STRATÉGIQUE DE MÉDECINS DU MONDE

➤ Tout en portant une attention particulière au respect de la diversité des contextes, Médecins du Monde s'attache aujourd'hui à développer une approche transversale cohérente autour de certains principes d'intervention interdépendants.

1/UNE APPROCHE GLOBALE ET INTÉGRÉE DE LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES LIÉES AU GENRE

Les programmes abordent la santé comme un état de bien-être global, c'est-à-dire en prenant en compte, au-delà du geste médical, le contexte politique, social, économique,

culturel et familial. Il s'agit de dépasser la prise en charge individuelle pour penser le collectif.

L'engagement de Médecins du Monde se fonde donc sur une réflexion globale d'intervention visant non seulement à prendre en charge et à réinsérer les victimes de violence, mais aussi à sensibiliser, informer et former les intervenants et les communautés.

2/ LA PLURIDISCIPLINARITÉ AU CŒUR DES PRINCIPES D'INTERVENTION EN FAVEUR DES VICTIMES DE VIOLENCE

Les conséquences de la violence étant multiples, Médecins du Monde s'attache à développer une approche véritablement pluridisciplinaire. Ainsi, si soigner et témoigner demeurent nos missions premières, le champ de nos actions se veut plus large.

Au-delà de la prise en charge médicale, il faut savoir identifier, accueillir la personne ayant subi des violences et la référer de manière appropriée afin de lui assurer un accès à un suivi psychologique, à une assistance juridique et à des services de réinsertion socio-économique. C'est l'association de ces différentes interventions qui permettra aux personnes ayant subi des violences d'accéder à une pleine réhabilitation.

Plus que « pluridisciplinarité », le terme « transdisciplinarité » permet d'insister sur les mécanismes de coordination entre les intervenants. Autrement dit, la prise en charge doit être transdisciplinaire, impliquant non seulement l'intervention

individuelle de divers acteurs, mais aussi des liens opérationnels de référencement forts.

Cette pluridisciplinarité ou transdisciplinarité n'est souvent possible qu'à travers le développement et l'appui de réseaux d'acteurs locaux.

3/ UNE APPROCHE S'APPUYANT SUR LE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX ET SUR LE RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES DES PARTENAIRES LOCAUX

Les difficultés d'accès aux victimes de violence, ainsi que l'importance devant être accordée à la compréhension et aux perceptions locales des violences nécessitent de travailler en étroite collaboration avec les acteurs locaux des sociétés dans lesquelles l'association intervient. De plus, MdM n'est pas en mesure d'assurer l'ensemble des aspects de la prise en charge pluridisciplinaire et n'a pas vocation à le faire.

Sur la plupart des terrains, Médecins du Monde travaille ainsi en appui et de concert avec des structures locales partenaires, institutionnelles ou issues de la société civile. À travers le développement de réseaux et le renforcement de capacités, il s'agit de permettre une réponse concertée, complémentaire et durable au phénomène des violences liées au genre.

4 / UNE APPROCHE COMMUNAUTAIRE DE LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES LIÉES AU GENRE

Dans le cadre de ses interventions, et lorsque le contexte et les objectifs du programme s'y prêtent, MdM promeut une approche communautaire. Cette stratégie d'intervention mise sur la reconnaissance et la valorisation du potentiel des individus, des réseaux sociaux et des communautés pour répondre à leurs problèmes sociaux et de santé. Elle permet de redonner aux individus et aux collectivités les moyens de s'investir dans leur réhabilitation individuelle et sociale et de lutter elles-mêmes contre les violences liées au genre.

5 / LA PRISE EN COMPTE DES DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS

Les déterminants socioculturels¹ ont un impact sur les actions, les comportements, mais avant tout sur les perceptions des individus et des communautés. Les représentations des violences par les populations et les intervenants, mais également par les victimes elles-mêmes, constituent un véritable enjeu, que l'on retrouve dans la plupart des programmes. Les déterminants socioculturels peuvent constituer une entrave à l'identification et à la reconnaissance des victimes de violence, à la qualité

1. Fait partie des déterminants socioculturels l'ensemble des éléments de l'environnement d'un individu dans un contexte donné.

des services de prise en charge ou encore à l'application effective des évolutions législatives. L'analyse de ces déterminants doit donc être intégrée, dès la phase de diagnostic du projet, pour déterminer les activités et les modalités de leur mise en œuvre.

6 / UNE APPROCHE FAVORISANT L'INTÉGRATION DES HOMMES : INTERVENIR À TRAVERS LE PRISME DU GENRE

MdM insiste sur l'implication des hommes dans les actions de lutte contre les violences liées au genre. Si ces interventions s'adressent en premier lieu aux personnes qui en sont victimes, elles doivent également prendre en considération les auteurs de violence, la famille et la société en général. Influencés par les normes socioculturelles et sujets de nombreuses pressions sociales, les hommes doivent faire partie des solutions envisagées. La qualité et la pérennité des projets dépendent de notre capacité à impliquer la population dans son ensemble. Des groupes d'hommes peuvent ainsi être mobilisés et encouragés à agir non seulement individuellement, au sein de leur propre foyer et dans leur vie quotidienne, mais aussi collectivement, en association avec des organisations de femmes. MdM entend également agir sur les représentations de la masculinité, qui sont souvent à l'origine des violences et ont un impact sur la qualité de leur prise en charge.

7 / SAVOIR DÉPASSER L'APPROCHE VICTIMAIRE

Nos interventions doivent savoir dépasser l'approche victimaire afin de ne pas enfermer les usagers de nos services dans un rôle passif de victime. Il s'agit de considérer les personnes ayant subi des violences comme « sujets » et non « objets » de la prise en charge. Cela suppose que la violence commise ne soit pas niée ou banalisée, mais reconnue par tous, et notamment par les intervenants et l'entourage de la personne victime, comme une violation de ses droits. Prenant conscience de cette reconnaissance sociale, la personne peut ensuite dépasser ce « statut de victime » et endosser un rôle actif dans ses démarches de prise en charge et de réinsertion sociale.

8 / LA PROTECTION DES VICTIMES DE VIOLENCE AU CŒUR DE NOTRE APPROCHE

Intervenir auprès de populations vulnérables implique de garantir leur protection, s'assurant de la satisfaction de leurs besoins immédiats, ainsi que de leur sécurité physique. La protection revêt une importance particulière lorsqu'il s'agit de projets de lutte contre les violences liées au genre. En effet, les personnes victimes de violence s'engageant dans des démarches de prise en charge prennent le risque de subir de nouvelles violences (représailles ou menaces de la part de l'agresseur contre la personne ou son entourage, situation de précarité liée à l'exclusion ou à l'abandon du domicile...).

La protection doit donc être au cœur de notre approche, dans le cadre de toutes les actions de prévention et de réponse aux violences liées au genre.

9 / TÉMOIGNER DES ATTEINTES AUX DROITS DE L'HOMME ET DÉNONCER LES VIOLENCES LIÉES AU GENRE

Au-delà du soin, la vocation de l'association est de témoigner des violences contre lesquelles luttent ses programmes et de dénoncer ces exactions pour aboutir à une prise de conscience du phénomène de la violence liée au genre. Le recueil iconographique et de témoignages s'avère précieux pour rendre compte des réalités contextuelles de chaque terrain et donner du poids à notre parole auprès des autorités et des populations. Il doit néanmoins être réalisé dans des conditions qui ne renforcent pas l'insécurité et la stigmatisation des victimes de violence.

1C

INTÉGRATION DE LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VLG DANS L'ENSEMBLE DES PROJETS DE MDM

► Les violences liées au genre sont un phénomène international, qui ne connaît ni frontières géographiques, ni frontières sociales : tous les contextes d'intervention sont concernés ; tous les intervenants impliqués dans le cadre d'un programme de MdM sont donc susceptibles d'y être confrontés dans leurs activités.

→ Le secteur médical (notamment la santé primaire, la santé sexuelle et reproductive et le VIH/sida) représente une **porte d'entrée privilégiée** pour l'identification et la prise en charge (et/ou le référencement) des victimes de violences liées au genre.

→ **La qualité** de la prise en charge des bénéficiaires de nos programmes dépend, entre autres, de la capacité des intervenants à reconnaître les situations de violence et à y répondre de manière appropriée.

Des douleurs pelviennes peuvent aussi bien correspondre à des troubles gynécologiques (grossesse extra-utérine, règles douloureuses...) ou urinaires (cystite, pyélonéphrite...) qu'à des conséquences d'actes de violence physique ou sexuelle.

Face à des consultations répétées pour céphalées ou douleurs abdominales, les professionnels de santé doivent poser la violence parmi leurs hypothèses de diagnostic.

→ Le respect des **principes d'éthique médicale** défendus par MdM dans l'ensemble de ses programmes, et plus particulièrement « l'obligation de protéger », implique que les intervenants soient sensibilisés à la problématique des violences liées au genre et à même d'y répondre.

L'OBLIGATION DE PROTÉGER

« Le personnel de MdM ne peut pas rester impassible une fois qu'il a eu connaissance des violences. »

« Le personnel de MdM doit réfléchir de façon concertée (terrain-siège) à ce qu'il convient de faire dans l'intérêt du patient/blessé. »

« Ne rien faire pourrait être considéré comme un acquiescement aux mauvais traitements. »

Carole Dromer, Anne Desmarest, Adrien Delorme,

Pour une éthique de terrain : gestion des données personnelles sensibles (santé – histoires de vie), MdM France, 2010.

1 / LIENS ENTRE LES VIOLENCES LIÉES AU GENRE ET LA **SANTÉ PRIMAIRE**

L'OMS définit les soins de santé primaire comme « des soins de santé essentiels rendus universellement accessibles aux individus et aux familles au sein de leur communauté par des moyens acceptables pour eux et à un coût que les communautés et le pays puissent assumer ».

La santé primaire se situe à la porte d'entrée dans le système sanitaire, offrant des soins généralistes, globaux, continus, intégrés, accessibles à toute la population, et coordonnant et intégrant des services nécessaires à d'autres niveaux de soins².

Les violences liées au genre, sous toutes leurs formes, ont des conséquences diverses sur la santé³. C'est pourquoi les structures sanitaires, quel que soit leur niveau dans le système de soins, représentent bien souvent une porte d'entrée privilégiée pour la prise en charge des diverses formes de violences liées au genre.

2. D'après J. Macinko, B. Starfield, L. Shi, « The contribution of primary care systems to health outcomes within Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) countries », 1970-1998, 2003.

3. Pour plus d'informations, voir page 109 la partie relative aux causes

2 / LIENS ENTRE LES VIOLENCES LIÉES AU GENRE ET LA **SANTÉ REPRODUCTIVE**

Les violences liées au genre, et surtout les violences sexuelles, ont des conséquences désastreuses sur la santé sexuelle et reproductive, parmi lesquelles nous pouvons citer : les infections sexuellement transmissibles (y compris le VIH/sida), les grossesses précoces ou non désirées, les interruptions de grossesse pratiquées dans des conditions dangereuses, les fistules, les mutilations génitales...

En outre, la grossesse représente un facteur de vulnérabilité face aux violences, et notamment face aux violences intrafamiliales. Jusqu'à une femme sur quatre subit des violences physiques ou sexuelles lors de la grossesse⁴. Ces violences ont des conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant : fausses couches, hypotrophie à la naissance, prématurité... La violence peut également être un frein à la liberté des femmes de choisir leur sexualité et de décider de l'opportunité d'une grossesse.

Enfin, les professionnels de la santé reproductive sont souvent les premiers, voire les seuls, à prendre médicalement en charge un grand nombre de femmes. Ils ont, en ce sens, une position privilégiée pour identifier et traiter les violences qu'elles peuvent subir.

4. L. Heise, M. Ellsberg et M. Gottemoeller, « Ending Violence against Women ». Population Reports. Série L. No 11 : 17. 1999.

3/ LIENS ENTRE LES VIOLENCES LIÉES AU GENRE ET LE VIH/SIDA

Les faits disponibles sur les liens entre la violence liée au genre et le VIH/sida montrent qu'il existe plusieurs mécanismes directs et indirects qui sous-tendent cette interaction.

→ **Les rapports sexuels contraints et violents accroissent les risques de transmission du VIH.** En effet, lors d'un acte sexuel forcé, les lésions, lacérations et abrasions sont fréquentes, facilitant alors l'entrée du virus par la muqueuse buccale, vaginale ou anale.

«Des études menées au Rwanda, en République-Unie de Tanzanie et en Afrique du Sud montrent que les femmes qui ont été victimes de violence risquent près de trois fois plus que les autres de contracter l'infection au VIH⁵.»

→ **La violence ou la peur de la violence peuvent avoir les conséquences suivantes⁶ :**

- impossibilité de négocier l'utilisation d'un préservatif ;
- réticence à se soumettre à un test de dépistage du VIH/sida ;
- réticence à divulguer son statut sérologique, retard dans l'accès au traitement du VIH/sida, abandon de la prise en charge.

→ D'une façon plus indirecte, **les victimes de violence** (sévi- ces sexuels subis dans l'enfance, initiation sexuelle forcée et

5. 6. 7. OMS, «La violence à l'encontre des femmes et le VIH/sida :

Principaux points de recoupements; Violence exercée par le partenaire et VIH/sida», Série de bulletins d'information N° 1, 2005.

violences exercées par le partenaire) **ont davantage tendance, à la suite du traumatisme, à adopter un comportement à risque** : multiplication des partenaires sexuels, relations sexuelles monnayées, services sexuels contre protection⁷.

→ **Le fait d'être séropositif est un facteur de risque de violences** de la part de son/sa partenaire et de la communauté. Les représentations et perceptions du virus peuvent entraîner des réactions violentes de formes différentes à l'encontre des porteurs du VIH/sida. Dans le cadre d'une étude américaine, il a été démontré que «20,5 % des femmes, 11,5 % des hommes porteurs du VIH à la suite de relations homosexuelles (excluant la transmission du virus par injection de drogue) et 7,5 % des hommes restants ont déclaré avoir subi des violences physiques après avoir été diagnostiqués séropositifs. Près de la moitié d'entre eux ont indiqué que leur séropositivité serait une cause de violences⁸».

→ **Le fait d'être une femme est également un facteur de risque concernant la transmission du VIH.**

D'un point de vue purement physiologique et biologique, la femme a plus de risques que l'homme de contracter le virus du sida au cours d'un rapport hétérosexuel non protégé. Les femmes sont également plus vulnérables au virus du sida pour des raisons socioculturelles, économiques et politiques. Parmi ces raisons, nous pouvons citer la sexualité transgénérationnelle (le fait que des hommes murs s'adressent à des jeunes filles) ou certaines pratiques traditionnelles (mutilations génitales féminines, mariages précoces, etc.). «Le risque d'infection au VIH chez les femmes et les jeunes filles, ainsi que leur vulnérabilité à cet égard, est la conséquence

8. Agency for Health Care Policy and Research, «HIV Cost and Services Utilization Study», fiche d'informations, Rockville, 1998.

d'inégalités sexuelles très répandues et bien enracinées – et que reflètent les actes de violence qui leur sont infligés⁹. »

→ Enfin, dans de nombreux conflits, les combattants **utilisent parfois leur séropositivité afin d'accroître la violence envers leurs ennemis**. Ils peuvent transmettre volontairement le virus du sida à leurs victimes, leur promettant ainsi « une mort lente et douloureuse ».

Considérant l'ensemble de ces interactions, il est fondamental de développer davantage de liens entre les deux thématiques.

4 / LIENS AVEC LES CONTEXTES D'URGENCE

Les violences liées au genre se multiplient très souvent dans les contextes d'urgence. La déstructuration sociale, les déplacements de population, l'affaiblissement des systèmes de protection sont autant de caractéristiques situationnelles propices à la survenance de nombreux cas de violence (viol collectif, mariage forcé avec un soldat ennemi, esclavage sexuel, mutilations, obligation d'assister au viol d'un proche...). Les intervenants dans le cadre d'urgences humanitaires doivent donc être capables de contribuer aux actions de prévention et de réponse au phénomène des violences liées au genre.

L'AMPLEUR DES VIOLENCES SEXUELLES DANS LES SITUATIONS DE CONFLIT

→ Lors du conflit qui a touché la Bosnie-Herzégovine entre 1992 et 1995, **de 20 000 à 50 000 femmes**

musulmanes ont été victimes de viol (soit environ 1,2 % de la population féminine avant la guerre)¹⁰.

→ Le Rapporteur spécial de l'Organisation des Nations unies pour le Rwanda (1996) a évalué dans un rapport à au moins **250 000 le nombre de femmes qui avaient été violées** lors du génocide¹¹.

→ Au Liberia, vers la fin de la guerre civile qui a ravagé le pays pendant cinq ans, **49 % des femmes** (âgées de 15 à 70 ans) parmi lesquelles une enquête a été réalisée **ont dit avoir subi au moins un acte de violence physique ou sexuelle** de la part d'un soldat ou d'un combattant¹².

5 / RECOMMANDATIONS

En raison des liens étroits que nous venons de souligner, la prise en charge des violences liées au genre devrait être systématiquement intégrée à l'ensemble des programmes de MdM.

L'intégration de la thématique des violences liées au genre dans les programmes de MdM peut être réalisée, de manière plus ou moins approfondie, à travers la mise en place d'un certain nombre de recommandations, parmi lesquelles :

9. **OMS**, « La violence à l'encontre des femmes et le VIH/sida : Principaux points de recoupements ; Violence exercée par le partenaire et VIH/sida », Série de bulletins d'information n°1, 2005.
10. **Unicef**, *Women in transition*, The Monee project regional monitoring report summary n°6, Florence, 1999.
11. **Human Rights Watch**, *Toujours en lutte : La justice, un parcours semé d'obstacles pour les victimes de viol au Rwanda*, New York, 2004.
12. **M.D. Shana Swiss et al.**, « Violence Against Women During the Liberian Civil Conflict », Letter from Monrovia, JAMA, 1998.

- Intégrer la thématique des violences liées au genre dans les **sessions de formation et/ou de sensibilisation organisées à l'intention des intervenants** (personnel soignant et non soignant). Il s'agit d'aborder des sujets tels que : la définition des violences liées au genre et leurs différentes formes ; l'identification, l'accueil, la prise en charge (notamment la gestion clinique des cas de viols) et l'orientation des personnes ayant subi des violences.
- **Identifier les partenaires potentiels** présents dans la zone d'intervention, et vers lesquels peuvent être référées les victimes de violences liées au genre pour une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire.
- Organiser, avec les équipes MdM et les partenaires, des **temps d'échange sur les perceptions et représentations des violences liées au genre** (violences « normales » ou « anormales », masculinité/féminité...) dans le contexte d'intervention.
- S'assurer de la **disponibilité des traitements nécessaires à la prise en charge médicale des cas de viol** (qui doit s'accompagner de la formation du personnel médical à leur utilisation).
- Intégrer des **indicateurs relatifs aux violences liées au genre** dans les outils de suivi et d'évaluation des programmes.
- Intégrer les violences liées au genre parmi les thématiques abordées dans le cadre des **activités de sensibilisation à destination de la population**.

La faisabilité et la pertinence de ces recommandations doivent être évaluées au regard du contexte d'intervention.

Considérant la complexité du phénomène des violences liées au genre et de ses enjeux socioculturels (perceptions/ représentations de la violence parmi les intervenants, les personnes qui en sont victimes et les communautés), les résultats de l'intégration de la problématique dans les programmes ne sont souvent visibles qu'à moyen terme. Il est donc nécessaire que ces activités soient maintenues et répétées dans la durée.



2

**COMPRENDRE LA
PROBLÉMATIQUE
DES VIOLENCES
LIÉES
AU GENRE**

A

DÉFINITION DES **CONCEPTS** **CLÉS**

- 40 **1/ La violence**
- 41 **2/ Les déterminants socioculturels**
- 42 **3/ Le genre et les concepts associés**
 - 42 1. La différence entre sexe et genre
 - 44 2. L'égalité de genre
 - 45 3. L'approche intégrée de l'égalité de genre
- 47 **4/ La notion de victime de violence**
 - 47 1. Victime-« survivant »
 - 48 2. Victime-patient
 - 49 3. Victime directe ou indirecte

B

CADRER LA PROBLÉMATIQUE

- 51 **1/ Une violation incontestable des droits de l'Homme**
- 53 **2/ Un problème majeur de santé publique**

C

TYPLOGIES DES VIOLENCES LIÉES AU GENRE

- 61 **1/ Typologie selon la nature de l'agression**
 - 61 1. Les violences physiques
 - 62 2. Les violences sexuelles
 - 69 3. Les violences morales et psychologiques
 - 71 4. Les pratiques traditionnelles préjudiciables
 - 78 5. Les violences économiques et sociales
 - 91 6. L'exploitation et la traite des êtres humains
- 94 **2/ Typologie selon le lien entre la victime et l'agresseur**
 - 95 1. La violence intrafamiliale ou domestique
 - 101 2. La violence civile ou communautaire
 - 103 3. La violence étatique ou institutionnelle

D

CAUSES ET CONSÉQUENCES

- 109 **1/ Les causes des violences liées au genre**
- 112 **2/ Les conséquences des violences liées au genre**
- 114 **Tableau : « Conséquences des violences pour la santé »**
 - 113 1. Conséquences propres aux violences sexuelles
 - 113 2. Conséquences liées aux interruptions volontaires de grossesse non médicalisées
 - 117 3. L'impact des violences liées au genre sur la communauté

INTRODUCTION À LA PROBLÉMATIQUE DES VIOLENCES LIÉES AU GENRE

À QUOI FAIT-ON RÉFÉRENCE LORSQUE L'ON PARLE DE VIOLENCES LIÉES AU GENRE ?

Définition des violences faites aux femmes

« Le terme "violence à l'égard des femmes" désigne [tous] les 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. »

Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes,
Assemblée générale des Nations unies, 20 décembre 1993.

Cette définition, uniquement orientée vers les femmes, apparaît restrictive au regard de notre approche de la problématique. C'est pourquoi nous lui avons préféré une autre formulation précisant que l'acte de violence se fonde sur « l'appartenance au sexe féminin ou masculin ».

Définition des violences liées au genre

Les violences liées au genre peuvent ainsi se définir comme tout acte qui entraîne ou qui vise à entraîner un préjudice ou

une souffrance physique, sexuelle ou psychologique **à une femme parce qu'elle est une femme ou à un homme parce qu'il est un homme**, y compris la menace de tels actes, la coercition ou la privation arbitraire de liberté, que cela arrive en public ou dans la vie privée.

L'expression « violences liées au genre » est souvent employée afin de mettre l'accent sur les spécificités socioculturelles attribuées aux personnes selon leurs rôles et statuts en tant qu'êtres sexués. « Les violences liées au genre se manifestent par le fait de croyances, de traditions, de comportements ou d'attitudes dommageables envers les individus en fonction de leur sexe¹³. »

Liens entre « violences liées au genre » et « violences faites aux femmes »

Nous pouvons constater que, même si les femmes, les hommes, les garçons et les filles peuvent être victimes de violences liées au genre, les femmes et les filles en sont les principales victimes. Cela constitue une illustration symptomatique de la construction sociale inégalitaire entre les hommes et les femmes dans la plupart des sociétés.

Souvent, les termes de « violences faites aux femmes », « violences genrées », « violences liées au genre », « violences sexospécifiques » ou bien encore « violences sexistes » sont utilisés de manière interchangeable. Dans le cadre de ce guide méthodologique, nous prendrons le parti d'employer l'expression de « violences liées au genre ».

13. Evelynne Josse, *Les violences sexospécifiques à l'égard des enfants*, 2007.

2A

DÉFINITION DES CONCEPTS CLÉS

➤ Certains concepts, liés à la problématique des violences liées au genre, méritent d'être définis.

1 / LA VIOLENCE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la violence peut être définie comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations¹⁴ ».

Cette définition, reprise par de nombreux instruments nationaux ou internationaux, attribue au concept de violence un **champ d'application large, insistant sur la diversité des situations de violence, ainsi que sur la diversité de leurs conséquences.**

14. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002.

« La violence est un problème complexe, lié à des formes de pensées et de comportements façonnées par une multiplicité de forces à l'intérieur de nos familles et de nos communautés, des forces qui peuvent transcender aussi les frontières nationales. »

Dr Gro Harlem Brundtland, directrice générale de l'OMS.

2 / LES DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS

Fait partie des déterminants socioculturels l'ensemble des éléments de l'environnement d'un individu dans un contexte donné. Ces éléments sont d'ordre géographique, social, culturel, religieux, familial, économique ou encore liés au genre. Les déterminants socioculturels ont un impact sur les actions, comportements et perceptions de chaque individu. Ainsi, la violence du fait de l'homme n'est pas un phénomène isolé mais est étroitement liée aux normes socioculturelles.

Si les violences liées au genre existent dans toutes les sociétés du monde, ce sont les perceptions de ces violences et les actions de prise en charge qui diffèrent. Afin de mieux appréhender le phénomène des violences, il s'agit donc de prendre en compte ces variables déterminant la place d'un individu dans une société.

« [Lori] Heise a élaboré un modèle écologique des facteurs associés aux mauvais traitements du partenaire, dans lequel elle distingue quatre niveaux qui interagissent : le niveau individuel, le niveau relationnel (parents et amis), le niveau communautaire

et, enfin, le niveau culturel/sociétal. Ce modèle, qui étudie la relation entre les facteurs individuels et contextuels, considère que la **violence est le produit d'influences exercées sur le comportement à de multiples niveaux.**»

Magali Bouchon, *Approche pratique – Violences faites aux femmes ; genre, culture et société, Service d'Analyse, d'Appui et de Plaidoyer (S2AP)*, MdM, 2009.

3/ LE GENRE ET LES CONCEPTS ASSOCIÉS

Le genre, en tant que déterminant socioculturel, permet d'appréhender la problématique des violences sous un angle plus spécifique. La prise en compte du genre dans les programmes de lutte contre les violences renvoie à certains concepts, qu'il convient de définir.

1. La différence entre sexe et genre

Le genre se réfère aux caractéristiques des hommes et des femmes qui sont socialement déterminées, par opposition à celles qui sont biologiquement déterminées. Chaque société établit des règles spécifiques pour ses membres, enfants et adultes, selon qu'ils sont de sexe féminin ou de sexe masculin. « Ces règles, implicites et explicites, déterminent les rôles, les statuts, les responsabilités, les obligations, les activités, les pratiques, les modes relationnels entre hommes et femmes, les attitudes et les comportements acceptables et appropriés pour chacun, dans chaque situation, en fonction de son sexe. Ces règles sont acquises et, bien que profondément enracinées dans chaque communauté, elles évoluent dans le temps

(généralement de manière lente). À l'inverse, le sexe se réfère à des différences biologiques et physiques entre les hommes et les femmes ; elles sont déterminées par la biologie et cela ne peut pas changer¹⁵. »

Les êtres humains naissent avec le sexe masculin ou féminin, mais apprennent au sein de leur communauté à être des garçons ou des filles et à devenir des hommes ou des femmes.

Exemples de caractéristiques sexuelles :

- les femmes peuvent avoir leurs menstruations, ce n'est pas le cas pour les hommes ;
- les hommes ont des testicules et les femmes n'ont en pas ;
- les femmes développent des seins et peuvent normalement allaiter ;
- les femmes sont en moyenne moins grandes que les hommes.

Exemples de caractéristiques de « genre » :

- les femmes gagnent sensiblement moins que les hommes pour un travail similaire ;
- les petites filles doivent être « gentilles et soumises », et les petits garçons ne doivent pas pleurer ;
- beaucoup plus d'hommes que de femmes fument, l'habitude de fumer n'étant traditionnellement pas considérée comme convenable pour les femmes.

Appréhender les violences à travers le concept de genre permet de mieux percevoir et comprendre l'ampleur du phénomène et d'adapter l'intervention auprès des victimes aux données socioculturelles relatives au sexe.

¹⁵ **Evelyne Josse**, « Les violences sexuelles entre détenus de sexe masculin : un révélateur de la subordination de la femme dans la société », 2007.

« La violence sexuelle vise particulièrement les femmes, mais pas seulement. Aborder ce type de violence sous l'angle du genre permet d'expliquer pourquoi elle peut représenter la manifestation de la domination des hommes sur les femmes, mais aussi de réfléchir sur les interventions qui s'en prennent aux racines des problèmes, en travaillant sur les systèmes de valeurs, les représentations et les pratiques. »

MdM Haïti, livret de sensibilisation sur les agressions sexuelles, 2008.

Le fondement de l'organisation d'une société repose sur les spécificités sociales des individus dans leur communauté et leur culture en fonction de leur sexe. La violence est donc une illustration de la construction de ces relations, où pouvoir et autorité sont historiquement déterminés de manière inégale entre hommes et femmes¹⁶. « La violence à l'égard des femmes [...] est profondément enracinée dans les cultures du monde entier, à tel point que des millions de femmes y voient un mode de vie¹⁷. »

2. L'égalité de genre

L'égalité entre les femmes et les hommes désigne l'égalité des droits, des responsabilités et des opportunités entre hommes et femmes et entre garçons et filles. L'égalité signifie que les droits, les responsabilités et les opportunités des femmes et des hommes ne dépendent pas du fait qu'ils soient de sexe masculin ou féminin¹⁸.

L'analyse des obstacles à l'égalité de genre permet de rendre compte de la situation des hommes et des femmes dans un contexte donné. Elle permet également de mieux répondre aux

16. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002.

17. Cate Johnson, *Violence Against Women: An Issue of Human Rights*, 1997.

18. [http.://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsanddefinitions.htm](http://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsanddefinitions.htm)

besoins spécifiques de l'un ou de l'autre genre dans le cadre de la prise en charge des personnes victimes de violence.

L'égalité de genre « fait référence à l'égalité des hommes et des femmes, quels que soient leur âge et leur orientation sexuelle, dans la jouissance des droits, des biens à valeur sociale, des chances offertes, des ressources et des récompenses. L'égalité ne signifie pas que les femmes et les hommes sont identiques, mais que leurs droits, les chances et les opportunités de vie qui sont offerts ne sont ni régis ni limités par leur statut de femme ou d'homme. Défendre les droits de la personne et encourager l'égalité des sexes doit être au cœur des responsabilités des organismes humanitaires afin de pouvoir protéger et aider toutes les personnes en situation d'urgence. »

Comité permanent interorganisations (IASC), *Femmes, filles, garçons et hommes : des besoins différents, des chances égales*, guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire, 2008.

3. L'approche intégrée de l'égalité de genre

L'approche intégrée de l'égalité hommes-femmes (gender mainstreaming) est la prise en compte de la notion de genre dans chaque étape des processus politiques – conception, mise en œuvre, suivi et évaluation – en vue de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes. Cette approche entend évaluer l'impact des politiques sur la vie et la position des femmes et des hommes et prendre la responsabilité de les réorienter si nécessaire¹⁹.

19. Gihan Abou Zeid, « Intégration de l'approche de genre dans les programmes relatifs à la violence à l'égard des femmes », atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Le Caire (Égypte), MdM, 2009.

« L'objectif était que les contributions et les responsabilités des femmes dans l'agriculture au Pérou soient reconnues et d'impliquer plus activement celles-ci en tant que participantes et bénéficiaires dans les principales activités alternatives de développement, plutôt que de mettre en place des activités spécifiques pour elles. Cette approche fut appliquée à deux niveaux. Premièrement, en améliorant l'accès des femmes à la formation de promoteurs ruraux dans des zones où les femmes ont des rôles traditionnels dans l'agriculture. Deuxièmement, en permettant une participation accrue des femmes dans les associations de fermiers, à tous les niveaux de prise de décision. »

Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women (OSAGI), *United Nations International Drug Control Programme: Alternative Development Work in Peru, Good Practice in Gender Mainstreaming Example*, 1999.

« Une approche intégrée de l'égalité de genre dans les programmes, et notamment en situation de crise devrait :

- permettre une meilleure compréhension de la situation ;
- permettre de répondre aux besoins et priorités de la population de manière plus ciblée, en fonction de l'impact de la crise sur les femmes, filles, garçons et hommes ;
- permettre de s'assurer que toutes les personnes touchées par la crise sont identifiées et que tous leurs besoins et leurs vulnérabilités sont pris en compte ;
- faciliter la mise en place de programmes plus pertinents et efficaces. »

IASC, *Femmes, filles, garçons et hommes : des besoins différents, des chances égales*, guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire, 2008.

4 / LA NOTION DE VICTIME DE VIOLENCE

1. Victime-« survivant »

Le terme de victime²⁰ a été défini par l'Assemblée générale des Nations unies. « On entend par victimes des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omission qui enfreignent les lois pénales en vigueur dans un État membre [...] ou les normes internationalement reconnues en matière de droits de l'Homme²¹. »

Au terme de « victime » de violences liées au genre, certains spécialistes anglophones ou hispanophones préfèrent le terme de « survivant²² ». Cette préférence est fondée sur la conception qu'une victime de violences devient « survivante » lorsqu'elle cesse de subir ce préjudice et surtout lorsqu'elle décide de refuser de supporter davantage de violence. Les partisans de cette terminologie considèrent que la personne a survécu à la violence subie. Le terme « survivant » est ainsi utilisé pour souligner la force de la personne, et son refus de s'inscrire dans un processus de victimisation.

20. Cette définition du terme « victime » est prise dans son sens juridique ou infractionnel. Elle ne renvoie donc pas à des victimes de catastrophes naturelles ou à des victimes d'accidents.

21. Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir, **Assemblée générale des Nations unies**, 1985.

22. *Survivor* en Anglais et *sobreviviente* en Espagnol.

À l'inverse, certains défendent l'emploi du mot « victime » de violences liées au genre, car ils estiment que l'emploi du terme de « survivant » associe la violence à une « mort » pour la personne, qui ne peut alors que survivre, au lieu de vivre ; ils considèrent que les personnes ayant vécu des violences doivent être reconnues comme des victimes car elles ont subi une violation de leurs droits.

2. Victime-patient

Du fait des diverses conséquences sur la santé physique et mentale, les victimes de violence se rendent souvent dans des structures de santé afin de se faire soigner. Ces patients présentent alors des spécificités que le personnel de santé doit être à même d'identifier et de prendre en charge :

→ Il est bien rare, malgré les efforts réalisés au niveau des actions de sensibilisation, que les victimes de violence se rendent spontanément dans un centre de santé en faisant état des agressions qu'elles ont subies. Au contraire, souvent confrontées à de multiples obstacles²³, elles viennent consulter, sans révéler la cause de leurs symptômes.

Le personnel de santé doit donc être assez **vigilant et suffisamment bien formé pour reconnaître les signes physiques et psychologiques pouvant laisser présumer d'actes de violence** (des explications vagues, confuses et changeantes, des consultations répétées avec plusieurs intervenants pour les mêmes motifs...)²⁴. La méconnaissance

²³. Pour plus d'informations, voir page 292 la partie relative aux obstacles à la prise en charge des victimes de violences liées au genre.

²⁴. Pour plus d'informations, voir page 144 la partie relative à l'identification des victimes de violences liées au genre.

des causes des symptômes peut nuire à un bon diagnostic et à la qualité des soins dispensés.

→ Les victimes de violence ont souvent besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Le personnel de santé doit alors être **capable d'orienter les patients, de les référer vers un / des intervenant(s) d'un / d'autre(s) secteur(s) de prise en charge.**

→ La prise en charge des victimes de violence requiert une attention particulière du fait du traumatisme lié aux violences subies.

Le personnel de santé doit ainsi **prendre le temps d'écouter, de réconforter et d'accompagner les personnes.**

Cette considération apportée à tout patient permettra également de mieux reconnaître les victimes de violence.

3. Victime directe ou indirecte

Le degré d'implication des victimes de violence dans l'événement traumatique amène à distinguer **victimes directes et victimes indirectes.**

La victime directe peut avoir été sujet (avoir subi) ou témoin (avoir vu) de l'acte de violence. La victime indirecte, quant à elle, « n'a pas été témoin de l'événement mais est concernée par lui et/ou par ses conséquences du fait de sa proximité émotionnelle avec les victimes directes. Les victimes indirectes sont toutes les personnes proches d'une victime primaire perturbées par l'expérience de cette dernière. Les victimes indirectes sont aussi appelées victimes par ricochet²⁵. »

²⁵. **Evelyne Josse**, « Victimes, une épopée conceptuelle – première partie : définitions », 2006.

Les réponses apportées dans le cadre de la lutte contre les violences liées au genre doivent prendre en compte les victimes directes comme les victimes indirectes de violence.

Le fait pour un enfant de voir ou d'entendre un de ses parents se faire agresser peut être considéré comme une forme de violence psychologique, exercée sur lui de manière indirecte. Le fait de grandir dans un tel environnement nuit gravement au développement psychologique et social de l'enfant : il/elle peut prendre l'agresseur comme modèle de comportement ou finir par croire que la victimisation est normale dans toute relation.

Emmanuelle Harang, «Les violences faites aux femmes – état des lieux», pour MdM, septembre 2006.

«Les violences sexuelles ont des répercussions psychologiques sur les membres de la famille ainsi que sur les amis qui ont été témoins de l'agression sans avoir eu la possibilité de réagir ou d'intervenir. Cela est particulièrement vrai pour l'homme qui n'a pas pu protéger sa partenaire, ses enfants, ses frères et sœurs ou ses parents.»

Evelyne Josse, «Les violences sexospécifiques et sexuelles à l'égard des hommes», 2007.

2 13

CADRER LA PROBLÉMATIQUE

➤ Les violences liées au genre représentent un problème universel recouvrant des réalités diverses. Le phénomène connaît aujourd'hui une attention particulière tant au niveau national qu'à l'échelle internationale, bien qu'il soit encore souvent banalisé ou sous-estimé. Violation incontestable des droits de l'Homme et enjeu majeur de santé publique, **le phénomène des violences liées au genre est un problème d'envergure, qui concerne tous les pays du monde et toutes les classes sociales.**

1 / UNE VIOLATION INCONTESTABLE DES DROITS DE L'HOMME

Toute violence empêche les personnes qui en sont victimes de jouir de leurs droits et de leurs libertés fondamentales. Or les droits de l'Homme, tels qu'énoncés par le droit

international²⁶, sont applicables à toute personne, quel que soit son genre. Toutes les violences liées au genre sont donc des violations des droits de l'Homme. Le droit international sanctionne ces violations dans divers instruments juridiques faisant partie du droit international des droits de l'Homme, du droit international humanitaire, ou encore du droit pénal international.

Toutes les violences liées au genre reposent sur des représentations sociales et culturelles relatives à la place conférée à chaque genre (masculin ou féminin) dans une société. Elles ont également des conséquences diverses pour les victimes, notamment selon leur genre. Les violences liées au genre s'appuient donc sur des perceptions discriminatoires et contribuent à leur maintien. Elles s'opposent au principe de **non-discrimination**, qui est la clé de voûte de tout système de protection des individus.

« La violation des droits de l'Homme la plus honteuse se caractérise sans doute par la violence à l'égard des femmes. Elle ne connaît pas de clivages géographiques, culturels ou sociaux. Tant que des actes violents continueront d'être perpétrés, nous ne pourrons prétendre à des progrès pour atteindre l'égalité, le développement et la paix. »

Kofi Annan, ancien secrétaire général des Nations unies.

26. Déclaration universelle des droits de l'Homme, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies, 1948.

2/ UN PROBLÈME MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

Les statistiques des violences liées au genre témoignent d'un phénomène très largement répandu à travers le monde.

Une femme sur trois dans le monde a été battue, contrainte d'avoir des rapports sexuels ou a subi d'autres formes de sévices au cours de sa vie²⁷.

Une femme sur cinq dans le monde sera victime de viol ou de tentative de viol au cours de sa vie²⁸.

Chaque année dans le monde, quelque 5 000 femmes sont assassinées par des membres de leur famille au nom de « l'honneur » familial ou de la communauté²⁹.

10 % à 69 % des femmes dans le monde déclarent avoir été agressées physiquement par un partenaire intime de sexe masculin à un moment de leur vie³⁰.

En 2008 en France, **156 femmes** sont décédées victimes de leur compagnon ou ex-compagnon, soit un décès tous les 2,5 jours³¹.

27. Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes : rapport du secrétaire général, **Assemblée générale des Nations unies**, n° A/61/122/Add.1, 6 juillet 2006.

28. **María José Alcalá**, *L'État de la population mondiale 2005. La promesse d'égalité : égalité des sexes, santé en matière de procréation et objectifs du Millénaire pour le développement*, Fnuap, 2005.

29. OMS, « Violences faites aux femmes », fiche d'informations, 2003.

30. OMS, *Rapport mondial violence et santé*, d'après 48 enquêtes de population réalisées dans le monde, 2002.

Dans le monde, 38 femmes subissent un avortement non médicalisé toutes les minutes et une femme meurt des suites d'un avortement bâclé toutes les huit minutes³².

Il est aussi largement reconnu que les violences liées au genre peuvent entraîner de lourdes répercussions sur la santé physique et mentale des personnes qui en sont victimes, causant un grand nombre d'incapacités et de décès³³. Outre les conséquences fatales, les violences peuvent être la cause de nombreux maux médicaux en lien avec la santé reproductive (infections sexuellement transmissibles, grossesses non désirées, impuissance, stérilité...), la santé physique en général (blessures, douleurs chroniques...) ainsi que la santé mentale (dépressions, anorexie, suicides...). On estime ainsi que « la violence envers les femmes constitue à l'échelle mondiale une cause de décès et d'incapacité aussi fréquente, parmi les femmes en âge de procréer, que le cancer et qu'elle provoque davantage de troubles de la santé que les accidents de la circulation et le paludisme réunis³⁴ ».

De par leur ampleur et leurs conséquences, les violences liées au genre entraînent ainsi des risques importants pour la santé d'une large partie de la population et constituent donc un problème majeur de santé publique.

31. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2008, ministère de l'Intérieur, délégation aux victimes, 2009.

32. *Bulletin médical de l'IPPF*, vol. 42, n° 2, juin 2008.

33. Pour plus d'informations, voir page 112 la partie relative aux conséquences des violences liées au genre.

34. Banque mondiale, *World Development Report: investing in health*, New York, 1993.

L'Assemblée mondiale de la santé a adopté en 1996 une résolution déclarant que « la violence constitue l'un des problèmes principaux de santé publique dans le monde ». En 1999, le Fnuap (Fonds des Nations unies pour la population) a déclaré que « la violence à l'égard des femmes est une priorité de santé publique ». Enfin, l'OMS a fait paraître en 2002 le premier Rapport mondial sur la violence et la santé. Il s'agissait notamment de sensibiliser au problème mondial de santé que constitue la violence et de renforcer les actions de prévention menées par la communauté de la santé publique.

Selon l'OMS, « l'approche de santé publique face au problème de la violence comporte quatre étapes :

- mettre au jour le plus grand nombre d'informations possible sur tous les aspects de la violence ;
- analyser les causes ;
- rechercher des moyens permettant de prévenir la violence ;
- prendre des mesures, et notamment diffuser l'information et évaluer l'efficacité des programmes.³⁵ »

35. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002.



2C

TYPOLOGIES DES VIOLENCES LIÉES AU GENRE

- Le fait de classer les violences liées au genre présente l'intérêt :
- d'appréhender l'étendue et la complexité de la problématique;
 - de révéler et de définir les diverses formes de violences.

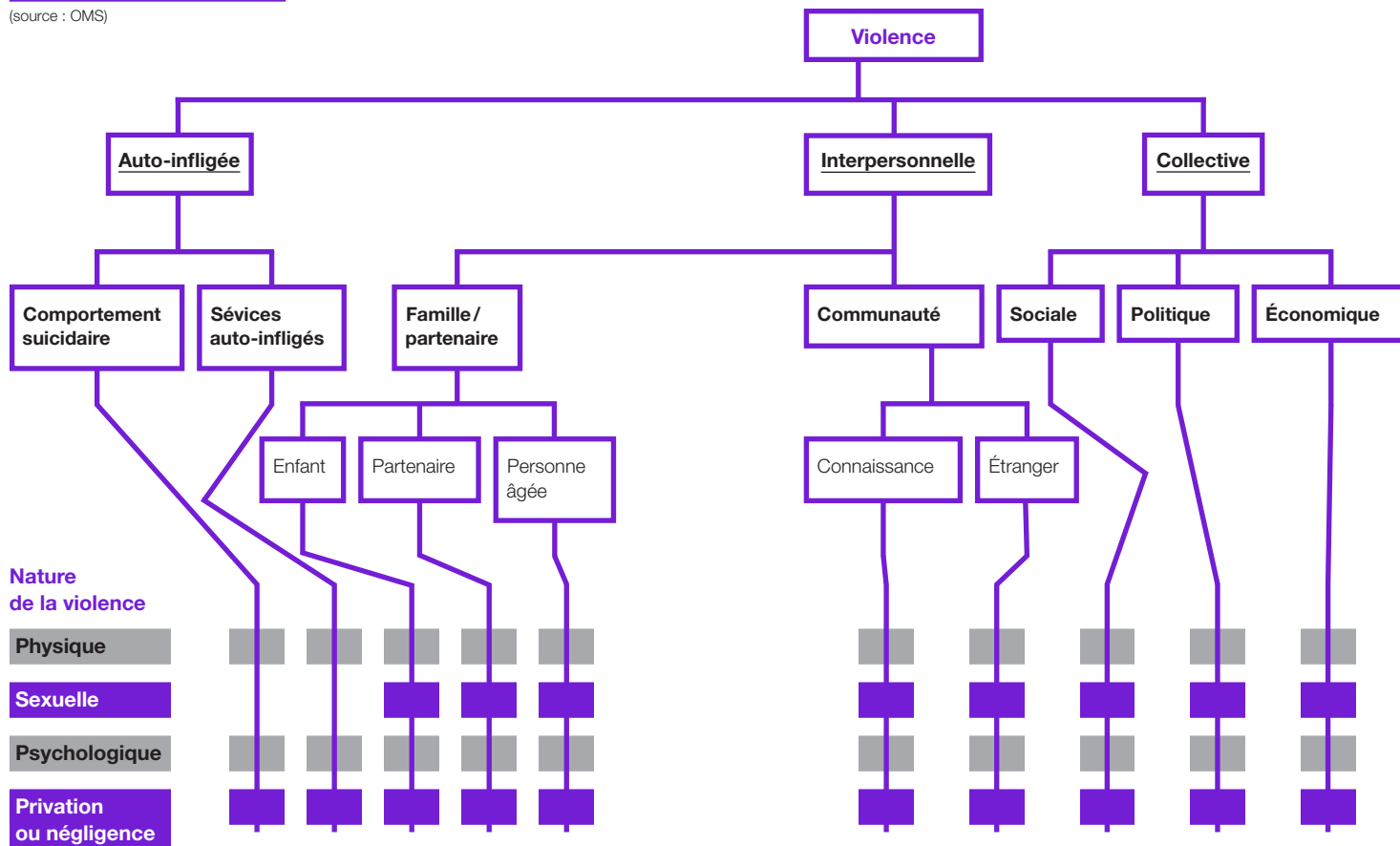
L'élaboration d'une typologie des violences liées au genre permet également de mieux comprendre les différents domaines d'intervention de MdM.

Plusieurs typologies sont possibles, dépendant de l'angle pris pour considérer les différentes formes de violences, qui peuvent notamment être classifiées selon la nature de la violence ou selon la relation existant entre la victime et l'agresseur. L'idéal est de **croiser les indicateurs afin d'appréhender toute la complexité des diverses formes de violences.**

Il est cependant difficile de cloisonner les types de violences liées au genre, qui sont souvent subies simultanément.

TYPLOGIE DE LA VIOLENCE

(source : OMS)



Tel est notamment le cas des victimes de violences conjugales, qui subissent bien souvent des sévices physiques, psychologiques, économiques et sexuels. La violence subie sera alors classée en fonction de la forme de violence la plus caractéristique parmi l'ensemble des préjudices subis par une personne. La typologie relative au lien entre l'agresseur et la victime est également souvent privilégiée afin de ne pas réduire les faits à une seule forme de violence.

Afin d'illustrer la complexité du phénomène de violence, l'Organisation mondiale de la santé a élaboré un tableau mettant en avant les différents angles d'approche de la problématique (page précédente)³⁶.

La classification de la violence élaborée par l'OMS met en avant diverses formes de violence. Chacune d'entre elles peut être considérée comme un acte de violence liée au genre, selon les personnes impliquées et le contexte dans lequel il est perpétré.

S'inspirant de cette classification, nous retiendrons deux typologies de violences liées au genre, classées selon :

→ **la nature de l'agression.** On parle alors des violences physiques, sexuelles, morales et psychologiques, des pratiques traditionnelles préjudiciables, des violences économiques et sociales, ainsi que de la traite des êtres humains ;

→ **le lien existant entre la victime et l'agresseur.** On parle alors des violences intrafamiliales ou domestiques (dont les violences conjugales), des violences civiles ou communautaires et des violences étatiques.

³⁶. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002.

1 / TYPOLOGIE SELON LA NATURE DE L'AGRESSION

1. Les violences physiques

La violence physique est définie comme « l'utilisation intentionnelle de la force physique pouvant entraîner la mort, des blessures ou des dommages³⁷ ». Plus précisément, le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) décrit l'agression physique comme « le fait de battre, frapper à coups de poing ou de pied, brûler, mutiler ou tuer, avec ou sans armes ; souvent pratiquée en combinaison avec d'autres formes de violences sexuelles et sexistes³⁸ ». Sont aussi des composantes de la violence physique les faits suivants : bousculer, molester, secouer, traîner par terre ou encore étrangler.

Si l'on considère souvent que la **grossesse** est une phase pendant laquelle les femmes devraient être mieux protégées, nombre d'entre elles sont pourtant victimes de violences pendant cette période, ce qui met en danger tant la mère que l'enfant. La violence pendant la grossesse quadruple le risque d'insuffisance pondérale à la naissance et double celui de fausse couche.
Selon une étude multipays de l'OMS³⁹, **4 % à 12 % des femmes**

³⁷. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002.

³⁸. UNHCR, *La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées, principes directeurs pour la prévention et l'intervention*, 2003.

³⁹. OMS, *Étude multipays sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes, Rapport succinct*, 2005.

ayant eu une grossesse ont déclaré avoir été brutalisées pendant qu'elles étaient enceintes, et **25 % à 50 % des femmes concernées** (selon les pays sujets de l'étude) **ont affirmé avoir reçu des coups de pied ou de poing dans l'abdomen**. Dans 90 % des cas, l'auteur de ces actes de violence était le père de l'enfant qu'elles portaient.

2. Les violences sexuelles

D'une manière générale, la violence sexuelle peut être définie comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail⁴⁰ ». Parmi ces violences sexuelles, on distingue les viols, les abus sexuels, le harcèlement et l'exploitation sexuelle (définie dans la partie sur la traite des êtres humains).

Le viol

Selon l'OMS, une femme sur cinq est victime de viol ou de tentative de viol au cours de sa vie⁴¹. Pourtant, il n'existe aucune définition du viol universellement reconnue en droit international, et sa définition est variable selon les pays, en fonction de sa qualification juridique et de ses éléments constitutifs :

- **au Pakistan**, jusqu'en 2006, la législation imposait que la victime de viol présente le témoignage de quatre hommes considérés comme de « bons musulmans » pour appuyer sa plainte ;
- **au Kenya**, le viol conjugal n'est pas reconnu par le droit comme une infraction ;

40. 41. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002.

- **au Liberia**, la nouvelle loi relative au viol, promulguée en 2005, est venue modifier le code pénal en vigueur depuis 1976. Ce dernier considérait le viol comme toute relation sexuelle avec « une femme qui n'est pas son épouse ». Depuis la nouvelle loi, le viol n'exclut plus les contacts sexuels entre époux, et ce, même lorsqu'il s'agit de mariage coutumier.
- **en Finlande**, il existe trois catégories de viols, définies en fonction du degré de violence physique utilisée par l'agresseur : le viol, le viol aggravé et le rapport sexuel contraint. Ainsi, selon la loi, un viol peut être considéré comme un simple rapport sexuel contraint (ou « viol avec circonstances atténuantes ») si l'auteur n'a fait usage que de violences ou de menaces limitées.

Les perceptions et représentations socioculturelles constituent des freins à une définition consensuelle et consistante du viol. En outre, et du fait du caractère « privé » conféré à la sphère familiale, le viol conjugal est peu incriminé par les législations nationales, alors qu'il est particulièrement courant.

La justice pénale internationale a contribué à définir les éléments constitutifs du crime de viol, tout en reconnaissant à travers sa jurisprudence que le viol pouvait, selon les circonstances, représenter un crime de guerre, un crime contre l'humanité ou un génocide.

Le viol peut ainsi être défini comme :

Tout « acte de rapport sexuel non consensuel [tel que] l'invasion de toute partie du corps de la victime ou de l'agresseur avec un organe sexuel ou l'ouverture génitale ou anale de la victime avec tout objet ou toute autre partie du corps, par force, menace de force ou coercition. Toute pénétration est jugée [comme étant] un viol. Un acte qui n'aboutit pas toujours à une pénétration

est jugé [comme étant] une tentative de viol.

Le viol ou la tentative de viol englobe les actes suivants :

- viol d'une femme adulte ;
- viol d'une femme [...] mineure, y compris l'inceste ;
- viol collectif, s'il existe plus d'un agresseur ;
- viol conjugal entre mari et femme [...] ⁴² ».

Les abus sexuels

Les abus sexuels renvoient aux « autres actes sexuels non consensuels, non compris le viol ou la tentative de viol. [...]

Exemples d'abus sexuel :

- forcer quelqu'un à retirer ses vêtements ;
- forcer quelqu'un à s'engager dans des actes sexuels, par exemple, forcer à embrasser ou à toucher ;
- forcer quelqu'un à observer des actes sexuels ⁴³ ».

« L'abus sexuel comprend également tout acte infligé sur un mineur [...] Même si l'enfant donne son consentement, l'activité sexuelle avec un mineur peut être considérée comme un abus sexuel car il ou elle n'est pas jugé(e) capable de donner son consentement en toute connaissance de cause ⁴⁴. »

Selon la définition adoptée par les associations de sauvegarde de l'enfance en France, l'abus sexuel sur mineurs renvoie à « toute utilisation du corps d'un enfant pour le plaisir d'une personne plus âgée que lui, quelles que soient les relations entre eux, et même sans contrainte ni violence ».

42. 43. 44. Consortium « Reproductive Health Response in Conflict », *Violences sexospécifiques : manuel d'outils pour l'évaluation préliminaire, la conception, le suivi et l'évaluation des programmes en situations de conflit(s)*, 2004.

Pour définir les différents abus sexuels, on peut s'appuyer sur les distinctions faites par le Code pénal français entre :

- **les agressions sexuelles**, qui supposent l'emploi de la violence, de la contrainte, de la menace ou de la surprise (article 222-22 du Code pénal) ;
- **les atteintes sexuelles**, qui sont exercées sur des mineurs, sans violence, contrainte, menace, ni surprise. On inclut dans les atteintes sexuelles dont sont victimes les mineurs les exhibitions qui leur sont imposées (article 227-25 du Code pénal).

L'exploitation sexuelle est bien souvent liée à des situations de traite des êtres humains. Cette forme de violence sexuelle sera ainsi définie dans le paragraphe relatif à la traite.

Les violences sexuelles en temps de conflit armé

Le nombre de cas de violences augmente considérablement en temps de conflit. Cela concerne les violences sexuelles, mais aussi d'autres formes de violences pouvant être liées au genre telles que le rapt, la séquestration ou le recrutement forcé. Ces violences se multiplient du fait de l'exacerbation des stéréotypes sexistes et du contexte chaotique et déstructuré inhérent à la situation. **La plupart constituent alors des actes opportunistes, et sont des conséquences indirectes du conflit.**

Les violences liées au genre, et notamment les violences sexuelles, sont aussi souvent utilisées de manière systématique comme arme de guerre pour déstabiliser, humilier et terroriser les membres de la communauté adverse, et bien souvent les forcer à fuir. L'ennemi peut par exemple s'en prendre aux femmes et aux jeunes filles, car l'humiliation

touche aussi leur famille et souvent toute la communauté. Ces femmes et filles sont prises à partie en tant que génitrices et porteuses des générations futures. Leur viol devient alors une arme de guerre et de torture. À ce titre, la jurisprudence internationale a reconnu le viol comme crime de guerre, crime contre l'humanité et génocide⁴⁵.

« Les femmes sont vues comme l'incarnation de l'identité culturelle adverse et leur corps comme un territoire à conquérir ou comme un moyen d'humilier les hommes de leur communauté. Dans certains cas, le viol est une stratégie délibérée visant à corrompre les liens communautaires. Il constitue une forme d'attaque contre l'ennemi et caractérise la conquête et l'aviilissement des femmes ou des combattants capturés. »

Evelyne Josse, «Violences sexuelles et conflits armés en Afrique», 2007.

Dans certaines régions du monde, les conflits ont entraîné une recrudescence des actes de violences sexuelles utilisés comme des armes de guerre (ex-Yougoslavie, Darfour, République démocratique du Congo...). Même lorsque le conflit cesse, les violences (et notamment les violences sexuelles) ont tendance à perdurer.

Les violences sexuelles, y compris en situations de conflit, n'affectent pas uniquement les femmes et les filles ; les garçons et les hommes sont également touchés, mais il existe assez peu de données sur ce sujet. **Car si les violences sexuelles sur les femmes restent taboues dans bon nombre de sociétés, celles sur les hommes le sont encore davantage.**

45. Anne Desmarest, *Le Cadre légal du crime de viol*, MdM, 2008.

« Il est important de signaler que ces viols et violences sexuelles sont commis de façon méthodique et chaque groupe armé a sa méthode opérationnelle de terreur, mais dans l'ensemble :

- les victimes sont violées par plusieurs hommes à la fois, mais à tour de rôle ;
- ces viols sont publics en face des parents, maris, enfants ou voisins ;
- ils sont suivis de mutilations ou autres tortures corporelles ;
- l'esclavage sexuel allant jusqu'à plusieurs mois est souvent signalé ;
- des tortures psychologiques de toutes sortes sont rapportées.

Ces actes sont posés dans le but d'humilier, punir, contrôler la population ou encore la déplacer. C'est pour cette raison que nous pensons que dans la typologie de viols et violences faites aux femmes devraient être insérés ces viols commis avec une extrême brutalité dans le but de terroriser la victime et sa communauté, comme une forme de terrorisme sexuel. »

Dr Muckwege, directeur général de l'hôpital de Panzi (RDC), « Violences liées au genre, un problème de santé publique et une violation des droits de l'Homme », atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Kinshasa (RDC), MdM, avril 2010.

« [Il existe] des formes spécifiques de violences liées au genre subies par les hommes et les garçons dans des situations de conflits : massacre fondé sur le genre, recrutement forcé et violences sexuelles. [...] Ces formes de violences doivent être combattues, non seulement pour la protection des droits fondamentaux des hommes civils, mais aussi pour

garantir le succès des stratégies globales de lutte contre les violences liées au genre au sein des initiatives de protection.»

R. Charli Carpenter, *Recognising gender based violence against civilian men and boys in conflicts situations*, Department of Politics and International Relations, Drake University, 2004.

Le harcèlement sexuel

« Le harcèlement sexuel correspond à toute avance sexuelle malvenue, généralement répétée et sans réciprocité, attention sexuelle non sollicitée, demande d'accès ou de faveurs sexuels, allusion sexuelle ou autre attitude verbale ou physique de nature sexuelle, exhibition de documents pornographiques, qui empiète sur le travail, est présentée comme une condition d'emploi ou crée un environnement de travail intimidant, hostile ou choquant⁴⁶. »

Cette définition prend l'exemple de lien professionnel, mais doit s'entendre de manière plus large, comprenant toute relation de pouvoir, d'autorité ou de contrôle (comme dans le cadre de l'enseignement formel ou informel). Le harcèlement sexuel a de profondes répercussions sur le bien-être psychologique des victimes, entraînant un sentiment de honte et de culpabilité de ne pas savoir/pouvoir s'en défendre. Le harcèlement sexuel, terriblement humiliant et offensant, n'est généralement réprimé que lorsqu'il a lieu dans le cadre du travail. Promesses, menaces, avances, chantage dans le but d'obtenir des faveurs sexuelles sont les moyens usuels. Lorsque c'est un emploi ou un avantage essentiel qui est l'enjeu de ce harcèlement, il est difficile de lutter et la victime se sent d'autant plus impuissante.

46. UNHCR, *La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées, principes directeurs pour la prévention et l'intervention*, 2003.

3. Les violences morales et psychologiques

Toutes les formes de violences peuvent avoir des conséquences psychologiques graves. Il faut cependant considérer les actes de violence psychologique en tant que tels. Il n'existe pas de définition formelle de cette forme de violence. Elle peut être infligée par le/la partenaire ou un autre proche ou par toute personne occupant une place de confiance.

Elle se caractérise notamment par le fait de⁴⁷ :

→ Rejeter

Refuser de reconnaître de la valeur à une personne, la mépriser, ignorer sa présence, lui faire comprendre qu'elle est inférieure ou inutile, dévaloriser ses sentiments ou ses idées.

→ Dégrader

Se comporter d'une manière qui porte atteinte à l'identité, à la dignité ou à la confiance de l'autre : insulter, ridiculiser, humilier, parodier, brimer, empêcher de s'exprimer, refuser de lui parler, critiquer ses fréquentations, infantiliser.

→ Terroriser

Inspirer un sentiment de terreur ou de peur extrême ; contraindre par l'intimidation ; placer la victime dans un milieu inapproprié ou dangereux, ou menacer de l'y placer, développer des exigences excessives.

→ Isoler

Limiter l'espace vital de la victime, réduire ses contacts, restreindre sa liberté de mouvement dans son propre milieu, l'exclure d'événements significatifs tels que les fêtes familiales ou communautaires.

47. Inspiré d'un article du Réseau canadien de la santé : www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/html/fvemotion_f.html

→ **Corrompre ou exploiter**

Amener quelqu'un à accepter des idées ou des comportements proscrits par la loi; l'exploiter matériellement ou financièrement, le rendre dépendant.

→ **Priver d'affection**

Se montrer insensible et inattentif envers la personne; faire preuve d'indifférence à son égard; ne s'adresser à elle qu'en cas de nécessité; ignorer ses besoins sur le plan mental.

→ **Faire du chantage**

Au suicide, à la pauvreté, au déshonneur.

La violence psychologique a tendance à se répéter et à se renforcer avec le temps. Elle est pourtant difficile à détecter, à évaluer et à prouver car elle ne laisse pas de traces visibles, surtout au début. Certains éléments tels que la passivité ou la docilité excessive, l'isolement social, l'ajournement ou le refus d'un traitement médical nécessaire, le malaise ou la nervosité dans les rapports avec les proches peuvent néanmoins aider à déceler la violence morale.

« Pour certaines femmes, la violence morale des insultes et des brimades constantes est ressentie plus douloureusement encore que la brutalité physique, car cette violence-là ébranle le fondement même de leur confiance en soi et de leur sentiment de sécurité; le sens et les répercussions de cette violence peuvent alors être fortement intensifiés par un seul épisode isolé de violence physique. »

OMS, *La violence à l'égard des femmes : un problème de santé prioritaire*, Femmes, santé et développement, 1997.

Le Parlement français a adopté à l'unanimité une proposition de loi destinée à renforcer la lutte contre les violences faites aux femmes qui prévoit notamment la création d'un délit de « violence psychologique ».

« Le délit de violence psychologique conjugale inscrit dans la loi », Reuters, 29 juin 2010.

4. Les pratiques traditionnelles préjudiciables

Les « pratiques traditionnelles préjudiciables » doivent être considérées comme des violences en tant que telles, car elles sont préjudiciables à la santé et à l'intégrité physique et morale et posent de véritables enjeux de santé publique. Elles contreviennent également au droit à la liberté et à la vie privée. D'une manière générale, le respect de la diversité et de la différence culturelle est essentiel. Mais il doit être concilié avec le respect universel des droits humains les plus fondamentaux. La Convention internationale des droits de l'enfant invite les États « à prendre toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants⁴⁸ ».

Ces pratiques sont liées au genre parce qu'elles reposent sur des considérations sociales, culturelles, coutumières variables selon les communautés et qui se fondent sur la place et les rôles attribués aux personnes selon leur sexe. Elles peuvent revêtir des formes différentes de violence : physiques (crimes d'honneur, avortements sélectifs et féminicides par exemple), sexuelles (mutilations génitales, initiation sexuelle forcée)...

⁴⁸. Convention internationale des droits de l'enfant, article 24, novembre 1989.

Le Haut-Commissariat aux droits de l'Homme cite de manière non exhaustive les pratiques traditionnelles préjudiciables suivantes : les mutilations génitales féminines, le gavage des jeunes filles, le mariage précoce, les pratiques et tabous pour contrôler la fertilité des femmes, le repassage des seins, les tabous alimentaires, les pratiques obstétricales traditionnelles, la préférence des garçons, l'infanticide féminin, les grossesses précoces et la dot⁴⁹. Nous n'aborderons, dans ce guide méthodologique, que les formes de pratiques traditionnelles les plus couramment exercées à l'encontre des femmes.

Les mutilations génitales féminines

« Les mutilations génitales féminines désignent toutes les procédures chirurgicales consistant à enlever en partie ou dans leur intégralité les organes génitaux externes de la fille ou de la femme, ou à les meurtrir d'une quelconque autre façon, pour des raisons culturelles ou autres que thérapeutiques⁵⁰. »

Parmi ces diverses pratiques, nous pouvons citer :

- **l'excision et l'infibulation**, qui visent à détruire l'individualité de la femme en supprimant son plaisir, le sexe n'ayant plus qu'une visée reproductive ;
- **l'introduction de substances corrosives** ou de plantes dans le vagin pour provoquer des saignements ou pour resserrer ou rétrécir le vagin⁵¹.

49. Fiche technique n° 23 sur les pratiques traditionnelles préjudiciables affectant la santé des femmes et des enfants du **Haut-Commissariat aux droits de l'Homme**, 2009.

50. Fiche d'information sur les mutilations génitales féminines, déclaration commune de l'**OMS, du Fnuap et de l'Unicef**, 1997.

51. Pour une classification des mutilations génitales féminines, se référer à *Éliminer les mutilations sexuelles féminines, une déclaration interinstitutionnelle* (**OHCHR, Onusida, Pnud, Uncea, Unesco, Fnuap, UNHCR, Unicef, Unifem, OMS**), 2008.

Les petites filles ou femmes ayant subi une quelconque forme de mutilation génitale sont exposées à des risques irréversibles pour leur santé physique, leur santé mentale, et de graves conséquences sur leur vie sexuelle.

« Quelque 3 millions de jeunes filles du continent africain (Égypte, Soudan et Afrique subsaharienne) subissent chaque année une forme de mutilation génitale. [...] De plus, dans certains pays d'Afrique et du Moyen-Orient, la prévalence de [ces pratiques] a récemment été constatée supérieure à ce que l'on considérait antérieurement. L'augmentation des migrations a également accru le nombre de filles et de femmes qui vivent à l'extérieur de leur pays d'origine et qui ont subi ou risquent de subir cette pratique, notamment en Amérique du Nord, en Australie et en Europe. »

Plate-forme d'action pour l'abandon de l'excision/mutilation génitale féminine, 2009.

Les mariages forcés et les mariages précoces

→ Les mariages forcés

La Déclaration universelle des droits de l'Homme énonce que le mariage doit être une union volontaire entre deux personnes majeures⁵². Les mariages forcés peuvent donc être définis comme « tout mariage arrangé contre la volonté d'une personne⁵³ », sans recueil de son consentement libre et éclairé. Ils sont souvent imposés aux femmes et aux hommes pour des raisons économiques, claniques ou ethniques. Par exemple, dans certaines cultures, le mariage peut avoir lieu à titre

52. Déclaration universelle des droits de l'Homme, adoptée par l'**Assemblée générale des Nations unies** le 10 décembre 1948.

53. Le HCR et la protection internationale, glossaire, **UNHCR**, 2006.

de dédommagement : lorsqu'une personne est à l'origine d'un décès, une fille est donnée en « compensation » à la famille du défunt. Elle devra avoir des rapports sexuels avec le père ou le frère du défunt afin de donner un fils qui le remplacera.

→ Les mariages précoces

Les mariages précoces sont ceux impliquant une personne n'ayant pas encore atteint l'âge nubile. Cet âge minimum pour le mariage diffère selon les États.

En vertu de la recommandation non contraignante accompagnant la Convention sur le consentement au mariage, l'âge minimum du mariage et l'enregistrement des mariages de 1964, « les États membres prendront les mesures législatives nécessaires pour spécifier un âge minimum pour le mariage, **lequel ne pourra en aucun cas être inférieur à quinze ans**; ne pourront contracter

légalement un mariage les personnes qui n'auront pas atteint cet âge, à moins d'une dispense d'âge accordée par l'autorité compétente pour des motifs graves et dans l'intérêt des futurs époux ».

Jusqu'en 2006, l'âge légal du mariage en France était de 15 ans pour les filles et 18 ans pour les garçons. Il est désormais le même – 18 ans – pour les hommes et pour les femmes.

Les mariages précoces peuvent être forcés lorsqu'ils ne laissent pas la possibilité aux enfants d'exercer leur droit de choisir : pour certains adolescents, le mariage est imposé par leur famille; d'autres enfants sont simplement trop jeunes pour prendre, en toute connaissance de cause, une décision concernant le mariage. Si la coutume et la loi considèrent qu'ils ont donné leur consentement, ce dernier est en réalité faussé (ni libre ni éclairé) ou prononcé par d'autres en leur nom. Ces mariages précoces ne sont pas des pratiques exceptionnelles, mais constituent une réalité pour de nombreux enfants à travers le monde.

Parmi les femmes âgées de 15 à 24 ans, 48 % ont été mariées avant 18 ans en Asie du Sud (soit 9,7 millions de filles), 42 % en Afrique et 29 % dans la zone Amérique latine et Caraïbes.

Unicef, *Early marriage: a harmful traditional practice*, 2005.

Les mariages forcés ou précoces peuvent avoir des conséquences désastreuses. En premier lieu, le fait de refuser ce type de mariage peut donner lieu à des actes de violence. Lorsque le mariage est prononcé, c'est également au futur domicile conjugal que les jeunes mariés risquent de subir des violences.

Dans le cadre des mariages précoces, les répercussions négatives sur le bien-être des enfants concernés sont notamment :

- la détresse psychologique liée à des situations de violence et à l'isolement ;
- une scolarisation interrompue ou morcelée ;
- les dangers liés à la santé reproductive : risques de mortalité/morbidity maternelle et néonatale accrus, augmentation du risque de contamination par une infection sexuellement transmissible (IST).

« Les filles âgées de 10 et 14 ans ont cinq fois plus de probabilité de mourir au cours de leur grossesse ou de leur accouchement » que les femmes âgées de 20 à 24 ans. Les filles entre 15 et 19 ans, quant à elles, ont deux fois plus de probabilités de mourir. La grande majorité de ces décès ont lieu au sein du mariage. »

Fnuap, *bulletin d'information*, août 2009.

En France, la prévention de la pratique des mariages forcés est également en train de se développer, car entendre et venir en aide aux jeunes filles confrontées au risque d'être mariées contre leur gré s'est imposé comme une nécessité dans des régions qui accueillent un nombre important de familles d'origine maghrébine, turque ou africaine. Des actions de formation des professionnels ont alors été mises en place dans plusieurs départements franciliens.

Le développement de la pédagogie de l'égalité entre les femmes et les hommes, rapport sur l'activité des services régionaux de l'État en Île-de-France, 2002.

Les crimes d'honneur

La notion d'honneur masculin est souvent liée au comportement de la femme. Sa sexualité, notamment, est considérée comme une menace potentielle à l'honneur de la famille justifiant certains crimes. Les crimes d'honneur sont « des actes de violence, le plus souvent des meurtres, commis par les membres masculins d'une famille à l'encontre de ses membres féminins, lorsqu'ils sont perçus comme cause de déshonneur pour la famille tout entière. Une femme peut être la cible d'individus au sein de sa propre famille pour des motifs divers, comprenant : le refus de participer à un mariage arrangé, le refus des faveurs sexuelles, la tentative de divorce – que ce soit dans le cadre de la violence conjugale exercée par son mari ou dans un contexte avéré d'adultère. La simple interprétation selon laquelle son comportement a "déshonoré" sa famille est suffisante pour enclencher des représailles⁵⁴. »

L'extensibilité de la notion d'honneur sert également à régler des différends purement financiers entre familles : les problèmes de dot ou d'héritage sont parfois résolus par des crimes. Beaucoup de ces meurtres sont maquillés en accidents domestiques ou en suicides.

En 2002, **315 attaques à l'acide sur des femmes et des fillettes** ont été recensées au Bangladesh, rendant ces femmes aveugles et défigurées ou les tuant⁵⁵.

Une étude des décès de femmes imputables à des meurtres dans la ville d'Alexandrie, en Égypte, conclut que **47 % des femmes sont tuées par un parent** après avoir été victimes de viol⁵⁶.

En 2008, **475 femmes ont été tuées au nom de l'honneur** au Pakistan⁵⁷.

En mai 1999, un tribunal anglais a condamné à la réclusion à perpétuité une Pakistanaise et son fils, majeur, pour le meurtre de leur fille et sœur, mère de deux enfants et enceinte. **Cette jeune femme était considérée comme ayant sali l'honneur de sa famille** car elle avait eu des relations sexuelles en dehors du mariage⁵⁸.

« Au Brésil, [...] l'un des cas les plus connus de défense fondée sur l'honneur est celui de João Lopes. **Ce dernier a battu à mort sa femme et son amant** après les avoir découverts dans une chambre d'hôtel. La plus haute cour d'appel a cassé la décision d'un tribunal en acquittant Lopes, statuant que le double meurtre était légitimé par la défense de son honneur⁵⁹. »

54. HRW, « Integration of the human rights of women and the gender perspective: violence against women and "honour" crimes », 2001.

55. « Bangladesh: Death for Man who Maimed Girl », *New York Times*, 30 juillet 2003.

56. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002.

57. Rapport annuel 2008 de la Commission des droits de l'Homme au Pakistan et de la Fondation Aurat.

58. *Pakistan : femmes et jeunes filles tuées pour des questions d'honneur*, Amnesty International, 1999.

59. Radhika Coomaraswamy, Rapporteur spécial des Nations unies sur la violence à l'égard des femmes, « La lutte contre la violence domestique : les obligations de l'État », 2000.

5. Les violences économiques et sociales

Les violences économiques et sociales liées au genre sont répandues mais méconnues. Il s'agit de tous les actes de violence contrevenant aux droits économiques et sociaux des individus tels que le droit à la santé (accès aux soins), le droit à l'éducation ou le droit au travail (accès aux revenus). Ces violations des droits économiques et sociaux, même si elles sont souvent subies par une large part de la population, le sont plus particulièrement par l'un ou l'autre genre. En effet, ces violences sont liées aux déterminants socioculturels et aux rôles endossés par les femmes et les hommes dans la société. Ces pratiques entraînent ainsi une inégalité de chances et de droits entre hommes et femmes.

Ces violences peuvent être prescrites ou tolérées par la loi.

En France, certaines conventions collectives contribuent au maintien des inégalités sociales et économiques entre les genres. Tel est le cas des congés rémunérés pour enfants malades, qui ne sont accordés qu'aux mères salariées. Après différentes réclamations émanant de pères, la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) a conclu que ces dispositions étaient discriminatoires et constituaient des violences sociales et économiques contraires au droit du travail français et à la Convention européenne des droits de l'Homme.

Les violences économiques et sociales peuvent aussi être le fait d'un individu, notamment dans le cas de violences conjugales.

« Les discriminations [économiques et sociales] sont intimement liées à la violence contre les femmes. Elles déterminent les formes de violence que les femmes subissent. Elles rendent aussi certaines femmes plus vulnérables à certains types de violences parce que ces dernières ont un statut social inférieur à celui des autres femmes et parce que les auteurs des violences savent que ces victimes risquent moins de porter plainte ou de demander de l'aide. »

Amnesty International, « Femmes, violence et pauvreté : sortir du piège du genre », 2009.

L'accès aux soins

La privation ou le déni de soins est une forme de violence qui touche particulièrement les femmes dans de nombreux pays. La santé est trop souvent tributaire du bon vouloir des hommes, pères ou maris, qui décident de l'opportunité d'accéder aux soins, et notamment en matière de santé sexuelle et reproductive. Cette forme de violence liée au genre va à l'encontre des différents instruments internationaux reconnaissant un accès universel aux soins.

« Au Niger, le droit à la santé est encore largement contraint par la limitation dans l'accès géographique et économique aux structures sanitaires. Les femmes et les enfants, du fait de leur dépendance économique et sociale, sont bien souvent les premières victimes de cette exclusion des soins. Les données sanitaires sont celles d'un pays en guerre avec un enfant sur cinq n'atteignant pas l'âge de 5 ans, et une femme sur 17 décédant en couche ou à la suite de l'accouchement au cours de sa vie féconde. À travers une double action sur la qualité des soins et l'accessibilité à cette offre de services est apportée une réponse concrète aux violences économiques limitant le recours aux soins. »

MdM, Rapport intermédiaire d'opération, programme international de lutte contre les violences faites aux femmes, MAAIONG/AFD, septembre 2009.

Focus sur la santé reproductive

« Par santé sexuelle et reproductive, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités.

Cela suppose donc qu'une personne doit pouvoir mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé⁶⁰. »

À l'inverse, constituent des formes de violences :

- le fait de ne pas avoir le choix de l'opportunité d'une grossesse ;
- le fait de ne pas avoir le choix de poursuivre une grossesse ;
- le fait de ne pas pouvoir choisir une méthode protectrice pour sa santé dans le cas d'une décision d'interruption de grossesse.

Le droit à la santé sexuelle et reproductive participe directement du droit à la santé. La possibilité de disposer librement de son corps renvoie également au droit à la dignité, et à l'intégrité physique et mentale.

« Le Comité des droits de l'Homme a établi que la criminalisation de l'avortement, y compris en cas de viol, enfreint l'interdiction d'infliger des traitements cruels, inhumains et dégradants aux termes de l'article 7 du Pacte international des droits civils et politiques (PIDCP). Certains groupes militants des droits humains ont fait valoir que la promulgation par le Nicaragua de cette interdiction en dépit de la mise en garde quant au caractère préjudiciable de la loi sur la santé des femmes, constitue une tentative par ce gouvernement d'infliger une peine à des fins discriminatoires, conformément à l'article 1 portant définition de la torture. »

Joseph Amon, « Abus commis à l'encontre des patients, complicité de certains fournisseurs de soins dans des actes de torture et des traitements cruels, inhumains ou dégradants », Human Rights Watch, 2010.

→ Contraception

Les niveaux d'utilisation de contraceptifs varient grandement selon les régions : alors que 71 % des femmes mariées en Amérique latine et aux Caraïbes utilisaient des contraceptifs en 2003, 28 % seulement des femmes mariées africaines les utilisaient. Près de 1 femme mariée sur 4 en Afrique n'a pu satisfaire son besoin en contraception entre 2002 et 2007, par rapport à 10 à 13 % des femmes en Asie, en Amérique latine et aux Caraïbes⁶¹.

⁶⁰. Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (ICPD), 1994.

⁶¹. Institut Guttmacher, *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, 2009.

« La preuve est forte et grandissante que donner le pouvoir et les moyens aux femmes de décider pour elles-mêmes du moment d'avoir un enfant et du nombre réduit considérablement le taux de grossesses non désirées et par conséquent, entraîne une baisse des besoins d'avorter. »

Sharon Camp, présidente de l'Institut Guttmacher.

→ Interruption volontaire de grossesse

Bien que suscitant de nombreuses controverses, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), qu'elle soit légale ou pas, demeure un phénomène fréquent à travers le monde.

Ainsi chaque année, sur un nombre total estimé à 205 millions de grossesses, on recense 80 millions de grossesses non désirées, soit 38 % du nombre total. **Parmi ces grossesses non souhaitées, 42 millions s'achèvent par un avortement provoqué, pratiqué dans 20 millions de cas dans des conditions insalubres.** Environ 34 millions de ces grossesses non souhaitées aboutissent à des naissances⁶².

Ces chiffres mettent en lumière les obstacles considérables rencontrés par les femmes dans l'accès à des interruptions volontaires de grossesse de qualité et sans risque pour leur santé.

Ces obstacles peuvent être d'ordre légal. En effet, le droit à l'avortement n'est pas reconnu par toutes les législations

⁶². OMS, *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, Fifth edition, 2007 et World population prospects: the 2006 revision*, Population Division of the **Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat**.

nationales, soit qu'il est strictement interdit, soit qu'il est limité à des conditions particulières (notamment en cas de viol ou d'inceste, de relations sexuelles avec un mineur, de malformations graves du fœtus ou encore si la grossesse présente pour la mère des risques physiques ou mentaux importants).

L'obstacle le plus important à un avortement pratiqué dans de bonnes conditions sanitaires est son illégalité au regard de la loi nationale.

En Algérie, l'interruption volontaire de grossesse est interdite par la loi. Il existe néanmoins des exceptions légales pour des raisons thérapeutiques afin de sauver la vie de la femme si elle est en danger ou en cas de risques de malformations graves de l'enfant à naître. En cas de grossesse consécutive à un viol, l'avortement n'est autorisé que s'il s'agit d'un acte commis dans le cadre du terrorisme.

Au Pakistan, l'avortement est interdit par le Code pénal, qu'il y ait eu viol ou non. Les seules conditions pour que l'avortement soit légal résident dans le fait que la vie de la mère est en danger ou qu'il est rendu nécessaire dans le cadre d'un « traitement indispensable », avant que les organes du fœtus ne soient formés. Mais il n'est que rarement pratiqué.

Au Nicaragua, l'avortement est strictement prohibé. Depuis 2006, une nouvelle loi interdit tout avortement y compris pour les femmes victimes de viol, dont l'accouchement présente un risque mortel ou lorsque cela pourrait sauver la vie de la future mère. La femme qui tente d'avorter, comme la personne qui pratique l'avortement, encourt une peine de quatre à huit ans de prison.

En République démocratique du Congo, le droit pénal punit sévèrement tout avortement provoqué, sur soi-même ou sur autrui (de cinq à dix ans de servitude pénale pour un avortement sur soi-même ; de cinq à quinze ans celui sur autrui). Seul l'avortement thérapeutique est autorisé par le droit congolais. Ce caractère thérapeutique doit alors être prouvé par trois médecins assermentés.

En Colombie, le cadre légal est, en théorie, l'un des modèles en Amérique latine. Un décret de décembre 2006 autorise l'interruption volontaire de grossesse dans tout le pays en cas de viol, de déformation du fœtus et de risque pour la vie de la mère ; et ce, pour toutes les femmes, « indépendamment de leur capacité à payer et de leur affiliation au système de santé ». Les organismes et centres de santé doivent garantir que le personnel et le matériel nécessaires sont mis à disposition. Dans les cas autorisés, l'interruption volontaire de grossesse n'a aucun coût. L'objection de conscience est une décision individuelle et non institutionnelle qui ne peut pas « constituer une discrimination pour la femme enceinte ».

Cependant, **même lorsque la loi l'autorise, l'accès effectif à l'interruption volontaire de grossesse dépend d'autres facteurs**, relatifs à la disponibilité des services légalement habilités à le pratiquer, la complexité de certaines procédures ou au coût de l'intervention.

Au-delà du cadre légal, **les représentations socioculturelles constituent également une contrainte** considérable. Même lorsque l'interruption volontaire de grossesse est autorisée par la loi, les représentations qui l'entourent (notamment de la part du personnel de santé) sont un frein à l'exercice de cette pratique.

En Colombie, malgré la légalité de l'avortement, il existe de nombreux obstacles sur les plans religieux et moral, imposés par la société aussi bien aux femmes qu'au personnel de santé. Il est difficile de trouver un médecin qui pratique l'avortement car beaucoup de professionnels mettent en avant l'argument de « l'objection de conscience » et refusent ainsi d'appliquer la loi. L'une des principales difficultés sur ce thème est la perception de l'avortement par les professionnels, qui le considèrent souvent comme un crime.

Face à ces différents obstacles, les femmes sont souvent contraintes d'avoir recours à des interruptions volontaires de grossesse présentant des risques pour leur santé. Ces interventions sont généralement réalisées par une personne qui n'a pas la formation nécessaire et/ou en dehors d'un environnement médical adéquat.

« Que l'on considère les régions où l'avortement est légalisé ou que l'on prenne en compte les régions où il ne l'est pas, le nombre d'avortements pratiqués diffère peu entre les zones étudiées. La réelle différence apparaît dans la notion de sécurité en termes sanitaires. Les avortements illégaux, dits aussi clandestins, sont la cause de sérieux maux pour les femmes, surtout dans les pays en voie de développement. »

Institut Guttmacher, *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, 2009.

Les interruptions volontaires de grossesse réalisées dans des conditions dangereuses peuvent avoir des conséquences désastreuses sur la santé des femmes

et représentent donc un impératif de santé publique. Parmi les principales complications peuvent être mentionnées : les intoxications, les hémorragies, les infections, les fistules, la perforation de l'utérus, la stérilité et le décès.

Chaque minute, 38 femmes subissent un avortement non médicalisé et une femme en meurt toutes les huit minutes. En plus des 65 000 à 70 000 décès enregistrés chaque année en raison d'un avortement non médicalisé, on estime que près de 5 millions de femmes qui en ont subi un souffrent ensuite d'une invalidité temporaire ou permanente. Parmi celles-ci, près de 1,7 million ne peuvent plus avoir d'enfants et plus de 3 millions font face aux conséquences d'une infection des voies génitales⁶³.

«**En Haïti**, beaucoup de femmes n'ont pas conscience des dangers des pilules pour pap gadé timoun ("ne pas garder l'enfant") au sortir d'un test de grossesse positif. D'après Maryse Alvarez, gynécologue dans un centre de planification familiale qui accueille des adolescentes de milieux très pauvres : "Elles prennent du Cytotec® à fortes doses, une substance utilisée en cas de mort in utero, qui déclenche l'accouchement, et peut provoquer des hémorragies et des ruptures utérines". La répétition et les conditions de l'intervention ont une incidence sur la fertilité et la mortalité. »

Maude Malengrez, «Haïti : légaliser l'avortement pour plus de justice sociale», agence de presse Syfia, 2004.

Enfin, les grossesses et naissances issues de viol sont souvent problématiques. Au-delà de la stigmatisation sociale vécue par la victime d'un viol, l'impossibilité d'avorter après un tel acte et donc la naissance d'un enfant non désiré peuvent causer de graves traumatismes pour la mère, l'enfant et l'entourage familial.

Dans le cadre de la **mission de MdM en Colombie (département du Meta)**, la plupart des viols (nombreux du fait du conflit armé et de la perception des femmes comme «butins de guerre») se terminent par un accouchement, avec toutes les conséquences psychologiques et sociales que cela implique.

Au Guatemala, les violences sexuelles sont très présentes, souvent au sein même de la famille et sur des filles de 12 ans, voire plus jeunes. Victimes de viols, elles se retrouvent enceintes et doivent mener leur grossesse à terme puis élever un enfant, alors qu'elles entrent à peine dans leur adolescence.

Témoignages d'acteurs terrain de MdM.

MdM se positionne en faveur de la réduction des risques sur la santé, des interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans des conditions dangereuses. Des programmes avec une telle optique sont développés.

→ **Les avortements et stérilisations forcés**

Le droit à la santé sexuelle et reproductive implique que toute interruption de grossesse provoquée et toute stérilisation soient pratiquées avec le consentement de la personne.

Certaines lois et pratiques limitent le nombre d'enfants par couple. Tel est par exemple le cas en Chine, où l'avortement peut alors devenir obligatoire. Si une femme refuse de se faire avorter, il arrive qu'une intervention médicale soit pratiquée sans son consentement.

⁶³. *Bulletin médical de l'IPPF*, vol. 42, n° 2, juin 2008.

« En 1988, lorsque Mao Hengfeng est tombée enceinte pour la deuxième fois, elle a été licenciée de l'usine de savon de Shanghai où elle travaillait. Dans les villes, en Chine, une femme qui a plus d'un enfant enfreint la législation sur le planning familial. Comme Mao Hengfeng refusait de se faire avorter, elle a été enfermée dans un hôpital psychiatrique où des injections médicamenteuses lui ont été administrées⁶⁴. »

La stérilisation des femmes peut, elle aussi, être rendue obligatoire, notamment s'il existe une politique nationale de contrôle démographique ou une volonté du gouvernement de contrôler la natalité des minorités ou des femmes souffrant de handicap mental. Ce seraient 300 000 femmes au Pérou qui auraient été stérilisées de force ou à leur insu entre 1990 et 2000. Plusieurs cas de stérilisation forcée des femmes roms ont également été documentés en République tchèque et en Slovaquie au cours des dernières années⁶⁵.

Les avortements et stérilisations forcés peuvent également être le résultat de contraintes et de pressions exercées par la famille. En août 2005, le tribunal correctionnel de Bobigny, en France, a ainsi condamné un chanteur à cinq ans d'emprisonnement ferme pour avoir organisé l'avortement forcé de son ex-compagne⁶⁶.

64. Amnesty International, « Chine : Une opposante à l'avortement forcé est envoyée dans un camp de travail », 8 octobre 2004, <http://asiapacific.amnesty.org/library/Index/FRAASA170522004>

65. Rose Romani, « La Mémoire et au-delà ; Les Roms et les Sintis pendant l'holocauste et dans la société contemporaine », *Chronique des Nations unies*, éditions en ligne.

66. Voir arrêt du tribunal correctionnel de Bobigny (Seine-Saint-Denis) du 3 juillet 2009.

67. Elsa Fayner, *Violences, féminin pluriel – Les violences envers les femmes dans le monde contemporain*, Libro, collection Document, 2006.

L'accès à l'éducation

En matière d'éducation, de nombreuses disparités sont fondées sur des considérations de genre. Les deux tiers du milliard d'analphabètes dans le monde sont des femmes⁶⁷. Or l'analphabétisme accroît la pauvreté et la dépendance des individus, limitant le rôle des femmes à la gestion du foyer et restreignant leurs capacités à accéder à un emploi et à une autonomie financière. L'accès limité au savoir représente donc une violence économique et sociale, qui contrevient au droit à l'éducation et a ainsi des conséquences sur la jouissance d'autres droits fondamentaux.

« La discrimination des enfants est effective dans le pays, notamment concernant des parents qui préfèrent les garçons aux filles. **Cela se traduit par le fait qu'en cas d'insuffisance de ressources pour scolariser tous les enfants la préférence est donnée au garçon plutôt qu'à la fille.** L'annuaire statistique de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel de l'année scolaire 2006-2007 abonde dans le même sens lorsqu'il montre que, d'une manière générale, les garçons sont plus scolarisés que les filles dans toutes les provinces de la RDC. »

Les droits de l'enfant toujours mis à rude épreuve en RDC,
rapport alternatif présenté par le **Child Rights Information Network**
au Comité des droits de l'enfant des Nations unies, septembre 2008.

L'accès aux revenus

Beaucoup de femmes dans le monde dépendent des hommes sur le plan économique : dans la sphère privée, ils décident de leur donner ou pas les moyens de se nourrir, de subvenir à d'autres besoins (notamment en matière de santé) et parfois même de profiter de leurs propres revenus. Ces discriminations

existent également dans la sphère professionnelle, avec des rémunérations toujours, ou presque toujours, inférieures à celles des hommes à poste égal et des traitements différents (notamment concernant les opportunités de promotion, leur participation aux processus décisionnels...). Les hommes ont donc une influence directe sur le bien-être des femmes et sur leurs droits économiques.

En outre, les discriminations en matière de propriété et de succession sont inscrites dans de nombreuses législations nationales. Certaines ne reconnaissent pas aux femmes la capacité juridique de posséder ou d'hériter de terres et de biens : devenues veuves, beaucoup de femmes se retrouvent dans le dénuement le plus total ; les difficultés socio-économiques accroissent encore davantage leur vulnérabilité à l'exploitation à des fins sexuelles et aux violences.

EXEMPLES DE DISCRIMINATIONS FONDÉES SUR LE GENRE CONCERNANT LE DROIT À LA PROPRIÉTÉ ET À LA SUCCESSION AU PAKISTAN

Une enquête conduite en 1995 auprès de 1 000 ménages ruraux dans la province du Penjab a permis de constater que seulement 36 femmes sur ces 1 000 ménages possédaient leur terre en leur nom propre, tandis que seulement 9 d'entre elles en avaient le contrôle⁶⁸.

Les pratiques coutumières liées à la privation des droits de propriété représentent un problème majeur pour les femmes au Pakistan.

68. Banque asiatique de développement, Country briefing paper, Women in Pakistan, juillet 2000.

« La charia régit habituellement les droits de succession, privant souvent les femmes de leur droit de propriété. Certaines pratiques peuvent l'illustrer :

- *haq bakhshawana* : renoncement des femmes à leur droit de propriété en faveur des hommes de leur famille ;
 - *benami transfers* : transaction anonyme par laquelle une femme achète une propriété avec ses propres ressources financières alors que la propriété est enregistrée au nom de n'importe quelle personne de sexe masculin ;
 - *déni de succession aux femmes* : confiscation de la propriété d'une femme ou son transfert par un mariage d'échange.
- Dans la pratique, les banques de commerce ignorent souvent les clientes femmes en raison de leur insolvabilité liée à leur dépendance aux hommes. »

Témoignage d'**Ali Imran**, conseiller juridique, MdM Pakistan, janvier 2010.

6. L'exploitation et la traite des êtres humains

Le développement des échanges mondiaux a globalement favorisé le commerce sexuel à dimension internationale : non seulement le tourisme sexuel est en augmentation constante, mais le trafic de personnes connaît un essor dramatique. La traite des êtres humains représenterait un chiffre d'affaires annuel d'environ 32 milliards de dollars⁶⁹, faisant de ce phénomène l'activité la plus lucrative pour le crime organisé au sein de l'Union européenne⁷⁰.

69. OIT, *Une alliance mondiale contre le travail forcé : rapport global en vertu du suivi de la déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail*, rapport du directeur général, 2005. www.ilo.org/global/What_we_do/Publications/ILOBookstore/Orderonline/Books/lang--fr/docName--WCMS_082333/index.htm

70. Europol, rapport d'activité, 2006.

La définition de la traite retenue dans les textes les plus récents couvre le fait de faciliter l'exploitation d'autrui en procédant, par exemple, à son recrutement, son transport ou son hébergement. Aussi la traite n'est pas l'exploitation. Pourtant, par facilité de langage, la seule expression « traite des êtres humains » est couramment employée pour désigner à la fois les faits de traite, au sens strict, et les actes qualifiés d'exploitation. Cela peut prêter à confusion.

L'adoption d'une définition claire de la traite et de l'exploitation constitue le préalable nécessaire à la mise en œuvre d'une politique cohérente en la matière et, si elle est communément admise, le moyen d'assurer le renforcement de la coopération internationale. Afin de préciser le champ d'application des textes internationaux contraignants relatifs à la traite des êtres humains, la CNCDH (Commission nationale consultative des droits de l'Homme) recommande à la France d'inviter ses partenaires européens à définir ensemble la notion d'exploitation.

«Avis sur la traite et l'exploitation des êtres humains en France»,

Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH),
Assemblée plénière du 18 décembre 2009.

La traite des êtres humains

Selon l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), il y a traite des êtres humains lorsque :

- « un migrant est engagé illicitement (recruté, kidnappé, vendu, etc.) et/ou déplacé à l'intérieur du pays ou dans d'autres pays... ;
- les intermédiaires (trafiquants) obtiennent en contrepartie un profit économique ou autre à la suite de leur acte de tromperie, coercition et/ou autres formes d'exploitation dans des conditions qui violent les droits fondamentaux des migrants⁷¹ ».

L'EXEMPLE DE LA MOLDAVIE

« Sur une population d'environ 4 millions d'habitants, l'OIM estime que quelque 35 % sont devenus des émigrés économiques (d'après une étude menée en 2006). Ainsi, la traite des êtres humains en Moldavie est favorisée par un exode massif de la population active qui fuit la pauvreté, et parmi laquelle les femmes sont très majoritaires (81 %). Leur consentement est le plus souvent obtenu par tromperie. Les femmes les plus à risques sont celles qui sont issues d'un milieu pauvre, rural et violent. »

Extrait du Journal des donateurs de MdM n°92,
projet en Moldavie, septembre 2008.

L'exploitation « comprend, au minimum, l'exploitation de la prostitution d'autrui et d'autres formes d'exploitation sexuelle, le travail ou les services forcés, l'esclavage ou les pratiques analogues à l'esclavage, la servitude ou le prélèvement d'organes⁷² ».

L'EXEMPLE DES ENFANTS VIVANT DANS LA RUE À KINSHASA

« Plusieurs personnes tirent profit de la prostitution des enfants vivant dans la rue. Ces profiteurs apparaissent directement ou indirectement dans l'exploitation sexuelle de ces enfants. »

71. Consortium «Reproductive Health Response in Conflict»,

Violences sexo-spécifiques : manuel d'outils pour l'évaluation préliminaire, la conception, le suivi et l'évaluation des programmes en situations de conflit(s), 2004.

72. Protocole additionnel à la convention des Nations unies contre la criminalité transnationale organisée, visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, article 3, décembre 2000.

[...] Le réseau est tissé de telle manière que les enfants ne perçoivent pas toujours les bénéfices de leurs actes, qui sont redistribués directement à plusieurs individus intervenant d'une manière ou d'autre dans la chaîne. Au-delà de l'acte sexuel, les enfants sont des appâts pour permettre à d'autres de dépouiller les clients. »

Enquête sur l'exploitation sexuelle des filles de Kinshasa en RDC, **MdM**, avec la participation du ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant, et le financement de l'Unicef, décembre 2008.

L'exploitation sexuelle est exacerbée durant les conflits armés. Ainsi, certaines personnes peuvent être « recrutées » pour cuisiner, nettoyer ou combattre, et souvent servir de partenaires sexuelles par force, ou d'« épouses » des combattants. On les appelle parfois « *bush wives* » (cas de la Sierra Leone durant la guerre civile), ou « femmes de réconfort » (cas des femmes contraintes de se prostituer pour l'armée ou la marine impériale japonaise durant la Seconde Guerre mondiale).

2/TYPOLOGIE SELON LE LIEN ENTRE LA VICTIME ET L'AGRESSEUR

Les violences liées au genre peuvent être perpétrées par différentes personnes, groupes ou institutions appartenant à la sphère privée ou publique. Elles peuvent ainsi être classifiées à travers une typologie fondée sur les liens existant entre la victime et l'agresseur.

73. Unicef, *La violence domestique à l'égard des femmes et des filles*, Digest Innocenti n°6, juin 2000.

1. La violence intrafamiliale ou domestique

La violence intrafamiliale ou domestique renvoie à l'ensemble des actes de violence perpétrés contre une personne par un membre de sa famille. « Le terme "violence domestique" exprime la violence [...] de la part d'un partenaire intime, y compris un concubin, ou d'autres membres de la famille, que cette violence soit perpétrée à l'intérieur ou au-delà des limites de la maison⁷³. » Les violences domestiques sont généralement subies dans la sphère privée, ce qui les rend souvent invisibles : soit que de nombreux actes de violence se passent derrière des portes closes ; soit que les normes législatives ou culturelles traitent ces violences non pas comme un délit, mais comme une affaire de famille ou un phénomène « normal ».

« La violence domestique, en particulier, continue d'être effroyablement trop répandue et considérée comme "normale" dans de trop nombreuses sociétés. »

Ertürk Yakın, rapporteur spécial des Nations unies sur la violence à l'égard des femmes, avant-propos de l'*Étude multipays sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes, rapport succinct*, OMS, 2005.

« Aujourd'hui, de nombreux États reconnaissent l'importance de protéger les victimes et de punir les auteurs de violences. L'un des problèmes les plus ardues pour les auteurs de réforme juridique est celui de "criminaliser" ou non le fait de battre sa femme. Il y a en quelque sorte le sentiment que la violence domestique est un crime entre des personnes intimement liées. La question de l'intimité, à savoir si on devrait traiter le fait de battre sa femme comme un crime ordinaire ou si on devrait mettre l'accent sur les conseils et la médiation, enferme les décideurs politiques dans un sérieux dilemme. »

Radhika Coomaraswamy, Rapporteur spécial des Nations unies sur la violence à l'égard des femmes, *La lutte contre la violence domestique : les obligations de l'État*, 2000.

Focus sur la violence conjugale

Parmi les violences intrafamiliales, la violence conjugale est considérée comme la forme la plus fréquente de violence liée au genre que subissent les femmes.

La violence conjugale renvoie à « tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation⁷⁴ ». Le partenaire intime doit être considéré comme le partenaire concubin, actuel ou ancien, qu'il soit ou non marié avec la personne. La violence ou ses conséquences peut donc surgir après que le couple a été séparé.

« La violence exercée par le partenaire intime existe dans tous les pays et dans tous les groupes sociaux, économiques, religieux et culturels. Il arrive que les femmes soient violentes dans leurs relations avec les hommes, et les relations homosexuelles ne sont pas exemptes de violence, mais dans l'immense majorité des cas, ce sont des femmes qui sont victimes de violence de la part de leur partenaire masculin. »

OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002.

La violence exercée par un partenaire intime peut revêtir différentes formes : violences physiques (coups et blessures), violences psychologiques (menaces verbales, harcèlement), violences sexuelles (viol conjugal, fait d'être « prêtée à des amis »), violences économiques et sociales (ressources

financières confisquées par le conjoint, coupure des liens avec les amis et/ou la famille).

« La violence exercée contre les femmes par un époux ou un partenaire intime de sexe masculin est l'une des formes les plus courantes de violence. Le contraste est frappant avec les hommes qui, en général, risquent beaucoup plus d'être attaqués par un étranger ou une connaissance que par quelqu'un qui appartient au cercle de leurs proches relations. [...] Il ressort de 48 enquêtes de population réalisées dans le monde que de **10 % à 69 % des femmes déclarent avoir été agressées physiquement par un partenaire intime de sexe masculin** à un moment de leur vie. [...] »

Des études réalisées en Australie, au Canada, en Israël, en Afrique du Sud et aux États-Unis d'Amérique montrent que de **40 % à 70 % des femmes victimes de meurtre ont été tuées par leur époux ou leur petit ami**, souvent dans le contexte d'une relation suivie violente. Cela contraste fortement avec la situation des hommes victimes de meurtre. Aux États-Unis, par exemple, seuls 4 % des hommes assassinés entre 1976 et 1996 ont été tués par leur épouse, ex-épouse ou petite amie⁷⁵. »

Selon l'Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple, réalisée en 2008 par la délégation aux victimes du ministère de l'Intérieur, en France, une femme meurt en moyenne tous les deux jours et demi des violences exercées par son partenaire de vie. Un homme meurt tous les treize jours, victime de sa partenaire, sur laquelle il exerçait des violences dans la moitié des cas.

Les violences au sein du couple ont tendance à être minimisées et ramenées à de simples disputes. La dynamique ainsi que les

74. 75. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002.

implications de la violence conjugale sont autant de caractéristiques qui permettent de reconnaître une relation fondée sur la violence. Les violences conjugales ont ceci de particulier qu'elles s'inscrivent souvent dans un cycle, enfermant encore un peu plus les personnes qui en sont victimes dans une relation d'emprise. « Ce qui différencie les violences conjugales d'un conflit ou d'une dispute de couple (pouvant aussi être violente) réside dans leur caractère cyclique, alors qu'un conflit se traduit par des événements ponctuels. On parle en effet du cycle des violences conjugales⁷⁶. »

→ Le cycle de la violence conjugale

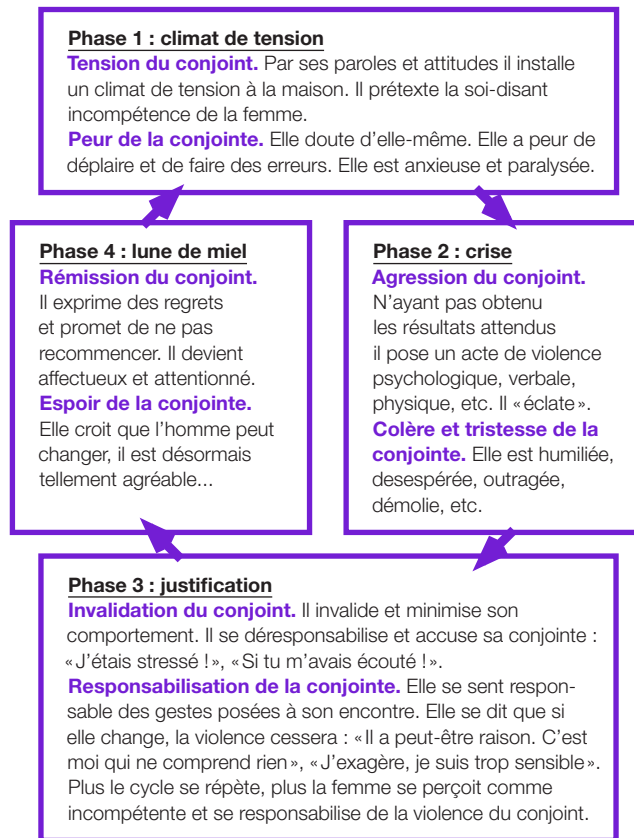
Le fait que les femmes aient des liens affectifs avec les auteurs des violences, dont elles dépendent aussi économiquement, a des répercussions importantes sur la dynamique de la violence. Certaines recherches⁷⁷ se sont attachées à décrire le **processus de la violence au sein du couple**, en mettant en évidence l'existence d'un cycle comportant quatre phases : le **développement d'un climat de tensions**, dont l'intensité s'accroît progressivement pour aboutir à une **situation de crise**. Suit un épisode de **relâchement des tensions**, dans lequel l'homme cherche à se faire pardonner et à justifier ses actes. Pendant quelque temps, le couple a le sentiment d'un bonheur retrouvé. On parle alors souvent d'**une phase de « lune de miel »**, qui permet d'oublier la scène de violence. Cette phase permet aux conjoint(e)s de croire que la violence ne surviendra plus, mais les tensions s'accroissent à nouveau au fil des jours et le cycle reprend, avec une intensité et une fréquence accrues au fil des épisodes.

76. <http://www.violencesconjugales5962.fr/violences-conjugales/cycle-violences.html>.

77. **Lenore E. Walker**, *The Battered Woman*, New York: Harper and Row, 1979 et «Battered Women and Learned Helplessness», *Victimology : An International Journal*, Vol.2, N°3-4, 1977-1978.

78. <http://www.violencesconjugales5962.fr/violences-conjugales/cycle-violences.html>.

Le cycle de la violence au sein du couple peut être schématisé comme suit⁷⁸ :



Dans certains cas de violence conjugale, notamment lorsqu'elle se caractérise par des incidents répétés et de gravité croissante, l'auteur des faits **détient une emprise** sur la personne victime. Elle « n'est plus maîtresse de ses pensées, elle est littéralement envahie par le psychisme de son partenaire, et n'a plus d'espace mental à elle. Elle est paralysée, aucun changement ne peut se faire spontanément de l'intérieur; il faut une aide extérieure pour mettre fin à l'emprise⁷⁹ ».

La dynamique de la violence conjugale, ainsi que le phénomène d'emprise qui se développe dans ce genre de relations, peut justifier la mise en exergue de similitudes avec la torture.

« Quand ce n'est pas la menace ou la violence directe qui agit, c'est une sorte de cérémonie qui l'annonce. Ceci peut aller du simple changement de regard à des paroles, des attitudes et même des mises en scène. La victime connaît ces messages, l'agresseur les utilise rituellement chaque fois comme des préalables. Ils ont pour fonction de fortifier l'agresseur dans sa prise de pouvoir et d'affaiblir la victime quant à ses capacités de résistance. »

Reynaldo Perrone et Martine Nannini, *Violences et abus sexuels dans la famille*, 2006.

→ **Les liens entre la violence conjugale et la torture**⁸⁰

Une différence fondamentale entre la violence conjugale et la torture réside dans le lien entre la victime et l'auteur de la violence (partenaire intime dans le cas des violences conjugales et État dans le cas de torture).

Au-delà de ce constat, certaines similitudes ont été identifiées, notamment en termes de conséquences : les violences

conjugales tout comme les actes de torture, entraînent très souvent la **destruction identitaire des personnes qui les subissent, et l'apparition d'une situation d'emprise entre l'auteur et la victime des violences. Ce double effet de destruction identitaire et d'emprise** est lié au fait que la personne victime demeure « captive » durant une longue période et sous le contrôle de l'agresseur. Elle est alors incapable d'échapper à cette situation, alors que, dans les deux cas, l'auteur des violences est censé être protecteur.

Ces similitudes entre la violence conjugale et la torture doivent permettre de mieux appréhender la complexité de ces phénomènes, et de mieux repérer les indices psychologiques et psychosociaux évocateurs des violences subies.

2. La violence civile ou communautaire

La violence civile fait référence aux actes de violence commis par des membres de la communauté (individuellement ou en groupes) « n'ayant pas de lien familial ou conjugal et hors cadre de l'exercice de fonctions publiques (l'agresseur peut être connu ou non de la victime, il peut s'agir d'un voisin ou d'un ami, tout comme d'un inconnu)⁸¹ ». Ici encore, ces actes de violence peuvent être liés au genre lorsqu'ils sont plus spécifiquement perpétrés à l'encontre d'une personne selon qu'elle est homme ou femme.

79. Marie-France Hirigoyen, *Femmes sous emprise* – Les ressorts de la violence dans le couple, 2005.

80. pour plus de détails, voir **Evelyne Josse**, "Torture et violence conjugale: une conséquence commune – la destruction identitaire des victimes", atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Le Caire (Égypte), MdM, septembre 2009.

81. MdM, manuel sur la prise en charge pluridisciplinaire et intégrée des victimes de violences, Haïti, 2008.

Au Népal, dans le village de Mankanpur (132 km au nord de Katmandou), un groupe de douze habitants a battu à mort une femme appartenant à la communauté *dalit*, après l'avoir accusée de pratiquer la sorcellerie.

« Les femmes *dalit* souffrent d'une triple oppression et sont au plus bas de l'échelle sociale », raconte Durga Sob, fondatrice du Fedo – l'organisation féministe *dalit*, qui lutte contre le système des castes et les discriminations liées au genre dans toutes les régions népalaises.

« En tant que femmes, elles sont de toute manière des citoyennes de seconde classe, mais en tant que *dalit*, elles sont aussi sujettes à l'exclusion sociale, et en tant que groupe [social] le plus pauvre au Népal, ses membres connaissent un état de pauvreté chronique », poursuit Durga.

« On nous refuse souvent un logement décent, l'accès aux soins de santé et aux autres services publics comme l'utilisation des robinets d'eau et des temples. »

« Nepal locals lynch Dalit woman accused of witchcraft », Women News Network, mai 2010

Les hommes homosexuels sont également la cible de violences diverses, non parce qu'ils sont des hommes, mais au contraire parce qu'ils ne répondent pas aux critères du genre masculin tels qu'attendus dans une société. Les hommes qui trahissent le caractère supposé « masculin » (les homosexuels mais aussi les bisexuels, les travestis et les transsexuels) sont transgresseurs, raison pour laquelle ils sont particulièrement touchés par des violences de natures diverses, individuelle ou communautaire. « Partout dans le monde, les homosexuels

risquent d'être agressés par des individus ou des groupes d'individus homophobes agissant à titre individuel⁸². »

3. La violence étatique ou institutionnelle

On entend par violence étatique l'ensemble des actes de violence perpétrés ou tolérés par l'État. Ces formes de violences peuvent également être liées au genre.

Diverses actions des pouvoirs publics, telles que la mise en place ou l'application de mesures réglementaires en défaveur de l'un ou l'autre sexe, constituent des violences liées au genre. Ces mesures sont plus souvent discriminatoires à l'encontre des femmes. Parmi ces mesures peuvent être mentionnés les stérilisations, les grossesses et les avortements forcés. Les États peuvent également tolérer les violences liées au genre par l'application inefficace de la législation, ayant pour conséquence dans la réalité l'impunité des auteurs. Outre la prise en charge des personnes victimes, les interventions possibles afin de prévenir ces formes de violences étatiques résident dans des actions de plaidoyer auprès des pouvoirs publics.

« L'homosexualité est interdite et sévèrement punie par de nombreux États. Elle est passible d'incarcération (de quelques mois à la perpétuité), de sévices corporels, de déportation ou de travaux forcés dans une soixantaine de pays. »

Evelyne Josse, « Les violences sexospécifiques et sexuelles à l'égard des hommes », 2007

82. Evelyne Josse, « Les violences sexospécifiques et sexuelles à l'égard des hommes », 2007.

Les actes de violence étatique peuvent également être perpétrés à travers l'intermédiaire des agents de l'État (professeurs, éducateurs, policiers, juges, personnel soignant ou pénitentiaire...). Parmi les actes de violence observés dans le cadre de la détention, nous pouvons citer les rapports sexuels imposés aux détenus par le personnel pénitentiaire en échange de privilèges, de biens ou d'articles de première nécessité ; la surveillance inopportune de détenus lorsqu'ils prennent leur douche ou se déshabillent ; des fouilles corporelles pratiquées par un agent de sexe différent ou en sa présence.

« De manière générale, entre dans le champ de la violence institutionnelle tout ce qui contredit ou contrevient à l'épanouissement (dans ses différentes dimensions psychoaffective, cognitive physique ou sociale), tout ce qui donne prééminence aux intérêts de l'institution sur les intérêts de la personne accueillie. ⁸³ »

Le gouvernement pakistanais a créé, pour les femmes en situation de grande détresse et leurs enfants, une institution spécifique appelée Dar-ul-Aman (DUA). Jusqu'à très récemment (et encore aujourd'hui dans une moindre mesure), la majorité de ces refuges temporaires offraient des conditions d'hébergement et de soins précaires, ne répondant pas aux droits fondamentaux des résidentes (notamment : manque de nourriture et accès limité aux soins médicaux).

Au-delà des attitudes stigmatisantes auxquelles les femmes accueillies doivent faire face, des cas de violences commises à leur encontre, notamment par le personnel des centres, ont été rapportés (femmes battues, forcées d'accepter une visite, de retourner dans leur famille, de donner de l'argent...). Si la gestion de ces institutions reflète et reproduit les

perceptions socioculturelles de la société pakistanaise vis-à-vis de ces femmes, le gouvernement travaille aujourd'hui à améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge dans les DUA.

Qu'elles soient communautaires ou étatiques, les violences liées au genre sont également largement perpétrées dans les contextes de conflits armés, qui tendent à renforcer et exacerber les comportements discriminatoires et violents qui existent déjà dans les sociétés en temps de paix.

« En cas de conflits entre communautés ou répondant à des clivages ethniques ou religieux, les femmes d'une communauté ou d'un groupe social donnés risquent d'être agressées parce qu'elles sont perçues comme l'incarnation de l'honneur et de l'intégrité de ce groupe. [...] »

En ex-Yougoslavie, pendant la guerre, des hommes ont été obligés de faire subir des sévices sexuels à certains de leurs codétenus sous les railleries de leur geôlier [...]. En RDC, les jeunes garçons et hommes adultes sont violés à titre de représailles exercées contre des individus, des familles ou tout un groupe avec la volonté de porter atteinte aux valeurs fondamentales et au tissu social de telle ou telle communauté. »

Amnesty International, « Les crimes commis contre les femmes lors des conflits armés », rapport public, 8 décembre 2004.

⁸³. « Maltraitance, bientraitance : prévenir les violences institutionnelles », module interprofessionnel de santé publique, École nationale de santé publique, Rennes, 2005.



2D

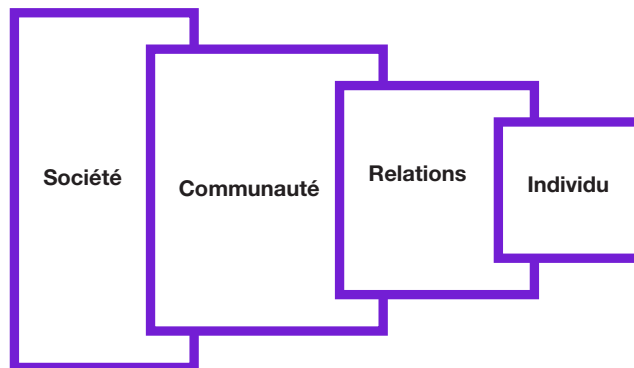
CAUSES ET CONSÉQUENCES

➤ Aucun facteur n'explique à lui seul pourquoi certaines personnes sont violentes envers d'autres ou pourquoi la violence est plus fréquente dans certaines communautés que dans d'autres. Il est néanmoins possible de dégager un ensemble de causes communes aux diverses formes de violence. Ces causes sont autant de facteurs de risque pouvant laisser présager de la survenue d'actes de violence. Elles résultent de l'interaction complexe de facteurs individuels, relationnels, sociaux, culturels et environnementaux.

En parallèle, il apparaît tout aussi réducteur de mettre en exergue des conséquences physiques, psychologiques et sociales applicables à toute victime de violence. En revanche, certains signes peuvent attirer l'attention des intervenants pour présumer qu'un acte de violence a été commis à l'encontre d'une personne.

1 / LES CAUSES DES VIOLENCES LIÉES AU GENRE

Le système que l'on appelle « modèle écologique » permet d'analyser les influences que peut avoir l'environnement, à différents niveaux, sur le développement et le comportement des individus. Ces différents niveaux sont les suivants :



Certains auteurs ont utilisé ce modèle pour appréhender les facteurs associés aux différentes formes des violences liées au genre⁸⁴. Il a ainsi été démontré que certaines caractéristiques individuelles (facteurs biologiques, histoire personnelle, etc.) et collectives (relationnelles, communautaires ou sociétales) font augmenter le risque que la personne soit auteur ou victime de violences liées au genre.

⁸⁴. Lenore L. Heise, « Violence against women: an integrated ecological framework », *Violence against Women*, 1998.

Ces caractéristiques influencent le type et l'ampleur de la violence dans chaque contexte. Elles sont confortées par les niveaux d'autorité et de pouvoir différents selon les genres, qui maintiennent les privilèges et la subordination parmi les membres d'une société.

Le tableau ci-dessous⁸⁵ illustre certains facteurs favorisant la violence perpétrée par le partenaire intime. Cette violence peut ainsi être le produit d'influences exercées sur le comportement à de multiples niveaux.

Individuel

- faible niveau d'instruction
- isolement, manque d'entourage
- faibles revenus
- avoir été témoin durant l'enfance d'actes de violence conjugale
- père absent pour l'homme
- déni de paternité
- avoir été l'objet de mauvais traitements durant l'enfance
- alcoolisme et/ou toxicomanie
- âge⁸⁶
- appartenance à une communauté minoritaire, marginalisée ou exclue
- ...

Relationnel

- mariage de raison (économique, ethnique, politique...)
- l'homme est le maître de la richesse et des décisions au sein de la famille
- conflit conjugal
- disparités importantes (d'éducation ou économiques) entre partenaires
- la femme est logée dans la famille du mari
- ...

Communautaire

- pauvreté, conditions économiques précaires, chômage
- forte densité démographique
- isolement des femmes et de la famille
- attitudes des communautés tolérant et légitimant la violence masculine
- soutien institutionnel faible, manque d'aide sociale en faveur des femmes
- caractère inapproprié des législations
- sensibilisation et prise de conscience insuffisantes de la part des responsables des lois, tribunaux
- ...

Culturel/Sociétal

- normes accordant plus de contrôle sur le comportement des femmes
- acceptation de la violence comme méthode de résolution des conflits
- notion de masculinité liée à la dominance, à l'honneur ou à l'agression
- rôles stéréotypés attribués aux deux sexes
- ...

Il est important de comprendre et de prendre en compte ces facteurs de risque pour concevoir des stratégies efficaces et pérennes de prévention et d'intervention contre les violences liées au genre.

85. Magali Bouchon, *Approche pratique – Violences faites aux femmes : genre, culture et société*, S2AP, MdM, 2009.

86. À titre d'exemple, « l'immaturation liée au jeune âge est un des déterminants de la violence sexospécifique et sexuelle exercée par les adultes à l'égard des enfants » ; tiré de Evelyne Josse, « Causes et facteurs de risque des violences sexospécifiques et sexuelles exercées contre les enfants », 2007.

2/LES CONSÉQUENCES DES VIOLENCES LIÉES AU GENRE

Appréhender les conséquences des violences liées au genre en résonance avec leur contexte socioculturel permet d'élaborer des stratégies appropriées pour réagir à ces effets et prévenir d'autres préjudices.

En outre, la connaissance des principales répercussions des violences liées au genre permet de mieux déceler les signes pouvant laisser suspecter de tels actes et donc d'être plus à même de reconnaître les personnes qui en sont victimes.

Les conséquences des violences, si elles peuvent être classifiées selon leur nature, sont souvent interdépendantes les unes des autres, et fonction de la personne elle-même, du type et des circonstances des violences.

Généralement, les classifications distinguent les conséquences fatales des violences liées au genre des conséquences non fatales. L'homicide (cas des crimes d'honneur, des féminicides ou des disparitions...) est une conséquence fatale directe de l'acte de violence. Les autres conséquences fatales sont indirectes, telles que le suicide ou la mortalité maternelle, infantile ou liée au VIH/sida.

Les schémas de la page suivante organisent et listent, de manière non exhaustive, les principales conséquences non fatales des violences liées au genre :

- les conséquences sur la santé physique et sur la santé mentale (lésions traumatiques, infections, pathologies chroniques, conséquences psychosomatiques, troubles du comportement...);
- les conséquences sur les relations économiques et sociales.

1. Conséquences propres aux violences sexuelles

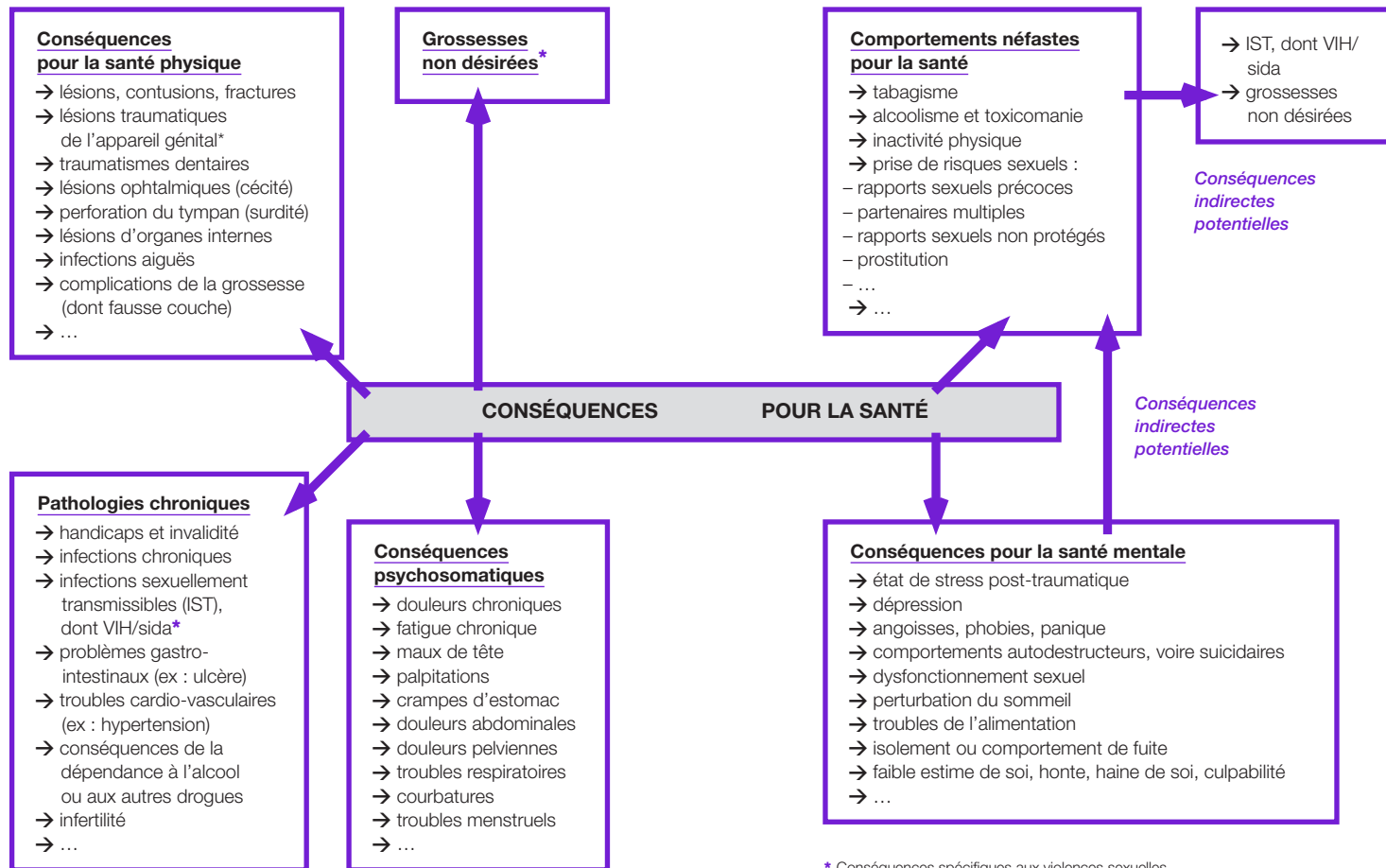
Du fait de leur lien avec la santé reproductive, **les violences sexuelles ont des conséquences directes et indirectes qui leur sont propres.**

Parmi les **conséquences directes**, nous pouvons citer les blessures physiques ayant des répercussions sur la santé de la reproduction (notamment par la destruction des tissus reproductifs et génitaux).

Les grossesses non désirées et la contamination par une infection sexuellement transmissible (IST) dont le VIH/sida, peuvent également être des **conséquences directes** d'un viol. Mais elles peuvent aussi survenir à cause de perturbations émotionnelles provoquées par le viol et favorisant des comportements sexuels à risque. Dans ce cas, il s'agit de **conséquences indirectes** des violences sexuelles (cf. schéma page 114).

2. Conséquences liées aux interruptions volontaires de grossesse non médicalisées

Dans les cas de grossesses issues de viols, et plus généralement pour toute grossesse non désirée, le recours à une interruption volontaire de grossesse est souvent envisagé, même si cette pratique n'est pas légalisée dans le pays. Les femmes concernées sont alors prêtes à recourir à des **interruptions de grossesse clandestines et non médicalisées, qui représentent un risque important en termes de mortalité et de morbidité.** Parmi les conséquences de ces avortements non médicalisés peuvent être citées : des hémorragies, des infections, une intoxication



* Conséquences spécifiques aux violences sexuelles

due à l'utilisation de substances pour déclencher l'avortement et des lésions traumatiques internes. Ils peuvent également entraîner des complications importantes nécessitant une intervention chirurgicale (notamment en cas de fistule), être la cause d'une stérilité définitive ou bien être fatals à la personne.

Il a été démontré que 38 femmes subissent un avortement non médicalisé toutes les minutes et qu'une femme meurt des suites d'un avortement bâclé toutes les huit minutes. En plus des 65 000 à 70 000 décès enregistrés chaque année en raison d'un avortement non médicalisé, on estime que près de 5 millions de femmes qui en ont subi un souffrent ensuite d'une invalidité temporaire ou permanente. Parmi celles-ci, près de 1,7 million ne peuvent plus avoir d'enfants et plus de 3 millions font face aux conséquences d'une infection des voies génitales⁸⁷.

Conséquences sociales et économiques

- distanciation du ou de la partenaire, voire séparation ;
- stigmatisation, rejet de la personne par sa famille et la communauté, isolement ;
- perte de rôles / de fonctions dans la société ;
- réduction des capacités parentales : négligence, abandon, rejet, maltraitance, notamment des enfants nés du viol ;
- interruption des activités professionnelles ou de la scolarité ;
- violence de la part de la personne, notamment à l'égard de ses propres enfants ;
- ...

3. L'impact des violences liées au genre sur la communauté

Le phénomène des violences liées au genre, par son ampleur et ses conséquences, peut bouleverser l'équilibre d'une communauté/société en détruisant son essence même et ses principes fondateurs. Ce phénomène peut ainsi entraîner une déstructuration des communautés, une désocialisation, détruisant les solidarités traditionnelles existantes. La perte des repères moraux peut également engendrer la banalisation de la violence et un sentiment d'insécurité généralisée, parfois renforcés par la culture de l'impunité.

⁸⁷. *Bulletin médical de l'IPPF*, vol. 42, n° 2, juin 2008.



3

**ÉLÉMENTS CLÉS
POUR LA
PRISE EN CHARGE
DES VICTIMES
DE VLG**

A

ACCUEIL

- 125 **1/L'accueil, un moment déterminant**
- 126 **2/Les principes de l'accueil**
- 126 1. L'intervenant, outil de communication
- 128 2. Les règles de base
- 130 **Fiche technique** : « L'écoute »
- 131 **Fiche technique** : « Conseils pour l'intervenant »
- 136 3. Les mesures de protection provisoire
- 140 **Fiche technique** : « Éléments à considérer dans le cadre de la mise en place ou de l'appui à des centres d'hébergement temporaire »

B

IDENTIFICATION/ RECONNAISSANCE

- 144 **1/Le rôle clé de l'identification**
- 145 **2/L'identification des signes physiques, psychologiques et comportementaux**
- 145 1. Chez les victimes de violence
- 146 **Fiche technique** : « Reconnaître les signes suspects de violences »
- 149 2. Chez les auteurs de violences
- 150 **3/Pistes à explorer pour améliorer l'identification des victimes de violence**
- 151 1. Le screening systématique
- 153 2. Le recours à des relais communautaires

C

PRISE EN CHARGE MÉDICALE

- 156 **1/ La prise en charge médicale, une porte d'entrée privilégiée**
- 158 **2/Les principes d'éthique médicale**
- 159 1. Le respect de la dignité
- 159 2. L'obligation de traiter sans discrimination
- 160 3. L'obligation de ne pas nuire
- 160 4. Le consentement libre et éclairé
- 164 5. La confidentialité
- 165 6. L'obligation de protéger
- 166 7. L'obligation d'attester à la demande du patient
- 166 **3/Les composantes de la prise en charge médicale**
- 167 1. Entretien/anamnèse
- 169 2. Examen clinique
- 171 3. Examens paracliniques
- 172 4. Informations médicales
- 172 5. Prise en charge thérapeutique
- 184 6. Rédaction du certificat médical
- 184 7. Suivi médical
- 185 **Fiche terrain** : « Exemple de prise en charge médicale des victimes de violences sexuelles : les buffets d'urgence en Haïti »
- 187 **Fiche technique** : « Suivi médical post viol »

D

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

- 200 **1/Notions en lien avec les conséquences psychologiques des violences**
- 200 1. La santé mentale
- 208 2. Le traumatisme psychique
- 211 **2/Les dispositifs de soutien psychologique**
- 212 1. La complémentarité entre soins psychologiques et soutien psychosocial
- 215 2. Les procédés/techniques pour la prise en charge psychosociale des victimes de violences liées au genre
- 223 **Fiche terrain** : « le théâtre comme activité thérapeutique : les *Dar-ul-Amans* au Pakistan »

PAGE 226

E

ACCÈS À LA JUSTICE ET LUTTE CONTRE L'IMPUNITÉ

- 228 **1/ Le cadre légal relatif aux violences liées au genre**
- 229 1. Le cadre légal international
- 229 **Fiche technique** : « Principaux instruments juridiques internationaux de protection des droits de l'Homme »
- 237 2. Les cadres légaux régionaux
- 239 3. Les cadres légaux nationaux
- 241 **2/ L'accès au droit**
- 244 1. Informations des victimes de violence sur leurs droits
- 246 2. L'accompagnement judiciaire
- 250 **Fiche terrain** : « Risques et mesures de protection – L'accompagnement juridique des victimes de violences sexuelles dans le Nord-Kivu (RDC) »
- 252 **Fiche technique** : « Protection des victimes de violences contre toute mise en danger potentielle dans le cadre des actions de communication »

PAGE 254

F

LE CERTIFICAT MÉDICAL POUR VIOLENCE

- 255 **1/ L'importance du certificat médical**
- 255 1. Lien entre certificat médical et éthique médicale
- 256 2. Lien entre soin et justice
- 256 3. L'utilité du certificat médical
- 258 **2/ Les caractéristiques du certificat médical**
- 258 1. La valeur juridique
- 259 2. Le caractère potentiellement dangereux
- 261 **3/ Pour un accès effectif au certificat médical**
- 262 1. Circuit idéal d'obtention d'un certificat médical pour violence
- 263 2. Qui peut délivrer un certificat médical ?
- 266 3. Pour un accès direct : à qui délivrer un certificat médical ?
- 267 4. Quand peut être délivré un certificat médical ?
- 267 5. Pour un accès gratuit au certificat médical

- 268 **4/ La rédaction du certificat médical**
- 268 **Fiche technique** :
« La rédaction du certificat médical »

PAGE 292

H

OBSTACLES À LA PRISE EN CHARGE

- 293 **1/ Les obstacles en lien avec les victimes**
- 293 1. La peur de la stigmatisation
- 294 2. La peur des représailles
- 296 3. La honte/ culpabilisation
- 297 4. La minimisation du problème
- 298 5. Le manque d'accessibilité économique et géographique
- 299 **2/ Les obstacles en lien avec les intervenants**
- 299 1. Les préjugés
- 300 2. La surcharge de travail
- 301 3. Le manque de formation/ sensibilisation
- 301 4. La souffrance des intervenants
- 303 **Fiche technique** : « Solutions pour la prévention et la gestion de la souffrance des aidants »

PAGE 274

G

RÉINSERTION SOCIALE ET ÉCONOMIQUE

- 275 **1/ Rappel des liens entre VLG et enjeux socio-économiques**
- 277 **2/ Actions pour la réinsertion sociale et économique**
- 277 1. Définitions
- 278 2. Actions de prise en charge et d'accompagnement
- 288 **Fiche technique** : « Enjeux liés à la réinsertion sociale et économique dans le cadre de l'hébergement temporaire »

ÉLÉMENTS CLÉS POUR LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES LIÉES AU GENRE

➤ Tout acteur intervenant dans le cadre des actions de MdM est susceptible de rencontrer une personne subissant ou ayant subi une forme de violences liées au genre. De ce fait, dans tout contexte et quel que soit le projet, chaque intervenant devrait être formé à accueillir et à identifier ces personnes.

L'accueil et l'identification sont des étapes préalables essentielles à une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, psychologique, judiciaire et sociale) de qualité. Elles permettent une intervention directe auprès des victimes ou leur orientation vers un autre service de prise en charge. Les intervenants doivent donc être informés des différents services existants et accessibles pour la prise en charge des victimes de violences liées au genre.

3A

ACCUEIL

1 / L'ACCUEIL, UN MOMENT DÉTERMINANT

La qualité de l'accueil participe de celle de la relation intervenant-patient et ce, tout au long du parcours de prise en charge. Le premier entretien est primordial, particulièrement dans les cas de violences : **un lien de confiance doit s'établir, contribuant à assurer l'adhésion de la personne à son accompagnement.**

La disposition du patient à révéler les violences subies et la capacité de l'intervenant à les identifier dépendent, en partie, de la qualité de l'accueil.

Le premier contact doit également permettre de prévenir la survenance d'autres actes de violence par **la mise en place de mesures de protection adaptées à l'urgence et à la gravité de la situation.**

Enfin, dès le premier entretien, la personne prise en charge doit être **orientée vers les autres services** dont elle pourrait avoir besoin sous réserve qu'ils soient disponibles, accessibles et de bonne qualité.

Les principes de l'accueil concernent l'ensemble des intervenants amenés à rencontrer une victime tout au long de son parcours de prise en charge, aussi bien dans des structures généralistes, intégrant la prise en charge des victimes de violences liées au genre, que dans des établissements spécialisés. Chaque intervenant doit donc être sensibilisé/formé aux principes de l'accueil qui sont **applicables lors du premier contact comme durant tous les entretiens suivants.**

2/ LES PRINCIPES DE L'ACCUEIL

L'accueil répond à des règles de base qui doivent être appliquées par toute personne travaillant dans une structure de prise en charge (intervenant direct ou non) et à tout moment (du premier au dernier entretien). Les principes de l'accueil s'appuient sur des principes d'éthique, mais répondent également à d'autres préceptes liés à certaines techniques de communication.

1. L'intervenant, outil de communication

Dans un premier temps, et si le contexte le permet, il est important de **manifeste que l'on est prêt à accueillir des victimes de violence.** Les personnes consultant un intervenant pour un motif autre que celui des violences peuvent être amenées à se confier plus facilement si elles prennent conscience de la présence/compétence d'acteurs pour leur venir en aide.

Au début de l'entretien, il est important de se présenter en prenant garde au choix des mots que l'on utilise.



Le port de badges ou l'affichage de messages dans les salles d'attente ou dans des lieux spécifiques peuvent être des moyens efficaces pour amener les victimes de violence à s'adresser à un intervenant.

L'introduction et la manière de se présenter sont des étapes primordiales de l'accueil. « Ainsi, il est important dans le cadre des relations humaines et selon les règles de politesse en société, de saluer la personne accueillie, de se présenter ainsi que son travail : se nommer et expliquer son rôle dans la structure. »

MdM, manuel sur la prise en charge pluridisciplinaire et intégrée des victimes de violences, Haïti, 2008.

Le langage employé doit être clair, compréhensible (éviter les termes techniques) et réconfortant durant tout l'entretien afin d'assurer une **communication verbale** mettant en confiance l'interlocuteur.

Il est également primordial de penser le **non-verbal** comme une forme de communication sur laquelle l'intervenant peut s'appuyer pour construire sa relation avec la personne. On entend par communication non verbale le fait d'attribuer une signification à divers éléments gestuels et comportementaux comme l'apparence physique, la tenue vestimentaire, les mouvements, la posture, le regard, etc.

Les attitudes et les comportements verbaux et non verbaux de l'intervenant doivent lui permettre de communiquer son

acceptation et sa disponibilité. Ils indiquent à la personne que quelqu'un est en train d'essayer de la comprendre, de l'accepter dans sa totalité. Ce positionnement doit mettre en confiance la victime de violence, condition nécessaire au fait qu'elle arrive à se confier.

2. Les règles de base

Il faut beaucoup de courage à une personne victime de violences pour surmonter ses sentiments de peur, de culpabilité, d'isolement et oser entreprendre des démarches de prise en charge. L'accueil qu'elle reçoit ne doit pas décourager ces initiatives.

L'écoute

En premier lieu, il faut **écouter** la personne. Une écoute **active et attentive** implique de respecter ses moments de silence et de ne pas l'interrompre. Il faut attendre qu'elle termine son témoignage avant de chercher des renseignements plus précis en privilégiant les questions ouvertes. L'écoute, tout en étant active, doit être **respectueuse** : il ne faut pas mettre en doute ou corriger sa parole, car l'écoute dubitative constitue une nouvelle agression. La personne doit comprendre que l'intervenant ne la juge pas, ne met pas en accusation ses dires, et respecte ses décisions.

L'empathie

L'empathie est la clé d'une écoute attentive et respectueuse. « C'est une forme de compréhension définie comme la capacité à percevoir et à comprendre les sentiments d'une autre personne. À la différence de la sympathie ou de l'antipathie, l'empathie est un processus dans lequel le praticien tente de faire abstraction de son propre univers de référence [...] pour

se centrer sur la manière dont la personne perçoit la réalité⁸⁸. » L'empathie développe une proximité à l'autre sans pour autant s'identifier à lui. L'intervenant garde sa place sans jamais se confondre avec la personne prise en charge. Cette attitude permet de comprendre les idées de celle-ci sans pour autant y adhérer, de saisir le sens de ses comportements et de ses pratiques sans les justifier.

La confidentialité

Un environnement permettant à la personne de se sentir assez à l'aise et en confiance pour oser parler doit être mis en place. Afin de satisfaire cette exigence, tout entretien doit idéalement commencer par un tête-à-tête avec la personne afin de déterminer si elle désire vraiment être accompagnée et par qui. Si cette démarche est adoptée par la structure de prise en charge, il est préférable d'afficher ce protocole afin que chacun comprenne qu'il s'agit d'une procédure standard et que personne n'est personnellement visé par le refus, lors de cette première étape, d'accueillir un accompagnant. Dans certains contextes, il est parfois impossible qu'une personne (et souvent une femme) puisse venir consulter sans être accompagnée d'un membre de sa famille, ce qui nuit à la confidentialité des échanges. Ces contraintes sociales et culturelles doivent être prises en compte.

D'une manière générale, et tout au long de l'entretien, il faut éviter que des personnes n'entrent ou ne sortent sans arrêt. Certains patients préfèrent fermer la porte de la salle d'entretien pour plus de discrétion. D'autres, au contraire, souhaitent laisser la porte ouverte, surtout si l'intervenant est de sexe différent.

88. Catherine Tourette-Turgis, « Les bases du counseling », <http://www.counselingvih.org/fr/definition/empathie.php>.

Il faut savoir écouter les attentes exprimées par la personne et, dans la mesure du possible, les respecter.

Enfin, le principe de confidentialité est limité par le recours aux interprètes, lorsque le patient et l'intervenant ne parlent pas la même langue. Un document signé par l'interprète en même temps que son contrat de travail doit alors garantir son adhésion au principe de confidentialité.

L'ÉCOUTE

Ce qui est encourageant

- se lever pour accueillir la personne
- se présenter professionnellement
- regarder de façon appropriée (regard bienveillant, quantité de regards...)
- tenir une distance physique adéquate
- être patient, tolérant
- montrer de l'intérêt; écouter attentivement
- encourager par des hochements de tête, des sourires, des mimiques
- relancer le récit («Et après ?», «Et alors ?», «Hmm... hmm», etc.)
- ne pas interrompre
- poser des questions pour éclaircir un sujet, demander des détails
- répéter les mots de la personne
- donner de bons conseils (concrets et spécifiques)
- ne pas juger ou critiquer
- susciter l'évidence qu'on peut avoir confiance en vous

Ce qui est décourageant

- dévisager avec un regard «dur», insistant, investigateur
- être antipathique, agressif

- écouter distraitement ou ne pas poser de questions
- manifester de l'indifférence
- interrompre
- critiquer et juger
- culpabiliser la victime de violence
- douter des propos de la victime de violence
- utiliser des mots trop familiers
- employer un langage trop technique
- adopter une posture de supériorité
- argumenter, tenter de convaincre
- ramener les problèmes à soi
- suivre le regard ou les gestes de l'interlocuteur plutôt que d'être attentif à ses propos
- plaisanter ou rire de façon inopportune
- garder trop ou trop peu de distance
- oublier ce que la personne a dit précédemment
- être trop «stimulé» par ce que dit la personne (être trop enthousiaste ou trop affecté)

LE PREMIER CONTACT : CONSEILS POUR L'INTERVENANT

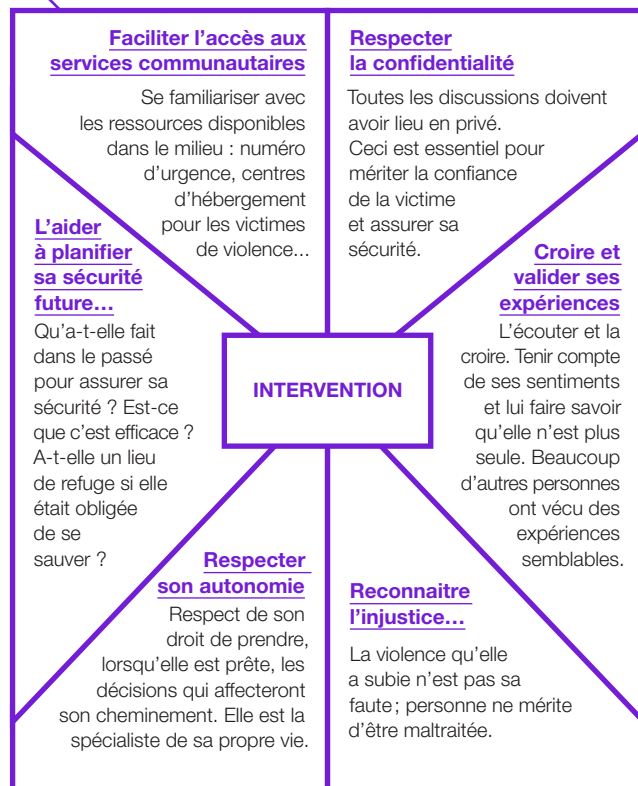
- s'installer dans un endroit calme, garantissant la confidentialité
- éviter les distractions
- intervenant et victime seul à seul
- dans la mesure du possible, un intervenant de même sexe
- se présenter (rôle, institution), expliquer le but de l'entretien
- demander à la victime de se présenter
- s'asseoir en face, la regarder, manifester toute son attention (écoute)

- assurer de sa discrétion (confidentialité)
- demander à la personne ce qui pourrait la mettre à l'aise (ouvrir ou fermer la porte du local, contacter une personne de l'entourage, etc.)
- reconnaître que les violences sont courantes (ne pas mettre en doute la parole des victimes)
- l'aider à s'exprimer, respecter ses silences
- se montrer patient : c'est peut-être la première fois qu'elle raconte les faits. Tenir compte de sa détresse et de la confusion qui peut en résulter
- l'assurer du bien-fondé de sa démarche (demander de l'aide en cas de besoin / danger est une démarche cruciale)
- écouter avec considération et respect
- accepter ce que dit la personne (pas toujours facile)
- prendre en compte son évaluation des faits et non la sienne (ex : ne pas considérer comme mineures certaines formes d'agressions sexuelles)
- lui permettre d'exprimer ses émotions tout en l'aidant à les contrôler
- l'aider à définir et formuler ses priorités
- rappeler la loi (défense, protection, condamnation) et nommer explicitement les formes de violences exercées
- rendre à l'agresseur la responsabilité de ses actes : la victime n'est pas responsable de la violence exercée à son encontre
- informer sur les aides et les recours possibles (structures d'écoute, d'accueil, d'hébergement, services hospitaliers d'urgence, services médicaux, judiciaires, sociaux, de police, etc.), sur les démarches à entreprendre et sur le rôle de chaque intervenant (psychologue, assistante sociale, médecin, policier, juge, etc.)
- distribuer l'information n'est pas suffisant (envisager l'intérêt, la possibilité, le moment opportun)

- aider la victime à entreprendre les démarches et assurer les relais vers d'autres acteurs de prise en charge. Si nécessaire, s'assurer qu'elle soit accompagnée dans les milieux à risque de stigmatisation (ex : dépôt de plainte)
- dans les situations de violence conjugale, aider à repérer le cycle de la violence
- respecter les scénarios de protection utilisés par la personne agressée
- terminer l'entretien sur une perspective d'avenir
- encourager la victime à reprendre contact avec vous

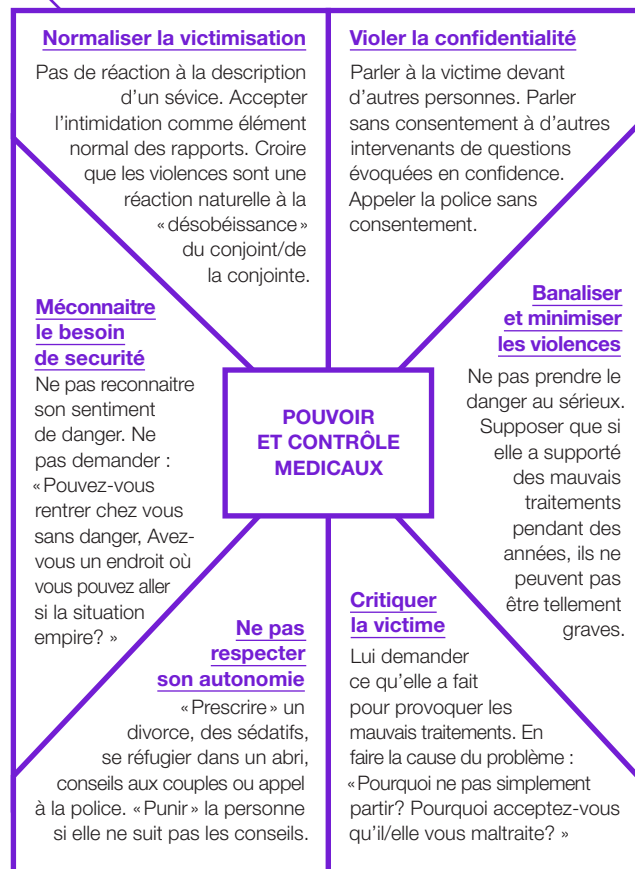
MdM – atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence. Amérique latine-Caraïbes, 18-21 novembre 2008.
Document réalisé par Evelyne Josse, psychologue clinicienne.

CE QU'IL FAUT FAIRE



Adapté d'après « Mettre fin à la violence contre les femmes », *Population Report*, **Population Information Program**, et l'outil « Medical Power & Control Wheel », développé par le **Domestic Violence Project**.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE



3. Les mesures de protection provisoires

Durant le premier entretien, la question de la protection doit être abordée. L'efficacité de la prise en charge globale ainsi que la qualité de la relation entre l'intervenant et la personne victime de violence dépendent du fait que cette dernière soit et se sente en sécurité. Cette protection doit être effective durant l'accueil, notamment par le respect de la confidentialité. L'intervenant a également un devoir de protection plus général, en agissant au regard de la gravité des violences subies et de leur possible renouvellement.

Le respect de la confidentialité durant l'accueil contribue à protéger les victimes d'éventuelles nouvelles violences pouvant survenir dès lors que des personnes extérieures (l'agresseur, la famille, etc.) sont informées de la démarche de prise en charge. La diffusion de l'information peut notamment provenir d'une indiscretion d'un membre du personnel. Le respect du secret professionnel est fondamental et seules les informations nécessaires et pertinentes peuvent être partagées avec d'autres intervenants directement impliqués dans la prise en charge⁸⁹.

Suivant les circonstances, le risque que les violences se répètent est plus ou moins élevé. **Concernant les violences intrafamiliales, certains facteurs de gravité⁹⁰, souvent évocateurs de crise, doivent être pris en compte par les intervenants comme signes de renouvellement possible des violences :**

⁸⁹. Pour plus d'informations, voir page 158 la partie relative aux principes d'éthique médicale.

⁹⁰. Evelyne Josse, « Violences conjugales, quelques repères », document de formation à l'intention des professionnels algériens en charge des femmes victimes de violences conjugales, octobre 2007.

- fréquence élevée des actes violents, escalade de leur fréquence et/ou de leur intensité ;
- situation connue des forces de l'ordre/de la justice/ des services d'aide ;
- arme au domicile ;
- abus d'alcool/de drogues ;
- menaces de mort, menaces avec une arme (à feu, blanche) ou un objet ;
- détérioration matérielle importante (meubles, murs, incendie, etc.) ;
- indifférence à la souffrance d'autrui ;
- violence à l'encontre d'autres membres de la famille (par exemple, des enfants) ;
- violence hors du contexte conjugal (sur la route, avec les voisins, au travail, etc.) ;
- scénario ou rituels préparatoires à l'agression ;
- antécédents psychiatriques ;
- risque de suicide de la victime ;
- automutilations de la victime (auto-agressivité) ;
- agressivité, voire agression, de la victime vis-à-vis de son époux ou de ses enfants.

Il faut évaluer le niveau de gravité de la situation de violence afin de déterminer s'il est nécessaire de mettre en place des mesures de protection urgentes ou si l'on doit signaler cette situation aux autorités publiques. Face à un risque élevé, différentes stratégies peuvent être élaborées, **en partenariat avec la victime.**

L'élaboration d'un plan de sécurité

Parler des actes de violence que l'on a subis n'est pas facile. Quitter un environnement violent l'est encore moins.

Dans des contextes de violences répétées et d'intensité

souvent croissante, comme dans les cas de violences intrafamiliales⁹¹, certaines mesures de protection peuvent être anticipées dans le cadre d'un plan de sécurité :

- faire un « sac d'urgence »
(petite somme d'argent, papiers d'identité, vêtements, etc.);
 - lister des contacts de proches ou personnes de confiance;
 - lister les coordonnées d'associations d'aide aux victimes de violence;
 - lister les structures d'hébergement provisoire disponibles.
- Les enfants en âge de comprendre doivent être informés de ces mesures afin qu'ils sachent la conduite à tenir en cas de besoin.

Certaines stratégies nationales de lutte contre les violences liées au genre permettent la mise en place de dispositifs facilitant la mise en œuvre de plans individuels de sécurité des victimes de violence.

« En France, **la loi relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants** a été votée le 9 juillet 2010 à l'unanimité par l'Assemblée nationale et le Sénat.

Elle marque notamment une nouvelle étape concernant la protection des personnes subissant des violences conjugales.

Ainsi, elle donne au juge les moyens de prévenir les violences (et leur récurrence), avec le **dispositif de l'ordonnance**

⁹¹. Pour plus d'informations, voir page 98 la partie relative au cycle de la violence.

de protection des victimes. Concrètement, le juge statuera en urgence et il pourra décider d'évincer du domicile familial l'auteur des violences. Si la victime souhaite quitter le domicile conjugal, le juge pourra décider d'organiser son logement pour la mettre hors de portée de son conjoint tout en statuant provisoirement sur la garde des enfants.

Le **dispositif de surveillance électronique** sera également mis en place. Ce système anti-rapprochement pourra être ordonné lorsqu'un conjoint violent est mis en examen pour des violences ou menaces, punies d'au moins 5 ans d'emprisonnement. Il permettra d'assurer une surveillance vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept, 365 jours par an. »

Portail du gouvernement français,
La loi contre les violences faites aux femmes, 20 juillet 2010.

L'hébergement temporaire pour victimes de violence

Parmi les mesures de protection provisoires, celle de l'hébergement temporaire est souvent envisagée dans les cas extrêmes, lorsqu'il est impératif de soustraire la victime à l'agresseur. Notons que des initiatives se développent actuellement afin de proposer un hébergement temporaire aux agresseurs plutôt qu'aux victimes. Cette mesure alternative permet d'affirmer que la responsabilité de la situation revient à l'agresseur, à lui et à lui seul ; de ce fait, la victime ne devrait pas être contrainte de quitter son domicile pour un lieu inconnu et de voir son environnement quotidien bouleversé ainsi que celui de ses enfants en cas de violences conjugales.

En Allemagne, depuis l'adoption de la loi fédérale de décembre 2001 sur l'amélioration de la protection offerte par les tribunaux civils aux victimes de violence, les forces de l'ordre peuvent, en cas de danger avéré ou imminent, obliger les auteurs de violences conjugales à quitter le domicile familial et leur interdire d'y revenir pendant plusieurs jours.

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER DANS LE CADRE DE LA MISE EN PLACE OU DE L'APPUI À DES CENTRES D'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

1. Les perceptions des centres d'hébergement temporaire par les victimes de violence et la société en général

Les centres d'hébergement temporaire peuvent être perçus comme des lieux de protection. Cependant, ils peuvent également être considérés par la population ainsi que par les victimes de violence comme des lieux d'emprisonnement, des espaces stigmatisants ou des lieux de violences. Certaines femmes craignent ainsi que leur séjour dans de tels centres n'aboutisse à leur exclusion de la communauté. Le moment de la sortie du centre est souvent redouté. En outre, de nombreuses femmes appréhendent un séjour trop long, qui les obligerait à interrompre leurs activités (perte de leur emploi/de leurs revenus).

2. Les critères de sélection des femmes victimes de violence pouvant être accueillies dans les centres d'hébergement temporaire – exemples

→ existence d'un danger immédiat menaçant la vie

de la personne ou de ses enfants. Ce danger peut être représenté par l'agresseur, la famille, l'entourage social ou la femme même (tentatives de suicide);

- impossibilité pour la personne de se faire héberger par sa famille (ou son entourage social);
- absence de ressources économiques propres;
- éloignement géographique de la victime de violences des lieux de prise en charge (communautés isolées).

3. La préparation à la sortie du centre d'hébergement temporaire

- mettre en place des mesures permettant d'assurer la sécurité de la personne;
- mettre en place, dans le cadre des centres d'hébergement, des formations professionnalisantes aidant les femmes ayant été victimes de violence à (re)trouver un emploi et une autonomie économique à leur sortie;
- accompagner la réinsertion de la victime dans son foyer /sa vie familiale;
- se coordonner avec différentes institutions pour prendre en charge le transport de la victime (voyage de retour dans son foyer);
- s'assurer que le centre d'hébergement est intégré/ en lien avec un réseau d'acteurs pluridisciplinaire permettant d'assurer le suivi de la prise en charge de la résidente après sa sortie du centre.

La déconnexion existant entre la vie de la résidente à l'intérieur d'un centre d'hébergement (accès à des soins, à un appui psychologique, à des repas équilibrés, etc.) et sa vie après son retour dans sa communauté doit être anticipée. Le risque de revivre les mêmes expériences de violence à la sortie du centre est en effet un problème souvent soulevé.

4. L'accueil des enfants dans les centres d'hébergement temporaire destinés aux femmes victimes de violence

Les femmes accueillies dans les centres d'hébergement sont souvent accompagnées de leurs enfants.

Cela implique de :

- prendre cette réalité en compte dans la conception initiale du projet ;
- mettre en place un espace spécifique destiné aux enfants ;
- fournir de la nourriture et du matériel adapté ;
- former le personnel des centres à la prise en charge des enfants ;
- mettre en place un appui psychologique spécialisé ;
- travailler en collaboration avec le ministère de l'Éducation pour assurer la scolarisation des enfants.

Cela soulève les questions suivantes :

- la définition de la catégorie « enfants en bas âge » (7/12 ans max ?) ;
- la responsabilité juridique des mineurs non accompagnés ;
- l'accès à l'éducation : comment éviter une rupture de la scolarisation ?

5. La violence dans le cadre des centres d'hébergement temporaire

Mauvais traitements par le personnel encadrant :

- Négligence
 - alimentation insuffisante ;
 - surpopulation/espace vital insuffisant.
- Violence psychologique et verbale
 - intimidation, insultes, infantilisation, déshumanisation ;
 - non-respect de l'intimité.
- Manque de préparation et d'accompagnement à la sortie.

Violences entre les résidentes :

- violences physiques ;
- violences psychologiques et verbales ;
- violences interethniques.

Réflexion et solutions proposées :

Beaucoup de problèmes ont un rapport avec la capacité d'accueil du centre (espace physique et compétences du personnel). Il s'agit donc de mettre en place :

- des sessions de sensibilisation auprès du personnel du centre ;
- des sessions de formation du personnel, régulièrement accompagnées de séances d'appui ;
- des locaux adaptés ;
- des moyens financiers suffisants ;
- un règlement interne destiné au personnel ;
- un suivi par les instances publiques (inspection) ;
- un règlement intérieur destiné aux résidentes (règles de vie commune) ;
- un appui psychologique et social auprès des résidentes ;
- des activités psychosociales et récréatives ;
- des espaces spécifiques destinés aux enfants.

MdM - atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Amérique Latine - Caraïbes, 18-21 novembre 2008.

3B

La mise en place de mécanismes pour améliorer l'identification des victimes de violence doit s'accompagner de dispositifs pour leur prise en charge (qu'elle soit directe ou via des partenaires).

IDENTIFICATION/ RECONNAISSANCE

1 / LE RÔLE CLÉ DE L'IDENTIFICATION

En France comme à l'étranger, la grande majorité des professionnels de la santé ne repère pas les situations de violence vécues par leurs patients et les intègre rarement dans leurs hypothèses de diagnostic⁹².

L'identification des victimes de violence est souvent problématique, car les violences restent un sujet tabou, notamment si elles ont lieu dans le cercle familial ou si elles sont de nature sexuelle. Les besoins des personnes qui en sont victimes ne sont pas forcément exprimés verbalement : la souffrance se manifeste souvent indirectement par des signes physiques, psychologiques et/ou comportementaux. **Les intervenants doivent donc savoir détecter les signes faisant suspecter des actes de violence et maintenir une attitude proactive à ce sujet.**

⁹². Cette remarque concerne l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir dans le parcours d'une victime de violence.

Les termes « identification » et « reconnaissance » peuvent parfois être employés de façon indifférenciée. Dans le cadre des violences liées au genre, l'identification revient à **reconnaître** la personne, non seulement en tant que patient ou usager des services, mais aussi en tant que **victime d'un acte violent ses droits fondamentaux**.

2 / L'IDENTIFICATION DES SIGNES PHYSIQUES, PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX

Les signes de violence, qu'ils soient **physiques, psychologiques ou comportementaux**, doivent constituer pour les professionnels avertis des signaux d'alerte perceptibles chez les victimes, mais aussi chez les auteurs de violence.

1. Chez les victimes de violence

Les intervenants doivent savoir repérer ces divers signes, les interpréter les uns en fonction des autres et tenir compte de leur accumulation : plus ils sont nombreux, plus le diagnostic de violence est probable et plus celle-ci est potentiellement grave et chronique. La sensibilisation/formation des intervenants est cruciale afin qu'ils aient les compétences nécessaires pour repérer ces signes et ainsi identifier les victimes de violence.

RECONNAÎTRE LES SIGNES SUSPECTS DE VIOLENCE

1. Les indices relevant de la santé / signes physiques

Indices fortement suspects

- localisation et nature des blessures : plaies (contusions, brûlures, hématomes, griffures, morsures, lacerations, alopecie), fractures, luxations, lésions internes (viscérales et thoraciques), surdité (torture blanche);
- lésions d'anciennetés diverses;
- blessures ne correspondant pas à l'explication donnée;
- refus de révéler la cause des lésions / de l'IST;
- lésions traumatiques non mentionnées (découverte inopinée);
- explications vagues, confuses et changeantes quant à l'étiologie des symptômes;
- consultations répétées pour les mêmes motifs;
- lésions prétendument accidentelles ou intentionnelles (automutilation);
- consultation tardive malgré la gravité des lésions ou hospitalisation en urgence (complication infectieuse, chirurgicale et hémorragique pour des lésions qui auraient pu être soignées antérieurement);
- infections sexuellement transmissibles (IST) chez les mineurs.

Indices non spécifiques

- troubles, plaintes ou lésions génito-urinaires récurrents : douleurs pelviennes, dysurie, infections, dyspareunie, troubles du désir, etc.;
- demande de test VIH (suspect notamment si la personne est mariée ou réside dans une région à faible prévalence);
- troubles somatiques chroniques sans origine physique : céphalées, douleurs chroniques (anales, abdominales,

- dorsales), difficultés respiratoires, fièvre, fatigue, etc.;
- consultations répétées avec plusieurs intervenants pour des traumatismes physiques/des troubles gynécologiques;
- grossesse mal acceptée, déniée, déclarée tardivement;
- père absent ou identité secrète; demande d'IVG (surtout en présence d'un membre de la famille); complications consécutives à une IVG (hémorragie, infections); hémorragie avant l'accouchement; rupture utérine; décollement rétro-placentaire; fausse-couche;
- impuissance sexuelle.

2. Les indices psychosociaux

Humeur et comportement

 tat de choc, désorientation, confusion, fonctionnement ralenti, troubles anxieux (phobie, attaques de panique, évitements, etc.) et dépressifs (tristesse, automutilations, inclination au suicide), sursauts, troubles du sommeil, perte d'appétit, trouble de la mémoire et de la concentration, mutisme, abus de substances psychotropes, préoccupation particulière concernant l'hygiène, isolement, etc.

Discours

Propos dévalorisants ou condamnationnaires (auto-estime détériorée) et/ ou isolement, idées d'expiation, rituels conjuratoires, désir de tout quitter.

Attitude vis-à-vis des soignants

- g ne, honte, embarras, inquiétude, mouvements de protection;
- conjoint trop présent, trop prévenant, répondant à la place de son épouse.

MdM - atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Amérique Latine - Caraibes, 18-21 novembre 2008.
Document réalisé par **Evelyne Josse**, psychologue clinicienne.

Le manque de formation du personnel à l'identification a pu conduire à des situations graves.

Tel est le cas d'une femme reçue sept fois dans un Caso de MdM [Centre d'accueil, de soins et d'orientation] par cinq médecins différents pour de multiples plaintes : hypertension artérielle signalant au passage une hépatite C, palpitations, dorsalgie et aménorrhée, puis vertiges, nausées, céphalées et problèmes urinaires à plusieurs reprises. Une année et demie après la première consultation, la patiente est hospitalisée en réanimation pour rupture de sa rate, causée par les coups de son conjoint. Centrés sur le traitement de son hépatite et de son hypertension, aucun des médecins rencontrés n'a évoqué la question des violences comme cause possible de ces plaintes psychosomatiques.

Témoignage recueilli dans le cadre de la mission Banlieue – MdM France.

Face à un signe suspect de violence, certaines questions peuvent être posées afin d'aborder le sujet de violences éventuelles subies par la personne prise en charge :

« Les femmes qui présentent une blessure comme la vôtre me disent souvent qu'elles ont été frappées.

Cela vous est-il arrivé à vous aussi ? »

« Ce que je constate me fait penser que quelqu'un s'est mal conduit avec vous, que quelqu'un vous a fait souffrir. » »

Evelyne Josse, « Déceler les violences sexuelles faites aux femmes », 2007.

2. Chez les auteurs de violence

Certains comportements peuvent faire suspecter qu'une personne a pu ou peut commettre des actes de violence. Les intervenants doivent donc être vigilants aux comportements des personnes accompagnant les usagers des services. Mis en parallèle avec les signes suspects déjà observés chez ces derniers, ils peuvent permettre d'identifier une situation de violence.

Parmi les signes pouvant laisser présager d'actes de violence conjugale, nous pouvons citer⁹³ :

- il/elle répond à la place de sa compagne/son compagnon ;
- il/elle insiste pour être toujours présent ;
- s'il/elle ne peut être présent(e),
il/elle téléphone plusieurs fois pendant l'entretien ;
- il/elle critique les actes de sa compagne/son compagnon et utilise des phrases disqualifiantes ;
- il/elle manifeste des gestes de mépris ;
- il/elle lui dicte sa conduite ou suggère celle du médecin ;
- il/elle/la/le contrôle par des expressions du visage ou des attitudes intimidantes ;
- il/elle manifeste une jalousie irrationnelle à son égard ;
- il/elle minimise ou nie les problèmes de santé de sa compagne/son compagnon, ainsi que la gravité de ses blessures ;
- il/elle exprime des idées très arrêtées sur les rôles des hommes et des femmes ;
- il/elle peut être hyperprévenant(e) et excessivement attentionné(e) en public, très aimable avec l'intervenant.

L'identification demeure une étape difficile de la prise en charge des victimes de violence car touchant à des aspects personnels,

⁹³. D'après Dr Philippe D'Hauwe, « Le médecin généraliste face à la violence conjugale », *La Revue de la médecine générale*, n° 237, novembre 2006.

tant pour les intervenants⁹⁴ que pour les victimes/auteurs. La stigmatisation, très souvent vécue par les victimes de violence (et notamment de violences sexuelles) dans le cadre de la communauté, explique également leur réticence à révéler les agressions subies. Quelques pistes peuvent néanmoins être explorées afin de faciliter la reconnaissance des situations de violence.

3/PISTES À EXPLORER POUR AMÉLIORER L'IDENTIFICATION DES VICTIMES DE VIOLENCE

Certaines initiatives peuvent être envisagées afin d'améliorer l'identification des victimes de violence :

- **Manifester que l'on est prêt à accueillir des victimes de violence** peut être un moyen efficace pour les amener à s'adresser à un intervenant. Le port de badges ou l'affichage de messages dans les salles d'attente ou dans des lieux spécifiques sont des exemples déjà expérimentés.
- Un **screening systématique** peut également être mis en place afin d'aider les intervenants à repérer les situations de violence.
- Enfin, le **recours à des relais communautaires** permet d'améliorer l'identification des personnes victimes de violence et de faciliter leur accès aux services de prise en charge.

Le contexte d'intervention doit être pris en compte pour mesurer la faisabilité et la pertinence de ces initiatives et en adapter la mise en œuvre.

⁹⁴. Pour plus d'informations, voir page 292 la partie relative aux obstacles à la prise en charge des victimes de violence.

1. Le screening systématique

Le screening est une méthode d'identification des victimes de violence souvent appliquée dans le cadre du secteur médical. Elle consiste à poser **systématiquement et à tout patient**, quel que soit le motif de consultation, des questions relatives aux violences afin de savoir s'il est/a été confronté à de tels actes.

L'intervenant doit prendre le temps de présenter les raisons pour lesquelles il va poser ces questions délicates et la façon dont il va procéder : « Je vais vous poser certaines questions, que nous posons à tous les patients. » Le screening se différencie donc du fait d'interroger une personne parce que l'intervenant a préalablement détecté des signes suspects de violence ; les questions ne seront pas les mêmes⁹⁵.

Cette méthode peut s'avérer bénéfique tant pour les victimes de violence que pour les intervenants. Ces derniers peuvent être rassurés par l'utilisation de questions prédéfinies dans un « protocole », se sentant plus à l'aise pour aborder ce sujet délicat. De même, quelques questions simples peuvent suffire à aider une personne subissant des violences à se confier.

Il est recommandé de mettre en place un protocole de screening prenant en compte les nuances linguistiques et les déterminants socioculturels du contexte d'intervention. Avant d'instituer le screening avec l'ensemble des usagers des services, les intervenants peuvent le tester avec certains, afin de voir par eux-mêmes si cette démarche est efficace. Cette technique d'identification implique la formation des intervenants et la sensibilisation de la structure de prise en charge dans son ensemble.

⁹⁵. Pour des exemples de questions à poser en cas de signes suspects de violence, voir l'encadré page 148

Une étude a montré que vingt secondes suffisaient pour poser trois questions permettant d'identifier plus efficacement les victimes de violences conjugales :

- « Avez-vous été frappé(e), subi des coups de pieds ou de poings ou d'autres types de blessures au cours de l'année passée ? »
- « Vous sentez-vous en sécurité dans votre relation actuelle ? »
- « Y a-t-il un(e) partenaire d'une ancienne relation à cause de qui vous vous sentez en danger aujourd'hui ? »

K. Feldhaus and al., « Accuracy of three brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department, » *Journal of the American Association*, 1997.

D'autres questions peuvent également être posées :

- « Avant de parler des choix de contraception, il est bon que vous me parliez un peu mieux de vos rapports avec votre partenaire. »
- « Du fait que la violence sexuelle est un phénomène très répandu, j'interroge maintenant toutes les femmes que je vois. Avez-vous, vous aussi, subi ce genre de violence ? »
- « Du fait que la violence est un phénomène fréquemment vécu par les femmes, nous avons commencé à poser des questions au sujet des sévices à toutes les clientes. »
- « Beaucoup de mes clientes connaissent des tensions dans leur foyer. Certaines ont trop peur ou éprouvent trop de gêne pour aborder spontanément ce problème, c'est pourquoi je pose maintenant la question de façon routinière. Est-ce un problème que vous connaissez ? »

E. Josse, « Les violences conjugales, quelques repères », document de formation à l'intention des professionnels algériens en charge des femmes victimes de violences conjugales, octobre 2007.

Le screening peut contribuer à une **identification précoce et plus efficace** des violences et favoriser, chez les victimes de violence, une prise de conscience plus rapide de leur situation. L'utilisation d'une telle méthode pourrait donc permettre d'éviter l'escalade ou le renouvellement des incidents, et réduire ainsi la morbidité et la mortalité liées aux violences fondées sur le genre.

2. Le recours à des relais communautaires

L'approche communautaire est « une stratégie d'intervention qui mise sur le potentiel des individus, des réseaux sociaux, des groupes communautaires et des ressources issues d'elles-mêmes pour prendre en main leurs problèmes sociaux et de santé ; c'est une stratégie d'intervention qui cherche à procurer du pouvoir, des moyens et du support pour que se réalise ce potentiel⁹⁶ ».

Développer une approche communautaire des actions de prévention et de réponse aux violences liées au genre favorise :

- l'immersion des programmes dans la population ;
- la proximité avec les acteurs de la communauté ;
- la participation sociale (formation et information de la population) ;
- l'implication des aidants naturels (insérés dans la communauté, qui ont été nommés suivant les programmes : travailleurs d'expérience, médiateurs de santé, pairs aidants ou conseillers psychosociaux) ;
- la communication dans la(les) langue(s) de la communauté⁹⁷.

96. D. Bourque, *L'approche communautaire – recueil de textes*, 1987.

97. D'après Christian Laval, sociologue, « Approche communautaire dans le cadre d'un programme de lutte contre les violences liées au genre : définition, avantages, risques », atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Kinshasa (RDC), MdM, avril 2010.

Plus particulièrement, cette approche facilite l'identification des personnes victimes de violence et leur accès aux services de prise en charge par le **recours à des relais communautaires**. De par leur position privilégiée, ces personnes ressources sont **plus accessibles et ont une meilleure connaissance de la communauté**. Elles doivent donc être sensibilisées à la problématique des violences liées au genre et être informées des services de prise en charge existants afin de pouvoir y référer les personnes victimes et les agresseurs identifiés.

Il faut cependant toujours s'interroger sur la pertinence du recours à des relais communautaires et sur le choix des personnes ressources ; certains peuvent être eux-mêmes victimes ou agresseurs ; d'autres peuvent avoir perdu leur position sociale privilégiée. Un relai communautaire non adapté peut potentiellement accroître, au sein de la communauté, la stigmatisation des personnes ayant subi des violences.

Dans tous les cas, il convient de s'assurer que le programme et les relais communautaires partagent les mêmes définitions et représentations des violences liées au genre (considérant la « normalité » / banalisation de certaines formes de violences).

Au Liberia, le programme de MdM s'est appuyé sur certaines femmes ayant une place traditionnelle privilégiée au sein des communautés.

Aujourd'hui, certaines avouent que leur position sociale est en déclin et que leur rôle de conseil auprès de la jeune génération a perdu de son efficacité.

En outre, certaines de ces « femmes traditionnelles » sont bien souvent en lien avec des actes de violence liée au genre perpétrés au sein des communautés. Elles ferment facilement les yeux sur des violences conjugales, du fait de leurs représentations du rôle des femmes dans le foyer. Beaucoup sont également impliquées dans des pratiques traditionnelles préjudiciables envers les petites et jeunes filles (mutilations génitales).

Rapport d'évaluation S2AP – projet Liberia, mars 2010.

3 C

PRISE EN CHARGE MÉDICALE

➤ La prise en charge médicale est l'une des portes d'entrée permettant l'identification et la prise en charge des victimes de violences liées au genre. Elle repose sur des principes éthiques et sur la succession d'étapes essentielles (entretien, examens cliniques et paracliniques, traitement...) qui guident la pratique des professionnels et garantissent la qualité des soins.

1 / LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE : UNE PORTE D'ENTRÉE PRIVILÉGIÉE

La prise en charge médicale ne représente néanmoins qu'une porte d'entrée parmi d'autres. Selon la nature des violences, le contexte et la situation de la personne, l'importance du secteur médical dans le processus de prise en charge pluridisciplinaire varie.

Les violences physiques et sexuelles représentant les formes de violences liées au genre les plus fréquentes, le domaine médical constitue souvent une porte d'entrée privilégiée pour les personnes qui en sont victimes.

80 % d'entre elles se rendent ainsi en premier lieu dans une structure sanitaire⁹⁸ avant tout autre service de prise en charge. Les agents de santé sont donc souvent les premiers intervenants pouvant les rencontrer.

La capacité à identifier les victimes de violence ainsi que la qualité de l'accueil et des soins dispensés sont donc primordiales pour garantir l'adhésion à une prise en charge globale.

« L'institution de santé devrait être la porte d'entrée donnant accès à un réseau diversifié d'aide, dont toutes les composantes visent, de manière concertée, la réhabilitation de la personne victime [...] il est donc important que le personnel soignant [prenne conscience] de son rôle dans la mise en œuvre de l'approche pluridisciplinaire, non seulement comme dispensateur de soins, mais aussi comme relais vers les autres secteurs concernés. »

« Prise en charge et accompagnement des victimes de violences sexuelles », livret de formation, Concertation nationale contre les violences faites aux femmes, Haïti, mars 2005.

Lorsqu'une victime de violence s'adresse à une structure sanitaire, elle peut le faire selon trois cas de figure⁹⁹ :

98. Human Rights Watch cité dans « Sexual and gender based violence », atelier Médecins sans frontières, 2005.

99. Dr Phénide Beausséjour (MdM Haïti), « Prise en charge médicale des victimes de violences », atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Managua (Nicaragua), MdM, novembre 2008.

- demande de soins pour des maux divers, sans en déclarer la cause exacte. Les agents de santé devront alors être capables de déterminer que des actes de violence sont à l'origine de ces symptômes et d'identifier ainsi les personnes nécessitant une prise en charge spécifique ;
- présentation spontanée, sans démarche judiciaire préalable, pour attester d'actes de violence et se voir dispenser des soins médicaux ;
- à la suite d'un dépôt de plainte.
Dans ce cas, le personnel de santé est « réquisitionné » pour dispenser les soins médicaux adéquats.

2 / LES PRINCIPES D'ÉTHIQUE MÉDICALE¹⁰⁰

« L'éthique n'est pas un jugement de valeur (comme la morale qui prescrit), ni un code de bonnes pratiques (comme la déontologie), mais une démarche. Elle procède d'une réflexion active, collective, interactive sur les valeurs humaines à préserver et sur les tensions entre la notion de personne (et sa protection) et d'autres logiques. Elle étudie les hiérarchies de valeurs et les critères de choix, particulièrement dans le domaine de la santé¹⁰¹. »

Les grands principes d'éthique médicale sont des principes internationaux valables en tout temps (conflits/paix) et en tout lieu. **Ils servent de référence aux professionnels de santé.** Leur non-respect est constitutif d'une faute professionnelle. Une telle faute peut engager la responsabilité civile et/ou pénale du professionnel,

¹⁰⁰. Carole Dromer, Anne Desmarest, Adrien Delorme, *Pour une éthique de terrain : gestion des données personnelles sensibles (santé – histoire de vie)*, MdM France, 2010.

¹⁰¹. Pr Jean Bernard, premier président du Comité consultatif national français d'éthique, 1985.

mais seulement lorsque le principe éthique qui a été transgressé est retranscrit en droit positif. **Ce sont les législations nationales qui fixent les obligations juridiques des personnes. Les principes éthiques sont quant à eux des gages de respect des droits de l'Homme de manière générale.**

POINT ESSENTIEL

Les principes d'éthique médicale s'appliquent en premier lieu aux médecins. Ils sont néanmoins transposables à tous les intervenants agissant pour le bien-être et/ou la réhabilitation de personnes, y compris de victimes de violence.

Sept principes fondamentaux d'éthique médicale peuvent être énoncés :

1. Le respect de la dignité

Le respect de la personne, de son intégrité physique et morale et de sa dignité représente une valeur essentielle des droits de l'Homme et un devoir primordial pour les professionnels de santé. « Le médecin devra, quelles que soient ses conditions d'exercice, se consacrer en toute indépendance technique et morale à la prestation de soins de qualité avec compassion et respect pour la dignité humaine¹⁰². »

2. L'obligation de traiter sans discrimination

Il s'agit du devoir de soigner sans distinction de race, ethnie, nation, sexe, religion ou croyance, groupe social, opinions politiques, mœurs, situation de famille, réputation, handicap, fortune et état de santé. Le seul critère de priorisation réside dans l'urgence du soin à délivrer.

¹⁰². Code international d'éthique médicale, Association médicale mondiale, 2006.

3. L'obligation de ne pas nuire

Il s'agit de ne pas infliger de souffrances inutiles par action, comme par omission. « Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. » (Serment d'Hippocrate)

4. Le consentement libre et éclairé

Les usagers des programmes doivent comprendre les étapes de la prise en charge (entretien, examen, traitement, relevé des preuves médico-légales...) et doivent y consentir pleinement et librement.

Un consentement¹⁰³ est considéré comme **libre** lorsqu'il est obtenu sans menace, contrainte, ou incitation illicite. Il doit être **éclairé**, c'est-à-dire précédé d'une information loyale, compréhensible et complète sur ce qu'implique la prise en charge envisagée. Il ne suffit pas de délivrer l'information : il est impératif de s'assurer que le patient l'a correctement comprise.

Ce consentement libre et éclairé ne signifie pas qu'il doit toujours être formulé de manière explicite : pour les actes médicaux et les examens courants sans risques importants pour le patient, on peut se contenter d'un consentement **tacite** ou implicite, dès lors que ce dernier est certain.

Exemple : Le patient qui remonte sa manche et tend son bras pour une prise de sang formule un consentement tacite qui ne peut s'interpréter autrement que comme une acceptation de l'acte.

Cependant, pour certains actes médicaux, les législations nationales peuvent requérir un consentement **écrit**.

Exemple : En droit français, tout patient devant subir une coloscopie doit y consentir préalablement par écrit (formulaire de consentement).

Le patient doit également savoir qu'il peut **retirer son consentement** à tout moment.

Cas particuliers

Dans des contextes où le **libre choix du patient est entravé** par un rapport de force qui lui est défavorable, ou lorsque celui-ci a un faible niveau d'instruction, il peut être délicat d'obtenir un consentement libre et éclairé.

Dans le cas où sa famille ou son entourage considèrent qu'il devrait accepter ou refuser l'acte de soin, il appartient au soignant de s'assurer que le choix exprimé par la personne reflète effectivement son consentement.

Les **mineurs** disposent également du droit de recevoir une information claire et loyale. À ce titre, leur avis doit toujours être recherché et pris en considération compte tenu de leur degré de maturité et de compréhension¹⁰⁴. Mais leur seul consentement ne suffit pas et leurs parents ou un autre représentant légal (tuteur) exerçant l'autorité parentale doivent être consultés.

Dans certaines circonstances (maltraitance intrafamiliale, prostitution, violences sexuelles...) et lorsque les violences sont commises à l'encontre d'un mineur, informer les parents/ représentants légaux peut le mettre en danger. Il convient alors de chercher une solution alternative à l'information des parents et de se tourner vers un adulte de confiance désigné par le mineur pour l'accompagner. **C'est toujours l'intérêt supérieur de l'enfant qui doit guider le soignant.**

103. « Le "consentement" est la permission d'agir donnée volontairement par le patient, fondée sur la bonne compréhension des implications et des conséquences possibles. » Déclaration de l'**Association médicale mondiale sur les considérations éthiques concernant les bases de données de santé**, 2002.

104. Déclaration d'**Ottawa**, adoptée par l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale, Ottawa (Canada), octobre 1988, et modifiée, New Delhi (Inde), octobre 2009.



5. La confidentialité

La confidentialité est garantie par le secret médical. Ce dernier couvre non seulement l'état de santé de la personne prise en charge mais également toutes les données nominatives ou permettant son identification par recoupement. Le caractère confidentiel de ces informations est essentiel pour maintenir un lien de confiance entre le professionnel de santé et le patient et pour protéger les droits de celui-ci. Il l'est d'autant plus dans les cas de violence.

Le secret médical s'applique dans le cadre du recueil, de la circulation et de l'archivage des données. Aucune information personnelle ne doit être diffusée sauf en cas de secret médical partagé entre acteurs d'un même réseau de prise en charge. Ce partage d'informations ne peut se faire sans le consentement du patient qui « libère » alors le professionnel de santé de son obligation de confidentialité.

RECOMMANDATION

Une prise en charge pluridisciplinaire implique le concours de différents acteurs travaillant en réseau. Dans ce cas, le partage d'informations est acceptable s'il se fait dans l'intérêt du patient (secret professionnel partagé). Au regard du principe éthique de confidentialité, chaque intervenant ne doit partager que les informations nécessaires et pertinentes.

Le secret médical doit également être garanti par un aménagement adéquat des locaux assurant un minimum d'intimité dans le cadre des consultations.

De même, la question de la confidentialité se pose dans le cadre de l'interprétariat. Un document signé par l'interprète en même temps que son contrat de travail doit alors garantir son adhésion au principe de confidentialité¹⁰⁵.

6. L'obligation de protéger

Avant qu'une personne quitte une structure sanitaire, il est important de s'assurer que, compte tenu des circonstances de la violence dont elle a été victime, elle ne se trouve plus en danger immédiat. Pour les intervenants, protéger ne signifie pas dénoncer systématiquement les actes de violence dont ils ont connaissance. En revanche, des solutions doivent être envisagées suivant la situation spécifique de la victime afin d'éviter la répétition des actes (mesures temporaires de protection physique). Ces mesures ne seront adaptées que si la personne y a pleinement consenti.

L'obligation de recueil du consentement peut être levée au nom de la protection du patient : ainsi, pour les **enfants subissant des violences**, un signalement systématique est souvent préconisé. Il en est de même dans les cas de torture ou autres traitements inhumains ou dégradants à l'encontre de personnes incarcérées.

Pour des **personnes particulièrement vulnérables** (personnes en situation de handicap, personnes âgées en situation de dépendance, personnes sous emprise...), le recueil d'un consentement pleinement libre et éclairé apparaît parfois problématique : l'intervenant doit alors évaluer en son âme et conscience ce qui serait le plus bénéfique à la personne qu'il prend en charge. La singularité de chaque situation doit primer sur la systématisation de la dénonciation.

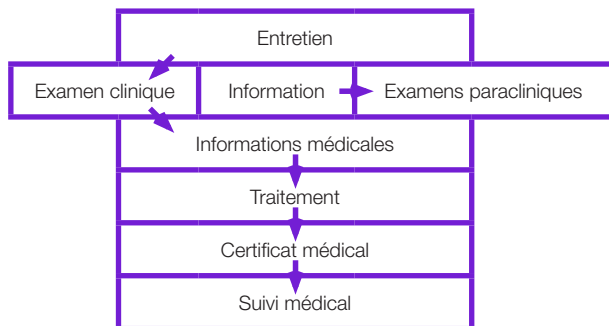
105. Un exemple d'engagement de confidentialité est disponible dans la « boîte à outils » du guide de **Carole Dromer, Anne Desmarest et Adrien Delorme, Pour une éthique de terrain : gestion des données personnelles sensibles (santé – histoires de vie)**, MdM France, 2010.

7. L'obligation d'attester à la demande du patient¹⁰⁶

Si une personne souhaite que l'on atteste de ses blessures ou de son état de santé, le médecin doit lui rédiger un certificat médical. Ce document doit être fondé sur des éléments objectifs constatés par le médecin et non uniquement sur les dires des patients. L'accès au certificat médical est un droit du patient et une obligation pour le médecin. Si la personne ne demande pas de certificat, le médecin a le devoir de le lui proposer, en insistant sur l'intérêt et les enjeux liés au certificat médical.

3/LES COMPOSANTES DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Le schéma idéal de prise en charge médicale :



¹⁰⁶. Pour plus d'informations, voir page 254 la partie relative au certificat médical.

La prise en charge médicale comprend différentes étapes. Pour chacune d'elles, des prérogatives existent afin de garantir la qualité des soins dispensés. Outre ces étapes d'ordre médical, les personnels de santé doivent être formés à l'identification, à l'accueil et à l'orientation des patients¹⁰⁷.

1. Entretien/anamnèse

L'entretien doit être mené en respectant les principes d'écoute et d'empathie vis-à-vis des patients¹⁰⁸. Il doit donc se différencier d'un interrogatoire afin que la victime de violence n'ait pas le sentiment d'être agressée de nouveau.

Rappelons certains de ces principes :

- se présenter (par sa fonction) et présenter toutes les autres personnes éventuellement présentes dans la pièce (infirmière, interprète...);
- éviter d'être interrompu pendant l'entretien;
- être serein, favoriser un climat de confiance;
- si l'entretien se passe dans la salle d'examen, recouvrir les instruments médicaux avant leur utilisation.

Dans le cas de la prise en charge médicale d'un enfant, il peut être bénéfique d'utiliser une poupée pour illustrer les examens que l'agent de santé prodiguera, mais aussi pour permettre à l'enfant de mieux verbaliser ce qu'il a vécu et ressenti.

L'anamnèse comprend :

- des renseignements généraux : informations personnelles et médicales.

¹⁰⁷. ¹⁰⁸. Pour plus d'informations, voir pages 125 et 144 la partie relative à l'accueil et à l'identification des victimes de violence.

→ la description des faits.

Informations médicales

- antécédents médicaux, psychiatriques, gynécologiques/obstétriques et chirurgicaux;
- traitement(s) en cours (y compris les contraceptifs), maladies chroniques (notamment statuts VIH et hépatites B et C);
- signes fonctionnels (de quoi se plaint le patient);
- statut vaccinal;
- allergie(s);
- consommation de drogues, d'alcool, de tabac (il s'agit d'informations sensibles qu'il est parfois préférable d'aborder lors du suivi plutôt que lors de la première consultation);
- en cas de viol : date des dernières règles, retard éventuel.

Renseignements généraux¹⁰⁹

Informations personnelles

Nom(s) et prénom(s) :	Niveau d'études :
Sexe : Âge :	Occupation actuelle :
Date de naissance :	Occupation antérieure :
Lieu de naissance :	
Adresse complète : Si déplacé(e), adresse actuelle :	Nom des parents si mineur(e) :
État civil :	Nombre d'enfants :
Nom du conjoint :	

¹⁰⁹. Fiche d'anamnèse et examen médical (utilisée dans les centres de santé appuyés par MdM), créée par le Fnuap, Goma (RDC).

Description des faits

La description des faits, relayée par le médecin, retranscrit les dires de la personne. Elle ne révèle en aucun cas un parti pris du médecin.

QUELLES INFORMATIONS RECUEILLIR ?

- date et heure de l'agression;
- lieu et circonstances de l'agression¹¹⁰;
- nature et description des violences¹¹¹;
- arme(s) éventuelle(s) utilisée(s), usage de drogues¹¹²;
- renseignements sur l(es) agresseur(s) :
nombre, connu(s) ou inconnu(s) de la victime;
- violences antérieures, démarche(s) judiciaire(s) antérieure(s).

Lorsque le contexte permet des démarches médico-légales, certaines informations complémentaires peuvent être recueillies en cas de viol (toilette après l'acte, rapport(s) sexuel(s) depuis l'agression, etc.)¹¹³.

2. Examen clinique¹¹⁴

Certaines recommandations encadrent l'examen clinique afin qu'il réponde aux principes d'éthique médicale :

- ¹¹⁰. Exemples : agression sexuelle dans des latrines non éclairées d'un camp de réfugiés/déplacés ou lors du ramassage du bois hors du camp ; maltraitance dans le cadre de structures d'hébergement.
- ¹¹¹. Dans les cas de viol, préciser s'il y a eu pénétration, fellation, usage d'objet(s), utilisation de préservatif, etc.
- ¹¹². La personne a-t-elle consommé ou été forcée à consommer de l'alcool ou d'autres drogues ?
- ¹¹³. Pour plus d'informations, se référer aux *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*, OMS, 2003.

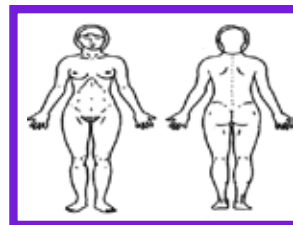
- chaque personne a le droit de décider si elle souhaite être accompagnée lors de l'examen et par qui. Certaines préfèrent en effet être examinées par une personne de même sexe. Dans la mesure du possible, ces choix doivent être respectés par les prestataires de soins ;
- toujours commencer par observer le patient avant de le toucher ; noter l'aspect général ainsi que son comportement ;
- expliquer chaque geste ;
- ne jamais demander au patient de se déshabiller ou de se découvrir complètement : examiner d'abord la partie supérieure du corps, puis la partie inférieure et lui donner une blouse pour qu'il puisse se couvrir ;
- procéder à un examen minutieux et systématique : « de la tête aux pieds » (en terminant par la région génito-anale dans le cas de violences sexuelles) et système par système ;
- rechercher des signes cohérents avec le récit de la personne (morsures, coups de poing, signes d'immobilisation...).

La procédure d'examen clinique des victimes de violence comprend trois volets. Certaines spécificités sont à prendre en compte en cas de violences sexuelles.

- **Noter les signes vitaux** : température, pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire.
- **Noter l'état mental et émotionnel** : calme, irritabilité, pleurs, mimiques, repli sur soi, peur, anxiété, angoisse, etc.
- **Noter les lésions** : l'examen doit insister sur la description des lésions physiques (type, taille, couleur, forme et autres particularités). Il s'agit de décrire systématiquement l'endroit exact de toutes les plaies et lésions.

114. Dr Farida Miloudi, « Composantes de la prise en charge médicale », atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Le Caire (Égypte), MdM, septembre 2009.

115. OMS, UNHCR, *Gestion clinique des victimes de viol*, 2005.



Il est recommandé d'utiliser un schéma du corps-pictogramme et d'y noter les détails relatifs à chaque lésion physique.

POINT ESSENTIEL

Les hématomes mettent au minimum quarante-huit heures à apparaître, notamment sur une peau noire. L'absence de traces physiques n'implique pas l'absence de violences. Dans 50 % des cas, les violences sexuelles ne créent pas de lésions génitales¹¹⁵.

Dans certaines cultures, la virginité des femmes (et surtout des jeunes filles) est garante de leur chasteté et de leur dignité, ainsi que de l'honneur de leur famille.

La virginité des femmes et jeunes filles peut parfois impliquer de ne pas subir d'examen gynécologique ou de ne pas utiliser de tampon, afin de ne pas endommager l'hymen. Dans ce cas, des précautions s'imposent : le médecin doit éviter certains gestes (limiter l'examen génital à l'inspection des organes externes, ne pas utiliser de spéculum...).

Dans tous les cas, pour les jeunes filles n'ayant jamais eu de rapports sexuels, l'utilisation d'instruments pour l'examen génital est déconseillée.

3. Examens paracliniques

Les examens complémentaires doivent être réalisés en fonction des **résultats de l'examen clinique et selon les moyens**

disponibles. Il peut s'agir d'examen biologiques¹¹⁶ en cas de violences sexuelles (bilan sanguin, tests de diagnostic rapide et sérologies VIH, IST, examen d'urine...), ou d'autres examens tels que les radiologies ou les échographies. Ces différents examens peuvent avoir une utilisation médico-légale lorsqu'ils sont utilisés dans le cadre d'une procédure judiciaire, afin de recueillir des données relatives à l'auteur ou aux circonstances de la violence¹¹⁷.

RECOMMANDATIONS

Ne pas rassembler de preuves qui ne peuvent pas être traitées ou utilisées. Dans le cas d'examen paracliniques, respecter les protocoles (méthode de prélèvement, étiquetage, stockage...) en vigueur dans le contexte d'intervention pour garantir la valeur juridique des prélèvements et analyses réalisés.

Ne pas remettre les prélèvements aux autorités si la personne ne souhaite pas porter plainte.

4. Informations médicales

Comme pour tout patient, le personnel de santé recevant des victimes de violence doit fournir des informations claires sur les modalités de prise des traitements et sur les éventuels effets secondaires. En outre, ils doivent les renseigner sur les autres services de prise en charge existants, dont elles pourraient avoir besoin.

5. Prise en charge thérapeutique¹¹⁸

La prise en charge thérapeutique concerne le traitement des lésions physiques, des conséquences spécifiques des violences sexuelles, et/ou des troubles psychologiques.

116. Pour une liste des examens biologiques paracliniques sandarts, se référer à la partie « Suivi médical post viol », page 187

Prise en charge des lésions physiques

En cas de plaies ouvertes et souillées au niveau de la peau ou des muqueuses, et si la personne n'est pas correctement vaccinée, un traitement prophylactique doit être administré pour prévenir le tétanos. Le traitement est dit curatif lorsqu'il concerne des soins locaux de nettoyage, des sutures de plaies (lorsqu'elles sont propres et dans les vingt-quatre heures après l'acte de violence) ou la prescription d'antibiotiques (lorsque les plaies sont sales et ne peuvent donc pas être suturées).

Concernant certaines victimes de violences sexuelles, les lésions physiques peuvent être fistuleuses. Les fistules étant de graves complications médicales, l'examen physique requiert le concours d'un médecin ayant des compétences avancées. Lorsqu'il est constaté ou envisagé une fistule chez une survivante d'une agression sexuelle, il faut l'orienter vers un centre chirurgical effectuant une chirurgie de réparation des fistules. L'acte chirurgical est le seul moyen pour réparer une fistule, à moins que la blessure ne soit très récente.

Module de formation des prestataires : volet médico-sanitaire, Initiative conjointe de prévention aux violences sexuelles et de réponses aux droits/ besoins des victimes/survivantes, Goma, RDC, juin 2005.

Prise en charge des conséquences spécifiques des violences sexuelles¹¹⁹

Les actes de violence sexuelle peuvent entraîner des grossesses non désirées et la transmission d'infections

117. Lorsque le contexte permet que des prélèvements à titre médico-légal soient réalisés et analysés, se référer aux *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*, OMS, 2003.

118. 119. Pour plus d'informations, se référer à la partie « Suivi médical post viol », page 187

sexuellement transmissibles (dont le VIH/sida). La prise en charge médicale de ces violences doit prendre en compte ces différentes conséquences.

Prise en charge des infections sexuellement transmissibles

Si l'agression est récente (< 3 jours) :

→ traitement **prophylactique systématique**.

Si l'agression est ancienne :

→ traitement **prophylactique systématique**

lorsque le contexte ne permet pas le suivi des patients ou la réalisation de tests biologiques¹²⁰ ;

→ **traitement** si les tests biologiques ont mis en évidence une IST et/ou si la victime présente des symptômes correspondants.

« On a traité plus de 300 cas de violences sexuelles depuis le début de l'année et je peux vous assurer que toutes les victimes d'une pénétration avaient une IST. »

Témoignage d'Elise Mbusa, infirmière, association Fepsi, partenaire de MdM dans le Nord-Kivu (RDC).

RECOMMANDATIONS

Se référer aux protocoles nationaux lorsqu'ils existent. Quand de tels documents n'existent pas, les équipes médicales peuvent alors se référer aux protocoles MdM (confrontés à ceux des autres ONGs intervenant dans la même zone). Toujours privilégier les traitements les plus courts et les plus faciles à prendre.

Concernant l'hépatite B

Le vaccin doit être administré au plus tard dans les quatorze jours qui suivent l'agression, deux rappels étant nécessaires à J+7 et J+28. Le vaccin ne présente aucune contre-indication chez la femme enceinte ou les personnes atteintes d'infection chronique telle que le VIH. Il peut être administré en même temps que le vaccin contre le tétanos.

Concernant la prise en charge du VIH/sida

Le dépistage du VIH ne peut se faire de façon fiable que trois mois après le rapport sexuel à risque. Le dépistage doit néanmoins être proposé à toute personne victime de viol sans prendre en compte le délai écoulé depuis. Cela permettra de connaître son statut sérologique antérieur. Si le test est négatif ou qu'il est refusé par la personne, la prophylaxie postexposition (PPE) doit être proposée si et seulement si le viol est récent.

POINT ESSENTIEL

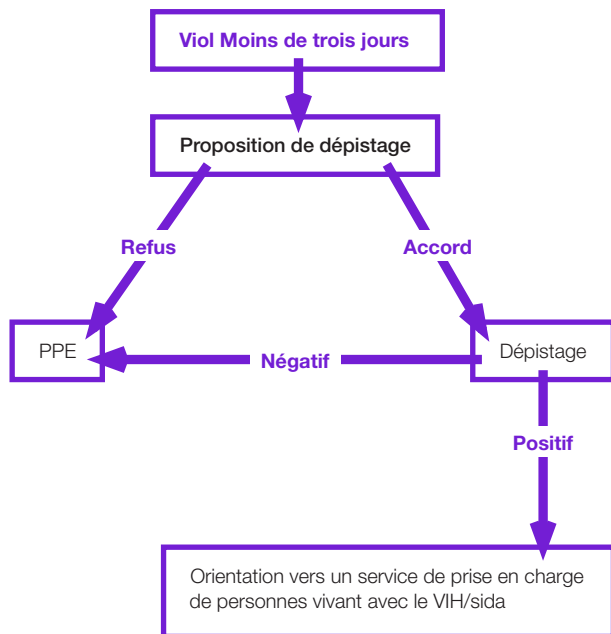
La prophylaxie postexposition (PPE) n'est efficace et pertinente que dans un délai de 3 jours après l'acte de violence sexuelle.

Différents cas de figure se présentent donc :

→ le test de dépistage est accepté par la personne et s'avère positif : une prophylaxie postexposition est alors inutile, car cela signifie que la transmission du VIH est antérieure au viol. La personne devra être orientée vers les structures de prise en charge adéquates ;

120. Contextes de crise (conflits armés, déplacements de population, épisodes massifs de violence interne) entraînant une forte mobilité des personnes ; contextes de déstructuration des systèmes sanitaires...

- le test est accepté par la personne et s'avère négatif : un traitement prophylactique postexposition doit lui être proposé ;
- le test est refusé par la personne : un traitement prophylactique postexposition doit lui être proposé.



La prophylaxie postexposition comprend deux ou trois antirétroviraux (ARV) à prendre pendant vingt-huit jours. Le traitement de référence est la trithérapie, mais en cas de non-disponibilité la bithérapie devra être utilisée.



Dépliant de sensibilisation créé en Haïti, **MdM**, 2008.

RECOMMANDATIONS

La prise en charge prophylactique n'étant efficace que dans les trois jours suivant le viol, il est primordial de développer des actions de sensibilisation et d'information auprès de la population sur les délais prescrits pour la prise en charge médicale en cas de violences sexuelles.

La population doit également être informée que, même le délai des soixante-douze heures écoulé, la prise en charge médicale des violences sexuelles reste fondamentale.

Prise en charge des risques de grossesse et des grossesses issues du viol

Contraception d'urgence

La prise en charge médicale des victimes de viol implique la prévention des grossesses non désirées pouvant en résulter. Une pilule contraceptive d'urgence doit donc être proposée. Là encore, le recours à ce traitement constitue un choix personnel qui ne peut être pris que par la femme concernée. Le médecin a le devoir de l'informer des enjeux relatifs à la contraception d'urgence, en tenant compte des représentations liées à la contraception et à l'avortement dans le contexte d'intervention. Il doit également être expliqué que les pilules contraceptives d'urgence doivent

être prescrites dans un **déla**i maximum de trois jours après le viol, leur efficacité décroissant avec le temps.

POINT ESSENTIEL

Les pilules contraceptives d'urgence agissent en interrompant le cycle reproductif. Elles n'interrompent ni ne nuisent à une grossesse déclarée. L'Organisation mondiale de la santé ne les considère pas comme une méthode d'avortement¹²¹.

Le médecin doit également expliquer les enjeux liés aux rapports sexuels précédant et suivant l'incident.

Un test de grossesse positif révèle la présence d'une hormone qui n'est sécrétée que dix jours après le rapport sexuel.

Ainsi, **une grossesse détectée dans les dix jours suivant le viol ne peut résulter que d'un rapport sexuel antérieur.**

La victime était déjà enceinte au moment de l'incident.

En outre, la pilule contraceptive d'urgence n'empêche pas une grossesse due à des rapports sexuels ayant eu lieu après le traitement. Le médecin doit alors préconiser l'utilisation d'une contraception dès que possible si la femme n'a pas un désir d'enfant.

La question de l'interruption volontaire de grossesse

Si la patiente est enceinte à la suite d'un viol, la question de l'interruption de la grossesse non désirée se pose. Ici encore, la connaissance du contexte est primordiale, en ce qui concerne le cadre légal d'une part (prohibition de l'avortement en cas de viol, prohibition de l'avortement pour mineur sans le consentement de ses représentants légaux...), et les représentations de la population d'autre part (conceptions socioculturelles et/ou religieuses condamnant l'interruption volontaire de grossesse même lorsqu'elle est légalisée).

121. OMS, *Emergency contraception: a guide for service delivery*, 1998.

Si des contraintes liées au cadre légal ou aux représentations socioculturelles existent, des solutions peuvent être envisagées afin de répondre aux demandes des victimes et dans l'intérêt du patient :

→ Lorsqu'il existe, sur le plan légal, une interdiction ou des restrictions au droit à l'avortement, des actions de plaidoyer peuvent être envisagées afin de faire évoluer les dispositions légales en la matière.

Au niveau du projet, le personnel soignant doit s'interroger sur les brèches législatives pouvant potentiellement rendre une intervention légale.

« En Algérie, l'avortement est interdit par la loi. Il existe néanmoins des exceptions légales pour des raisons thérapeutiques afin de sauver la vie de la femme si elle est en danger ou dans les cas de risques de malformations graves de l'enfant à naître. En cas de grossesse consécutive à un viol, l'avortement n'est autorisé que s'il s'agit d'un acte commis dans le cadre du terrorisme. Malgré ce cadre normatif et considérant qu'une grossesse à la suite d'un viol peut avoir de graves répercussions sur la santé mentale de la victime, un certain nombre de médecins utilisent la brèche que constitue l'avortement thérapeutique. »

Témoignage d'un intervenant dans le cadre de l'atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Le Caire (Égypte), MdM, septembre 2009.

→ Lorsqu'il existe des réticences à la pratique de l'avortement en lien avec les représentations socioculturelles et les croyances religieuses, que ce soit de la part du praticien ou de celle de la population en général, des actions de sensibilisation et d'information peuvent être menées afin de réduire ces contraintes à l'accès à l'avortement pour les victimes de violence.



« Il y a de nombreux obstacles [à la pratique de l'avortement] sur le plan religieux et moral, imposés par la société colombienne aussi bien aux femmes qu'aux professionnels. Il est difficile de trouver un médecin qui pratique l'avortement, car beaucoup de professionnels mettent en avant l'argument de "l'objection de conscience" et refusent ainsi d'appliquer la loi. »

Témoignage d'un membre de la mission Colombie,
Mdm, décembre 2009.

Si la patiente en fait la demande, et si le cadre normatif le permet, le médecin devra organiser l'acte d'interruption de grossesse puis assurer l'orientation de la personne vers un accompagnement adéquat. Dans la mesure du possible, celui-ci comprend la mise en relation de la femme avec des services de santé reproductive (traitement d'urgence des complications éventuelles, conseils en matière de planning familial...), ainsi qu'avec des services de prise en charge psychologique. Si la pratique de l'avortement est contraire aux convictions personnelles du médecin, celui-ci a le droit de refuser mais a le devoir d'orienter sa patiente vers des services adaptés.

Dans les cas où l'interruption volontaire de grossesse est strictement interdite, certaines femmes pourront vouloir recourir à des moyens illégaux afin de procéder à un avortement.

Elles risquent ainsi de subir des actes pratiqués dans des conditions précaires ne garantissant pas leur sécurité médicale (par des personnes non formées, dans des conditions d'hygiène insatisfaisantes...).

« Chaque année, sur un nombre total de grossesses estimé à 205 millions, 42 millions se terminent par un avortement provoqué, pratiqué dans des **conditions insalubres** dans 20 millions de cas. [...] En plus des 65 000 à 70 000 décès enregistrés chaque année en raison d'un avortement non médicalisé, on estime que près de 5 millions de femmes qui en ont subi un souffrent ensuite d'une invalidité temporaire ou permanente. »

Bulletin médical de l'IPPF, vol. 42, n°2, juin 2008.

Des actions de plaidoyer pour une évolution du droit, ainsi que des actions de sensibilisation et d'information sur les risques courus dans le cadre d'interruptions de grossesse clandestines / non médicalisées peuvent être des moyens de réduire les risques associés à ces pratiques exercées dans des conditions dangereuses.

Prise en charge des symptômes psychologiques

Il a déjà été souligné que les violences, quelles qu'elles soient, ont des conséquences diverses sur la santé physique, mais aussi mentale des personnes. Le personnel soignant, tout comme l'ensemble de la population, doit avoir conscience que les conséquences psychologiques des violences liées au genre sont fréquentes et peuvent s'avérer sévères¹²². Ces symptômes doivent être pris en compte. Dans de nombreux cas, les victimes de violence parviennent à dépasser leurs difficultés émotionnelles. Dans le cas inverse, si elles risquent de développer des troubles psychologiques,

¹²². Pour plus d'informations, voir page 199 la partie relative à la prise en charge psychologique des victimes de violence.

un soutien plus poussé doit être disponible, et le médecin doit pouvoir orienter la personne vers un professionnel compétent (psychologue, psychiatre, infirmier psychiatrique...). Ce référencement ne doit donc pas être fait de façon systématique pour toute personne victime de violence. La prescription d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs peut être envisagée dans le cadre des soins psychologiques. Ce traitement médicamenteux doit cependant être utilisé avec prudence et toujours prescrit par du personnel médical compétent. Il ne doit pas venir compenser une prise en charge humaine et psychologique défectueuse.

6. Rédaction du certificat médical

Le certificat médical est avant tout un **acte médical** et fait donc partie des prérogatives de tout médecin. Il est issu du principe éthique relatif à l'obligation de fournir une attestation à la demande de la personne prise en charge. C'est un **document médical confidentiel**, car extrait du dossier médical¹²³. La forme du certificat médical est primordiale et soumise à des règles précises afin qu'il puisse être utilisé à des fins judiciaires¹²⁴.

7. Suivi médical

Le personnel de santé doit sensibiliser les patients à l'importance du suivi médical, c'est-à-dire à la nécessité de revenir consulter. Le suivi médical comprend le fait de :

- évaluer l'état de santé général ;
- s'assurer de la guérison des lésions initiales ;

123. Carole Dromer, Anne Desmarest, Adrien Delorme, *Pour une éthique de terrain : gestion des données personnelles sensibles (santé – histoire de vie)*, MdM France, 2010.

124. Pour plus d'informations, voir page 254 la partie relative au certificat médical.

- s'assurer de l'observance des traitements prescrits ;
- proposer un dépistage IST et VIH suivant le délai écoulé depuis l'agression sexuelle ;
- suivre l'état de grossesse ;
- proposer une aide psychologique/psychosociale.

Dans tous les cas, ces consultations de suivi doivent être l'occasion pour le soignant de répéter les conseils et les informations données lors des premières visites ; en effet, il est probable que les patients rencontrés juste après l'agression ne retiennent pas, du fait du choc émotionnel, l'ensemble des informations délivrées.

EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES

Les buffets d'urgence en Haïti – 2009

En mai 2007, un état des lieux réalisé dans les cinq structures hospitalières avec lesquelles travaille MdM en Haïti a révélé que la complexité du parcours de prise en charge médicale était une des causes du découragement d'un grand nombre de patients à poursuivre leur démarche et du dépassement du délai de trois jours.

Des *buffets d'urgence* ont alors été mis en place dans les hôpitaux, afin d'assurer une **prise en charge médicale rapide, gratuite et la plus complète possible**.

Ils permettent la **mise à disposition gratuite de moyens matériels et financiers** nécessaires à une prise en charge médicale efficace, tels que :
→ matériel de prélèvements ;
→ matériel d'examen ;

- médicaments ;
- matériel administratif...

Ces intrants assurent l'application de **protocoles médicaux** mis en place au niveau national.

Chaque *buffet* est matérialisé par une armoire localisée dans un endroit clé garantissant la **sécurité** **et la disponibilité de son contenu 24 h/24 et 7 j/7.**

En complément, des **outils** ont également été créés par MdM afin de faciliter le processus de fonctionnement des buffets :

- fiches d'utilisation ;
- fiches de stock ;
- bons de commande...

Enfin, des séances de **formation** à la prise en charge des victimes de violences sexuelles sont assurées tout au long de l'année pour le personnel des structures hospitalières.

SUIVI MÉDICAL APRÈS VIOL

➤ Ce protocole a été réalisé en complément de l'ensemble des informations et recommandations présentes dans ce guide, notamment dans la partie « Prise en charge médicale », page 156, à laquelle il faut se référer pour tout renseignement supplémentaire.

Première visite et suivi

La prophylaxie post-exposition (PPE) au VIH n'est efficace que si elle est commencée au mieux dans les 4 heures qui suivent l'exposition et au maximum dans les 3 jours (72 heures), et que si la personne est séronégative.

Quelle que soit la situation, les différents examens réalisés ne doivent en aucun cas retarder la prise en charge de la personne.

Le tableau ci-après présente l'ensemble des examens qu'il faut réaliser dans l'idéal pour un(e) patient(e) victime de viol. Il explore les cas où la PPE est disponible et ceux où elle ne l'est pas. Bien entendu, il est à adapter aux possibilités réelles du terrain.

Remarque : en cas d'apparition de symptômes évocateurs d'une primo-infection par le VIH, il est recommandé de faire pratiquer une sérologie VIH et une charge virale VIH, quelle que soit la date.

	<u>Exposition sexuelle traitée</u>	<u>Exposition sexuelle non traitée</u>
J0	– NFS, ALAT, amylase et/ou lipase et créatinine ¹²⁵ selon prescription – Sérologie VIH, VHC*, VHB : Ag Hbs, Ac anti-HBs et Ac anti-HBc, TPHA VDRL** – Test de grossesse***	– Sérologie VIH, VHC*, VHB : Ag Hbs, Ac anti-HBs et Ac anti-HBc, TPHA VDRL** – Test de grossesse
J15	– NFS, ALAT, créatinine et/ou lipase, amylase selon prescription – Test de grossesse***.	– Pas de bilan biologique
J30	– NFS, ALAT, TPHA/VDRL**, recherche de chlamydia – Sérologie VHC*	– Sérologie VIH, TPHA/VDRL**, recherche de chlamydia, sérologie VHC*
M2	– Sérologie VIH	– Pas de bilan biologique
M3	– Pas de bilan biologique	– Sérologies VIH et VHC* – ALAT
M4	– Sérologies VIH et VHC*	– Pas de bilan biologique
M6	– Ac anti-HBs ou ALAT et Ac anti-HBc si non répondeur (<10 mui/ml) ou non vacciné, – sérologie VHC*	– Ac anti-HBs ou ALAT et Ac anti-HBc si non répondeur (<10 mui/ml), sérologie VHC* – ALAT

* Suivi VHC recommandé en cas de contact traumatique ou sanglant.

** TPHA-VDRL ou autre test syphilitis disponible en fonction des terrains.

*** Pour les femmes en âge de procréer.

125. La créatinine permettra notamment de s'assurer que le patient n'est pas en insuffisance rénale, contre-indication à certains traitements > se référer page 192.

Prophylaxie post-exposition au VIH (PPE)

La prophylaxie post-exposition au VIH n'est pas systématique : il faut d'abord évaluer le risque de transmission du VIH/sida.

Le virus du VIH/sida est présent dans tous les liquides biologiques de l'organisme des personnes atteintes : sperme et liquide séminal (qui s'écoule au début de l'érection) chez l'homme, sécrétions vaginales et lait maternel chez la femme, et sang. Il y a un risque de transmission du virus lorsqu'il y a contact entre un liquide contaminant et une muqueuse ou une plaie ouverte. Donc, en cas de viol, il existe un risque de transmission du VIH/sida s'il y a :

→ pénétration vaginale ;

→ pénétration anale ;

→ pénétration orale (si éjaculation dans la bouche).

En cas de morsure de l'agresseur par la victime, il y a un risque de transmission si la morsure est très profonde et que la victime a donc du sang de l'agresseur dans la bouche (contact sang-muqueuse).

La pénétration digitale ou avec un objet n'est pas à risque de transmission du VIH/sida ; la PPE est alors inutile.

Tout programme MdM étant susceptible de prendre en charge une personne victime de viol, il faut toujours en amont savoir s'il existe un **protocole national de PPE de qualité et, le cas échéant, le mettre en place dans le service. Si ce protocole national fait défaut, le protocole ci-dessous pourra être utilisé tel quel ou adapté aux moyens disponibles sur le terrain.**

Traitement

Trithérapie conseillée :

2 INTR = inhibiteur nucléosidique de la Reserve Transcriptase
+ 1 IP = inhibiteur de Protéase boosté.

Truvada® (ténofovir TDF + emtricitabine FTC)
+ Kaletra® (lopinavir/ritonavir LPVr)

Ou

Combivir® (zidovudine AZT + lamivudine 3TC)
+ Kaletra® (lopinavir/ritonavir LPVr)

Posologies (voir tableaux ci-contre)

À noter : si la première prise de traitement est faite au milieu de la nuit, elle sera suivie d'une prise le matin (la prise de nuit, même si elle est rapprochée de la suivante, jouera le rôle de dose de charge).

Dans l'idéal, le traitement prophylactique post-exposition n'est initialement prescrit que pour quelques jours, à l'issue desquels le patient est revu par le médecin référent VIH pour réévaluer le traitement. S'il décide la poursuite du traitement, il reconduira la prescription pour une durée totale de 28 jours. Il pourra également décider de faire des prescriptions fractionnées (pour chaque semaine ou toutes les deux semaines) afin d'améliorer le suivi, vérifier la tolérance du traitement et renouveler les conseils préventifs.

En cas de doute sur les possibilités de suivi, le traitement devra être prescrit directement pour 28 jours afin de maximiser la probabilité de le voir mené à terme.

	Truvada®	Combivir®	Kaletra®
Adultes	1 cp/jour au cours d'un repas	1 cp 2 fois/jour	2 cp à 200 mg/50mg 2 fois/jour
Enfants	Cl (< 30 kg)	21-30 kg	>15 kg
		14-21 kg	<15 kg
		1/2 cp le matin et 1 cp le soir	10 mg/kg 2 fois/jour ; cp de 200 ou 100 mg.
		1/2 cp 2 fois par jour	12 mg/kg 2 fois/jour ; disponible en sirop
		<14 kg	80 mg/ml

Le Combivir® est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 14 kg.
La lamivudine 3TC et la zidovudine AZT devront être administrées séparément :

	3TC	AZT
Enfants <14 kg	4 mg/kg 2 fois/jour, disponible en sirop 10 mg/ml	8 mg/kg 2 fois/jour, disponible en sirop 10 mg/ml
1 mois-12 ans	150 mg 2 fois/jour, cp de 150 mg disponibles	300 mg 2 fois/jour, cp de 300 mg ou gélules de 250 mg disponibles
> 12 ans		

Cp = comprimé
Cl = contre-indiqué

Contre-indications

- **Truvada®** : traitement contre-indiqué :
 - chez l'enfant. (< 30 kg).
 - chez l'insuffisant rénal ayant une clairance <30 ml/min¹²⁶.
- **Combivir®** : traitement contre-indiqué lorsque Hb<7,4 g/dl.

Effets indésirables fréquents (voir tableau ci-contre)

Interactions médicamenteuses

Avant de prescrire une prophylaxie post-exposition au VIH, pensez à vérifier les interactions médicamenteuses éventuelles si le patient prend d'autres traitements.

Prévention d'une grossesse non désirée chez les femmes en âge de procréer

Avant 3 jours

Test de grossesse pour diagnostiquer une grossesse préexistante au viol :

- Si le test est positif, il faut bien expliquer à la personne que la grossesse ne peut être liée au viol.
- Si le test est négatif, prescrire une contraception d'urgence pour prévenir une grossesse en l'absence d'une autre contraception ; selon les terrains, on trouve :

¹²⁶. D'où l'intérêt de faire, si possible, une créatinine (voir le 1^{er} tableau de cette partie)
Clairance = 1,23 x poids x (140 - âge / créatm) pour les hommes.
= 1,04 x Poids x (140 - âge / créatm) pour les femmes.
Le poids est en kg, la créatinine est en µmol/l, le résultat en ml/min.

Avec Truvada®		Avec Combivir®		Avec Kaletra®
TDF	FTC	AZT	3TC	
Insuffisance rénale (voir suivi biologique)	Céphalées, asthénie, vertiges	Nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhées	Troubles digestifs : nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhées	Éruption cutanée
Hypophosphatémie	Insomnie	Anémie, leucopénie	Céphalées, insomnie, asthénie, malaise	Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées
Nausées et diarrhées	Troubles digestifs : nausées, diarrhées, vomissements	Céphalées, vertiges, asthénie, myalgies	Toux	Fièvre, infections virales, hépatomégalie et pancréatite chez l'enfant
Myalgies (douleurs musculaires), Vertiges, fatigue.	Éruptions cutanées, douleurs musculaires		Myalgies, arthralgies, éruptions cutanées	Céphalées, paresthésies
	Anémie chez les enfants, neutropénie		fièvre	Asthénie, malaises

– Levonorgestrel : deux posologies existent
mais c'est bien la même molécule :

Postinor 2® 0,75 mg : 1 cp et un deuxième 12 heures
plus tard (en cas de difficulté il est admis qu'une prise
unique de 2 comprimés est efficace)

ou

Norlevo® 1,5 mg : 1 cp.

– Ethynyl Œstradiol + Levonorgestrel : deux posologies existent :
Ethynyl Œstradiol® 0,5mg + Levonorgestrel® 0,25mg :
2 cp puis 2 autres 12 heures après.

ou

Ethynyl Œstradiol® 0,3mg + Levonorgestrel® 0,15mg :
4 cp puis 4 autres 12 heures après.

En cas de vomissement dans les trois heures, reprendre une dose.

Attention : la contraception d'urgence ne protège pas
d'une grossesse à venir, donc si la femme a une activité sexuelle
sans désir d'enfant, penser à lui conseiller un contraceptif.

Traitement antibiotique prophylactique des IST

Les protocoles doivent être adaptés aux protocoles
nationaux existants.

Céfixime (Oroken®) :

- adolescents et adultes : 2 cp de 200 mg en une prise
- enfants < 12 ans : 8 mg/kg en deux prises à 12 heures
d'intervalle ; disponible en poudre pour solution buvable :

- 40 mg/5 ml pour les enfants de 6 à 30 mois
- 100 mg/5 ml pour les enfants de 30 mois à 12 ans

Azithromycine (Zithromax® une dose) :

- adolescents et adultes : 1 cp d'1 g
- enfants < 25 kg : 10 mg/kg en une prise

Remarque : si la personne consulte au-delà de 20 jours après
l'événement, la benzathine pénicilline (Extencilline®) 2,4M en
dose unique IM est recommandée pour traiter une éventuelle
syphilis. L'administration se fera par deux injections de 1,2M,
une dans chaque fesse. Ce traitement est très douloureux,
donc penser à prévenir le patient et à prescrire un analgésique.
Sinon, l'azithromycine est suffisant pour couvrir une syphilis
en cours d'incubation.

En cas de suspicion d'infection à trichomonas ajouter
un traitement préventif par métronidazole :

- adolescents et adultes : 2 g en une prise unique
- enfants : 5 mg/kg 3 fois par jour pendant 7 jours

Prévention des hépatites B et C

Hépatite B

Pour les personnes exposées non vaccinées ou
à vaccination incomplète : on propose une sérovaccination
par immunoglobulines anti-HBs + 1 dose de vaccination,
à faire dans deux sites différents.

Deux vaccins existent : Engerix® et Genhevac®.

	Genhevac®	Engerix®
Adultes	20 µg par injection	20 µg par injection
Enfants		10 µg par injection

La vaccination devra ensuite être complétée ;
deux calendriers vaccinaux sont alors possibles :
J0, J30 et J180

ou

J0, J7 et J21 mais ce protocole est utilisable uniquement
avec le vaccin Engerix®.

Hépatite C

Le traitement post-exposition n'est pas recommandé.
L'important est – si le traitement anti-VHC est disponible –
de dépister rapidement une éventuelle séroconversion,
de façon à pouvoir mettre en place un traitement adapté.

Prévention du risque de transmission des IST au(x) partenaire(s)

Les patient(e)s doivent être informé(e)s de la nécessité d'utiliser
des préservatifs lors de leurs rapports sexuels pendant
les 3 mois qui suivent l'agression sexuelle, 4 mois si ils/elles
ont bénéficié de la prophylaxie post-exposition au VIH. Ce
n'est en effet qu'au bout de 3 mois (4 mois si PPE) qu'un test
de dépistage VIH/sida négatif permet de dire avec certitude
que la personne n'a pas été contaminée par le VIH au cours
de l'agression sexuelle ; le risque de contamination du ou
des partenaires peut alors être écarté.

Traitement des blessures

- Nettoyer toutes les déchirures, coupures et abrasions.
- Les blessures propres peuvent être suturées dans les 24 heures.
- Ne pas suturer des blessures sales.
- Procéder à une vaccination antitétanique, si nécessaire.
Si la personne n'a jamais été vaccinée contre le tétanos,
il faut suivre le calendrier vaccinal suivant : J0, J30 et M6.

Sources

- Circulaire interministérielle française du 13 mars 2008.
- Recommandations sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH », rapport Yeni, 2008.
http://www.actupparis.org/IMG/pdf/2008_RapportYeni.pdf
- HAS : Commission de la transparence, avis du 15 février 2006 :
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct032519.pdf>
- OMS, Gestion clinique des victimes de viol – Développement
des protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes
déplacées dans leurs propres pays, édition révisée, 2005.

Demande d'interruption de grossesses issues de viol

Pour mieux comprendre les enjeux liés aux interruptions
de grossesses issues du viol, ainsi que les risques de telles
interventions (lorsqu'elles ne sont pas médicalisées), voir :

- page 80, la partie relative à l'interruption volontaire de
grossesse, dans « Focus sur la santé reproductive » ;
- page 177 la partie relative aux risques de grossesse
et aux grossesses issues de viol, dans « Prise en charge
médicale ».

Il existe des directives et protocoles pour les interruptions volontaires de grossesses :

- OMS, Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, Genève, 2004.
- Médecins sans frontières Belgique, «Protocole d'interruption de grossesse», fiche 23, mémento VSX, janvier 2006.
- Médecins sans frontières, Médicaments essentiels – guide pratique d'utilisation à l'usage des médecins, pharmaciens, infirmiers et auxiliaires de santé, édition 2010.

3D

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

➤ La prise en charge psychologique des victimes de violences liées au genre représente l'ensemble des actions pour accompagner la personne dans sa reconstruction psychique et morale, après un événement ayant mis à mal son bien-être psychologique.

L'impact des violences liées au genre sur la santé mentale, et leurs possibles répercussions sous forme de troubles mentaux, révèle l'importance du volet psychologique, dans la prise en charge pluridisciplinaire des victimes de violence. Si les conséquences psychologiques des violences sont particulièrement visibles chez les personnes ayant directement subi ces actes, elles doivent également être considérées au niveau communautaire et sociétal. Les réponses thérapeutiques aux violences liées au genre sont diverses et dépendent de la souffrance psychologique ressentie par la personne concernée, mais aussi des ressources disponibles dans le contexte. Dans l'idéal, deux approches complémentaires (approche psychosociale et approche de soins) doivent être accessibles afin de permettre la réhabilitation psychologique de l'ensemble des victimes de violences liées au genre.

1 / NOTIONS EN LIEN AVEC LES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES DES VIOLENCES

1. La santé mentale

Selon l'OMS, la santé est un « état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹²⁷. »

La santé mentale quant à elle, correspond à « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté¹²⁸. »

Elle « permet aux individus, au groupe et à l'environnement d'interagir les uns avec les autres de manière à promouvoir le bien-être subjectif, le développement et l'utilisation optimale des capacités mentales [...], la réalisation des objectifs individuels et collectifs compatibles avec la justice ainsi que l'établissement et la préservation de conditions d'égalité fondamentale¹²⁹. »

Concernant le lien entre santé mentale et violence, il s'agit également de souligner l'importance prise, ces dernières années, par les notions de souffrance psychique et d'« empowerment ».

S'agissant de la souffrance psychique, il est important d'insister sur

127. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, entrée en vigueur le 7 avril 1948.

128. OMS, « Santé mentale : un état de bien-être », Octobre 2009.

129. OMS, *Aspects psychosociaux et psychiatriques de la Santé de la Femme*, Division de la santé de la famille et Division de la santé mentale, WHO/FHE/MNH/93.1, 1993.

le fait qu'elle n'est pas synonyme de maladie mentale. C'est ainsi que Jean Furtos parle en France d'une « santé mentale suffisamment bonne », en la définissant comme « la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, c'est-à-dire comme la capacité de vivre avec autrui en restant en lien avec soi-même, sans destructivité mais non pas sans révolte¹³⁰ ». Toutefois, il est fondamental de souligner que la souffrance psychique peut être un moteur de changement ou bien devenir paralysante et se trouver à l'origine ou venir renforcer une pathologie, qu'elle soit psychiatrique ou psychosomatique.

S'agissant de la notion d'empowerment¹³¹, elle doit être prise en compte dans les cas de violences liées au genre. En effet, dans ce type de violence, les rapports de pouvoir sont au centre du lien entre l'agressé(e) et l'agresseur. L'auteur des violences cherche à démontrer sa force et sa supériorité en humiliant et en rabaisant l'autre, et en ancrant cette puissance dans l'intimité et dans l'identité même de la victime.

À ce niveau, la notion d'« empowerment psychologique » est primordiale. Elle est définie comme « un sentiment de contrôle sur sa vie [...]. La dimension communautaire de l'empowerment implique des individus pour qu'ils agissent collectivement en vue d'avoir une plus grande influence et un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé et de la qualité de vie dans leur milieu de vie¹³². »

130. Jean Furtos, *Les cliniques de la précarité, contexte social, psychopathologies et dispositifs*, ONSMP – ORSPERE, Lyon, 2004.

131. Pour plus d'informations, voir page 274, la partie relative à la réinsertion sociale et économique.

132. C. Longpré, D. Forté, C. O'Doherty, B. Vissandjée, *Projet d'empowerment des femmes. Conception, application et évaluation de l'empowerment (phase 1)*, Centre d'excellence pour la santé des femmes (Cesaf), Consortium Université de Montréal, Montréal, 1998.

Dans le cas des victimes de violences liées au genre, ce qui est en partie à l'œuvre est un processus de «désempowerment», dans lequel elles ne sont pas maîtresses de leur destin; elles subissent, perdent confiance en elles-mêmes et ressentent de la honte et une grande culpabilité, estimant souvent que ce qui leur arrive est mérité. Cette culpabilité, ajoutée à une intériorisation de la violence pouvant toucher leur propre identité, peut expliquer la trop fréquente absence de demande d'aide à laquelle se trouvent confrontés les professionnels de la santé. Dans ce type de situation, le risque supplémentaire est que les professionnels interprètent cette soumission à la violence comme un choix – renforçant ainsi l'idée reçue selon laquelle la victime est en effet coupable de ce qui lui arrive – voire comme le symptôme d'une pathologie. Qualifier de pathologiques les problèmes de ces personnes accentue les sentiments de honte, d'impuissance et de désespoir qu'elles éprouvent.

Les conséquences des violences liées au genre sur la santé mentale sont multiples et peuvent être différenciées selon que l'on aborde ces répercussions sur les victimes directes ou sur les victimes indirectes.¹³³

Conséquences pour la personne ayant subi les violences

Tout acte de violence subi par une personne a des répercussions sur son bien-être psychique et donc sur sa santé mentale. Il vient perturber son état psychologique. Dans la plupart des cas de violence, on assiste à un état de choc, qui correspond à une période de crise normale suite à un événement ayant mis/dont on croit qu'il a pu mettre sa vie en danger. La souffrance psychique, chez les personnes ayant subi des violences, peut prendre plusieurs formes.

133. Pour plus d'informations, voir page 112, la partie relative aux conséquences des violences liées au genre.

EXEMPLES DE RÉACTIONS PSYCHOLOGIQUES SUITE À UN ACTE DE VIOLENCE

La peur : « Je n'ose pas sortir de chez moi seul(e), j'ai peur du noir. »

L'angoisse : « Je me sens tellement tendu(e), j'ai les nerfs détraqués, j'ai la sensation de souffle coupé. »

La colère/ l'hostilité : « J'ai envie de le tuer; je le hais, je hais tout et tout le monde. »

L'isolement/la distanciation : « Je ne peux en parler à personne. Mon mari va demander le divorce s'il s'en rend compte et ma famille me prendra mes enfants. »

La culpabilité : « J'ai l'impression que j'ai fait quelque chose qui a provoqué ce qui est arrivé. Si seulement je n'avais pas... »

La honte : « Je me sens tellement sale, comme souillée, comme si quelque chose n'allait plus avec moi. Est-ce que cela se voit que j'ai été violée ? Que vont penser les gens ? »

La perte de confiance : « J'ai l'impression que je ne peux plus rien faire...pas même les choses les plus simples. »

Les changements d'humeur : « J'ai l'impression que je suis en train de perdre la tête ! »

La perte d'estime de soi : « Je me dégoûte moi-même en pensant à ce qui est arrivé. Je ne vaud plus rien. »

Module de formation des prestataires : Volet médico-sanitaire, Initiative conjointe de prévention aux violences sexuelles et de réponses aux droits/aux besoins des victimes/survivantes, Goma (RDC), MdM, juin 2005.

Les réactions psychologiques face à un acte de violence sont propres à chaque personne. A l'inverse, l'absence de réactions manifestes après l'événement ne présage pas de l'impact traumatique futur. « Ce qui équivaut à dire que toutes les situations violentes n'entraînent pas nécessairement de traumatisme et inversement que tous les traumatismes

ne sont pas nécessairement produits par des situations violentes¹³⁴. » Si les symptômes de souffrance psychique se chronicisent, persistant au-delà des 3 premiers mois qui suivent l'événement potentiellement traumatique et qu'elles deviennent handicapantes pour la personne, on parle alors de traumatisme ou d'état de stress post-traumatique (voir la partie suivante).

Les réactions psychologiques sont fonction de la nature et du contexte de l'événement (degré de violence; soudaineté, durée et répétition de l'acte; menaces exercées par l'agresseur; agresseur connu ou non...), mais aussi de la résistance propre à chaque individu (qui varie en fonction de l'âge, de la personnalité et de la vulnérabilité de la personne au moment de l'agression).

La capacité de résilience est ainsi un aspect primordial de la réhabilitation psychologique des victimes de violences liées au genre. En psychologie, la résilience correspond à la « capacité de l'individu à faire face à une difficulté ou à un stress importants, de façon non seulement efficace, mais susceptible d'engendrer une meilleure capacité de réagir plus tard à une difficulté. La résilience se compose d'un équilibre entre, d'une part, le stress et les difficultés et, d'autre part, la capacité de faire face à la situation et la disponibilité d'un soutien¹³⁵ ».

« Les réactions et les séquelles vont varier qualitativement et quantitativement d'un individu à l'autre, même si certaines constantes peuvent être dégagées. Il ne s'agit pas de les minimiser ni de les dramatiser, mais de les individualiser, si l'on veut bien évaluer et aider les victimes. »

Santé mentale en lien avec les violences sexuelles et relation d'aide psychosociale, formation des conseillères psychosociales, Goma (RDC), MdM, août 2008.

L'impact des violences au niveau de la famille et de la communauté

Les violences liées au genre ont des conséquences psychologiques pour les personnes ayant directement subi ces violences. Elles peuvent également avoir des répercussions sur l'entourage de la personne victime : sa famille et sa communauté.

L'expansion des conséquences des violences s'inscrit d'abord dans la sphère familiale. Ainsi, il peut y avoir propagation des émotions négatives de la victime de violences aux autres membres de sa famille. **L'instabilité émotionnelle, les souffrances psychologiques ressenties individuellement influent sur le couple et la famille.**

Il se peut également que **certains membres de la famille ou de l'entourage des victimes aient été témoins des actes de violence et peuvent de ce fait souffrir psychologiquement.** Ces personnes sont alors des victimes directes de l'événement traumatique¹³⁶.

De même, **certains membres de la famille peuvent être les agresseurs (violences conjugales, maltraitance, inceste...).** Dans ce cas, la dynamique familiale ayant contribué à ces violences doit être prise en compte afin d'appréhender les comportements et réactions de chaque membre face aux violences.

134. Anne Lovell, *Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, Commission violence et santé mentale, mars 2005.

135. Colin Mangham, Ph.D., Patrick McGrath, Ph.D., Graham Reid, Ph.D., Miriam Stewart, Ph.D., *Résilience, Pertinence dans le contexte de la promotion de la santé*, Document de travail – Analyse détaillée présentée à Santé Canada, Atlantic Health Promotion Research Centre, Université Dalhousie, 1995.

136. Pour plus d'informations, voir page 47, la partie relative à la « notion de victime de violence ».

L'acte de violence peut aussi entraîner des **réactions négatives de la part de l'entourage de la victime**. Au lieu de compatir à ses souffrances, la famille peut, par son comportement et ses réactions, accroître le mal-être de la personne en la stigmatisant, la rejetant, la maltraitant, etc. Tel est particulièrement le cas dans les situations de violences sexuelles. La faute est souvent attribuée à la personne victime, renforçant ainsi son sentiment de honte. Sans qu'elles soient justifiables, ces réactions peuvent être considérées comme un moyen d'expression de la propre souffrance de la famille, touchée indirectement par la violence. Ces souffrances ne doivent pas être négligées ; elles doivent être prises en compte afin de permettre le rétablissement des liens familiaux.

Si le rejet de la personne victime de violence est fréquent, c'est également le cas des enfants nés d'un viol. Que ce soit de la part de la mère ou des autres membres de la famille (mari, autres enfants du couple ...), **les enfants issus du viol sont souvent discriminés voire rejetés** du fait de leurs origines (circonstances de la conception et identité du père biologique).

Sa mère est tombée enceinte après avoir été violée par des soldats qui l'avaient retenue prisonnière dans la brousse pendant 14 jours. Elle a encore des difficultés à accepter sa fille et l'utilise souvent comme bouc-émissaire lorsque les choses vont mal. « Je suis malheureuse à cause de cet enfant, explique [la mère], je pourrais volontiers la donner à un bienfaiteur éventuel afin d'oublier le malheur qui m'a frappé. » Et la vie [de l'enfant] n'est pas meilleure en dehors de sa maison ; comme à l'école où elle est souvent stigmatisée par ses camarades de classe. « Quel péché ai-je commis et jusqu'à quand demeurerai-je une victime innocente ? » interroge la petite fille.

Témoignage recueilli par Nsimire Sara, « Sombre avenir pour les enfants nés de viol », IWPR (Institute for War and Peace Reporting) à Goma (RDC), article n°240, 22 décembre 2009.

Dans certains contextes de violence généralisée, les relations collectives peuvent être affectées. **Les violences contribuent alors à la destruction des liens sociétaux** (valeurs et principes, dont la compassion et la confiance envers autrui) et nuisent au bien-être collectif¹³⁷. Autrement dit, si un acte de violence peut engendrer une souffrance psychologique chez les personnes qui en sont victimes, la société tout entière, dans sa dynamique communautaire, peut également être touchée. Cette dimension doit être prise en compte afin de permettre une action globale de reconstruction.

« La guerre n'est pas une expérience privée, c'est d'abord une expérience collective. Dans les situations de violence sociale, la souffrance n'est pas vécue comme interne, mais avant tout comme rupture de l'ordre social et moral. »

Gilles Bibeau, Introduction au colloque « Santé mentale et Santé sociale », organisé par l'Association des services de psychiatrie et de santé mentale de l'Université catholique de Louvain (Apsy-UCL), 2000.

« Un traumatisme ne survient pas dans le vide et il ne faut pas s'attendre à ce que ceux qui survivent à un tel choc puissent se remettre sans l'aide de leur communauté, qui doit également guérir du traumatisme. »

Module de formation des prestataires : Volet médico-sanitaire, Initiative conjointe de prévention aux violences sexuelles et de réponses aux droits/aux besoins des victimes/survivantes, Goma (RDC), MdM, juin 2005.

137. MdM, « Les retombées psychologiques des violences aux niveaux individuel et collectif. Quelles solutions à apporter ? », Goma (RDC), juillet 2008.

2. Le traumatisme psychique

Historique

Tout au long du 20^e siècle, l'intérêt pour les troubles traumatiques connaît un essor progressif et continu, notamment à la suite des deux conflits mondiaux et de la guerre du Vietnam. Dans les années 1970, à l'initiative des mouvements pacifistes, féministes et de protection de l'enfance, la société civile et les pouvoirs publics demandent une meilleure prise en compte de la souffrance psychique et de l'impact des violences sur les personnes qui en ont été victimes.

Au-delà de la « névrose de guerre », certains auteurs¹³⁸ s'intéressent au *rape trauma syndrome* identifiant les séquelles psychologiques et somatiques d'un traumatisme jusqu'alors peu évalué : l'agression sexuelle.

Les réactions psychotraumatiques sont ainsi observées et étudiées par la société psychiatrique, qui développe un questionnement sur le rôle des traumatismes dans la genèse des troubles mentaux.

Les recherches dans le domaine ont abouti à la description précise de ce que les Anglo-Saxons ont appelé « l'état de stress post-traumatique¹³⁹ (ESPT) ». Le diagnostic de l'ESPT est introduit en 1980 dans le DSM-III¹⁴⁰ (classification des troubles mentaux par la société psychiatrique américaine) et en 1992 dans le CIM (Classification Internationale des Maladies de l'OMS).

138. Ann W. Burgess et Lynda L. Holmstrom, « Rape trauma syndrome », *American Journal of Psychiatry*, 131:981-986, 1974.

139. « Post-Traumatic Stress Disorder » en anglais, généralement signalé par l'acronyme PTSD.

140. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – 3^e édition, Association Américaine de Psychiatrie.

L'Association Américaine de Psychiatrie définit l'état de **stress post-traumatique** comme « un état morbide survenu au cours d'un événement exceptionnellement violent, capable de provoquer de la détresse pour quiconque. Par exemple, être menacé pour sa vie ou pour celle de ses proches, être agressé, être victime d'un accident ou d'une catastrophe ».

D'après les auteurs francophones, l'ESPT ne peut prétendre regrouper toutes les réactions psychiatriques et psychologiques qui suivent un événement potentiellement traumatique. Ils lui préfèrent la notion plus large de « traumatisme psychologique »¹⁴¹.

Cette « reconnaissance » de l'ESPT donne la possibilité pour les victimes d'être **reconnues en tant que personnes ayant subi un événement potentiellement traumatique, sans que ce dernier ne soit assimilé à des catégories psychiatriques sévères telles que la psychose ou l'hystérie.**

« Progressivement, psychiatres et psychologues du monde entier élaborent de nouvelles techniques appropriées tant à réduire les réactions aiguës qu'à prévenir les séquelles à long terme des événements traumatiques. Ils affinent les procédures et les adaptent aux différentes populations de victimes (militaires, pompiers, policiers, victimes d'attentat, de violences sexuelles, de torture, population tout venant, etc.) »

Evelyne Josse, *Le traumatisme dans les catastrophes humanitaires*, 2006.

141. Michel De Clercq, François Lebigot, *Le traumatisme psychique*, Masson, Paris, 2001.

L'événement traumatique

Toute réaction psychotraumatique est, comme son nom l'indique, issue d'un événement traumatique. « Le traumatisme constitue [...] un processus, qui est déterminé par les interactions entre l'environnement social et le ressenti psychique de l'individu¹⁴². » C'est ainsi que le traumatisme d'une personne ayant subi des violences ne dépend pas seulement de ce qu'elle a vécu, mais aussi de la manière dont elle a été socialement et politiquement intégrée ou isolée après l'événement.

Les événements potentiellement traumatiques peuvent être distingués selon qu'ils sont :

- vécus de manière collective (tremblement de terre, guerre, etc.) ou individuelle (agression, viol, etc.);
- d'origine naturelle (catastrophes naturelles, épidémies) ou humaine (catastrophes industrielles, violence, accident, etc.).

Lorsque l'événement est d'origine humaine, il peut avoir été provoqué intentionnellement (maltraitements, viols, guerres) ou être accidentel (homicide involontaire, « dégâts collatéraux » des guerres). Il peut enfin être causé par un membre de la famille (viol conjugal, excision dans certains cas), une connaissance (violence perpétrée par des voisins) ou un étranger (vol à la tire, violences physiques dans la rue)¹⁴³.

« Comme les processus traumatiques se déroulent toujours dans un contexte social, culturel et politique bien précis, il convient aussi d'interpréter les éventuels symptômes en fonction de ce contexte. Ce qui est perçu comme un symptôme de traumatisme dans un contexte donné peut avoir valeur de comportement sain dans d'autres situations.

Il convient d'éviter toute psychopathologisation ou médicalisation abusive du traumatisme.

Les partenaires d'un projet devraient élaborer leurs propres définitions des traumatismes et développer des formes de prise en charge spécifiques en fonction du contexte. Le diagnostic du syndrome de stress post-traumatique (*post-traumatic stress disorder*, PTSD), par exemple, est insuffisant du fait qu'il se limite à la sphère individuelle et ignore les dimensions culturelles et sociales. Un tel diagnostic réduit le traumatisme à une maladie parmi tant d'autres, omettant ainsi – ou interprétant mal – le lien existant entre souffrance individuelle et contexte politique. Réductrice, cette démarche aurait pour effet de marginaliser encore davantage les personnes traumatisées et d'accentuer leur souffrance. »

Direction du développement et de la coopération,
Genre, transformation des conflits et approche psychosociale, 2006.

La plupart des formes de violences liées au genre peuvent donc être assimilées à des événements potentiellement traumatiques.

2/ LES DISPOSITIFS DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Tout comme le sont les réactions psychologiques, les réponses thérapeutiques aux violences sont diverses et dépendent des besoins des personnes, mais aussi du contexte

¹⁴². Direction du développement et de la coopération,

Genre, transformation des conflits et approche psychosociale, 2006.

¹⁴³. **Evelyn Josse**, « Le traumatisme psychique : quelques repères notionnels », *Journal international de victimologie*, Tome 5, No. 3, Juillet 2007.

d'intervention. Dans l'idéal, deux approches complémentaires doivent permettre d'assurer la réhabilitation psychologique de l'ensemble des victimes de violences liées au genre.

1. La complémentarité entre soins psychologiques et soutien psychosocial

Pour lutter contre les conséquences des violences au niveau psychologique, **un ensemble d'activités conciliant l'approche clinique et l'approche psychosociale doit idéalement être mis en place.** La première est « centrée sur les personnes les plus fragiles et risquant de développer des troubles psychologiques sévères. La seconde s'adresse à une population plus large et vise à restaurer et maintenir le fonctionnement du groupe communautaire¹⁴⁴ ». Le « psychosocial » s'occupe donc du vécu subjectif de l'individu en relation avec le milieu dans lequel il évolue. Cette approche permet également de prévenir le développement de troubles psychologiques. « Le soutien psychosocial décrit tout type de soutien endogène et exogène visant à protéger et/ou promouvoir le bien-être et/ou à prévenir ou traiter un trouble mental¹⁴⁵. »

Dans l'idéal, en addition de son objectif thérapeutique, l'approche psychosociale doit assurer le référencement des personnes en ayant besoin vers des soins spécialisés, lorsque ces derniers sont disponibles.

Si la double approche (clinique et psychosociale) permet de développer des actions de prévention et de réponses aux conséquences psychologiques des violences liées au genre, elle se heurte souvent à diverses contraintes, variant selon les contextes d'intervention.

Pyramide des interventions psychologiques et psychosociales pour la réhabilitation des victimes de violences liées au genre¹⁴⁶ :



¹⁴⁴. E. Josse et V. Dubois, *Interventions humanitaires en santé mentale dans les violences de masse*, De Boeck Université, collection Crisis, septembre 2009.

¹⁴⁵. **146**. IASC, Directives du CPI (Comité Permanent interorganisations) pour la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence, 2007.

Parmi les principales contraintes peuvent être mentionnées :

- La pénurie de ressources humaines spécialisées (psychologues et psychiatres);
- Les contraintes matérielles : absence de structures spécialisées, de psychotropes, refus des autorités publiques de s'investir dans le domaine psychiatrique...;
- La difficulté à assurer une prise en charge sur le long terme, alors qu'un suivi psychologique ou psychiatrique de qualité nécessite un nombre minimum de consultations (contraintes liées aux déplacements de population, au coût des consultations...);
- Les représentations de la prise en charge psychologique, encore souvent considérée comme s'adressant aux « fous ». Ce volet de la prise en charge peut ainsi renforcer la stigmatisation de la personne victime par son entourage : son état mental, jugé instable, la rend responsable de sa détresse et justifie l'acte de violence.

Au regard de ces contraintes, l'approche psychosociale de la prise en charge des victimes de violence apparaît souvent comme l'unique voie pour traiter des conséquences psychologiques des violences.

Les intervenants sociaux, lorsqu'ils ont été formés à l'accompagnement psychologique, peuvent être des relais pertinents auprès des victimes de violence. Ils peuvent les aider à retrouver un bien-être individuel et social. Ils contribuent ainsi à prévenir le développement de troubles mentaux sévères.

Lorsque des soins psychologiques apparaissent nécessaires pour une personne (notamment lorsque les symptômes post-traumatiques se chronicisent) et que ces soins sont

disponibles, les agents psychosociaux doivent également référer cette personne vers des spécialistes (psychologues et/ou psychiatres), afin qu'elle bénéficie de soins cliniques (notamment à travers la psychothérapie).

2. Les procédés / techniques pour la prise en charge psychosociale des victimes de violences liées au genre

Le premier accueil et la première écoute constituent la phase initiale d'un accompagnement psychosocial. Ils doivent s'accompagner d'actions thérapeutiques impliquant des techniques spécifiques. Ces dernières peuvent être développées autant par des agents psychosociaux (préalablement formés) que par des psychologues (lorsque ces derniers sont disponibles).

Ici ne seront développées que les techniques psychosociales, sans nous attarder sur les techniques de prise en charge psychologique à proprement parler, qui nécessitent une formation et une expérience spécifique.

Les actions psychosociales doivent permettre de donner la parole aux personnes ayant vécu des événements potentiellement traumatiques, mais aussi d'identifier et de référer les personnes nécessitant des soins spécialisés (notamment des psychothérapies réalisées par des psychologues ou des psychiatres).

« Ce qui n'est pas exprimé reste dans le cœur et peut le faire éclater », W. Shakespeare.

Un travail en groupe peut venir compléter l'accompagnement psychologique individuel des victimes de violences liées au genre.

La médiation familiale

L'impact des violences sur la santé mentale de la famille des personnes victimes a déjà été souligné. C'est pourquoi un travail de soutien auprès de l'entourage d'une personne en souffrance psychologique est souvent important et va bénéficier tant aux membres de la famille qu'à la personne elle-même.

La médiation familiale consiste à révéler la manière dont l'acte de violence a été vécu (perception, vécu émotionnel) par la personne victime, mais aussi par les autres membres de la famille ; elle permet de faire prendre conscience et de partager des pensées ou émotions latentes (inconscientes) en lien avec la souffrance psychique et qui agissent sur les relations intrafamiliales.

Par exemple, comprendre pourquoi un mari a répudié sa femme violée ou ne veut plus rentrer au domicile familial va ensuite permettre de discuter avec lui du bien-fondé de son comportement et de l'inciter, petit à petit, à renouer le dialogue avec sa femme.

Autrement dit, « la médiation familiale est un processus de construction ou de reconstruction du lien familial axé sur l'autonomie et la responsabilité des personnes concernées par des situations de rupture ou de séparation dans lequel un tiers impartial, indépendant, qualifié et sans pouvoir de décision – le médiateur familial – favorise, à travers l'organisation d'entretiens confidentiels, leur communication, la gestion de leur conflit dans le domaine familial entendu dans sa diversité et dans son évolution¹⁴⁹ ».

« On a commencé une médiation avec la mère qui ne voulait plus voir sa fille. Aujourd'hui, T. peut retourner voir sa mère mais celle-ci n'accepte toujours pas qu'elle vive chez elle. T. est retournée à l'école. Elle voudrait s'inscrire dans des études universitaires. Elle aimerait faire du droit pour défendre les autres. »

Témoignage d'une conseillère de l'association Sofepadi à Béni (RDC), dossier de presse de MdM sur la République Démocratique du Congo : le viol se généralise au Nord-Kivu, 25 novembre 2009.

Cependant, la médiation familiale ne constitue pas une réponse adaptée dans le cas de violences conjugales.

Cette forme de violence se distingue de simples disputes conjugales. Or, entreprendre une médiation familiale dans ces situations revient à considérer que les violences ne représentent qu'un conflit au sein du couple, un différend pouvant se résoudre par le dialogue.

Les groupes de parole

Les groupes de parole sont des séances collectives réunissant des personnes ayant vécu une expérience similaire. Ces espaces de dialogue offrent un environnement particulièrement sûr, cohésif et empathique. Ils peuvent encourager une expression plus libre autour de la violence subie et des conséquences qu'elle a pu engendrer au niveau individuel, familial et social. Ils favorisent aussi l'échange et la discussion entre les participants et l'animateur.

Ce cadre thérapeutique permet également un effet miroir entre

¹⁴⁹. Définition adoptée par le Conseil National Français Consultatif de la Médiation Familiale, 2002, www.mediation-familiale.org/media/index.asp.

les participants : ils peuvent se reconnaître dans ce qu'un autre relate (identification) et avoir ainsi le sentiment d'être moins seul à vivre/ avoir vécu cette situation de violence.

Cela permet de **stimuler un soutien mutuel et de renforcer leur confiance en eux**, car ils prennent conscience de leurs ressources. Un participant, plus avancé dans son cheminement, peut devenir un modèle pour les autres. Les échanges générés créent une solidarité constructive et favorisent les liens communautaires.

Les enjeux de l'accompagnement psychologique dans un cadre thérapeutique collectif sont les suivants :

- la rencontre simultanée de **plusieurs personnes** avec un thérapeute ;
- dans un **espace social** qui vient se superposer à un espace physique ;
- en vue du **changement simultanément des participants** ;
- avec la **contribution de tous les participants** grâce aux transferts latéraux multiples et variés ;
- ce qui change le rôle du thérapeute, passant de celui de médecin-guérisseur à celui **d'animateur- facilitateur du changement** ;
- ainsi que celui du patient, qui passe du rôle « passif » à celui de participant « actif » considéré comme **l'agent principal de son changement** /guérison grâce à son degré d'implication.

Simon Gasibirege, « Approche systémique et cadres thérapeutiques collectifs / communautaires », MdM Goma (RDC), février 2009.

Les groupes de parole peuvent également réunir des auteurs de violence, dans le but de leur faire prendre conscience de leurs actes et de modifier leurs comportements.

« **Les groupes de parole** s'adressent à tout homme ayant reconnu avoir été l'auteur de violences conjugales et familiales, et envoyé par le Procureur ou les travailleurs sociaux. Ils s'adressent également à tout homme qui de sa propre initiative, souhaite comprendre et modifier ses comportements violents dans son cadre familial.

Les groupes de parole permettent d'accueillir, accompagner et soutenir chaque participant pour contribuer à reconnaître les comportements abusifs et violents, prendre conscience que la violence est une infraction légale, cesser toute violence physique et/ou morale, identifier chacune des formes de violence utilisées pour la faire diminuer et disparaître progressivement, modifier certaines des croyances justifiant le recours à la violence, découvrir diverses alternatives aux violences conjugales et familiales, envisager de nouvelles perspectives au sein de la famille et de l'environnement social et professionnel, reconnaître à l'autre sa place de sujet ».

GAPS (groupement d'Aide Psychologique et de Soutien),
www.aide-psy-gaps.com/

Les activités à vocation thérapeutique

Est considérée comme thérapeutique « n'importe quelle activité ayant un impact sur un individu et améliorant sa confiance en soi et son respect de soi. »¹⁵⁰ Certaines activités peuvent donc permettre de contribuer au bien-être ou au mieux-être psychologique et moral des personnes (comme la relaxation et le théâtre).

150. Roohi Maqbool, « Le théâtre comme activité thérapeutique », MdM Pakistan, atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Caïre (Égypte), MdM, septembre 2009.

Activités de prise en charge psychologique dans les Dar-UI-Amans (DUA), structures d'hébergement temporaire gouvernementales destinées aux femmes en situation de grande détresse et à leurs enfants, au Pakistan :

- Différentes activités ludiques et thérapeutiques : danse, chant, cuisine, couture et broderie, théâtre... ;
- Exercices de relaxation : relaxation corps/muscles, respiration profonde... ;
- Séances psycho-éducatives pour le personnel et les résidentes des DUA ;
- Prévention et gestion des conflits au sein des DUA.

Muhammad Asif, MdM Pakistan, « Rôle du psychologue au sein d'une institution fermée telle que les Dar-UI-Amans », atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Caire (Égypte), **MdM**, septembre 2009.

Exemple : techniques de relaxation

Parmi les techniques de prise en charge psychologique, les exercices de relaxation¹⁵¹ peuvent avoir un impact thérapeutique. Ils aident les personnes à ne pas se laisser submerger par leurs émotions et à gérer leur stress. Une fois initiées par un intervenant, en séance individuelle ou en groupe, les personnes peuvent reproduire ces exercices de façon autonome. Les exercices de relaxation peuvent ainsi participer au processus de mieux-être psychologique des victimes de violence. Ces dernières peuvent, par exemple, être sujettes à des crises d'angoisse entravant leur respiration (palpitations, frissons ou bouffées de chaleur, tremblements musculaires, impression d'étouffement, douleur ou gêne thoracique, nausées, sensation de vertige, etc.). Grâce à la relaxation, la personne pourra apprendre à maîtriser sa respiration, retrouver son calme et prévenir ainsi d'autres crises.

¹⁵¹. **Eva Zimmerman**, « Les techniques de prise en charge individuelle de victimes de violences », Module de formation pour les conseillers psychosociaux, Goma- RDC, octobre 2009.

Exemple : le théâtre

LE THÉÂTRE COMME ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE

Les dar-ul-amans au Pakistan

Au Pakistan, Médecins du Monde, en lien avec ses partenaires, appuie la prise en charge pluridisciplinaire (médicale, psychologique, juridique, économique et sociale) de femmes victimes de violence/en situation de grande détresse, ayant trouvé refuge dans les Dar-UI-Amans (DUA). Ces centres d'hébergement temporaire garantissent la protection des résidentes et représentent une étape vers leur réhabilitation sociale.

L'activité de théâtre, par sa visée thérapeutique, fait partie des activités mises en œuvre dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire des résidentes des DUA

Les éléments thérapeutiques du théâtre sont :

- L'expression du moi-intérieur ;
- L'aspect curatif ;
- L'intégration sociale et cognitive ;
- Le développement de la conscience et de la perspicacité ;
- Une approche envisageant la solution : identifier le problème, déterminer les solutions possibles, sensibiliser les spectateurs (interaction entre les acteurs et les spectateurs).

Ces éléments permettent ainsi de :

- Mettre en valeur les problèmes et les situations que les femmes endurent ;
- Constater qu'elles ne sont pas les seules à faire face à ces problèmes ;
- Rétablir leur confiance en elle et leur image d'elle-même ;
- Leur donner la parole au sein de la communauté pour leur permettre de trouver des solutions ;
- Rebâtir les mailles brisées du cycle de la vie.

La méthodologie d'utilisation du théâtre thérapeutique reprend les étapes suivantes :

- Choisir un thème ou une histoire réaliste (issue de la réalité) ;
- Expliquer aux participants les enjeux de leur rôle sur le plan individuel et collectif ;
- Établir un environnement attrayant (cadre et scène, disposition du public) ;
- Assurer le soutien d'une équipe professionnelle (professeur de théâtre et psychologue).

Cette activité aide les résidentes à poursuivre leur **processus de reconstruction personnelle et sociale**. Elle peut être un moyen de combattre la dépression, l'isolement et de s'exprimer face à la communauté. À travers le théâtre, les résidentes peuvent analyser leurs difficultés et envisager l'avenir. Au-delà de son action thérapeutique sur les victimes de violence, le théâtre a permis de **sensibiliser certains medias, représentants d'ONG ou Ministres invités aux représentations**, à la question des violences faites aux femmes.

Roohi Maqbool, MdM Pakistan, « Le théâtre comme activité thérapeutique », atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Caire (Égypte), MdM, septembre 2009.



3E

ACCÈS À LA JUSTICE ET LUTTE CONTRE L'IMPUNITÉ

➤ L'accès au droit pour les victimes de violences liées au genre est primordial afin que ces violences, véritables violations des droits de l'Homme¹⁵², soient reconnues par tous en tant que telles. L'accès à la justice est également essentiel au regard de la lutte contre l'impunité des agresseurs.

D'une manière générale, la prévalence des violences liées au genre est en lien direct avec l'existence et l'application du droit. Elle est notamment favorisée lorsque :

→ il n'existe pas de législation incriminant l'ensemble des formes de violences liées au genre, ce qui se traduit, pour certaines d'entre elles, par une absence de sanction pénale

¹⁵². Pour plus d'informations, voir page 51 la partie « Cadrer la problématique ».

pour l'auteur et de réparation judiciaire pour la victime ;

- les lois et les politiques, de par leur formulation ou leur interprétation, peuvent avoir des conséquences discriminatoires envers l'un ou l'autre sexe, et contribuer ainsi à la violence fondée sur le genre ;
- le système judiciaire déficient et corrompu réduit la confiance des justiciables, contribuant au faible taux de cas rapportés aux autorités publiques.

Certaines pratiques coutumières, telles que les arrangements à l'amiable (compensation financière ou matérielle, mariage avec l'auteur des violences...) peuvent également renforcer les pratiques discriminatoires sexospécifiques, le préjudice subi par les victimes et l'impunité des auteurs de violence. De même, des systèmes de justice traditionnelle fonctionnent dans de nombreuses communautés. Ces tribunaux ou comités coutumiers doivent être pris en compte, car ils font partie du système judiciaire global et sont parfois plus accessibles aux membres des communautés.

« Je peux citer le cas de parents dont la petite fille de 3 ans est morte à la suite de son viol par quatre agresseurs, des brigands de longue date connus de toute la communauté. Nous avons aidé sa famille à porter plainte. Au terme de plusieurs années de procès, trois d'entre eux ont été condamnés à dix ans de prison. Ils se sont tous échappés depuis. Et ce cas est loin d'être isolé. »

Témoignage de **Julienne Lusenge**, présidente de l'association Sofepadi, « République démocratique du Congo : le viol se généralise au Nord-Kivu », dossier de presse MdM, novembre 2009.

« Le fait que le gouvernement ne protège pas et ne soutienne pas les victimes de violences sexuelles sape toute quête de justice. Le manque de ressources et de volonté politique du gouvernement a pour effet que les auteurs de ces violences sont rarement déferés à la justice. Les Ougandaises ne font plus confiance à la justice. »

Déclaration de **Widney Brown**, directrice de programme à Amnesty International, dans « Ouganda les victimes de viols et violences sexuelles sont privées de justice », Amnesty International, avril 2010.

Même si l'existence d'un cadre légal condamnant les violences liées au genre est un préalable nécessaire pour la reconnaissance des droits des victimes, il n'est pas suffisant. **Chaque individu doit avoir connaissance de ses droits et de la façon dont il peut les faire valoir. Certaines actions peuvent donc être entreprises afin, d'une part, d'améliorer la connaissance du cadre légal entourant les violences liées au genre et, d'autre part, de faciliter les démarches judiciaires des victimes.**

1 / LE CADRE LÉGAL RELATIF AUX VIOLENCES LIÉES AU GENRE

Les violences liées au genre représentent des violations incontestables des droits de l'Homme les plus fondamentaux tels que la dignité, l'intégrité ou le principe de non-discrimination.

Il existe, aux niveaux international, régional et national, un cadre légal sur lequel il est possible de s'appuyer afin de promouvoir et de défendre le respect de ces droits et la protection des individus. La connaissance du cadre légal relatif aux différentes formes de

violences liées au genre est donc primordiale pour être en mesure d'utiliser les procédures judiciaires à disposition des victimes en vue de leur réhabilitation. Elle doit s'accompagner d'une bonne compréhension des stratégies politiques et de la manière dont elles sont effectivement mises en œuvre, ainsi que d'une bonne maîtrise des mécanismes judiciaires, afin de pouvoir faire évoluer le droit en général et les législations en particulier.

1. Le cadre légal international

Ce guide ne prétend pas présenter l'ensemble des textes relatifs au droit international des droits de l'Homme, ni même ceux consacrés aux droits des femmes en particulier¹⁵³. Il est pourtant intéressant de connaître ce corpus juridique ainsi que les obligations qui en découlent et qui pèsent sur les États signataires.

PRINCIPAUX INSTRUMENTS JURIDIQUES INTERNATIONAUX DE PROTECTION DES DROITS DE L'HOMME

La Charte des Nations unies, 1945

La **Charte** des Nations unies précise que l'un des buts fondamentaux de la communauté internationale est de « développer et d'encourager le respect des droits de l'Homme et des libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion¹⁵⁴ ». La Charte constitue ainsi le socle de tout l'édifice contemporain sur lequel les droits de l'Homme se sont développés à partir des **principes d'égalité et de non-discrimination** entre les êtres humains.

¹⁵³. Pour plus d'informations, se référer au site www.ohchr.org

¹⁵⁴. Article 1, alinéa 3 de la **Charte des Nations unies**, adoptée à la Conférence de San Francisco, 26 juin 1945.

La Charte internationale des droits de l'Homme, qui comprend :

- **La Déclaration universelle des droits de l'Homme**, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 10 décembre 1948, est généralement reconnue comme le fondement du droit international relatif aux droits de l'Homme. Bien qu'elle ne soit pas un instrument contraignant, elle peut être considérée comme l'expression d'une norme universelle en matière de droits de l'Homme. Les articles 1 et 7 reprennent les principes d'égalité ; l'article 2 proclame le principe de non-discrimination.
- **Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels** du 16 décembre 1966, réaffirment le principe de non-discrimination, pierre angulaire des droits de l'Homme.

La Déclaration universelle des droits de l'Homme et les deux pactes sont les seuls instruments généraux des Nations unies relatifs aux droits de l'Homme.

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (Cedef)

Cette convention est née du constat selon lequel la discrimination généralisée contre les femmes existe partout, et est la principale source des violences commises à leur encontre. Adoptée le 18 décembre 1979 et entrée en vigueur en septembre 1981, cette convention compte 186 États parties. Considérée comme une **véritable déclaration internationale des droits de la femme**, elle fournit une base à partir de laquelle doit s'instituer l'égalité entre les hommes et les femmes en assurant l'égalité d'accès à la vie politique et à la vie publique, ainsi que l'égalité des chances dans ces domaines, y compris le droit de voter et de se présenter à des élections, tout comme

l'égalité en matière d'éducation et d'emploi. Les États parties s'engagent à mettre en œuvre ses dispositions. Ils doivent notamment adopter une législation qui prévient, interdit et punit les comportements, les coutumes ou les réglementations discriminatoires. **Cela suppose d'inclure dans leur Constitution nationale le principe d'égalité entre hommes et femmes et d'adopter des lois et mesures d'application.**

La Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, 1993

Bien qu'adopté à l'unanimité par l'Assemblée générale des Nations unies, ce texte n'a qu'une valeur déclarative et donc non contraignante pour les États. **Avec cette déclaration, les Nations unies définissent cependant pour la première fois ce qu'est la violence à l'égard des femmes.**

Tous ces instruments sont en accès libre sur internet : www.ohchr.org

Les droits de l'Homme impliquent à la fois des droits et des devoirs. Le droit international établit ainsi certaines prérogatives à l'adresse des États¹⁵⁵ :

- **respecter les droits de l'Homme**, ce qui signifie que les États doivent éviter d'entraver l'exercice des droits de l'Homme ;
- **protéger les droits de l'Homme**, ce qui signifie que les États doivent protéger les individus et les groupes contre la violation de leurs droits ;
- **mettre en œuvre les droits de l'Homme**, ce qui signifie que les États doivent prendre des mesures positives

155. Anne Desmarest, « Le cadre légal international et régional relatif aux femmes victimes de violences liées au genre », atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Kinshasa (RDC), MdM, avril 2010.

(notamment des mécanismes et lois nationales) pour faciliter l'exercice des droits fondamentaux de l'Homme ;

→ **offrir des voies de recours internes**, ce qui signifie que toute personne qui considère qu'un de ses droits a été violé doit disposer d'un recours effectif devant une instance nationale compétente, ayant le pouvoir d'accorder réparation et de faire exécuter ses décisions.

Lorsqu'un individu ne peut s'appuyer sur la législation nationale pour faire valoir ses droits, il peut alors recourir à des procédures de plainte au niveau international, en vue de garantir leur reconnaissance, leur respect ou leur protection.

Lorsqu'un État ne reconnaît pas, devant ses propres juridictions, un droit inscrit dans un texte international qu'il a préalablement ratifié, des mécanismes de plainte individuelle existent au niveau international. Ces procédures sont ouvertes aux personnes à titre individuel ou collectif et aux ONG.

LES MÉCANISMES INTERNATIONAUX DE CONTRÔLE ET DE SUIVI

En ratifiant les textes internationaux en matière de droits de l'Homme, les gouvernements s'engagent à prendre des mesures nationales et à adopter des lois compatibles avec les obligations découlant de ces traités. Lorsque les procédures légales nationales ne permettent pas de remédier aux violations des droits de l'Homme, il existe alors des mécanismes au niveau international permettant de garantir le respect, la protection et l'instauration des normes internationales des droits de l'Homme au niveau national.

Le système des Nations unies comporte deux types de mécanismes de surveillance : les organes de la Charte des Nations unies, dont le Conseil des droits de l'Homme ; et les organes créés au nom des traités internationaux des droits de l'Homme.

Les organes de la Charte des Nations Unies

1 – Le Conseil des droits de l'Homme

Créé en 2006 par l'Assemblée générale, le Conseil des droits de l'Homme est un organe intergouvernemental dont le principal objectif est d'aborder des situations de violations de droits de l'Homme et d'émettre des recommandations à leur encontre. Grâce au mécanisme d'examen périodique universel (EPU), le Conseil évalue le respect par chaque État de ses obligations et de ses engagements en matière de droits de l'Homme. Un mécanisme révisé de procédé de plaintes permet également à des individus et à des organismes de porter à la connaissance du conseil des plaintes de violation de droits de l'Homme.

2 – La procédure de plainte 1503 devant le Conseil des droits de l'Homme

La « procédure 1503 » est un mécanisme universel confidentiel permettant d'examiner les plaintes envoyées par des individus ou des ONG et révélant l'existence d'un ensemble de violations flagrantes et systématiques des droits de l'Homme. Cette procédure ne permet pas d'apporter de réponses à des cas individuels.

3 – Les procédures spéciales

Des procédures spéciales ont été créées pour s'occuper de la situation particulière d'un pays ou de questions thématiques dans toutes les régions du monde. Elles sont représentées soit par une personne (un rapporteur, représentant spécial ou expert indépendant), soit par un groupe de travail.

- La rapporteuse spéciale chargée de la question des violences contre les femmes, leurs causes et leurs conséquences est Mme Rashida Manjoo (nommée en juin 2009 pour une période initiale de trois ans). Elle est chargée de recueillir et d'analyser un vaste ensemble de données et de recommander des mesures visant à éliminer la violence à l'égard des femmes aux niveaux international, régional et national. Les consultations avec la société civile font partie intégrante de son travail. Les groupes de femmes, ONG ou autres acteurs de la société civile ont la possibilité d'informer la rapporteuse spéciale des cas de violences qu'elle traitera dans son rapport annuel.
- Le rapporteur spécial sur les formes modernes de racisme et de xénophobie examine les questions telles que le viol systématique et l'esclavage sexuel, notamment dans les conflits armés.

Les organes des traités

Plusieurs comités surveillent la mise en œuvre des principaux traités internationaux relatifs aux droits de l'Homme et veillent à ce que les États parties exécutent leurs obligations. Nous pouvons notamment citer : le Comité des droits de l'Homme, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels et enfin le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes.

Les États sont tenus de leur présenter différents rapports, généralement rédigés par les gouvernements. Pour en assurer l'exhaustivité et l'objectivité, il est recommandé d'associer à leur élaboration d'autres acteurs tels que les ONG et les organisations de la société civile compétentes. Les rapports sont examinés par les organismes de suivi, qui émettent des recommandations. Il est à noter que le non-respect de ces recommandations n'entraîne aucune sanction, si ce n'est une réputation de « mauvais élève » sur la scène internationale quant au respect des droits de l'Homme.

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes se concentre sur les discriminations envers les femmes, sans faire explicitement référence à la violence. En revanche, le Comité de la Cedef a clarifié ce point : « La violence fondée sur le sexe, qui compromet ou rend nulle la jouissance des droits individuels et des libertés fondamentales par les femmes en vertu des principes généraux du droit international ou des conventions particulières relatives aux droits de l'Homme, constitue une discrimination, au sens de l'article premier de la convention. »

La violence envers les femmes (du fait même de leur sexe) tombe donc sous le coup de la convention. Les États parties sont tenus de faire de la prévention et de sanctionner les violences liées au genre, mais aussi d'en garantir la réparation. Des ONG internationales et nationales suivent de près l'examen des rapports des États et fournissent aux experts des renseignements pertinents, parfois même des contre-rapports. À cette procédure de surveillance de la mise en œuvre des traités s'ajoute la procédure de dépôt de plainte devant le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Il s'agit de la reconnaissance, au niveau international, du droit de recours individuel.

C'est le Protocole additionnel à la Cedef (ouvert à signature depuis 1999), qui permet à des particuliers ou à des groupes de particuliers de soumettre des plaintes au comité, en tant que/ au nom de victimes de discriminations fondées sur le sexe.

Le protocole prévoit aussi une procédure d'enquête donnant la possibilité au comité d'engager, de sa propre initiative et sur la base de renseignements crédibles, une enquête sur les atteintes graves ou systématiques portées aux droits énoncés dans la convention.

Pour plus d'informations sur le mécanisme de dépôt de plainte devant le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, consulter le site : www.aidh.org/Femme/Comite_FE/Comit_Onu.html

Des actions de plaidoyer peuvent également être mises en œuvre afin de faire évoluer le droit applicable dans un contexte donné¹⁵⁶.

Si le droit international des droits de l'Homme est applicable en tout lieu et en tout temps, **le droit international humanitaire** est un ensemble de règles qui entend limiter les effets des conflits armés. Il tend à protéger les personnes qui ne participent pas (civils, personnel humanitaire, religieux...) ou plus (combattants blessés au combat ou malades, naufragés, prisonniers de guerre) aux combats et à restreindre les moyens et les méthodes utilisés en temps de guerre.

La Cour pénale internationale (CPI) est la première juridiction pénale internationale permanente ayant compétence pour poursuivre et juger les individus responsables des crimes les plus graves à l'égard de la communauté internationale : crimes de guerre, crimes de génocide, crimes contre l'humanité. Le statut de Rome qui établit la CPI, est le premier traité international qui qualifie les crimes contre les femmes comme crimes de guerre, crimes contre l'humanité, et dans certains cas, génocide. Le statut reconnaît particulièrement, en tant que crimes relevant de la compétence de la cour : le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée, la grossesse forcée, la stérilisation forcée, la persécution fondée sur le genre, le trafic de personnes,

¹⁵⁶. Pour plus d'informations concernant les méthodologies de plaidoyer, voir page 332 la partie relative aux stratégies et actions de plaidoyer.

spécialement des femmes et des enfants, et la violence sexuelle. Le statut de Rome sert également de référence en matière de pratiques optimales internationales pour les systèmes juridiques nationaux à venir.

« Les provisions du statut de Rome relatives aux questions de genre constituent un exemple encourageant qui montre comment le développement international des mouvements de défense des droits des femmes peut faire évoluer positivement le droit international humanitaire et le droit international relatif aux droits humains, malgré la forte influence de forces politiques conservatrices. [...] S'il reste encore beaucoup à accomplir, les progrès effectués depuis 1994 n'en demeurent pas moins extraordinaires. »

Radhika Coomaraswamy, rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes (de 1994 à 2003).

2. Les cadres légaux régionaux

Des systèmes juridiques et judiciaires ont été institués au niveau régional afin de promouvoir et de défendre les droits de l'Homme. Depuis peu, le phénomène des violences liées au genre constitue un sujet de préoccupations au sein de ces systèmes régionaux.

Le système régional de protection et de défense des droits de l'Homme le plus abouti à l'heure actuelle est celui de la **Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales (CEDH)**. Cette dernière a été signée en 1950 et est entrée en vigueur en 1953. Elle concerne 45 pays de la zone. La Cour européenne des droits de l'Homme veille à l'application de cette convention par les États concernés.

« Les obligations positives de l'État sont inhérentes au droit au respect effectif de la vie privée au sens de l'article 8 [de la convention] ; ces obligations peuvent impliquer l'adoption de mesures même dans la sphère des relations des individus entre eux. Si le choix des moyens d'assurer le respect de l'article 8 dans le domaine de la protection contre les actes d'individus relève en principe de la marge d'appréciation de l'État, une dissuasion effective contre un acte aussi grave que le viol, qui met en jeu des valeurs fondamentales et des aspects essentiels de la vie privée, appelle des dispositions pénales efficaces. Les enfants et autres personnes vulnérables, en particulier, doivent bénéficier d'une protection effective. »

Arrêt M.C. c. Bulgarie, n° 39272/98,
Cour européenne des droits de l'Homme, 2003.

Pour plus d'informations sur le système européen de protection des droits de l'Homme, consulter le site : www.echr.coe.int/echr/

Sur le continent américain, 35 pays ont ratifié dès 1948 la **Charte de l'Organisation des États américains (OEA)**, dont l'un des objectifs est la protection et la promotion des droits de l'Homme. Ces mêmes pays ont adopté, en 1994, la **Convention interaméricaine pour la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme, appelée Convention de Belém do Pará**. Cette dernière est le seul instrument juridique international portant spécifiquement sur la violence liée au genre et ayant un caractère contraignant. Ainsi, tout individu, groupe de personnes ou ONG peut présenter une « pétition » à la Commission interaméricaine des droits de l'Homme concernant une violation des droits garantis par la Charte de l'OEA ou par la convention de Belém. La Cour interaméricaine est ensuite compétente pour juger de ces violations.

Pour plus d'informations sur le système interaméricain de protection des droits de l'Homme, consulter le site : www.cidh.org/Default.htm

Le continent africain s'est également doté de textes et de mécanismes d'application et de surveillance des droits de l'Homme qui lui sont propres. Réunis au sein de l'Organisation de l'unité africaine, devenue par la suite l'Union africaine, 53 États africains ont adopté, en 1981, la **Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples**, se dotant ainsi d'un ensemble régional complet visant à promouvoir et à protéger les droits de l'Homme et des peuples.

Pour plus d'informations sur le système africain de protection des droits de l'Homme, consulter le site : www.achpr.org/francais/_info/news_fr.html

Ces systèmes juridiques régionaux viennent renforcer les responsabilités des États parties, créant un degré supplémentaire de protection et de défense des droits de l'Homme.

3. Les cadres légaux nationaux

Les systèmes juridiques nationaux, notamment dans les pays en voie de développement, peuvent présenter de sérieuses lacunes dans leur capacité à protéger les victimes de violences liées au genre (violence conjugale tolérée, viol non reconnu comme un crime, etc.). Peu à peu cependant, les associations de défense des droits de l'Homme sont parvenues à faire évoluer les mentalités et des changements non négligeables dans les législations apparaissent.

En voici quelques exemples :

- **En Égypte**, la loi préconisant l'acquittement du violeur s'il se marie avec sa victime a été abrogée en 1999.
- **Au Maroc**, le Code du statut personnel (*Moudawana*) a été modifié en octobre 2003. Dorénavant, « les époux ont la responsabilité conjointe de la famille, auparavant dévolue à l'homme; la règle de l'obéissance que la femme doit à son mari est abandonnée; la femme n'a plus besoin de tutelle pour se marier; l'âge du mariage est fixé à dix-huit ans pour l'homme comme pour la femme – au lieu de quinze ans –; la polygamie reste possible, mais restreinte; la répudiation est limitée par l'autorisation obligatoire du juge; la femme peut demander le divorce; la garde des enfants peut revenir à la mère ou au père en cas de divorce; les enfants nés hors mariage sont protégés et les époux peuvent décider d'un contrat pour gérer les biens acquis¹⁵⁷ ».
- **«En Belgique**, les violences conjugales ne font pas l'objet d'une infraction spécifique. Elles sont généralement qualifiées de coups et blessures. Cependant, la loi du 24 novembre 1997 a alourdi les peines applicables aux auteurs des diverses "lésions corporelles volontaires" lorsque les coups sont infligés par l'époux ou par la personne avec qui la victime "cohabite ou a cohabité et entretient ou a entretenu une relation affective et sexuelle durable". Le lien entre l'agresseur et la victime constitue donc une circonstance aggravante¹⁵⁸. »

→ En décembre 2005, **le Parlement libérien** a adopté une

157. Khadija Mohsen-Finan, « L'évolution du statut de la femme dans les pays du Maghreb », Institut français des relations internationales, juin 2008.

158. La lutte contre les violences conjugales, Les documents de travail du Sénat, février 2005.

nouvelle loi faisant du viol un délit. Cette loi prévoit des peines allant de sept ans d'emprisonnement à la perpétuité pour les auteurs de viols, selon la gravité des faits, et aucune libération sous caution ne peut leur être accordée. Auparavant, il n'y avait aucune législation sur le viol, même si le viol en réunion ou viol collectif était considéré comme un délit. En juillet 2008, le Liberia a ratifié le protocole à la **Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples** relatif aux droits des femmes.

« S'intéresser de près aux engagements internationaux et régionaux des États sur lesquels nous intervenons est non seulement utile, mais nécessaire. Par une analyse comparée des obligations internationales et régionales des États avec leurs systèmes législatifs respectifs (nationaux), il est possible d'identifier des manquements et/ou incohérences, qui sont autant de pistes de réflexion, voire de plaidoyer, potentielles. »

Anne Desmarest, « Le cadre légal international et régional relatif aux femmes victimes de violences liées au genre », atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Kinshasa (RDC), MdM, avril 2010.

2 / L'ACCÈS AU DROIT

Très peu de victimes de violences liées au genre portent plainte et bon nombre de celles qui osent le faire ne vont pas jusqu'au bout de la procédure. Diverses raisons peuvent expliquer ce faible taux de recours à la justice et d'accès au droit. Elles sont d'ordre structurel, social, culturel ou économique. Ces facteurs doivent être pris en compte afin d'apporter une réponse adéquate aux victimes de violences liées au genre et de lutter contre l'impunité de leurs auteurs.

**Facteurs pouvant expliquer le non-recours
au système judiciaire par une personne ayant subi
des violences :**

- incapacité à reconnaître la situation comme une agression, par ignorance/manque d'informations sur ses droits ;
- peur de représailles, de récidives de la part de l'auteur ;
- peur d'être stigmatisée, d'être pointée du doigt ;
- manque de connaissance de la procédure judiciaire ;
- souffrance psychologique ;
- impression d'être seule à vivre une telle situation ;
- manque de moyens financiers pour faire face aux frais de procédure ;
- mauvais accueil, préjugés rencontrés dans les services de prise en charge. Crainte de ne pas être pris(e) au sérieux ;
- banalisation par les autorités ;
- lenteur de la procédure judiciaire ;
- absence de preuves ;
- sentiment d'impunité des agresseurs.

Manuel sur la prise en charge pluridisciplinaire et intégrée des victimes de violences, MdM, Haïti, 2008.

Améliorer l'accès au droit des victimes de violences liées au genre implique :

- de les informer sur leurs droits fondamentaux ;
- de les accompagner dans leurs démarches judiciaires ;
- de mener un travail de formation et de sensibilisation des autorités publiques susceptibles de se trouver sur le parcours judiciaire des victimes (officiers de police judiciaire, avocats, magistrats...).

Au Pakistan, le projet de MdM a pour objectif principal d'améliorer la qualité et la diversité des services offerts dans les centres d'hébergement gouvernementaux pour des femmes en situation de grande détresse (les *Dar-Ul-Aman*). Dans ce cadre, la dimension juridique de la prise en charge a été intégrée à travers la mobilisation de groupes d'avocats volontaires. Ces derniers sont chargés d'informer les femmes sur leurs droits et de leur permettre de bénéficier d'un conseil juridique personnalisé et d'une assistance légale avec représentation en cour de justice en cas de besoin. Un groupe d'avocats bénévoles a été constitué dans chaque district. Le réseau compte aujourd'hui 85 avocats volontaires en activité, dont 42 formés par MdM.

En Haïti, l'Unité de recherche et d'action médico-légale (Uramel, association haïtienne) a longtemps été un partenaire privilégié du programme développé par MdM. Uramel a pour mission de promouvoir la médecine légale et le droit médical auprès des acteurs judiciaires et médicaux en particulier, et du grand public en général. Au-delà de la formation des prestataires de soin à l'utilisation du certificat médical et des actions de plaidoyer pour la gratuité du certificat dans les structures de santé, la prise en charge juridique des victimes de violences liées au genre est facilitée à travers la mise en réseau et le référencement vers des associations d'assistance juridique.

Dans le cadre du projet mis en œuvre par MdM au **Guatemala** auprès des femmes travailleuses dans l'industrie d'exportation (*maquilas* textiles et agro-industrielles), les victimes de violence sont orientées vers des organismes partenaires, principalement l'association *Derechos Humanos* et l'Instance locale de résolution des conflits dans les *maquilas*, dont l'un des buts est de discuter des situations problématiques et de proposer des soutiens adaptés.

En Moldavie, l'assistance juridique des victimes de la traite identifiées dans le cadre du projet de MdM est facilitée à travers un référencement vers le Centre de prévention de la traite des femmes (CPTF), qui dispose d'une antenne régionale dans la zone d'intervention. Outre les consultations juridiques, le CPTF peut également représenter, devant les tribunaux, les victimes souhaitant porter plainte.

« Le bilan de l'action de Sofepadi [association congolaise de promotion et de défense des droits des femmes] à Goma est très positif : la prison centrale de Goma a plus de 60 % de ses détenus qui sont auteurs de violences sexuelles, car la police et des militaires se sont engagés sur la lutte contre ces violences à la suite du travail des associations militantes, alors même qu'elles sont souvent découragées par l'État. »

Témoignage de David Bodeli Dombi, responsable de la Police spéciale de protection de la femme et de l'enfant à Goma. Atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Kinshasa (RDC), MdM, avril 2010.

1. Informations des victimes de violence sur leurs droits

L'objectif est de faire prendre conscience aux victimes de violence de leurs droits fondamentaux et de les informer sur les moyens de les faire respecter.

Pour cela, les intervenants doivent être eux-mêmes informés/sensibilisés sur la législation nationale, notamment concernant les questions suivantes¹⁵⁹ :

- Quelles sont les lois et procédures nationales applicables ? Quelles sont les différentes définitions légales des différentes formes de violence liée au genre ?
- Si la Constitution du pays comporte une déclaration des droits, les dispositions appropriées peuvent-elles être invoquées pour traiter certaines formes de violence liée au genre ?
- Quelle est la législation relative à l'avortement ? Si l'avortement est généralement illégal, existe-t-il des circonstances particulières (exceptions), par exemple quand une femme est enceinte à la suite d'un viol ou quand la vie de la femme est mise en danger, dans lesquelles il peut être autorisé ? Quelles sont les preuves requises pour conclure à l'existence de ces circonstances particulières ?

« Au Guatemala, la sensibilisation des communautés, et notamment des travailleuses [des maquilas textiles et agro-industrielles], est menée à travers un processus continu de formation de promotrices de santé par l'équipe MdM [...]. Les femmes ainsi formées pourront ensuite assurer la promotion de la santé globale auprès de leurs collègues, dans leurs communautés et dans leurs foyers. **Parmi les thèmes abordés pendant la formation, nous pouvons citer le droit à la santé et le droit du travail, à travers l'étude des textes officiels, des études de cas, et la connaissance des institutions et organisations de la société civile qui peuvent apporter leur soutien.** »

MdM, Rapport intermédiaire d'opérations MAAIONG/AFD, Guatemala, 2009.

¹⁵⁹ UNHCR, *La violence sexuelle et sexuelle contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées*, 2003.

2. L'accompagnement judiciaire

L'accompagnement judiciaire consiste à assister les victimes de violence dans leurs démarches auprès des autorités judiciaires, notamment en ce qui concerne le dépôt de plainte et la représentation devant les tribunaux.

Dans le cadre de ses actions, MdM facilite cet accompagnement en orientant les personnes vers des professionnels du droit. MdM travaille également à améliorer l'accès des victimes de violence au certificat médical, élément de preuve déterminant dans une procédure judiciaire.

L'accompagnement judiciaire doit se faire dans le respect des principes d'écoute et d'empathie¹⁶⁰, comme toute autre intervention auprès de personnes ayant subi des violences.

Un certain nombre d'obstacles, qu'ils soient liés à des discriminations sociales et législatives, ou à la complexité de certains systèmes judiciaires, peuvent limiter l'accès au droit des victimes de violence et confortent la nécessité d'un accompagnement par des professionnels.

« La procédure particulière du *khula* (divorce sans faute) est appliquée (entre autres) au Pakistan et en Égypte dans les cas de demande de divorce. En Égypte, elle est utilisée par beaucoup de femmes dans le cadre d'une procédure accélérée, mais celles-ci acceptent alors de perdre leurs droits financiers futurs, de rembourser la dot que leur a apportée

¹⁶⁰. Pour plus d'informations, voir page 125 la partie relative à l'accueil des victimes de violence.

leur mari lors de la conclusion du mariage, et de rendre tout cadeau reçu durant le mariage. À l'inverse, dans le cadre d'un divorce pour faute, la femme peut prétendre à des droits financiers, mais est alors soumise à des conditions probatoires strictes (comme par exemple le fait que les accusations de violences physiques doivent souvent être étayées par des témoins). Ici encore, et dans tous les cas de divorce, les maris sont peu enclins à accepter les démarches de la part de leur femme. Celles-ci sont alors souvent découragées avant même d'entamer une quelconque procédure. »

Dr Magda Adly, « L'accès au droit facilité pour les femmes victimes de violence », atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Le Caire (Égypte), MdM, septembre 2009.

En France, dans le cadre de la mission auprès des personnes se prostituant à Nantes, MdM accompagne parfois physiquement au commissariat celles désirant porter plainte ou lorsque la plainte n'a pas été prise en compte par la police lors d'une première visite. MdM oriente également les personnes se prostituant vers des avocats.

Cet accompagnement n'est réalisé qu'à la demande des personnes.

Au Pakistan, un des problèmes majeurs du système judiciaire réside dans sa complexité, et plus particulièrement dans la multiplicité des cours compétentes dans des cas de violence. Ainsi, les affaires personnelles et familiales ainsi que certaines lois pénales sont soumises au droit de chaque communauté religieuse, ainsi qu'au droit tribal (le droit tribal peut être

ÉLÉMENTS CLÉS POUR LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES LIÉES AU GENRE

considéré comme un système de réconciliation et de médiation, qui n'a pas de légitimité juridique), alors même que chaque Pakistanais est censé se soumettre au droit constitutionnel. Il existe donc des systèmes juridiques et judiciaires parallèles, menant à des confusions pour les justiciables en général et pour les victimes de violence en particulier. Ne sachant vers quel système se tourner, les victimes de violence s'adressent à plusieurs juridictions pour la même affaire, sans qu'il y ait incompétence de l'une ou de l'autre. Par cela, les victimes de violence risquent d'être soumises à des décisions émanant de cours différentes et pouvant être contradictoires.

Ali Imran, « Le cas du Pakistan : Actions pour la protection des droits de l'Homme – Mariage, divorce et droit de propriété », atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Le Caire (Égypte), MdM, septembre 2009.

Comme pour les autres secteurs de prise en charge des victimes de violence, **toute démarche d'assistance et d'accompagnement judiciaire doit être pensée au regard de la nécessaire protection des victimes. Cette protection doit également assurer la sécurité de toute personne impliquée dans des démarches judiciaires contre des auteurs de violences liées au genre, dont les témoins et les accompagnants.**

Page suivante :

Julienne Lusenge, « L'accès au droit et à la justice pour les femmes victimes de violences », atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Kinshasa (RDC), MdM, avril 2010.



RISQUES ET MESURES DE PROTECTION

**L'ACCOMPAGNEMENT JURIDIQUE DES VICTIMES
DE VIOLENCES SEXUELLES DANS LE NORD-KIVU
PAR L'ASSOCIATION SOFEPADI**

(solidarité féminine pour la paix et le développement intégral)

	<u>Types d'incident</u>	<u>Mesures</u>
Victimes	Violence sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> - Codage des identifiants : de l'identification à la prise en charge - En audience foraine : couvrir les victimes d'un voile - Accompagnement obligatoire à chaque étape de la procédure
	Menaces physiques, agresseurs en liberté provisoire, pouvant attenter à la vie	<ul style="list-style-type: none"> - Demande expresse de garanties sécuritaires auprès de la justice : argumentaire développé par les avocats dans leurs plaidoiries - Citations directes au tribunal - Contact permanent avec les autorités - Délocalisation de la victime
	Menaces verbales, injures verbales graves	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de l'assistance psychologique - Sensibilisation des communautés
Témoins	Représailles des agresseurs sur les témoins et leurs familles	<ul style="list-style-type: none"> - Contact avec les autorités locales pour sécuriser les témoins

Accompagnants	Menaces graves pouvant porter atteinte à la vie	- Contact avec les autorités locales et dénonciation de cas
	Visites nocturnes à domicile par des hommes en armes : vol des biens, perte des données et autres outils importants de travail	- Renforcer les services de gardiennage de nos bureaux, sauvegarder les données
	Perquisitions non attendues des bureaux et locaux (services de renseignement, ou milices)	- Inventorier les archives, sauvegarder les données sur trois supports : flash, CD et boîte Martus ; imprimer les documents seulement si c'est nécessaire
	Arrestations arbitraires suivies de détentions illégales	- Dénonciation auprès des autorités et alerte rapide
	Menaces verbales (injures et accusations gratuites, etc.)	- Interpellation et dénonciation en séance de concertation entre partenaires

Le statut de Rome porte une attention particulière aux intérêts et aux droits des victimes – (qui ont vécu des expériences traumatiques) et/ou des témoins (qui jouent un rôle crucial pour ce qui est de traduire les criminels devant les tribunaux). Une Unité d'aide aux victimes et aux témoins a également été instituée au sein de la Cour pénale internationale. Cette unité formule des plans à court et long terme pour la sécurité des victimes et des témoins, recommande aux organes de la cour

d'adopter des mesures de protection et conseille les victimes et les témoins qui comparaissent devant la cour. Ainsi, sur les recommandations de l'unité, la CPI peut protéger l'identité des victimes et des témoins ou d'un accusé en ordonnant le huis clos pour une partie quelconque de la procédure ou permettre que les dépositions soient recueillies par des moyens électroniques ou d'autres moyens spéciaux¹⁶¹.

PROTECTION DES VICTIMES DE VIOLENCE CONTRE TOUTE MISE EN DANGER POTENTIELLE DANS LE CADRE DES ACTIONS DE COMMUNICATION

La protection des personnes doit être préservée à tous les stades de notre intervention, incluant nos actions de communication.

Toute action de communication (reportages ou témoignages écrits, photographiques ou audiovisuels) est susceptible de révéler certaines informations caractéristiques de la situation d'une personne. Ces données et indices personnels peuvent gravement nuire à la sécurité physique des victimes de violence, en donnant des informations aux agresseurs, facilitant ainsi des actes de représailles.

Les actions de communication peuvent également mettre à mal la confidentialité souhaitée par la personne, en divulguant des informations qu'elle avait délibérément décidé de taire. Communiquer sur des situations de violence implique donc de respecter certains principes éthiques¹⁶² et notamment : le principe de ne pas nuire, le respect de la confidentialité et le consentement libre et éclairé du patient.

Les principes éthiques imposent d'évaluer, au regard des bénéfices de la communication escomptés, les risques éventuels encourus par les personnes dont le témoignage est recueilli.

Si un quelconque risque de mise en danger est envisageable, tout signe de reconnaissance de la personne doit être effacé au nom de ces principes.

La « charte de Médecins du Monde sur le recueil de témoignage par la presse »¹⁶³ insiste ainsi sur :

- « Le respect de l'anonymat des personnes – changer le nom, ne pas montrer le visage, éviter les détails géographiques... »
- Le choix d'un lieu de rencontre isolé (hors du centre de soins ou de son village)
- Une étude approfondie de la situation, au cas par cas, entre le service communication et le terrain ».

Dans le cadre de reportages photographiques ou de recueils de témoignages, le consentement libre et éclairé implique d'informer la personne concernée, de l'utilisation précise qui sera faite de son image et de son témoignage. Si la personne n'a pas consenti ou n'est pas en mesure d'en appréhender les enjeux, tout indice permettant sa reconnaissance doit être effacé.

L'intérêt de la personne est plus important que toute autre considération, y compris le plaidoyer et la promotion des droits.

161. Anne Desmarest, « Le cadre légal international et régional relatif aux femmes victimes de violences liées au genre », 2008.

162. Pour plus d'informations, voir page 158 la partie relative aux principes d'éthique médicale.

163. « Charte de Médecins du Monde sur le recueil de témoignage par la presse », avril 2010.

3F

LE CERTIFICAT MÉDICAL POUR VIOLENCE

CERTIFICAT MÉDICAL OU CERTIFICAT MÉDICO-LÉGAL ?

D'une manière générale, le certificat est un écrit émanant d'une autorité compétente qui atteste un état. Le certificat médical pour coups et blessures peut donc être défini comme une « attestation officielle d'un état médical¹⁶⁴ ». Il représente l'outil par lequel le soignant (le plus souvent un médecin) atteste de l'état de santé physique et psychique d'un patient/blessé et se prononce sur la compatibilité de cet état avec les dires de la personne.

On applique le qualificatif « médico-légal » à un certificat délivré par un médecin lorsqu'il est préalablement demandé par une autorité judiciaire. Le certificat médico-légal est ainsi « un document délivré par un médecin (ou une institution médicale) devant être soumis à un juge ou à une autre autorité judiciaire, dans le cas d'une plainte ou d'une accusation¹⁶⁵ ».

Le document délivré par un médecin (ou du personnel médical habilité) à la demande d'un patient sans réquisition judiciaire est qualifié de certificat « médical ».

1 / L'IMPORTANCE DU CERTIFICAT MÉDICAL

1. Lien entre certificat médical et éthique médicale¹⁶⁶

Le certificat médical descriptif renvoie à « l'obligation d'attester », principe fondamental d'éthique médicale.

Ce document fait partie des certificats obligatoires que le médecin a le devoir de rédiger et de remettre à tout patient qui souhaite que l'on atteste de ses blessures ou de son état de santé.

Il arrive bien souvent qu'une personne ayant subi des violences n'en fasse pas spontanément la demande, principalement par manque d'information concernant son utilité. Le médecin a alors la responsabilité de l'informer et de lui proposer un certificat médical.

La délivrance d'un certificat médical est un droit pour toute victime de violence et une obligation pour tout médecin.

La médecine légale, et plus concrètement la délivrance de certificats médicaux pour violence doit être considérée comme un temps de la pratique médicale et ne doit pas en être séparée.

164. Définition du **Dr Jean Pouillard**, ancien attaché-consultant des hôpitaux de Paris, vice-président du Conseil français de l'Ordre des médecins et membre de la Société française d'histoire de la médecine. http://www.entremed.fr/doc/redaction_certificats.pdf

165. **Unité de santé internationale**, Montréal, 2009.

166. Pour plus d'informations, voir page 156 la partie relative à la prise en charge médicale des victimes de violence.

2. Lien entre soin et justice

L'accès aux soins et à la justice sont deux composantes essentielles de la réhabilitation des victimes de violence. **Dans le cadre des démarches juridiques, le certificat médical est un élément de preuve déterminant. Il se trouve ainsi au croisement entre médical et juridique, entre soin et protection.**

L'engagement pour un accès effectif à un certificat médical de qualité est donc primordial.

Aujourd'hui cependant, il n'existe aucun cadre commun international réglemantant la rédaction et les conditions de délivrance des certificats médicaux en cas de violence ; des différences majeures d'un pays à un autre posent la question des droits de la personne en tant que patient(e), mais aussi en tant que victime de violence. Un tel cadre est néanmoins indispensable afin de définir des lignes directrices quant à la valeur juridique du certificat médical, au circuit de sa délivrance, aux professionnels de santé habilités à le délivrer, à son format et à son contenu.

3. L'utilité du certificat médical

Les certificats médicaux pour acte de violence sont **principalement destinés à un usage judiciaire.**

La personne qui souhaite saisir la justice pour faire valoir ses droits et obtenir réparation peut produire son **certificat médical comme preuve attestant des violences subies.**

Pour toute procédure civile ou pénale, il conditionne :

- la qualification des faits (l'infraction) ;
- dans certains pays, la nature du tribunal compétent ;
- la gravité des peines.

Dans certaines situations, ils peuvent ouvrir droit à une pension d'invalidité, une indemnisation par un tribunal national ou

international, ou bénéficier d'un fonds d'indemnisation. La personne peut aussi s'en servir à l'arrivée dans un pays, afin de **consolider un dossier de demande d'asile ou d'un statut alternatif de protection.** Ainsi, ces certificats médicaux peuvent être utiles, même lorsqu'il n'est pas possible de les faire valoir dans le pays d'origine (situations de conflits et/ou de corruption, système judiciaire qui ne fonctionne plus).

« Vous devez absolument, pour obtenir le statut de réfugié, m'adresser un certificat médical mentionnant les marques que vous avez sur le corps, en particulier à l'œil, suite à la torture et aux mauvais traitements qui vous ont été infligés¹⁶⁷. »

« La torture est notre quotidien à l'Ofpra [Office français de protection des réfugiés et des apatrides], elle est donc banalisée ; la parole ne suffit donc pas. Quand les personnes parlent de cicatrices on leur dit d'aller voir un médecin. Le certificat doit alors parler autant qu'une photo¹⁶⁸. »

Au regard du droit à l'information applicable à chaque patient, le médecin doit systématiquement mentionner ces possibilités d'utilisation du certificat médical en cas de violence. C'est à la personne elle-même de décider si elle va s'en servir ou non, et comment. Mais il est du devoir du personnel médical d'attester des violences constatées. **Le fait de ne pas délivrer de certificats contribue à banaliser certains crimes et à faire disparaître les preuves de ces violences.**

¹⁶⁷. Didier Fassin, Estelle D'Halluin, « The Truth from the body: medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers », *American Anthropologist*, 2008.

¹⁶⁸. Carole Dromer, « Le certificat médical, pièce jointe à la demande d'asile en France », mémoire de Master 2 DH/DH, 2007.

2/ LES CARACTÉRISTIQUES DU CERTIFICAT MÉDICAL POUR ACTE DE VIOLENCE

1. La valeur juridique

Il est courant que les autorités judiciaires n'accordent pas la même valeur juridique aux certificats médicaux délivrés sur simple demande d'une personne ayant subi des violences et aux certificats délivrés sur réquisition judiciaire après passage au poste de police (les certificats médico-légaux). **Le certificat du médecin non assermenté n'aura jamais valeur de preuve absolue, mais il constitue un élément de preuve important et souvent le seul élément matériel qui reste, en plus de la parole des personnes, après quelques années.**

Il n'est pas nécessaire d'être légiste ou expert près les tribunaux pour rédiger un certificat médical; n'importe quel médecin peut le faire. La qualité du document dépend alors de la capacité du médecin à décrire des lésions et à rédiger un certificat médical qui aura force probante. **Le non-respect du formalisme n'enlève pas sa valeur à un certificat médical.** Il faut cependant s'enquérir de la réglementation en cours dans le pays (qui est habilitée à rédiger un tel certificat ? existe-t-il un format officiel ? etc.).

Le certificat ne perd pas en soi sa validité par écoulement du temps. En revanche, **son utilisation en justice peut être rendue impossible en cas de prescription de l'infraction.**

Dans beaucoup de pays, la personne peut, pour des actes graves, porter plainte pendant au moins vingt ans après les faits afin d'obtenir justice et réparation. Dans tous les cas, la personne doit conserver son ou ses certificats sans limitation de durée.

2. Le caractère potentiellement dangereux

Pour la victime :

Lorsqu'une personne ayant subi des violences entreprend des démarches de prise en charge, elle peut alors être confrontée à des représailles. Le fait de révéler des actes de violence à un agent de santé, et surtout de porter plainte, peut exposer la personne à des risques pour sa santé et sa vie.

Cependant, **la personne est la seule, éventuellement aidée par d'autres associations, à pouvoir apprécier les avantages et dangers d'utiliser le certificat médical et à décider du moment le plus approprié pour le faire.**

Le médecin doit quant à lui être vigilant concernant l'usage qu'il fait du certificat médical et les conseils qu'il donne aux personnes. Dans un premier temps, **il faut lire le certificat à la personne, et s'assurer qu'elle en comprend le contenu et la portée.** Elle pourra ainsi décider elle-même de ce qu'elle va en faire. Il faut ensuite lui indiquer la possibilité d'utiliser ce certificat à titre médico-légal dans un recours judiciaire ou non judiciaire.

Le certificat médical est en principe directement donné au patient. MdM s'interdit de le transmettre à des tiers. Si la personne refuse de prendre un exemplaire avec elle, l'agent de santé doit le garder dans des archives sécurisées en l'informant qu'elle pourra venir le chercher ultérieurement. **Dans tous les cas, le certificat médical est rédigé en double exemplaire, dont l'un est conservé par l'agent de santé dans un lieu sécurisé¹⁶⁹.**

¹⁶⁹. Pour plus d'informations concernant la conservation et la transmission des certificats médicaux, voir **Carole Dromer, Anne Desmarest et Adrien Delorme, Pour une éthique de terrain : gestion des données personnelles sensibles (santé – histoires de vie), MdM France, 2010.**

« À Kinshasa, en République démocratique du Congo, il s'est avéré dangereux de délivrer un certificat médical à un enfant vivant dans la rue. Ce document risque d'être perdu ou volé ; l'enfant victime de violence pourra alors être confronté à des représailles de la part de son agresseur. Seul MdM conserve les copies des certificats médicaux. »

Témoignage lors de l'atelier « Protection des filles vivant dans la rue à Kinshasa », MdM, avril 2010.

Pour le médecin :

La rédaction du certificat est une obligation mais peut également faire peser un risque sur la personne qui l'a rédigé. Outre la responsabilité juridique que cette habilitation génère, toute personne impliquée dans une action potentiellement coercitive à l'encontre d'un tiers, surtout influent dans son milieu, peut être soumise à des pressions.

Il est important de gérer ce risque et les craintes qui y sont liées en appréciant l'opportunité de faire signer le certificat médical par des médecins ou par du personnel médical national ou expatrié, et en limitant la présence de ceux-ci devant les tribunaux. Si une personne utilise le certificat devant les tribunaux, MdM peut décider de se limiter à son authentification, sans comparaître.

De plus, l'appartenance à une organisation internationale, dans le contexte d'un État répressif et/ou policé, peut créer des réticences quant à la rédaction d'un certificat médical pour violence. En effet, cette pratique de la part de médecins travaillant pour une entité étrangère peut, dans certains cas spécifiques, déplaire aux autorités et entraver l'action de l'association dans le pays.

En Égypte, toute activité qui pourrait être interprétée comme portant atteinte à l'image de l'État ou ne se conformant pas « au contexte culturel du pays » pourrait remettre en question la présence de MdM dans ce pays. Le fait de rédiger un certificat médical, dans un but judiciaire, portant sur des actes de violence, sujet bien souvent tabou, peut être considéré comme faisant partie de ces cas.

Rapport sur l'accès au certificat médical, MdM, Égypte, avril 2009.

3/ POUR UN ACCÈS EFFECTIF AU CERTIFICAT MÉDICAL

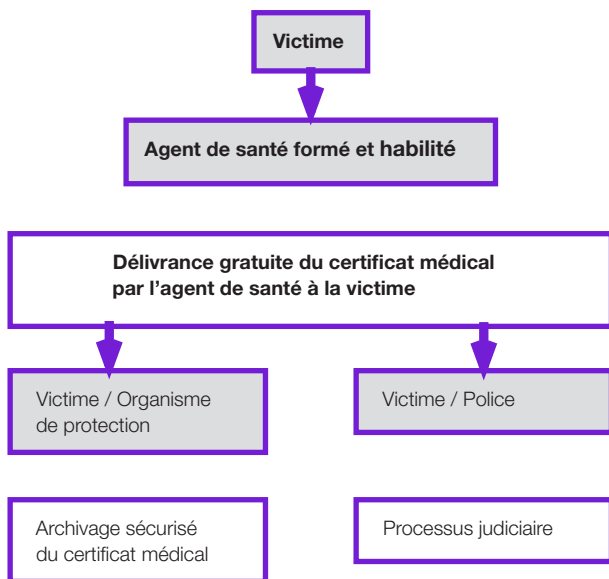
L'accès effectif au certificat médical est souvent limité par un certain nombre de facteurs, tels que **l'absence de personnel habilité** dans les structures de soins, la **non-gratuité de la délivrance**, l'obligation pour une femme d'être accompagnée durant une consultation médicale ou encore l'obligation préalable de porter plainte auprès des autorités. **Le caractère long et complexe du circuit d'obtention d'un certificat médical pour violence peut être réellement dissuasif pour les personnes désirant faire valoir leurs droits.** Confrontées à de nombreux obstacles, la plupart des victimes de violence se découragent et abandonnent leurs démarches.

En Égypte, alors que les victimes de violence doivent se rendre dans un poste de police afin de formuler une requête pour un certificat médical, les jeunes filles vivant dans la rue n'y ont pas recours car elles craignent « de se faire arrêter ou de subir de nouvelles violences ».

Rapport sur l'accès au certificat médical, MdM, Égypte, avril 2009.

Dans l'idéal, il s'agirait que toute personne victime de violence ait un accès direct et gratuit¹⁷⁰ à un soignant formé et habilité à remplir et à délivrer, sans autre intermédiaire, un certificat médical descriptif afin que cette personne puisse s'en servir auprès de la justice si et quand elle le souhaite.

1. Circuit idéal d'obtention d'un certificat médical pour violence



¹⁷⁰. Ou tout au moins inclus dans le prix de la consultation.

En fonction des obstacles spécifiques rencontrés dans un contexte donné, **certaines actions peuvent ainsi être envisagées afin de faciliter l'accès des victimes de violence au certificat médical.**

Au niveau opérationnel peuvent notamment être organisées :

- des formations à destination du personnel médical afin d'améliorer leurs capacités à rédiger des certificats ayant force probante ;
 - des sensibilisations sur l'importance du certificat médical et les principes d'éthique applicables au personnel de santé.
- Lorsque le cadre légal national impose la gratuité du certificat médical, il s'agit également de s'assurer que le personnel des structures appuyées par MdM applique effectivement ce principe.

Des actions peuvent aussi être menées **en termes de plaidoyer, afin de faire évoluer le cadre légal** (gratuité du certificat médical, personnel médical habilité à délivrer un certificat, simplification du circuit d'obtention...) ¹⁷¹.

2. Qui peut délivrer un certificat médical ?

Dans la plupart des contextes d'intervention de MdM, c'est un médecin qui doit examiner la personne, puis rédiger le certificat et le signer. Parfois, le cadre légal autorise des non-médecins à établir des certificats ; dans certains cas, au contraire, la loi n'accorde l'habilitation qu'à des médecins nationaux et assermentés.

¹⁷¹. Pour plus d'informations, voir page 332 la partie relative aux stratégies et actions de plaidoyer et au kit d'outils pour le développement d'un plaidoyer pour l'accès le certificat médical pour violence.

Au Liberia, le ministère de la Santé et des Affaires sociales prévoit que tout médecin, médecin-assistant, infirmier, sage-femme peut rédiger un certificat médical pour actes de violence.

En France, « le certificat médical [à l'appui d'une demande d'asile] peut être fait par tout médecin, la saisine d'expert médico-judiciaire n'étant jamais mise en pratique par la Commission de recours des réfugiés¹⁷² [CRR]. Il est préférable que le médecin traitant rédige lui-même le certificat, à condition qu'il soit informé du contexte de la demande et des règles de la certification. [...] À défaut, le recours à un médecin légiste est possible. Dans tous les cas, l'impartialité de l'expertise est indispensable vis-à-vis des deux parties¹⁷³ ».

Il est important de se référer à la législation nationale et de s'interroger sur la validité des certificats médicaux délivrés par tel ou tel agent de santé. Mais **dans tous les cas, et quel que soit le contexte, il est essentiel que toute personne ayant subi des violences ait la possibilité d'obtenir un certificat médical auprès de n'importe quel médecin.**

Dans la pratique, les médecins (qu'ils soient nationaux ou expatriés) sont souvent peu nombreux et concentrés dans les grandes villes. L'accès à une personne habilitée à rédiger un certificat médical est donc limité. Certaines solutions peuvent alors être envisagées. Lorsque seuls les médecins sont légalement autorisés à délivrer un certificat médical et qu'ils sont peu présents dans certaines zones, un système de coordination et de collaboration peut être mis en place entre le personnel soignant présent et des médecins.

¹⁷². CRR devenue la Cour nationale du droit d'asile.

¹⁷³. Guide **Comede** 2008.

À Goma, alors que seuls les médecins sont habilités à délivrer des certificats médicaux pour violence, la plupart des centres de santé [principalement dans des zones rurales] sont gérés par des infirmiers. Dans ce cas, la procédure de délivrance d'un certificat médical pour violence dépend de la bonne volonté des agents de santé à faire appel, dans des délais raisonnables, à des médecins, qui eux-mêmes doivent pouvoir se rendre disponibles.

L'accès effectif à un certificat médical dépend également de la formation des agents de santé et de la sensibilisation de tous les intervenants se trouvant sur le parcours de la victime. Dans l'idéal, les personnes habilitées à rédiger un certificat médical doivent développer ces compétences dans le cadre de leur **formation initiale.**

En Haïti, les enjeux du certificat médical pour violence ont été soulevés par l'ensemble de la société civile. Les autorités publiques ont répondu à cette initiative en intégrant, en 2001, un curriculum de médecine légale dans deux facultés de médecine.

Rapport sur l'accès au certificat médical, **MdM**, Haïti, avril 2009.

La **remise à niveau/formation continue** est tout aussi importante. Dans le cas de formations organisées à l'initiative de la société civile ou d'associations internationales, il est essentiel d'impliquer les autorités étatiques, afin de les inciter à développer cette démarche.

Tout **intervenant se trouvant sur le parcours de prise en charge** des victimes de violence (agents de santé, psychologues, assistants sociaux, conseillers juridiques, magistrats, policiers...)

doit également être suffisamment sensibilisé aux enjeux entourant l'accès et l'utilisation du certificat médical. **Une bonne coordination entre tous ces acteurs pourra faciliter le parcours de la victime pour l'obtention du certificat médical.**

En 1999, un séminaire sur « l'expertise médicale » a été organisé en Haïti par MdM et l'Unité de recherche et d'action médico-légale (Uramel), en collaboration avec l'École de la magistrature.

L'objectif de ce séminaire était de former un groupe de professionnels du droit et de la santé à l'exercice délicat de l'expertise médicale, mais également de stimuler une prise de conscience de l'importance de la collaboration entre juristes et soignants dans le processus d'enquête judiciaire.

3. Pour un accès direct : à qui délivrer un certificat médical ?

« Le certificat est un document médical confidentiel, car extrait du dossier médical, que l'agent de santé doit en principe **transmettre au patient et à lui seul, en mains propres**¹⁷⁴. »

Tel est le principe répondant aux exigences de protection et de confidentialité dues aux patients. **MdM s'interdit donc de transmettre le certificat à des tiers, excepté dans les cas suivants :**

- lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'un incapable majeur. Le certificat est alors remis au tuteur légal ;
- lorsqu'il s'agit d'une réquisition judiciaire. Il est alors délivré directement par l'agent de santé aux autorités requérantes.

¹⁷⁴. Carole Dromer, Anne Desmarest, Adrien Delorme, *Pour une éthique de terrain : gestion des données personnelles sensibles (santé – histoire de vie)*, MdM France, 2010.

4. Quand peut être délivré un certificat médical ?

Un certificat médical pour violence peut être **établi à tout moment** (avant la prescription de l'infraction) **à partir du dossier médical de la personne**, dès lors qu'elle a été examinée par un agent de santé au moment des faits. Dans l'idéal, le certificat est délivré lors du premier examen, précisant les données constatées ce jour-là. Mais il peut également être rédigé lors d'une visite ultérieure. Le certificat est alors daté du jour de sa rédaction et précise qu'il se réfère aux éléments du dossier médical pour décrire les constats antérieurs.

5. Pour un accès gratuit au certificat médical

Le principe de **gratuité du certificat médical** pour coups et blessures est un élément essentiel. Que l'obtention d'un certificat médical soit légalement payante, ou que les personnes impliquées dans le circuit pratiquent quelque forme de corruption, les aspects économiques peuvent considérablement limiter l'accès effectif au certificat médical. Il faut que la délivrance du certificat médical fasse partie de la consultation et n'engendre pas de surcoût.

En Haïti, depuis 2007, deux circulaires signées conjointement par le ministère de la Santé publique et de la Population et le ministère de la Condition féminine et aux Droits des femmes clarifient le cadre légal entourant le certificat médico-légal. [...] la seconde circulaire impose la gratuité du certificat médical en tant qu'acte médical pratiqué dans les institutions publiques.

Rapport intermédiaire d'opération, MAAIONG/AFD, MdM, Haïti, 2009.

Au Pérou, les résultats des examens médico-légaux et d'expertise psychologique ne sont pas remis aux victimes de violence. Si ces dernières désirent une copie, elles devront s'acquitter d'un montant de 3 soles (1 dollar) auprès de la Banque de la nation (qui appartient à l'État) et, avec le reçu, se rendre à l'Institut de médecine légale où se sont déroulés les tests pour obtenir une copie.

Rapport sur l'accès au certificat médical, **MdM**, Pérou, avril 2009.

La forme du document est soumise à des caractéristiques précises afin de garantir sa force probante devant les instances judiciaires.

4/LA RÉDACTION DU CERTIFICAT MÉDICAL

Afin d'appréhender les diverses exigences relatives à la rédaction d'un certificat médical, une fiche technique reprenant les éléments essentiels du document a été élaborée¹⁷⁵.

FICHE TECHNIQUE : LA RÉDACTION DU CERTIFICAT MÉDICAL

1. Identification

Je soussigné, Dr X, Médecins du Monde, certifie avoir examiné (suivi) M./Mme X... né(e) le...

- **Identité du médecin** signataire, nom de l'ONG.
Il est inutile de faire figurer tous les diplômes du soignant, sauf si cela peut ajouter de la crédibilité au certificat médical.
- **Nom, prénom, date de naissance** de la personne examinée.

Pour des raisons de sécurité, ne pas faire figurer l'adresse de la personne examinée.

2. Déclarations de la personne

M./M^{me} X déclare (ou rapporte avec ou sans l'aide d'un traducteur) : «.....»

L'emploi de guillemets permet de signifier que vous citez directement le patient/blessé.

Vous pouvez aussi utiliser la formule :

Faits déclarés ou déclaration de la personne examinée :

- *Frappée au visage*
- *Menacée*
- *Traînée par les cheveux*
- ...

→ Noter la **date des faits**.

→ Reprendre **les mots de la personne** pour les circonstances, la date et le lieu de l'agression en utilisant la formule : *M/ M^{me} X déclare : «.....»*.

Ne pas juger la clarté du récit ou sa cohérence (c'est le rôle du juge).

→ Noter **uniquement les faits** qui ont une **conséquence directe** sur l'état de santé et les constatations médicales.

Ne pas écrire tout le récit, il ne faut pas reprendre toute l'histoire de vie de la personne.

→ Utiliser le **présent ou le passé**.

Ne pas utiliser le conditionnel et les tournures du type «prétend» ou «allègue», qui pourraient laisser penser que l'on doute des dires de la personne.

¹⁷⁵. Carole Dromer, Anne Desmarest, Adrien Delorme, *Pour une éthique e terrain : gestion des données personnelles sensibles (santé – histoire de vie)*, MdM France, 2010.

Ne pas mentionner nommément la/les personne(s) responsable(s) des violences. Il est préférable d'utiliser le terme générique d'agresseur(s).

3. Doléances/examen clinique

M. / M^{me} X se plaint de :

– État émotionnel :

→ Noter au minimum l'aspect émotionnel de la personne pendant la consultation (agitée, stressée, passive, amorphe, etc.); si vous en avez les compétences, noter les données de l'examen psychique.

Ne pas établir de certificat sans avoir examiné le patient.

– État physique :

→ Mentionner dans l'examen clinique seulement ce qui est significatif au regard des signes fonctionnels et des événements.

Ne pas mentionner tous les signes dits négatifs ou n'apportant rien, comme la pression artérielle, le poids (si normal)...

Ne pas mentionner des maladies chroniques qui n'ont rien à voir avec les événements (si vous pensez qu'elles ont un lien alors dites-le et documentez-le).

→ Noter les constatations de l'examen clinique avec le **plus de détails possible** : type de lésions (abrasion, griffure...), siège exact, longueur et largeur, ancienneté si possible (à l'aide de dessins si nécessaire). Vous pouvez prendre des photographies, si la personne est d'accord (il conviendra alors de les joindre au dossier médical et de les traiter comme des données sensibles).

→ Pour les violences sexuelles, noter les données de l'examen génital, anal et buccal.

→ Si c'est pertinent, procéder à la **détection d'une grossesse en cours ou évaluer le risque de grossesse et d'infections sexuellement transmissibles.**

4. Examens complémentaires (éventuels)

→ Noter les examens complémentaires pratiqués dans un but diagnostic ou thérapeutique et leurs résultats (radiographie par exemple).

→ Noter si un examen réalisé **corrobore les dires ou l'examen clinique.**

5. Prélèvements (éventuels)

.....

→ Mentionner les prélèvements faits à titre médico-légal : la nature des prélèvements et leur destination.

6. Compte rendu opératoire (éventuel)

.....

→ Un éventuel compte rendu opératoire pourra être joint au certificat. **Attention alors à la concordance entre le certificat et les données du compte rendu opératoire.**

7. Conclusions

.....

→ Indiquer si nos constatations sur l'état de la personne et son évolution sont **compatibles avec les faits rapportés par la personne.**

On peut **grader la compatibilité** («les constatations de l'examen tant physique que psychique sont hautement compatibles avec le récit de M. X», par exemple. Vous pouvez dire aussi «les signes authentifient qu'il y a eu traumatisme psychique» ou «l'examen corrobore le récit de la personne»).

Ne pas qualifier juridiquement les faits. « En conclusion M. X a été torturé » ou « M^{me} Z a été violée » : C'est aux juges de les qualifier.

→ Si la personne demande un **certificat pour viol** et que vous n'avez pas constaté de lésions physiques, conclure que **« l'absence de lésion physique n'est pas incompatible avec les faits rapportés par M^{me}/M. X. »**

→ Si vous avez décrit des **troubles psychologiques sans lésions physiques**, écrire :

« Les perturbations psychologiques de M^{me}/M. X. sont compatibles avec les faits rapportés, l'absence de lésions physiques ne peut les rejeter. »

Attention l'absence de traces physiques lors de l'examen clinique ne permet pas de conclure à l'absence d'agression, soit parce que diverses formes de contraintes peuvent être utilisées soit en raison du délai entre la date de l'agression et la consultation. Il ne faut donc pas conclure à l'absence d'agression, ni à l'absence de compatibilité.

→ Vous pouvez indiquer la gravité éventuelle de ce que vous constatez sur le plan médical et les possibilités de récupération sous traitement.

→ Si la loi vous l'impose, déterminez l'Incapacité totale de travail (ITT)¹⁷⁶.

Aucun jugement personnel ne doit être noté sur le certificat, ni aucune appréciation sur la véracité des faits (ce n'est pas le rôle du soignant). Il ne faut donc pas se prononcer sur le fait que vous croyez la personne : « je pense que M. ...dit vrai ».

176. L'ITT est différente de la durée de l'arrêt de travail.

Pour plus d'informations, voir le site du Conseil national de l'Ordre des médecins, www.cnomedecins-dz.com/articles.php?lng=fr&pg=47

8. Remise du certificat

*Ce document est remis en main propre à M./M^{me}
«.....»*

- Noter à qui a été remis le certificat. Le plus souvent il est remis « en main propre » à la personne concernée.
→ Si la personne est mineure, remettre le certificat aux représentants légaux (dans la mesure du possible).

Ne pas remettre le certificat à des tiers.

9. Date, lieu, heure

*Fait à (ville, village, district),..... (pays),
le .../.../..... (JJ/MM/AAAA), à...h...min.*

- Indiquer le lieu précis, la date complète et l'heure de l'examen clinique.

Ne pas antidater ou postdater le certificat.

10. Signature(s), nom(s) lisible(s), tampon

- Si le certificat fait plusieurs pages, la date, l'heure, le nom de la personne et le nom de l'examineur doivent figurer sur toutes les pages.

Ne pas se contenter d'un tampon, plus il y a de signes d'identification du soignant, plus le certificat est crédible. Il est inutile de faire signer la personne examinée.



Dr Buddy Whatsup



- La signature doit être manuscrite.

Le tampon ne doit pas masquer la signature.

3G

RÉINSERTION SOCIALE ET ÉCONOMIQUE

➤ L'accompagnement pour la réinsertion sociale et économique représente un aspect essentiel de la prise en charge pluridisciplinaire, participant pleinement à la réhabilitation globale des victimes de violences liées au genre.

Bien qu'elle soit en cohérence avec notre approche de la prise en charge des victimes de violences liées au genre, la réinsertion sociale et économique ne fait généralement pas partie de nos domaines d'intervention. Médecins du Monde contribue à cet aspect de la réhabilitation à travers le développement de réseaux d'acteurs et le référencement des usagers de ses programmes vers des structures partenaires.

La réinsertion sociale et économique renvoie aux notions d'**autonomisation** et d'**empowerment**» des femmes en général, et des victimes de violences liées au genre en particulier. L'empowerment fait référence à l'individu, au pouvoir qu'il peut avoir sur sa propre vie, mais également au collectif, au pouvoir

de l'individu au sein du groupe dans une vision collective de gestion de la société, de la politique. L'empowerment peut ainsi se définir comme « le processus d'acquisition de pouvoir au niveau individuel et collectif. Il désigne, chez un individu ou une communauté, d'abord la capacité d'agir de façon autonome, mais également les moyens nécessaires ainsi que le processus pour atteindre cette capacité d'agir, de prise de décision dans ses choix de vie et de société¹⁷⁷ ».

L'autonomisation des femmes a cinq composantes :
le respect de soi ; le droit d'avoir et de déterminer ses choix ;
le droit d'avoir accès aux opportunités et aux ressources ;
le droit de pouvoir contrôler sa propre vie, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de chez soi ; et la capacité d'influencer le sens du changement social pour créer un ordre social et économique plus juste, aux niveaux national et international.

United Nations Population Information Network (Popin),
« Guidelines on women's empowerment. »

1 / RAPPEL DES LIENS ENTRE VLG ET ENJEUX SOCIO-ÉCONOMIQUES

Les personnes victimes de violences liées au genre peuvent être confrontées à des difficultés socio-économiques liées aux conséquences immédiates ou à long terme des situations de violence, parmi lesquelles :

¹⁷⁷. Commission femmes et développement, *L'approche de l'empowerment des femmes : un guide méthodologique*, Direction générale de la coopération belge, juin 2007.

- la distanciation du/de la partenaire, voire la séparation ;
- la perte du logement et le besoin d'un hébergement (d'urgence, temporaire, puis permanent) ;
- l'interruption des activités professionnelles (perte de son emploi) ;
- les difficultés scolaires des enfants/l'interruption de la scolarité ;
- l'absence/la perte de ressources économiques pour se loger, se nourrir, se soigner... ;
- l'appauvrissement familial ;
- la réduction des capacités parentales : négligence, abandon, rejet, maltraitance, notamment des enfants nés du viol ;
- le problème de la garde des enfants ;
- ...

Tel que nous l'avons déjà souligné dans ce guide¹⁷⁸, le contexte social et économique peut également favoriser les situations de violence, et notamment :

- le faible niveau d'instruction ;
- l'isolement, le manque d'entourage ;
- les faibles revenus/les conditions économiques précaires ;
- le chômage ;
- les importantes disparités (d'éducation et économiques) entre partenaires ;
- ...

Plus que tout autre facteur, ce sont la pauvreté, le chômage et l'absence d'avenir – d'autant plus douloureusement ressentis que le pays est aux portes de l'Union européenne – qui expliquent le phénomène de la traite des êtres humains.

MdM, « Moldavie, la traite des êtres humains », *Journal des donateurs*, septembre 2008.

Participant à la fois des causes et des conséquences des violences liées au genre, les déterminants socio-économiques représentent des contraintes majeures à la réinsertion sociale et économique des personnes victimes de violence.

2/ACTIONS POUR LA RÉINSERTION SOCIALE ET ÉCONOMIQUE

1. Définitions

Le travail social : ce que l'on nomme « travail social » consiste en des actions ayant pour objectif d'améliorer la situation des personnes sur le plan social, économique, psychologique et culturel. Plus concrètement, il s'agit d'informer les personnes sur leurs droits à des prestations sociales, ainsi que de les orienter vers des services d'accompagnement.

Le travail social « cherche à promouvoir le changement social, la résolution de problèmes dans le contexte des relations humaines et la capacité et la libération des personnes afin d'améliorer le bien-être général [...] Le travail social intervient au point de rencontre entre les personnes et leur environnement ».

Définition du travail social adoptée par l'assemblée générale de la **Fédération internationale des travailleurs sociaux**, Canada, juillet 2000.

¹⁷⁸. Pour plus d'informations, voir page 108 la partie relative aux causes et aux conséquences des violences.

La réinsertion sociale et économique : il s'agit du processus conférant à une personne les capacités et l'autonomie nécessaires pour se réinsérer dans la société à travers des activités sociales, économiques, ou encore éducationnelles. Elle permet de déterminer et de dépasser les faiblesses [individuelles] et les limites [liées au contexte] contribuant à une situation de vulnérabilité, et d'aboutir à la jouissance des droits sociaux et économiques¹⁷⁹.

Il s'agit alors d'envisager et d'identifier, avec la personne qui a subi des violences, les solutions possibles et les ressources disponibles, que ce soit dans l'environnement familial et social de la victime (appui de la famille ou d'amis), ou à travers des associations/organisations de la société civile ou des structures institutionnelles.

2. Actions de prise en charge et d'accompagnement

Ces actions doivent répondre aux difficultés socio-économiques de la personne, lui permettre de retrouver une place/un rôle dans la société, de dépasser sa situation d'exclusion et de faciliter son autonomisation.

Les victimes de violences liées au genre, dans leur démarche de réinsertion socio-économique, peuvent être accompagnées à travers différentes actions, telles que :

- le soutien psychosocial ;
- l'éducation et la formation professionnelle ;

¹⁷⁹. «Réhabilitation sociale des victimes de violence», fiche thématique n°9, atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Le Caire (Égypte), MdM, septembre 2009.

- l'appui au développement d'activités génératrices de revenus ;
- ...

Une différence peut être soulignée entre le travail social et celui de l'aide à la réinsertion économique. Le premier englobe des aspects plus larges de la vie et de l'environnement de chaque personne ; alors que le second traite plus spécifiquement de ses possibilités en termes d'activités professionnelles/génératrices de revenus. Ces actions sont cependant souvent complémentaires et participent d'une même démarche.

« Il est important de commencer cette réinsertion économique en même temps que le suivi psychosocial, car cela permet aux victimes de décharger leurs souffrances. Pendant les ateliers ou les formations, les filles peuvent échanger entre elles et envisager leur avenir. Le pire pour elles, c'est la stigmatisation. »

Témoignage de Neema, 26 ans, conseillère psychosociale à Butembo, dossier de presse MdM « RDC : le viol se généralise au Nord-Kivu », novembre 2009.

Le soutien psychosocial

Le travail social peut contribuer à la réhabilitation psychologique des personnes victimes de violence. Favorisant et renforçant les liens sociaux et communautaires, il a un impact sur la santé mentale individuelle des personnes. La famille et le reste de la communauté jouent un rôle important dans la capacité qu'aura la victime à surmonter son expérience traumatique. De la même manière, l'accompagnement psychologique permet d'agir sur la souffrance individuelle, pour qu'elle ne soit plus un frein à la réinsertion sociale et économique.

« Le soutien psychosocial reconnaît l'importance de l'environnement social lorsqu'il s'agit d'aborder l'impact psychologique d'événements stressants vécus dans un contexte d'urgence. En pratique, cela implique de faciliter la reconstruction de structures sociales locales (famille, groupes communautaires, écoles) qui ont pu être détruites ou affaiblies dans l'urgence, afin qu'elles puissent fournir un soutien approprié et efficace à celles et ceux qui ont subi un stress important dans ce contexte. »

S. Nicolai, *Psychosocial needs of conflict-affected children and adolescents*, 2003.

« Le terme "psychosocial" met en lumière les liens et les interactions permanentes entre les processus psychologiques et sociaux. »¹⁸⁰
On parle de **prise en charge psychosociale** lorsque les acteurs sociaux ont été formés au soutien psychologique des victimes de violences liées au genre et entreprennent un double travail d'accompagnement, social et psychologique.

À Goma (RDC), MdM travaille en collaboration étroite avec des organisations locales agissant dans le domaine de la prise en charge psychosociale des victimes de violences sexuelles. L'association renforce ainsi les capacités de **conseillères psychosociales, premières personnes que rencontrent le plus souvent les victimes de violences sexuelles et qui les conseillent et les orientent.**

Les victimes de la traite des êtres humains, et notamment d'exploitation sexuelle, lorsqu'elles sont de retour dans leur

¹⁸⁰. IASC, *Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir*, Genève, 2010.

pays, subissent souvent de plein fouet une stigmatisation de la part de leur communauté. Le travail de l'équipe mobile de MdM en Moldavie, composée d'une assistante sociale et d'une psychologue, consiste alors à trouver des moyens pour lutter contre cette exclusion, afin que les personnes puissent être réintégrées dans leur communauté.

« Parfois leurs proches pensent qu'elles ont perdu leur réputation. [...] Nous travaillons donc directement avec les familles et le voisinage pour préparer le retour des victimes dans leur communauté. Nous les accompagnons également dans leurs démarches pour retrouver des papiers, un logement, un suivi médical... un retour pas à pas vers une vie normale. »

Témoignage de Tatiana, assistante sociale, MdM, Moldavie, septembre 2008.

L'éducation et la formation professionnelle

L'alphabétisation est un droit humain, un outil d'autonomisation personnelle et un facteur de développement social et humain. Or, parmi les adultes analphabètes dans le monde, deux tiers sont des femmes.

« L'alphabétisation est d'une importance cruciale pour l'acquisition, par chaque enfant, jeune et adulte, des compétences de base leur permettant de faire face aux problèmes qu'ils peuvent rencontrer dans la vie, et elle représente une étape essentielle de l'éducation de base, qui est un moyen indispensable de participation effective à l'économie et à la vie de la société du XXI^e siècle. »

Assemblée générale des Nations unies, résolution A/RES/56/116 du 18 décembre 2001, « Décennie des Nations unies pour l'alphabétisation : l'éducation pour tous ».

Dans le cadre de la prise en charge des victimes de violences liées au genre, l'accès à l'alphabétisation et à l'éducation sont des enjeux importants pour contribuer à la réhabilitation des personnes concernées. Le manque d'éducation, ou le faible niveau d'instruction, est en effet un facteur de vulnérabilité concernant les violences liées au genre, souvent lié à la précarité sociale de certaines personnes victimes. Il peut également représenter un obstacle aux actions de prise en charge, réduisant l'autonomie des personnes quant aux démarches à entreprendre.

« Tous les résidents doivent avoir la possibilité de recevoir une éducation de base et d'assister à des formations professionnelles. [...] En fonction de son âge, chaque enfant résidant avec sa mère dans le *Dar-UI-Aman* doit pouvoir recevoir une éducation et prendre part à des activités socio-éducatives collectives. Les femmes éduquées parmi les résidents doivent également être encouragées à enseigner aux autres femmes et enfants. »

Guidelines for the improvement of functioning of Dar-UI-Amans in the province established by Social Welfare, women development and Bait-UI-Maal Department.

Outre l'éducation relative aux connaissances de base, les adultes peuvent bénéficier de formations **qualifiantes et professionnalisantes** leur permettant de développer des moyens de subsistance.

Ces formations ont également un sens social, offrant la possibilité de construire un projet de vie et de se projeter dans l'avenir. En d'autres termes, au-delà de leur perspective économique, ces actions participent à la réinsertion sociale des victimes de violence.

Si trouver un emploi en Moldavie s'avère délicat pour la plupart des personnes, cette difficulté est encore plus aiguë pour celles ayant été directement exposées à la traite. En effet, surmonter les traumatismes psychologiques et physiques demande un certain temps avant de pouvoir envisager de reprendre le travail. Lorsque les conditions sont réunies, MdM oriente les bénéficiaires vers le réseau d'ANPE locales, qui dispose d'aides et de programmes de formation spécifiques pour les publics les plus vulnérables.

MdM, Rapport intermédiaire d'opération, programme international de lutte contre les violences faites aux femmes, MAAIONG/AFD, septembre 2009.

« **Depuis 2003, la réinsertion a concerné 250 personnes sur les 1 016 cas que nous avons rencontrés.** Ces femmes sont allées dans l'un des huit centres d'apprentissage pour se former, selon leur choix, à la savonnerie, à la cuisine, au tricot, à la broderie, à la couture ou à l'agriculture. Les plus jeunes ont été réinsérées dans le système scolaire et certaines d'entre elles ont pu obtenir leur diplôme universitaire. »

Témoignage de Mambo Zawadi, de l'**association Sofepadi**, à Beni, dossier de presse MdM « RDC : le viol se généralise au Nord-Kivu », novembre 2009.

Les activités génératrices de revenus

Dans de nombreux contextes, les femmes ont un accès limité aux **activités génératrices de revenus**. Elles se trouvent alors dépendantes des revenus de leur entourage et principalement de ceux de leur mari. Lorsque l'une d'entre elles est victime de violences liées au genre et qu'elle ose en parler, elle est souvent confrontée à la stigmatisation de sa famille et de la communauté,

aggravant davantage une situation déjà précaire. De plus, notamment dans le cas de violences conjugales, dénoncer l'agresseur revient souvent à perdre l'accès à une partie, voire à la totalité, du revenu familial, à son logement, etc.

Dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire, le développement d'activités génératrices de revenus permet d'aider les victimes de violence à accéder à **une plus grande autonomie financière et à renforcer leur indépendance et leur participation dans le cadre du foyer et de la communauté.**

Entre 2004 et 2008, le projet Working towards Safe Motherhood in South Asia: Combating gender based violence during pregnancy in Nepal and Bangladesh a été mis en place par le bureau régional sud-asiatique de la Fédération internationale du planning familial (IPPF).

Dans le cadre de ce projet et dans une optique d'acquisition de revenus, un certain nombre de femmes a pu bénéficier d'une assistance économique directe sous la forme de prêts, d'acquisition de compétences et d'appui à l'établissement de micro-entreprises. Des groupes de soutien aux victimes de violences liées au genre et des groupes communautaires ont également été créés pour intervenir sur la prévention des violences et mener des actions de sensibilisation concernant ce phénomène. En 2008, plusieurs bénéficiaires ont participé à un atelier, pendant lequel elles ont pu échanger leurs expériences et leurs réflexions sur ce projet.

Parmi les bénéficiaires, une femme provenant de Rupandehi, au Népal, a ainsi expliqué que le microcrédit de 5 000 roupies qu'elle avait reçu pour monter son entreprise de vente d'encens lui permet aujourd'hui de bénéficier d'un salaire

moyen mensuel de 5 000 roupies. Cette aide a pu lui être apportée au sein de l'Association népalaise de planning familial (FPAN), qu'elle avait sollicitée à la suite de violences physiques et psychologiques subies de la part de sa belle-famille.

Une autre femme, de Makawanpur, au Népal, témoigne du lien entre indépendance économique et autonomie sociale. Elle a reçu un prêt de 6 000 roupies pour recevoir une formation de mécanicienne automobile. Elle exerce aujourd'hui cette profession aux côtés de son mari, auparavant violent, et assure que le regard de son partenaire a changé, notamment grâce à sa possibilité de générer un revenu pour le couple.

Enfin, une femme de Comilla, au Bangladesh, raconte que, à la suite de violences psychologiques et de pressions financières exercées par sa belle-famille, elle s'est tournée vers l'Association de planning familial au Bangladesh (FNAB), qui lui a procuré une formation en pisciculture. Désormais, son mari travaille auprès d'elle et ils possèdent leurs propres bassins.

Les actions de **microcrédits** consistent en l'attribution de prêts de faible montant et s'adressent à toutes les personnes qui ne peuvent accéder aux prêts bancaires classiques. La microfinance cible souvent les femmes, parfois même exclusivement. « Les femmes représentent 85 % des clients les plus pauvres bénéficiant des services de microfinance¹⁸¹. » D'après Juan Somavia, directeur général de l'Organisation internationale du travail, « les services de microfinance contribuent à l'autonomisation des femmes en exerçant une influence positive sur leur pouvoir de décision et en renforçant leur statut socio-économique global ».

181. Sam Daley-Harris, *État de la campagne du Sommet sur le microcrédit*, rapport 2007.

Au Népal, l'espérance de vie des femmes est inférieure à celle des hommes. Le taux de mortalité maternelle est de 7,4 %, tandis que le taux de mortalité néonatale atteint 39 %, parmi les plus élevés dans le monde. Le coût du transport et de l'accouchement dans le centre de santé pèse trop lourd sur les finances de la famille, qui décide souvent de passer outre, réduisant ainsi l'accès des femmes à la santé. Dans ce contexte, Médecins du Monde a mis en place un **programme innovant associant santé reproductive et microcrédit**. Des groupes de femmes ont été créés, constituant une sorte de coopérative : les femmes gèrent elles-mêmes des fonds leur permettant en cas de besoin de débloquer les sommes nécessaires pour se rendre au centre de santé.

Médecins du Monde, communiqué de presse – Journée mondiale pour la santé, 7 avril 2010.

Il est important de rappeler que, pour les activités génératrices de revenus comme pour toute action humanitaire, une réflexion doit être menée au regard de la population générale. L'intervention auprès d'un groupe spécifique peut être discriminatoire pour le reste de la population et accentuer les difficultés de réinsertion sociale des bénéficiaires.

Il convient également de souligner certains effets liés aux actions de microcrédit spécifiquement développées à l'intention des femmes. En effet, « bien que le microcrédit renforce la capacité des femmes à faire face aux violences familiales, dans certains cas, ce système de prêt a augmenté les violences envers les femmes et les séparations au sein de la famille¹⁸² ».

¹⁸². Unescap, *Economic and Social Survey for Asia and the Pacific*, 2007.

Des études ont également montré que les femmes ont parfois peu ou pas de contrôle sur leurs emprunts, le mari ou le membre de la famille de sexe masculin étant celui qui prend toutes les décisions¹⁸³. L'accès au microcrédit peut aussi contribuer à augmenter la charge de travail des femmes.

La question de la garde des enfants a été posée dans le cadre d'initiatives visant l'autonomie économique des femmes. Certains acteurs ont trouvé des solutions innovantes pour dépasser les contraintes liées au statut de mère lorsqu'il est cumulé à celui d'apprenant ou de salarié.

« Trois centres de gardiennage ont été mis en place par le projet et sont situés tout proche de chaque centre d'alphabétisation en vue de permettre aux bénéficiaires des cours de récupérer leurs enfants en toute quiétude à la fin de chaque séance d'enseignement. Ce sont 60 enfants qui sont ainsi encadrés chaque jour par deux encadreurs dans chaque centre de gardiennage. »

« Caritas et la Banque Mondiale appuient la réinsertion économique des ex-combattantes », **Relief Web**, RDC/Kalémie, février 2010.

Dans le cadre de l'hébergement temporaire

Si la question de la réinsertion sociale et économique s'adresse à l'ensemble des victimes de violences liées au genre, les personnes prises en charge dans le cadre d'un hébergement temporaire sont particulièrement concernées.

¹⁸³. Anne-Marie Goetz et Rina Sen Gupta, « Who takes credit? Gender, Power, and Control Over Loan Use in Loan Programs in Rural Bangladesh », *World Development*, 1996.

ENJEUX LIÉS À LA RÉINSERTION SOCIALE ET ÉCONOMIQUE DANS LE CADRE DE L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

Lors d'un atelier régional d'échange de pratiques organisé par MdM au Nicaragua (en novembre 2008), les participants ont souligné l'importance de certains aspects :

Risques/craintes associés aux centres d'hébergement temporaire :

- certaines victimes de violence craignent que leur séjour dans de tels centres n'aboutisse à leur exclusion de la communauté. Le moment de la sortie du centre est souvent redouté ;
- de nombreuses victimes de violence craignent également un séjour trop long, qui les obligerait à interrompre leurs activités (perte de leur emploi / de leurs revenus).

Critères de sélection des victimes de violence pouvant être accueillies dans les centres d'hébergement temporaire, parmi lesquels :

- impossibilité pour la personne de se faire héberger par sa famille (ou son entourage social) ;
- absence de ressources économiques propres.

Préparation/accompagnement à la sortie du centre d'hébergement temporaire :

- mise en place, dans le cadre des structures d'hébergement, de formations professionnalisantes aidant les résident(e)s à (re) trouver un emploi et une autonomie économique à leur sortie ;
- accompagnement de la réinsertion du/de la résident(e) dans son foyer / sa vie familiale ;
- coordination avec différentes institutions pour prendre en charge le retour du/de la résident(e) dans son foyer (transport).

Au Pakistan, l'action de MdM se situe à l'intérieur de structures d'hébergement temporaire gouvernementales (*Dar-ul-Amans*) destinées aux femmes en situation de grande détresse et à leurs enfants. En s'appuyant sur une étude menée par des étudiants du Département du travail social de l'université du Penjab, une réflexion a été menée autour des besoins des résidentes et des champs potentiels d'intervention sociale. Cette étude a permis de proposer une approche de la réhabilitation des résidentes à leur sortie.

APPROCHE DE LA RÉHABILITATION SOCIALE DES VICTIMES DE VIOLENCE

- Donner priorité à la protection et à la sécurité des femmes ;
- Dépasser l'écart entre la situation dans / hors DUA et pendant / après DUA (décloisonner les DUA tout en assurant la sécurité, un suivi adéquat et l'implication de la famille / communauté si possible) ;
- Dépasser l'écart entre DUA et « le reste du monde » et inclure les DUA dans un système de protection sociale pour les femmes en détresse : coordination entre les institutions / services gouvernementaux (police, cours, etc.) et la société civile (associations, volontaires, etc.) ;
- Ouvrir des éventails de possibilités / opportunités partant des besoins des femmes et prenant en compte leurs capacités / compétences ainsi que la faisabilité de leur projet personnel ;
- Sensibiliser au niveau familial et communautaire pour la déstigmatisation des DUA et des femmes y ayant séjourné. Renforcer le plaidoyer et sensibiliser à large échelle.

Roohi Maqbool, « Réinsertion des victimes de violences, en particulier des résident(e)s des *Dar-ul-Amans*, en fonction de leurs besoins », atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Le Caire (Égypte), MdM, septembre 2009.



3H

OBSTACLES À LA PRISE EN CHARGE

➤ Il existe de **nombreux obstacles à la prise en charge des victimes de violence.**

Les premières difficultés proviennent des personnes victimes elles-mêmes, qui peuvent hésiter à entreprendre une démarche de prise en charge par peur du rejet ou de représailles, ou encore parce qu'elles ont honte. Les structures de prise en charge peuvent également être difficilement accessibles, notamment pour des raisons économiques ou géographiques.

D'autres obstacles sont en lien avec les intervenants. Ainsi, selon une étude portant sur les expériences négatives que des femmes ont vécues avec des professionnels de santé¹⁸⁴, beaucoup ont rapporté avoir senti qu'ils étaient énervés, désintéressés ou bien sceptiques lorsqu'elles racontaient leur histoire. Il leur était aussi reproché de ne s'intéresser qu'aux lésions physiques, envoyant les patientes à la police pour toute autre réclamation.

¹⁸⁴. IPPF, *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence, A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*, 2004.

Ces critiques formulées à l'encontre des professionnels de santé peuvent être généralisées à l'ensemble des intervenants.

1 / LES OBSTACLES EN LIEN AVEC LES VICTIMES

Les **réticences** des victimes de violence à demander de l'aide et à entreprendre des démarches de prise en charge sont **souvent liées aux attitudes et aux comportements de leur entourage ou de leur communauté** par rapport au phénomène de la violence.

1. La peur de la stigmatisation

La **stigmatisation** de la part de la famille et de la communauté, **notamment lorsqu'il s'agit de violences sexuelles**, est une épreuve largement et fréquemment endurée par les victimes de violences liées au genre. Cette stigmatisation peut prendre la forme de l'annulation d'un mariage pour des fiancés, de l'abandon du domicile conjugal par le mari ou de la répudiation.

« J'étais partie chercher du bois à brûler pour ma famille lorsque trois hommes armés sur des chameaux sont arrivés et m'ont entourée. Ils m'ont maintenue, m'ont attaché les mains et violée l'un après l'autre. Lorsque je suis rentrée chez moi, j'ai dit à ma famille ce qui s'était passé. Ils m'ont jetée dehors et j'ai dû construire ma nouvelle hutte loin d'eux. J'étais fiancée à un homme et j'attendais avec impatience de me marier. Après mon viol, il a refusé de se marier avec moi et a annulé le mariage car il a dit que j'étais maintenant déshonorée et salie. »

Témoignage d'une jeune femme de 16 ans, dans l'ouest du Darfour.
MSF, Vies brisées, l'aide médicale urgente, vitale pour les victimes de violences sexuelles, 2^e édition, juin 2009.

Les victimes de violence peuvent donc être réticentes à se rendre dans une structure ou dans un service de prise en charge, car le fait même de faire cette démarche peut susciter des questions et des interrogations de la part de leur entourage. Le risque de stigmatisation est particulièrement important dès lors que la structure se veut spécialisée dans la prise en charge des victimes de violence et l'affiche clairement. L'intégration d'une telle structure dans un centre de santé peut ainsi permettre aux personnes victimes de violence de s'y rendre sans craindre d'être stigmatisées. Dans tous les cas, il s'agit de garantir un respect absolu de la confidentialité et de s'assurer que les intervenants ne stigmatisent pas les victimes à travers leur attitude ou leur discours.

2. La peur des représailles

Les personnes qui osent sortir de leur silence sont fréquemment victimes de **représailles, parfois tolérées par la législation nationale.**

Ces représailles peuvent prendre différentes formes, telles que :

→ De **nouvelles violences commises par l'agresseur** s'il apprend que la personne victime a parlé de l'agression à quelqu'un, y compris à un intervenant de prise en charge. Cette crainte est encore plus forte lorsque l'auteur des violences est un proche de la famille, quelqu'un de connu.

« Comme la plupart des viols sont commis par des gens connus des victimes, la proximité vis-à-vis de l'auteur génère une crainte de représailles contre les victimes ou leur famille. Selon 84 % des victimes interrogées dans les structures de santé non mobiles, la crainte pour leur sécurité ou celle de leur famille était la cause qui les avait empêchées d'avoir recours aux soins de santé. »

MSF, Vies brisées, l'aide médicale urgente, vitale pour les victimes de violences sexuelles, 2^e édition, juin 2009.

Les élèves victimes de violence et d'abus sexuels par leur professeur sont souvent réticents à les signaler, car ils craignent que l'école n'agisse pas et qu'ils soient alors victimes de représailles par leur enseignant.

Nicola Jones, Karen Moore, Eliana Villar-Marquez with Emma Broadbent, Painful lessons: The politics of preventing sexual violence and bullying at school, ODI, Londres, octobre 2008.

→ Des **châtiments**, à travers des **condamnations judiciaires** dans les pays où les victimes de violences liées au genre peuvent être considérées comme responsables des violences vécues :

– Dans certains pays, comme en Afghanistan ou au Pakistan, le droit pénal considère parfois le viol comme un adultère pour la femme mariée et comme une relation sexuelle hors mariage pour les célibataires. Les femmes ayant été violées risquent donc d'être condamnées à être lapidées, incarcérées ou encore à recevoir des coups de bâtons si elles dénoncent les violences dont elles ont été victimes.

- Dans d'autres contextes, comme en Somalie, la justice traditionnelle peut imposer un mariage avec le violeur.

En Somalie, une jeune femme a signalé à la milice qu'elle avait été violée par trois hommes ; elle est alors accusée d'adultère par un tribunal islamique, placée en détention puis lapidée tandis qu'aucun des hommes qu'elle avait accusés du viol n'a été arrêté.

Amnesty International, « Une mineure lapidée en Somalie », 31 octobre 2008.

3. La honte / culpabilisation

Dans de nombreuses communautés, **l'honneur n'est pas une notion individuelle** : chaque individu est responsable de l'honneur de sa famille, voire de la communauté. Pour cette raison, la plupart des personnes s'interdisent de parler des violences dont elles sont victimes, car en en parlant, elles apportent la honte sur elles-mêmes, mais aussi sur leur famille et sur leur communauté. Cette réalité est **exacerbée dans les cas de violences sexuelles**, car la sexualité cristallise de nombreuses valeurs et tabous, tant personnels que sociaux. Elle fait partie d'un véritable contrat social.

« 81 % des femmes dans les cliniques mobiles qui ont vécu un épisode de violence sexuelle, et 95 % dans les centres de santé et les hôpitaux, ont expliqué que la honte était la principale raison pour laquelle elles n'ont pas cherché à se faire soigner. »

MSF, *Vies brisées, l'aide médicale urgente, vitale pour les victimes de violences sexuelles*, 2^e édition, juin 2009.

« C'est si honteux d'être violée ici que les femmes ne veulent simplement pas engager de poursuites. Elles ont trop peur. C'est comme une conspiration qui fait de la révélation d'un viol la pire chose possible. »

Témoignage d'Anna Halford, coordinatrice de projet MSF à Masisi.
MSF, *Vies brisées, l'aide médicale urgente, vitale pour les victimes de violences sexuelles*, 2^e édition, juin 2009.

« J'acceptais les choses en pensant que, oui, c'était moi la coupable de tout cela. J'étais l'idiote, la stupide, la criminelle ; lui, très intelligent, raisonnable et cultivé, avait "toujours raison". Il me faisait un honneur, un cadeau en étant avec moi. J'étais son obligée pour tout. »

Témoignage recueilli dans le cadre de la campagne du gouvernement français « Lutte contre les violences faites aux femmes : grande cause nationale pour 2010 ».

4. La minimisation du problème

Certaines personnes minimisent la situation de violence¹⁸⁵, car cette dernière s'inscrit dans un continuum (violences dans leur enfance, violences conjugales, harcèlement, etc.) ou dans un contexte de violence généralisée (en tant de conflit par exemple) : la violence est donc banalisée et perçue comme une fatalité par la personne qui la subit.

185. Evelyne Josse, « Déceler les violences sexuelles faites aux femmes », 2007.

« La méconnaissance de ce que sont les violences sexuelles et de leurs conséquences physiques, psychologiques et sociales accentue la banalisation de tels crimes. Lorsque les victimes sont les filles des rues, cette indifférence est accentuée et ces agressions continuent à être perpétrées en toute impunité, renforçant leur sentiment d'impuissance. La banalisation de ces violences par la communauté, par les autorités et par les agresseurs implique que les victimes elles-mêmes normalisent ces actes. Ces violences deviennent monnaie courante lorsqu'on est une fille et que l'on vit dans la rue. »

MdM, « La rue, c'est la chance ? », enquête sur l'exploitation et les violences sexuelles des jeunes filles des rues de Kinshasa, 8 mars 2009.

Pour d'autres personnes, **minimiser le problème équivaut à se protéger psychologiquement** : elles tentent de gérer l'impact de l'agression en minimisant la gravité de ses conséquences. Elles peuvent ainsi refuser d'évoquer des souvenirs douloureux et évitent tout ce qui leur rappelle l'agression, car leur principale priorité est d'oublier.

5. Le manque d'accessibilité économique et géographique

Au-delà de ces obstacles liés aux perceptions et aux représentations des violences, le **manque d'accessibilité économique et géographique constitue un frein majeur aux démarches de prise en charge**. Dans bien des contextes, les structures pouvant répondre aux besoins des personnes ayant subi des violences liées au genre sont peu nombreuses, centralisées dans les grandes villes et bien souvent payantes.

De nombreuses victimes de violence n'ont pas les ressources financières suffisantes pour se rendre dans ces structures et bénéficier d'une prise en charge, soit parce qu'elles viennent d'un milieu socio-économique pauvre, soit parce qu'elles sont victimes de violences économiques¹⁸⁶ et ne peuvent disposer librement des ressources financières du foyer. L'éloignement des structures de prise en charge est également problématique, car les violences entraînent souvent des problèmes de santé physiques et/ou psychologiques empêchant les personnes qui en sont victimes de faire de longs trajets. Dans les contextes de conflits, ces difficultés sont renforcées par l'insécurité qui peut limiter les déplacements.

Lorsque les possibilités de prise en charge sont limitées ou inexistantes, les intervenants peuvent être réticents à identifier une victime de violence, n'ayant pas ensuite la possibilité de l'orienter vers d'autres acteurs.

2/ LES OBSTACLES EN LIEN AVEC LES INTERVENANTS

1. Les préjugés

Les intervenants partagent souvent les préjugés de leur communauté vis-à-vis des situations de violence et cherchent alors à justifier ces actes par des arguments stéréotypés tels que le caractère incontrôlable des besoins sexuels des hommes, le comportement ambivalent des jeunes filles, perçu comme une cause des actes qu'elles ont subis, ou encore le comportement inapproprié des femmes qui rendrait leur partenaire violent.

¹⁸⁶. Pour plus d'informations, voir page 57 la partie relative aux typologies des violences liées au genre.

Les représentations des intervenants sur les violences liées au genre conditionnent donc leur attitude envers les victimes qu'ils reçoivent. Leur propre vécu va nourrir ces préjugés et influencer leur prise en charge. Cela affecte la qualité des services offerts aux personnes victimes de violence, et a notamment une incidence sur leur identification.

Dans une étude menée en Afrique du Sud auprès d'infirmiers et d'infirmières de la santé publique, 11 des 36 femmes interrogées ont dit avoir subi des violences sexuelles de la part d'un partenaire intime et 6 des 8 hommes interrogés ont admis avoir maltraité une partenaire. Les infirmiers comme les infirmières considéraient que la violence contre les femmes était parfois justifiée.

Julia Kim, Mmatshilo Motsei, « "Women enjoy punishment": attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa », *Social Science & Medicine*, 2002.

2. La surcharge de travail

Dans le cadre des ateliers d'échange de pratiques¹⁸⁷ organisés par MdM et ayant permis de réunir de nombreux professionnels intervenant auprès des victimes de violences liées au genre, la surcharge de travail et le manque de temps ont été parmi les obstacles les plus fréquemment cités. Cette difficulté concerne particulièrement le personnel des structures non spécialisées (telles que les hôpitaux ou les centres de santé primaire), qui peut difficilement libérer le temps requis pour écouter les patients et prendre en charge un problème

¹⁸⁷. Ateliers régionaux sur la prise en charge des femmes victimes de violence, organisés à Managua (Nicaragua), au Caire (Égypte) et à Kinshasa (RDC).

souvent considéré comme non prioritaire et non urgent (notamment les répercussions des violences qui ne sont « que » psychologiques).

La surcharge de travail caractérise également les contextes d'urgence pendant lesquels le nombre de patients augmente considérablement, limitant le temps pouvant être accordé à chacun d'entre eux. Dans ces situations, les blessures qui ne se voient pas ou qui sont difficiles à déceler sont rarement considérées comme des priorités.

3. Le manque de formation / sensibilisation

Les obstacles à la prise en charge des violences liées au genre sont aussi en grande partie liés au manque de sensibilisation et de formation des intervenants se trouvant sur le parcours des personnes qui en sont victimes. Il s'agit notamment de renforcer la prise de conscience et la responsabilisation des professionnels envers ces personnes.

Au-delà de la capacité à les repérer et à les prendre en charge (ou à les référer), améliorer la qualité des services offerts aux victimes de violences liées au genre implique de faire évoluer les attitudes et les croyances relatives à ce phénomène. La formation/sensibilisation sur cette thématique apparaît donc essentielle. **Ces formations devront prendre en compte les expériences et les perceptions personnelles des intervenants**, qui peuvent eux-mêmes avoir été confrontés à des situations de violence que ce soit en tant que victimes, témoins ou agresseurs.

4. La souffrance des intervenants

Les intervenants auprès des victimes de violence ont pour tâche

d'écouter et de répondre quotidiennement à la souffrance humaine. **Ce travail nécessite de faire appel à d'importantes ressources personnelles et accentue la vulnérabilité à l'épuisement émotionnel et au traumatisme secondaire.** En pratique, l'épuisement émotionnel peut se traduire par une perte de sensibilité, une minimisation des problèmes racontés par les patients, un refus de les écouter de façon attentive, etc. Il peut aussi se manifester par des maladies psychosomatiques, des pensées récurrentes sur le travail ou les témoignages entendus, la projection de cette anxiété dans la sphère privée, une irritabilité générale, une perte de motivation pour le travail (retards, absentéisme), de la frustration, etc.

On parle de traumatisme secondaire « lorsque la rencontre avec une personne traumatisée constitue en elle-même un événement traumatique »¹⁸⁸. L'intervenant doit donc trouver la « bonne distance » avec les personnes prises en charge.

En outre, certaines confidences faites par les victimes peuvent éveiller chez un intervenant des souvenirs chargés d'émotions, notamment parce qu'il a lui-même subi ou été témoin de violences; Il doit alors être en mesure de s'écouter, de prendre conscience de ce qui se passe en lui, de le nommer et d'en chercher la cause afin d'en faire une gestion adaptée¹⁸⁹.

La souffrance des intervenants peut ainsi représenter un frein à une prise en charge de qualité. Il convient donc de l'anticiper et de mettre en place des mécanismes permettant aux acteurs de prise en charge de mieux gérer leur proximité avec les situations de violence.

¹⁸⁸. Evelyne Josse, « Le traumatisme psychique : quelques repères notionnels », Journal international de victimologie, 2007.

¹⁸⁹. Manuel « Santé mentale en lien avec les violences sexuelles et relation d'aide psychosociale », MdM, Goma (RDC), 2008.

Dans le projet développé par MdM à Goma (RDC), un accompagnement psychologique est proposé aux conseillers psychosociaux impliqués dans les relations d'aide auprès de victimes de violences sexuelles. Ces relations les confrontent à des expériences difficiles vécues par des tiers, mais peuvent également entrer en résonance avec des souffrances personnelles provenant de violences subies. Un psychologue se tient à disposition des conseillers qui souhaitent s'entretenir avec lui de difficultés qui leur sont personnelles, liées à leur activité auprès des victimes de violences sexuelles ou non. Les conseillers peuvent y « déposer » et y analyser l'écho des souffrances écoutées et accompagnées, mais également les leurs, comme n'importe quel praticien de santé mentale.

MdM, Rapport intermédiaire d'opération, programme international de lutte contre les violences faites aux femmes, MAAIONG/AFD, septembre 2009.

Quelques recommandations peuvent être formulées pour minimiser la souffrance des intervenants.

SOLUTIONS POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DE LA SOUFFRANCE DES AIDANTS

Les solutions au stress des intervenants peuvent être de deux ordres : **personnelles** ou **organisationnelles**. Certaines de ces solutions sont préventives, d'autres vont aider à gérer un stress dépassé.

Solutions personnelles

→ Réflexion personnelle : pour surmonter le stress, nous

sommes parfois notre propre outil. Il faut donc apprendre à reconnaître les signes de stress et à en tenir compte/prendre des mesures, à bien connaître ses propres ressources et « mécanismes de *coping* » efficaces, s'interroger sur sa relation à la mort/à la violence, etc.

- Soutien social : adopter le « *buddy system* » avec un (des) collègue(s) et lui (leur) demander de nous alerter s'il(s) observe(nt) des signes de stress particuliers dans notre comportement (par exemple, devenir plus irritable) ; bénéficier du soutien de la famille ou des amis.
- Équilibre de vie : adopter un certain équilibre de vie au niveau physique (sport, alimentation, repos, etc.), psychique (détente, loisirs, hobby, profiter des week-ends), familial (se réserver des moments avec sa famille), social (contact) et professionnel (heures de travail, réseau). Savoir établir une limite entre sa vie professionnelle et sa vie privée.
- Aide : savoir demander de l'aide, accepter d'être aidé, psychothérapie, etc.
- Formation : outils, lecture, séminaires, etc.
- Engagement « politique » (notamment, savoir s'engager dans des organisations/pour des causes qui nous tiennent à cœur ou nous révoltent).

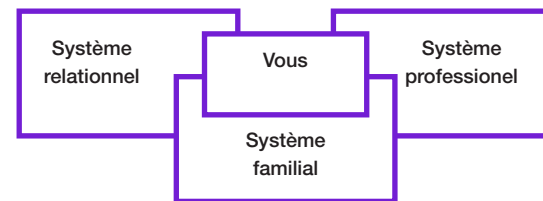
Solutions organisationnelles

- Rôle du responsable : organisation d'activités de construction d'équipe (*team building*) et d'exercices de gestion du stress (organisation de retraites pour le personnel), communication, style de management, soutien mutuel des collègues, identification du stress chez les collègues.
- Gestion du travail : bonne gestion de ses heures de travail/ mise en place d'un emploi du temps équilibré (pauses durant la journée), ne pas se limiter à une problématique unique (alterner prise en charge des victimes et autres tâches), travailler en réseau et se doter d'un espace

de parole formelle (réunions, supervision, etc.).
Recrutement d'un nombre approprié de personnel.

- Détection (médecin du travail).
- Suivi et encadrement des intervenants :
 - recours à l'intervention ;
 - recours à la supervision ;
 - mise en place de séances de débriefing et de relaxation ;
 - coaching et formation ;
 - recours à des personnes ressources (juristes, psychologues, etc.) pouvant soulager les intervenants.

De manière complémentaire, ou si ces mesures ne se révèlent pas suffisantes, il faut recourir à un thérapeute ou demander un entretien avec ses responsables ou les services de ressources humaines afin de trouver des solutions et nous aider à recadrer la situation.



MdM – atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Le Caire (Égypte), septembre 2009.
Document réalisé par Evelyne Josse, psychologue clinicienne.

Qu'ils soient liés aux victimes de violence ou aux intervenants, ces différents obstacles à une prise en charge de qualité doivent être pris en compte en amont, lorsque sont conçues les activités de prévention et de réponse aux violences liées au genre.



4

**ACTIONS
DE PRÉVENTION,
SENSIBILISATION
ET PLAIDOYER**

A

ACTIONS DE PRÉVENTION : ILLUSTRATIONS

- 311 **1/ Les différents niveaux de prévention**
- 312 **2/ Les différentes actions de sensibilisation**
- 312 1. Les campagnes de sensibilisation de masse
- 316 2. L'implication de groupes spécifiques
- 320 **3/ Les différents supports de sensibilisation**
- 321 *Fiche terrain* : « Les outils composant la mallette de sensibilisation – Exemple du projet de lutte contre les violences en Haïti (2009) »
- 323 **4/ La prise en compte des déterminants socioculturels**
- 325 *Fiche technique* : « Recommandations pour la prise en compte des déterminants socioculturels dans l'élaboration d'outils de sensibilisation sur la thématique des violences liées au genre »

B

STRATÉGIES ET ACTIONS DE **PLAIDOYER**

- 332 **1/ Définition du plaidoyer**
- 334 **2/ Identification d'une thématique de plaidoyer et formulation des objectifs**
- 336 *Fiche technique* : « Illustration : garantir aux victimes de violences sexuelles un accès direct à un certificat médical de qualité »
- 338 **3/ Mise en œuvre de l'intervention de plaidoyer**
- 341 1. Le lobbying
- 341 2. Les médias
- 342 3. La formation d'alliances/ partenariats
- 343 4. La mobilisation citoyenne
- 343 5. La recherche/expertise
- 345 **4/ Les actions de plaidoyer sur le terrain : illustrations**
- 345 1. Exemples de thématiques choisis
- 348 2. Exemples de leviers utilisés

44 A

ACTIONS DE PRÉVENTION : ILLUSTRATIONS

➤ En amont et en parallèle des actions de prise en charge, lutter contre les violences liées au genre implique de mettre en place des actions de prévention ayant un impact sur le comportement des individus et des communautés au regard du phénomène des violences liées au genre, de la prise en charge des victimes, du respect des droits de l'Homme ou encore des rapports de genre dans la société.

Ces actions de prévention doivent prendre en compte la complexité et la diversité des causes des violences ainsi que l'ampleur de leurs conséquences ; l'objectif étant de faire évoluer les mentalités et les représentations des populations. La communication sur le sujet peut donc être tout aussi délicate et taboue que ne l'est le phénomène lui-même.

« Je ne savais pas que la façon dont mon papa me traitait était de la violence, je pensais que c'était normal... »

Témoignage recueilli lors d'une journée d'information organisée par MdM sur le thème de la santé reproductive et sexuelle (abordant également le thème des violences) dans un centre pour adolescents, au Pérou.

Les stratégies mises en place doivent être adaptées aux représentations, aux pratiques et à l'environnement au sens large du terme (géographique, social, économique, politique...) afin que les messages diffusés fassent sens dans la culture des personnes ciblées. Afin de toucher une plus grande partie de la population et de dépasser certains tabous, la question des violences liées au genre peut être abordée dans le cadre d'actions de sensibilisation portant sur des thèmes plus larges. Cette « porte d'entrée », souvent en rapport avec le domaine médical, permet de discuter plus ouvertement, contribuant à ce que le discours soit mieux accepté.

Au Caire, Médecins du Monde réalise des activités de sensibilisation aux problèmes de santé des enfants vivant dans la rue et en particulier des jeunes filles. Ces activités concernent, de façon générale, la santé primaire, la santé reproductive ou la santé mentale. Au cours de ces interventions très interactives, le sujet des violences subies par les femmes est abordé et discuté de façon transversale. Ce phénomène (notamment les violences sexuelles, les blessures, les psychotraumatismes, ou encore la violence conjugale) se trouve souvent au cœur des discussions avec les groupes de femmes.

MdM, Rapport intermédiaire d'opération, programme international de lutte contre les violences faites aux femmes, MAAIONG/AFD, septembre 2009.

Les actions de prévention s'adressent à toute personne potentiellement victime ou auteur, ainsi qu'à toute personne (intervenant ou non) susceptible de rencontrer une victime de violence.

LA PRÉVENTION : SENSIBILISER ET INFORMER

Les actions de prévention doivent permettre de :

- **sensibiliser sur la problématique** du genre et des violences qui lui sont associées : renforcer les connaissances et la compréhension de ce phénomène;
- **informer sur les différents services de prise en charge existants** auxquels les victimes peuvent s'adresser.

1 / LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE PRÉVENTION

On distingue trois niveaux de prévention¹⁹⁰ :

- **La prévention primaire** : ensemble des actions visant à prévenir la violence avant qu'elle n'apparaisse (exemple : sensibilisation sur la résolution pacifique des conflits, sur le respect des droits de l'Homme dans les écoles, les quartiers...).
- **La prévention secondaire** : mesures mises en place pour réduire les conséquences à court terme d'une violence installée (exemple : sensibilisation sur l'importance des soins dans les 72 heures après un viol, sur les soins pré hospitaliers, l'hébergement d'urgence...).
- **La prévention tertiaire** : démarches réalisées pour réduire les conséquences à long terme de la violence (exemple : suivi thérapeutique, suivi social, groupes de paroles...).

¹⁹⁰. Manuel sur la prise en charge pluridisciplinaire et intégrée des victimes de violences, MdM, Haïti, 2008.

Ces niveaux de prévention sont complémentaires, même s'ils opèrent à des moments différents : la prévention primaire se fait avant qu'un acte de violence éventuel ne se produise, la prévention secondaire peu de temps après, alors que la prévention tertiaire peut être menée à plus long terme. La prévention doit ainsi permettre d'empêcher la survenance des violences, mais également de limiter leurs conséquences sur l'individu et son entourage, ces dernières étant souvent propices à l'apparition de nouvelles violences.

Exemple : Une personne victime de violences peut avoir des difficultés à subvenir aux besoins matériels de sa famille. Cette situation peut contraindre ses enfants à se débrouiller seuls. Dans certains contextes, ils peuvent même se retrouver à la rue et risquent alors d'être victimes ou auteurs de violence.

2/LES DIFFÉRENTES ACTIONS DE PRÉVENTION

Les actions de prévention, quelle que soit leur forme, doivent être adaptées à l'environnement de l'intervention, au public ciblé et au(x) message(s) qu'elles cherchent à délivrer. Leur efficacité dépend également des outils sur lesquels elles s'appuient, dont la qualité et la pertinence sont en grande partie liées au fait qu'ils ont été élaborés en prenant en compte ou non les déterminants socioculturels de la communauté à laquelle ils s'adressent.

1. Les campagnes de sensibilisation de masse

Le phénomène des violences liées au genre touche toutes les sociétés, tous les milieux sociaux et toutes les sphères

de vie des individus (privée et publique). À ce titre, chacun est concerné par cette problématique et peut un jour y être confronté. C'est pourquoi certaines actions de sensibilisation doivent pouvoir s'adresser à la population dans son ensemble. Il est également important de diffuser le plus largement possible des informations relatives aux démarches à entreprendre et aux structures auxquelles s'adresser.

Pour que la diffusion de l'information se fasse efficacement, **les lieux et les moments choisis pour organiser ces campagnes doivent permettre de toucher une forte densité de population :** marchés, transports en commun, événements communautaires...



Manifestation lors de la Journée internationale de la violence à l'égard des femmes, à laquelle participait MdM, le 25 novembre 2009, au Pérou.



Questions-réponses organisées par un conseiller psychosocial lors d'une journée de sensibilisation sur les violences sexuelles, Marché de Kituku, Goma, juillet 2008.

Au Liberia, des sensibilisations de masse sont organisées dans les écoles, les marchés et les cliniques. Les thèmes traités sont les causes et facteurs de risque des violences, la typologie des violences (définitions du viol, de la prostitution forcée, de l'exploitation sexuelle ou de l'excision). En 2009, 6 800 personnes ont assisté à ces séances d'information.

Les médias peuvent également être des vecteurs particulièrement efficaces pour une diffusion des informations à large échelle.

Radio

En Haïti, Médecins du Monde a organisé une campagne de sensibilisation sur les violences conjugales, les agressions sexuelles et la maltraitance sur enfant. Une collaboration a été mise en place avec 20 radios, dont 6 de portée nationale, sélectionnées sur la base de plusieurs critères : taux d'audience, type de public, type de médias (informatif, divertissement, social...); et ce, afin de couvrir une grande partie de la population¹⁹¹.

Télévision

À Goma, en République démocratique du Congo, MdM a notamment utilisé la télévision comme vecteur permettant de cibler le public, indépendamment de sa localisation géographique ou de son niveau d'implication et de connaissances dans la lutte contre les violences sexuelles. Les spots, de trois minutes chacun, avaient pour objectif de sensibiliser la population à l'importance de la pluridisciplinarité de la prise

¹⁹¹. Rapport final du séminaire organisé par Médecins du Monde en partenariat avec la **Sosyete d'Animasyon Kominikasyon Sosyal**, du 24 au 28 mars 2008, destiné aux journalistes de radio, Haïti.

en charge et de développer la conscientisation de la population concernant les conséquences des violences sexuelles sur la santé mentale individuelle et collective.

Presse écrite

En 2008, à la suite d'un voyage de presse organisé en Moldavie, où MdM développe un programme de lutte contre la traite des êtres humains, *Le Parisien* a consacré un dossier sur le phénomène dans ce pays et le quotidien *L'Actu* a édité un numéro spécial.

Dans le cadre du projet de MdM en Algérie, la sensibilisation passait par des encarts publiés mensuellement dans différents journaux, arabophones et francophones. Les informations diffusées avaient pour principal objet de mieux faire connaître le centre d'écoute du réseau Wassila¹⁹². Cette ligne téléphonique anonyme et gratuite s'adresse aux femmes potentiellement victimes de violence (soit 3 664 400 femmes et filles en 1998 dans les dix wilayas¹⁹³ autour d'Alger).

En Moldavie, **une campagne de mass media** a été lancée en janvier 2008. Elle comprenait l'organisation d'une émission de télévision ou, alternativement, d'une émission radiophonique par mois, ainsi que la publication d'un article dans la presse régionale sur le phénomène de la traite et sur les risques liés à l'émigration. La campagne était intitulée « Si ce n'est toi, qui brisera la chaîne de la traite ? ».

La prudence est cependant recommandée lorsqu'il s'agit de diffuser des informations sur l'existence de lieux de prise en

¹⁹². Réseau de professionnels pour la prise en charge des femmes victimes de violence en Algérie.

¹⁹³. Division territoriale.

charge des victimes de violence, afin de ne pas contribuer à la stigmatisation que peuvent déjà connaître certains lieux et les personnes qui s'y rendent. En parallèle de leur mission d'information, les campagnes de sensibilisation doivent ainsi veiller à combattre les préjugés de la communauté sur les centres de prise en charge.

Au Pakistan, les centres d'hébergement temporaire accueillant des femmes en situation de grande détresse (*Dar-ul-Amans*), ainsi que les résidentes de ces structures d'accueil, sont fortement stigmatisés.

Une campagne de sensibilisation a été menée à l'intention des femmes victimes de violence et de la population générale. Cette action est née d'une demande du Ministère des Affaires sociales auprès de MdM, en réponse aux difficultés à promouvoir les *Dar-ul-Amans* implantés récemment. Cette campagne s'est illustrée par la distribution de 17 000 dépliantes et l'installation de 4 panneaux promotionnels à des emplacements stratégiques (tribunaux, postes de police, hôpitaux...).

MdM, Rapport intermédiaire d'opération, programme international de lutte contre les violences faites aux femmes, MAAIONG/AFD, septembre 2009.

2. L'implication de groupes spécifiques

Les actions de sensibilisation peuvent s'adresser spécifiquement à **certaines personnes ou certains groupes à risque**, qui sont particulièrement concernées par des situations de violence.

Dans le cadre du projet en Moldavie, des séances de sensibilisation au phénomène de la traite des êtres humains sont organisées à l'intention des adolescents âgés de 13 à 17 ans. Ces séances sont menées dans les écoles secondaires et les instituts spécialisés de la région d'intervention. En effet, d'après une étude de l'Unicef¹⁹⁴, près du tiers des enfants moldaves de moins de 15 ans a au moins un de ses parents ayant émigré, une situation qui rend ces enfants particulièrement vulnérables au risque de la traite.

MdM, Rapport intermédiaire d'opération, programme international de lutte contre les violences faites aux femmes, MAAIONG/AFD, septembre 2009.

Ce type d'actions peut également s'adresser aux personnes considérées comme des **acteurs du changement social**, en les impliquant en tant que public cible ou en tant qu'animateurs. La diffusion du message pourra alors être facilitée du fait de leur position influente au niveau communautaire. Une attention particulière doit cependant être accordée au choix des personnes issues de la communauté, qui seront identifiées comme cibles et relais des messages de sensibilisation. Certaines personnes peuvent être davantage porteuses de vérité que d'autres (crédibilité, légitimité...).

En juillet 2008, le projet mis en œuvre par MdM à Goma a organisé une conférence-débat intitulée « Les retombées psychologiques des violences au niveau individuel et collectif. Quelles solutions à apporter ? ».

194. Unicef, *The impact of migration on children in Moldova*, octobre 2008.

Cet événement a fait intervenir des personnes concernées par la lutte contre les violences liées au genre et ayant le pouvoir d'engendrer des changements dans la société civile ou politique de la province. Il s'agit, entre autres, d'acteurs associatifs de la lutte contre les violences sexuelles, de responsables militaires, d'autorités politico-administratives, de responsables religieux et de responsables éducatifs. La conférence a permis de susciter une réflexion sur l'implication de ces acteurs dans le soutien aux activités psychosociales. Cette réflexion a abouti à l'élaboration de recommandations, adressées par la suite aux autorités provinciales.

MdM, Rapport intermédiaire d'opération, programme international de lutte contre les violences faites aux femmes, MAAIONG/AFD, septembre 2009.

L'engagement de ces personnes influentes dans la mise en œuvre d'actions de prévention doit être encouragé. Le développement de leur rôle en tant qu'acteurs de sensibilisation peut être un véritable atout pour améliorer l'impact des actions de prévention. Leur implication permet également de mieux adapter les messages à la réalité des personnes ciblées. Leur formation sur la problématique apparaît alors indispensable. Ces formations doivent prendre en compte leurs propres perceptions et représentations de la violence afin qu'ils délivrent par la suite un message cohérent. Il s'agit également de renforcer leurs capacités en termes de gestion de groupe, de techniques d'animation, d'utilisation des outils, d'approche participative ou de pédagogie.

L'implication des hommes

Les violences liées au genre étant majoritairement perpétrées par des hommes, il est primordial que ces derniers soient pleinement intégrés aux actions de sensibilisation. Pourtant,

les hommes ont longtemps été oubliés, que ce soit en tant que public cible ou acteurs de sensibilisation.

*L'Association des hommes contre la violence, au Nicaragua, regroupe depuis l'année 2000 des **hommes engagés contre les violences liées au genre**. Soutenue par MdM, elle mène notamment des actions de sensibilisation auprès des hommes pour la promotion et la protection des droits des femmes à Puerto Cabezas, où est mené le projet. La particularité de leur action est qu'elle est fondée sur l'expérience personnelle de ses membres ; chacun s'engageant à des changements dans sa vie pour améliorer sa relation avec les femmes.*

*Juan Jiménez Vaquez, **Promouvoir la pratique non violente en tant que nouvelle forme de masculinité**, atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, MdM, Managua (Nicaragua), novembre 2008.*

En outre, les hommes pouvant également être victimes de violence, il est important qu'ils soient eux aussi sensibilisés et informés sur ce phénomène afin qu'ils sachent où et à qui demander de l'aide.

L'approche *peer-to-peer*¹⁹⁵

Dans la perspective de faire de certains groupes spécifiques des acteurs clés de la sensibilisation, l'approche *peer-to-peer* peut être utilisée. Le message est alors diffusé par une personne à laquelle le public cible peut s'identifier. Cela peut permettre d'instaurer une relation de confiance entre les personnes à qui s'adressent les messages et l'intervenant et de faciliter la levée des tabous liés à la problématique.

¹⁹⁵. Approche par les pairs.

Au Pérou, MdM forme des adolescents, chargés à leur tour de sensibiliser d'autres adolescents :

Les formations des promoteurs pairs visent à renforcer les capacités d'animation des promoteurs et abordent des thématiques telles que la santé sexuelle et reproductive (touchant aussi au sujet de la violence). Ces promoteurs organisent à leur tour ces séances de sensibilisation dans les centres pour adolescents et dans des écoles, ciblant par la même occasion d'autres adolescents. Ces derniers vont ensuite être formés afin de sensibiliser leurs camarades. Ils participent également à des programmes de radios locales s'adressant aux adolescents.

Ce type d'activité permet une prévention beaucoup plus efficace, car le message est délivré aux adolescents par une personne qu'ils connaissent, qui est proche d'eux culturellement et sociologiquement. Cela permet également d'intégrer pleinement les membres de la communauté aux actions de prévention, qui pourront à l'avenir se faire de façon autonome.

MdM, Rapport intermédiaire d'opération, programme international de lutte contre les violences faites aux femmes, MAAIONG/AFD, 2008.

3/ LES DIFFÉRENTS SUPPORTS DE SENSIBILISATION

Pour mener à bien ces actions de sensibilisation, certains outils visant un public très large peuvent être utilisés, tels que des films, des affiches ou des spots radiophoniques. Les informations peuvent également être délivrées individuellement grâce à la distribution de dépliants, de livrets, etc.

Dans le cadre du programme mis en œuvre en Haïti (Port-au-Prince), MdM a créé une « **mallette de sensibilisation** » très diversifiée à destination des animateurs communautaires.

OUTILS COMPOSANT LA MALLETTE DE SENSIBILISATION

Projet de lutte contre les violences en Haïti (2009)

1. Les **films** « Nou Bouke » sur la violence conjugale et « Fok Nou Pale » sur la violence sexuelle. Ils constituent une base de discussion sur ces formes de violence et sont accompagnés de deux guides d'animation.
2. Des **affiches/ dessins plastifiés** sur la violence conjugale, matériel d'appui pour une discussion sur ce thème.
3. Des **dépliants** : « 72 heures pour réagir au viol » et « Le certificat médical est un outil obligatoire, exigez-le »



Dépliant réalisé par le Ministère à la Condition féminine et aux Droits des femmes, avec l'appui de l'Unicef, novembre 2004.

4. Des **tee-shirts** pour les animateurs communautaires.



« *nou lite kont tout kalite vyolans* » :
 « Nous nous battons contre
 tous les types de violence »



« *Kadejak Se pwason vyolan pou you sosyete. Fok nou pale.* » :
 « Le viol est un poison violent pour
 la société : nous devons en parler »



5. Des **livrets de sensibilisation** :
 sur les agressions sexuelles, la maltraitance
 à enfants, les violences conjugales.

Livrets écrits par **Robert Congo Noel**,
 travailleur social, juriste, formateur et responsable
 du volet de sensibilisation communautaire
 pour MdM, Haïti.
 Avec la collaboration de **Marguie Moreau**,
 travailleuse sociale et formatrice dans l'équipe
 de sensibilisation à MdM.

La distribution de livrets de sensibilisation permet aux
 personnes participant aux formations de conserver un support
 écrit de ce qui a été discuté. Ils pourront ainsi s'y référer
 en cas de besoin ou bien transmettre ces livrets à une autre
 personne concernée par le problème.

La distribution isolée de ces livrets est déconseillée : elle est
 jugée peu efficace (seules les victimes directes de violence
 seront intéressées spontanément par le sujet), voire source
 de questionnements, les personnes n'ayant aucun interlocuteur
 compétent à proximité pour répondre à leurs éventuelles
 interrogations. Elle doit donc toujours s'accompagner d'une
 action de sensibilisation sur les violences liées au genre.

4 / LA PRISE EN COMPTE DES DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS

**Les outils de prévention doivent être réalisés à partir
 d'une connaissance précise des représentations
 et des caractéristiques socioculturelles du public ciblé.
 Les messages seront ainsi adaptés au contexte,
 feront sens pour le public, seront mieux compris
 et choqueront moins.**

Les deux principales voies d'expression que sont l'icône
 (image) et le verbal (oral ou écrit) sont extrêmement codées
 en fonction des cultures et des sociétés.

Les mots, les photographies, les objets, les lieux ou encore
 les gestes sont des signes (dans l'idée qu'ils indiquent
 une information) qui puisent leurs sens dans tous les aspects
 de la culture et de la vie sociale : **dans les messages,
 la présence d'un objet, les caractéristiques d'un lieu
 ou encore le geste d'un personnage véhiculent un sens,
 qui parfois déborde de l'usage même de l'objet.**

La représentation d'une seringue peut signifier une

thérapeutique (un vaccin par exemple), mais également une pratique à risque (injection d'héroïne). Ainsi doit-on s'interroger sur la signification accordée aux termes et signes utilisés en tenant compte du cadre social et culturel dans lequel ils s'inscrivent.

«Au Burkina Faso, comme dans un grand nombre de pays d'Afrique francophone, la formule la plus communément employée dans les messages d'information contre le sida se présente sous la forme de l'alternative : «fidélité ou capote». Le second terme de cette alternative ne prête à aucune confusion puisqu'il désigne un objet matériel (le préservatif), mais quelle signification est attribuée au terme «fidélité» par les personnes à qui sont destinés ces messages ? [...] Ce message est une injonction à un comportement sexuel précis, semblant «aller de soi» puisqu'il n'est pas explicitement désigné.[...] L'observation des conduites de vie de jeunes adultes [...] est à l'origine des interrogations suivantes : quelles significations accordent-ils au terme fidélité ? Quelle place ce concept occupe-t-il pour eux parmi l'ensemble des normes et valeurs régissant les relations hommes-femmes dans le domaine de la sexualité ? Quelle influence peut-on attendre d'un tel message auprès de ces jeunes ?»

Bernard Taverne, « Valeurs morales et stratégie de prévention : la "fidélité" contre le sida au Burkina Faso », 1996.

La création des dispositifs de sensibilisation implique donc une connaissance précise des sens et des codes donnés par une culture. Certaines recommandations peuvent ainsi être énoncées.

RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN COMPTE DES DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS DANS L'ÉLABORATION D'OUTILS DE SENSIBILISATION SUR LA PROBLÉMATIQUE DES VIOLENCES LIÉES AU GENRE

MdM – atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Le Caire (Égypte), septembre 2009.
Document réalisé par Magali Bouchon, anthropologue, S2AP, MdM

Utilisation de l'écrit

- Le message doit être explicite et fournir un maximum d'informations.
 - Il faut connaître le mode de communication verbale :
Quelle langue ? Quels niveaux d'éducation et de compréhension ? Quels modes d'interpellation ? ...
- Attention :** l'écrit reste une source de discrimination.

L'exemple de gauche n'apparaît pas forcément adapté à un large public. En effet, s'appuyer sur l'argument que les violences à l'égard des femmes représentent un « problème de santé publique » peut ne pas être compris ni entendu par tous. L'écrit doit être le plus accessible possible, pouvant passer par l'utilisation de chiffres.



Source : OMS, Department of Gender, Women and Health, 2007.

Source : ministère français du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, 2007.



Pour plus d'exemples d'affiches et d'informations,
voir le site web : www.MdM-scd.org

Représentations de la violence : utilisation de clichés

- Les messages sont plus abordables et compréhensibles, mais ils ne reflètent pas toujours la complexité du phénomène de la violence (cycle de la violence, violence psychologique...).
- Le traitement de l'image (Photoshop, mannequins, couleurs...) crée le risque de ne pas reconnaître la réalité du problème.

L'exemple de gauche ne représente pas la réalité des violences ; la violence y apparaît de façon « fictive », presque « attirante » (les mêmes codes pouvant être utilisés pour des publicités ou des films de fiction).



Source (à gauche) : ACT Celebrity Campaign. Reproduit avec l'aimable autorisation de Women's Aid Federation of England, www.womensaid.org.uk

Quand la violence n'est pas directement représentée : métaphore et métonymie

- Ces procédés permettent de représenter des idées qu'il n'est pas possible de figurer (un sac en plastique sur le visage d'une femme peut suggérer l'étouffement qu'elle ressent dans la sphère familiale. La violence psychologique peut être représentée par un poing serré, menaçant une femme et sortant de la bouche d'un homme...).
- Mais la compréhension peut s'avérer plus difficile et implique de bien connaître les codes culturels.

On peut déduire de l'exemple de gauche qu'il s'agit de relations de couple (référence à la bague de fiançailles) mais il est difficile de saisir le sens du message avec certitude. L'exemple de droite utilise la métaphore de la rose pour représenter le sexe féminin et celle de la couture pour représenter l'infibulation, alors que la pudeur empêche bien souvent de représenter cette forme de violence.

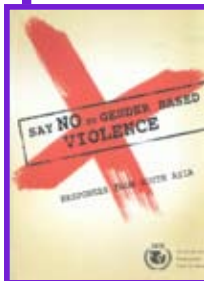


Attention :

- Le message peut être ambigu, et doit être adapté aux représentations culturelles
- L'image seule ne peut suffire : il faut passer une information (nécessite du texte).

Utilisation des codes et des signaux

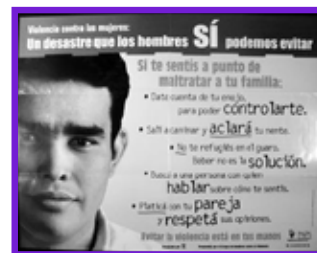
- Il est important de savoir si ces codes sont déjà utilisés/ présents dans l'univers culturel, dans l'environnement (panneaux de signalisation de la route) et donc repérés et compris par les populations.
- Requier une connaissance précise du sens donné aux signaux et codes par les populations (la croix signifie-t-elle une validation ou une interdiction ? le signe représentant le genre féminin est-il significatif ou incompréhensible ?).



La place de l'énonciateur

- Se poser certaines questions essentielles afin de garantir la crédibilité du message : Qui dit ça ? Qui est le mieux placé pour parler de ça ? De quel savoir (ou expérience, droit...) se réclame l'éventuel énonciateur ? Par la voix de qui parle-t-il ? Celle du bon sens ? De l'expérience ? Comment adresse-t-on la parole dans telle ou telle société ? Quels sont les modes d'interpellation les plus corrects ?
- Chercher la proximité culturelle et sociale (de genre, d'âge...) afin d'adapter les messages à la réalité des cibles.

Exemple : lorsque l'on s'adresse aux hommes



@ 2006 MenCan-StopRape Photography by Lotte Hansen. Source : Association Puntos de Encuentro

- S'interroger sur l'influence que peuvent avoir les énonciateurs, perçus ou non comme des sources de connaissances, d'intelligence, ayant un statut prestigieux... et participant à un processus d'influence sociale (imitation, conformisme, obligeance, obéissance, persuasion...).



« Mais qui est-elle pour donner des conseils ? »

Remarque d'un participant à l'atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, organisé au Caire (Égypte), MdM, septembre 2009.

« En Haïti, c'est très impoli de parler aux personnes sans les regarder dans les yeux et d'autant plus en leur tournant le dos !!! »

« Qui est-il ce jeune homme pour donner des conseils ? »

Remarques de participants à l'atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, organisé à Managua (Nicaragua), MdM, novembre 2008.

Source : Campagne contre les violences faites aux femmes, 2004-2006, Seine Saint-Denis.



Place des messages coercitifs : les conséquences des actes violents

- Éviter les injonctions sans solutions ni explications :
- Donner des informations sur les conséquences (budget, santé, mortalité, prison...) accompagnées d'alternatives.



Ambiances de terreur

- Permet de capter l'attention : présente l'inacceptable, évoque l'angoisse, appelle à la solidarité.
- Mais ne reconnaît que le paroxysme de la violence : victimes et bourreaux « cinématographiques », irréels.



Représenter la révolte des victimes

- Mais l'encouragement à l'action peut se renverser, en présentant la réaction comme un acte « héroïque » qui n'est pas à la portée de tout le monde.



La place de la religion

- La religion a une influence indiscutable sur le plan de la représentation des hommes et des femmes dans une société.
- Elle peut aussi être utilisée pour prévenir les actes de violence liée au genre.

44B

STRATÉGIES ET ACTIONS DE PLAIDOYER

➤ La lutte contre les violences liées au genre rencontre de nombreux obstacles, souvent inscrits dans la loi. L'accès au certificat médical, l'interruption volontaire de grossesse ou la situation socio-économique des femmes sont autant d'enjeux dont peuvent dépendre la qualité et l'impact des actions de prise en charge des victimes de violence. Dans la plupart des cas, ces obstacles ne peuvent être levés sans une évolution des politiques et du cadre légal, que seules les actions de plaidoyer peuvent influencer.

1 / DÉFINITION DU PLAIDOYER

Soigner et témoigner sont les premiers mandats que se donne l'organisation Médecins du Monde. Le témoignage, s'il est essentiel, se différencie du plaidoyer. Ainsi, le témoignage s'inscrit dans une démarche factuelle et ponctuelle visant à décrire une situation ou à rendre visible une problématique, mais n'a pas pour vocation première d'obtenir

de changement (même s'il y participe de manière indirecte). Le témoignage pourra le plus souvent servir à sensibiliser l'opinion publique à une situation ou à un enjeu¹⁹⁶, mais pourra également être utilisé en appui d'une stratégie de plaidoyer ou encore dans le cadre de décisions de justice (par exemple lors de procès instruits par la Cour pénale internationale). Le plaidoyer, en revanche, se manifeste par l'application de stratégies d'influence proactives auprès de décideurs, afin de forcer la mise en place de solutions concrètes à un problème identifié.

Soigner et témoigner n'étant pas toujours suffisant, il peut être nécessaire de renforcer les capacités d'influence de MdM auprès des décideurs politiques afin d'obtenir des changements durables : c'est le but du plaidoyer.

Ainsi, Médecins du Monde définit le plaidoyer comme « l'activité consistant à influencer, à l'aide de leviers multiples, les lieux de pouvoir et de décision en vue d'obtenir des changements durables de politiques ou de pratiques ayant un impact direct sur la santé des populations ciblées par les missions de MdM¹⁹⁷ ».

Les changements durables peuvent principalement prendre les trois orientations suivantes :

- l'adoption de nouvelles politiques permettant l'amélioration de la situation des populations ;
- le respect de politiques ou règles de Droit existantes mais non appliquées ; ou, au contraire ;
- la remise en cause de politiques ou pratiques jugées par MdM comme contraires à l'intérêt des populations concernées.

¹⁹⁶. Pour plus d'informations, voir page 252 l'encadré relatif à la protection des victimes de violence contre toute mise en danger potentielle dans le cadre des actions de communication.

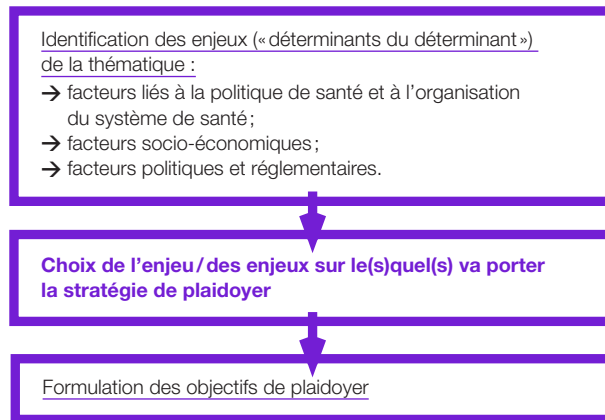
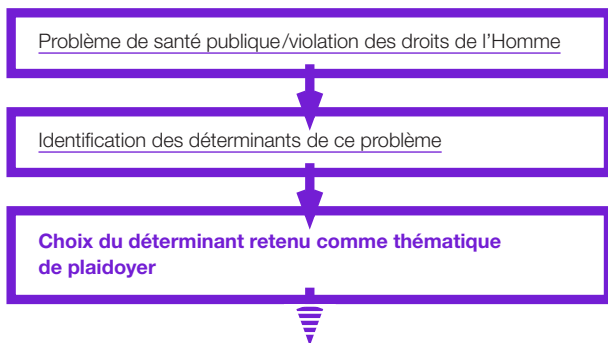
¹⁹⁷. Conseil d'administration de MdM, novembre 2007.

2/IDENTIFICATION D'UNE THÉMATIQUE DE PLAIDOYER ET FORMULATION DES OBJECTIFS

L'**objectif général** d'un plaidoyer est le changement que l'on souhaite atteindre dans une vision à long terme (dix-vingt ans), donc non atteignable pendant la durée de la mission.

Il doit être **décliné en plusieurs objectifs spécifiques**, afin de faciliter la mise en œuvre des activités. Ce sont des objectifs à plus court terme. Ils portent sur chaque changement particulier que l'on souhaite obtenir, en précisant clairement qui peut faire ce changement, comment et à quelle échéance.

Objectif général et objectifs spécifiques de plaidoyer doivent être déterminés **en réponse au problème de santé publique / à la violation des droits de l'Homme ciblé(e) par le projet.**



Partant du problème de santé publique/de la violation des droits de l'Homme ciblé(e) par le projet de MdM (morbidité liée au VIH/sida, violences liées au genre, paludisme, mortalité materno-infantile...), il s'agit de lister les déterminants qui en sont à l'origine, et d'en choisir un sur lequel intervenir.

Le choix du déterminant équivaut à l'identification de la thématique de plaidoyer. Ce choix doit être effectué selon des critères de priorisation (tels que la disponibilité de ressources financières et matérielles, la valeur ajoutée de MdM, ou encore la présence/absence de partenaires potentiels...).

Une fois la thématique de plaidoyer choisie, il s'agit de procéder à l'analyse du contexte, au regard de cette thématique, afin d'**identifier plus précisément les principaux enjeux (déterminants du déterminant) qui se posent en termes de changement.** Ici encore,

des critères de priorisation doivent s'appliquer (enjeu(x) permettant d'obtenir les avancées les plus significatives, activité(s) de plaidoyer susceptible(s) d'avoir le plus d'impact, fenêtres d'opportunité politique, agenda national et/ou international...).

L'étape suivante consiste alors à **formuler l'objectif général que l'on souhaite défendre et les objectifs spécifiques à atteindre**. Enfin, la **programmation d'activités** pourra être menée et l'intervention de plaidoyer mise en œuvre.

**EXEMPLE : GARANTIR AUX VICTIMES
DE VLG UN ACCÈS DIRECT
À UN CERTIFICAT MÉDICAL DE QUALITÉ**¹⁹⁸

**Problème de santé publique /
violation des droits de l'Homme**

Mortalité et morbidité liées au phénomène des violences liées au genre

Déterminants (analyse de contexte)

- Manque de structures de prise en charge ;
- Accès limité à un certificat médical de qualité ;
- Perceptions contextuelles des violences liées au genre ;
- Stigmatisation des victimes de violences liées au genre.

Choix du déterminant parmi ceux identifiés

- Accès limité à un certificat médical de qualité.

198. Pour plus d'informations, se référer à la page 254, la partie relative au certificat médical et au kit d'outils pour le développement d'un plaidoyer pour l'accès au certificat médical pour violences.

Enjeux liés au déterminant choisi

- Nombre insuffisant de ressources humaines habilitées à délivrer un certificat médical ;
- Nombre insuffisant de ressources humaines formées et sensibilisées ;
- Manque d'information des victimes sur leurs droits à l'accès au certificat médical ;
- Non-gratuité du certificat médical.

Objectif général :

- Garantir aux victimes de VLG un accès direct à un certificat médical de qualité.

Objectifs spécifiques :

- D'ici à l'année prochaine, le ministère de l'éducation intègre des sessions de formation à la rédaction du certificat médical dans le curriculum formel des médecins ;
- D'ici à deux ans, les sages-femmes sont habilitées, par le ministère de la justice, à délivrer des certificats médicaux pour VLG.

Activités à mettre en place :

- Réunions avec les ministères de l'éducation, de la santé ;
- Sessions de formalisation du contenu du curriculum avec les acteurs impliqués ;
- Sessions d'élaboration d'un modèle de certificat médical commun ;
- Réunions régulières avec les partenaires de la société civile impliqués dans l'intervention de plaidoyer ;
- Élaboration d'un rapport relatif à la valeur juridique du certificat médical et témoignant des obstacles rencontrés par les victimes de violence dans leurs démarches judiciaires.

Le plaidoyer ne se fait donc pas de façon indépendante, mais est partie intégrante de la planification d'un programme :

c'est l'une des différentes interventions possibles face au problème de santé publique diagnostiqué/ à la violation des droits de l'Homme identifiée dans le contexte, au même titre que les interventions sanitaires, le développement d'actions communautaires, la mise en place de milieux de vie favorables, etc. Pendant la phase d'analyse du contexte, il est donc essentiel d'intégrer dans la réflexion l'hypothèse d'une intervention en termes de plaidoyer et de réfléchir aux différentes stratégies à mettre en place.

3/ MISE EN ŒUVRE DE L'INTERVENTION DE PLAIDOYER

Pour atteindre les objectifs fixés, il faut appliquer des stratégies d'influence proactives auprès des décideurs afin d'encourager la mise en place de solutions concrètes au problème identifié.

Dans un premier temps, il s'agit donc d'analyser le contexte décisionnel :

Quelles sont les parties prenantes ?

Lister les institutions actrices, leur niveau d'implication et leur positionnement (alliées, neutres, obstacles).

Quelles sont les cibles du plaidoyer ?

Identifier les personnes qu'il faut chercher à influencer : décideurs qui ont la responsabilité directe d'approuver le changement politique souhaité, mais aussi individus ou groupes disposant d'un certain pouvoir d'influence auprès des décideurs.

Au Guatemala, MdM a démarré en 2007 des activités de plaidoyer en faveur de l'accès aux soins des femmes travaillant dans les *maquilas* textiles et agroalimentaires. Ces activités s'adressent à divers acteurs :

- **Les Instances locale et nationale de prévention des conflits dans les maquilas :** Il s'agit d'appuyer et de renforcer la société civile représentée dans ces instances afin de faciliter, à moyen terme, l'engagement d'actions concrètes en faveur des femmes. Dans l'Instance locale, quatre ateliers ont déjà été réalisés auprès des représentants d'ONG afin d'améliorer la prise en charge des travailleuses des *maquilas*.
- **L'Institut guatémaltèque de sécurité sociale (IGSS).** À travers la collecte d'informations sur la situation sociale et médicale des travailleuses et les visites des *maquilas*, MdM est en mesure d'informer et de sensibiliser l'IGSS, ainsi que de le pousser à davantage s'impliquer dans l'identification des *maquilas* qui ne cotisent pas à l'IGSS pour leur personnel.
- **Les décideurs des maquilas** acceptant que MdM organise des visites médicales dans leurs usines.
- **Le Centre d'appui au développement local (Ceadel),** organisation locale de soutien aux femmes travailleuses. Cette association est très active dans le suivi et l'organisation de l'Instance locale de prévention des conflits. La stratégie adoptée par MdM est donc d'appuyer cette association dans le but de faire pression à la fois en groupe (tous les participants) et individuellement (par organisations et sujets de travail), auprès de l'Instance nationale. Cette dernière est effectivement en mesure d'amener des révisions gouvernementales concernant le respect

des droits des travailleurs (à travers l'Assemblée nationale du Guatemala) et les pratiques des *maquilas*.

→ **Le réseau Redicam** (Red Integral de Centros de Atención para las Mujeres Maltratadas), dont les réunions se tiennent une fois par mois. Une travailleuse sociale et le coordinateur de l'équipe de MdM y participent. Ces réunions permettent d'informer les membres des derniers événements et actions du réseau. Des ateliers de travail sont également réalisés lors de ces réunions sur différentes thématiques telles que « l'analyse des expériences dans les centres d'accueil pour les femmes victimes de violences intrafamiliales » ou encore « l'intervention du ministère public et de la médecine légale dans la prise en charge des violences faites aux femmes ».

→ **Le réseau des victimes de violence** : formé par les différentes institutions gouvernementales et la société civile, l'Église catholique et MdM depuis juillet 2008.

MdM, Rapport intermédiaire d'opération, programme international de lutte contre les violences faites aux femmes, MAAIONGM/AFD, septembre 2009.

Il s'agit ensuite de construire le message à faire passer.

Le message doit présenter de façon concise et persuasive le **changement que l'on cherche à obtenir** en faisant apparaître :

- le but ;
- le pourquoi ;
- le comment ;
- la ou les actions suggérées devant être mises en place par le destinataire du message.

La diffusion du message doit se faire de façon répétée, mais le contenu doit rester le même afin de préserver l'essence du message, malgré la multiplication des diffusions.

En fonction du destinataire, les modes de diffusion et le choix de l'émetteur ne seront pas les mêmes.

Différents types de leviers/ actions peuvent être utilisés pour diffuser le message :

- lobbying (stratégie d'influence directe auprès des cibles) ;
- médias ;
- alliances/ partenariats ;
- mobilisation citoyenne ;
- recherche/expertise.

1. Le lobbying

Le lobbying est l'activité la plus classique du plaidoyer. Il s'agit d'entrer en contact direct avec le ou les décideurs ciblés pour instaurer un véritable espace d'échanges et de dialogue. Ces entretiens vont permettre de leur exposer les changements souhaités et de tenter de les convaincre. Il faut ensuite essayer de maintenir des contacts réguliers.

D'autres activités de lobbying sont :

- l'envoi de courriers aux cibles identifiées ;
- la signature de pétitions adressées aux cibles identifiées ;
- l'interpellation des cibles via la prise de parole en conférences, colloques, séminaires... ;
- la participation au processus de consultation gouvernement-ONG ;
- une présence active dans les espaces officiels de dialogue entre pouvoirs publics et société civile s'ils existent ;
- l'intégration dans des groupes de travail ministériels.

2. Les médias

Une « stratégie médias », lorsqu'elle s'inscrit dans une démarche de plaidoyer, vise généralement à remplir **deux fonctions** :

- venir en renfort du travail de lobbying, par exemple à la veille de réunions majeures (par des tribunes, encarts de presse à destination des décideurs) ;
- donner plus de visibilité à la cause défendue : informer et sensibiliser l'opinion publique, exposer les arguments en faveur d'un changement.

En fonction de la stratégie de plaidoyer développée et du destinataire du message, le type de média utilisé et la diffusion du message seront différents. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'encourager une prise de décision qui devrait avoir lieu lors d'un événement précis, il sera possible d'utiliser la presse spécialisée (tribunes, encarts) comme interface pour s'adresser aux décideurs.

Si l'action s'inscrit dans un rapport de force avec les autorités, le recours à des radios communautaires peut être pertinent afin de sensibiliser la population.

La prise en compte de ces aspects permet d'assurer la pertinence de l'action. Enfin, pour que cette « stratégie médias » fonctionne, il est essentiel de développer des relations, dans la mesure du possible personnalisées, avec les journalistes.

3. La formation d'alliances / partenariats

La formation de partenariats est bénéfique pour soutenir le plaidoyer, car une démarche collective peut donner plus de poids à la portée du message et démontrer que l'objectif défendu bénéficie d'un large soutien. En outre, les projets de MdM n'ayant pas vocation à durer, la construction d'alliances est un élément clé pour que la démarche de plaidoyer puisse se poursuivre après le retrait de l'association.

La construction de partenariats peut être envisagée avec un nombre varié d'acteurs, tels que d'autres ONG locales

et internationales, des universitaires et, plus occasionnellement, des acteurs institutionnels.

4. La mobilisation citoyenne

Il arrive souvent que, en dépit de la justesse des objectifs du plaidoyer et des efforts déployés en termes de lobbying ou de campagne médiatique, on se heurte à des positionnements bien arrêtés de la part des politiques. Mobiliser l'opinion publique par le biais de campagnes citoyennes devient alors un des derniers recours face aux résistances politiques. Il faut cependant bien faire attention à prendre en compte le contexte national : l'utilisation de ce levier ne peut être envisagée que dans le cadre d'environnements démocratiques stables, où l'opinion publique peut réellement peser sur le positionnement de la classe dirigeante.

Cette mobilisation citoyenne peut se faire via :

- des pétitions et des remises de pétition au décideur ciblé, en présence des médias ;
- des Web actions (pétitions en ligne, blogs interactifs) ;
- des rassemblements citoyens (ex. pyramide de chaussures, manifestations, etc.) ;
- des courriers d'interpellation au député, au représentant local ;
- l'affichage d'un signe distinctif militant (ruban rouge, bracelet blanc, etc.).

Souvent, ces actions seront associées à un travail avec les médias afin d'assurer la plus grande visibilité et le meilleur écho possible à cette mobilisation.

5. La recherche / expertise

La légitimité d'un plaidoyer se fonde sur une force argumentaire s'appuyant sur des informations émanant du terrain. Ces

informations doivent être régulièrement actualisées. Elles peuvent être issues de la recherche (collecte de données, réalisation d'études de cas-pays ou de recherches-actions à partir des programmes et des missions) et/ou de l'expertise terrain. Elles contribuent à construire une réputation d'interlocuteur fiable, objectif et pertinent auprès des pouvoirs publics et autres preneurs de décisions. Les solutions proposées via le plaidoyer doivent être en conformité avec le constat réalisé sur le terrain.

Dans le cadre du programme développé au Guatemala, l'un des objectifs est de promouvoir, au niveau continental, le droit à la santé pour les femmes travailleuses des *maquilas*. Entre 2006 et 2009, **MdM a mené une enquête auprès de ces femmes pour dresser un état des lieux de leurs conditions de travail et des violations de leurs droits.**

Le 21 avril 2010, MdM et ses partenaires ont organisé, dans la capitale, un colloque international sur « Le droit à la santé des travailleuses des *maquilas* et industries agroalimentaires ». Ont été conviés autour de ce thème des acteurs de la société civile guatémaltèque et de différents pays d'Amérique latine. L'activité a été organisée pour **rendre public les résultats de l'enquête** et sensibiliser les entreprises sur les droits des travailleuses et les carences dans leur mise en œuvre. Plus de 500 personnes de divers secteurs ont aussi participé à des tables rondes servant à formuler, de manière proactive, des propositions concrètes en faveur des travailleuses.

L'activation de ces différents leviers est décidée en fonction du contexte sociopolitique du pays d'intervention, des opportunités et des moyens (notamment humains) à disposition. Si les moyens de plaidoyer sont faibles sur le terrain, il est préférable de se concentrer sur le lobby et l'expertise terrain.

4 / LES ACTIONS DE PLAIDOYER SUR LE TERRAIN : ILLUSTRATIONS

Depuis 2007, la lutte contre les violences liées au genre a été retenue par MdM comme thème prioritaire de plaidoyer, en addition d'autres thèmes tels que l'accessibilité financière aux soins, les ressources humaines en santé, le financement de la santé et la santé des migrants.

Divers exemples illustrent les actions de plaidoyer portant sur la problématique des violences liées au genre menées par Médecins du Monde sur le terrain. Les leviers et objectifs de plaidoyer à atteindre sont évidemment liés aux contextes d'intervention et aux spécificités des programmes, ce qui explique la grande variété des thématiques sur lesquelles s'investit MdM.

1. Exemples de thématiques choisies

Dans le cadre des programmes MdM

À travers le projet développé au Niger et les suites qui vont lui être données au niveau de la sous-région « Niger-Mali-Burkina Faso », l'objectif est d'entrer dans une logique d'analyse comparée des systèmes de santé et de promouvoir des financements équitables de la santé pour conduire à la levée des barrières à l'accès aux soins, notamment pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

Le projet développé en Haïti, fort de quatorze ans d'expérience, s'est impliqué sur quatre thématiques principales de plaidoyer :

- la prise en charge pluridisciplinaire et intégrée des victimes de violence ;
- la reconnaissance du certificat médical pour les victimes de violence comme acte médical et l'application du principe de sa gratuité dans les institutions publiques ;
- la mise en place du Plan national de lutte contre les violences faites aux femmes dans les structures de santé publique ;
- l'importance de l'aspect psychologique dans la réhabilitation des victimes de violence via la reconnaissance des acteurs à la relation d'aide.

Au Pérou, les thématiques de plaidoyer dans lesquelles s'inscrivent les activités du projet visent à améliorer le développement local, avec une attention particulière portée au respect des droits de l'Homme et à l'égalité des sexes, afin d'éradiquer la violence structurelle et familiale, et de réduire les grossesses d'adolescentes.

Le projet mis en œuvre au Pakistan s'investit également dans une action de plaidoyer, dont les objectifs principaux sont la prise en compte des violences à l'égard des femmes par les acteurs clés du département des Affaires sociales du Penjab, et le changement d'attitude institutionnelle et publique envers les résidentes des *Dar-ul-Amans* et les *Dar-ul-Amans* eux-mêmes.

Dans le cadre de programmes développés par des associations partenaires

Projet «Promouvoir les droits des femmes à travers le contrat de mariage» – Association Amusnaw, Algérie

Ce projet a pour objectif général la promotion des droits des femmes au Maghreb (Maroc, Algérie et Tunisie) par l'usage stratégique des contrats de mariage dans le cadre d'activités de mobilisation communautaire et d'éducation civique.

Ce projet consiste à organiser un ensemble de consultations

communautaires avec les femmes dans différentes régions des trois pays, à élaborer un contrat type et à développer un plaidoyer pour l'adoption de ce dernier. Les consultations permettent de :

- évaluer les connaissances des femmes sur le mariage et les lois y afférentes ;
- connaître, sur la base des expériences personnelles des femmes, leurs opinions sur le contrat de mariage et son impact sur leur vie ;
- faire participer les femmes à l'élaboration de la liste des clauses qu'il faudrait intégrer au contrat de mariage ;
- identifier les défis et obstacles que les femmes prévoient pour négocier un contrat de mariage ;
- développer avec les femmes des stratégies pour négocier un contrat de mariage type¹⁹⁹.

Dans le cadre de programmes développés par d'autres acteurs

Programme des droits des lesbiennes, gays, bisexuel(le)s et transgenres – Human Rights Watch, Burundi

Human Rights Watch et 62 autres organisations burundaises et internationales de défense des droits de l'Homme ont publié une déclaration commune appelant au retrait de la disposition du nouveau code pénal, qui criminalise la pratique homosexuelle. Ils se sont notamment appuyés sur des témoignages mettant en lumière le fait que «leur identité profonde a été rendue illégale par la nouvelle loi burundaise». Le rapport de ce collectif d'associations est sorti le 30 juillet 2009 et est intitulé : *Interdit – Institutionnalisation de la discrimination contre les gays et lesbiennes au Burundi*.

199. Faroudja Moussaoui, Association Amusnaw, «Campagnes sur les violences faites aux femmes et le Code de la famille dans la région de Kabylie – Algérie», atelier régional sur la prise en charge des femmes victimes de violence, Le Caire (Egypte), MdM, septembre 2009.

2. Exemples de leviers utilisés

Les programmes de MdM utilisent différents leviers de plaidoyer. Dans la plupart des cas, les actions développées s'inscrivent dans des **espaces de concertation** nationaux ou locaux, des **réseaux de soutien** déjà existants ou développés par les programmes. Un **travail de proximité** est également mené de manière régulière auprès des preneurs de décisions identifiés. En outre, certains projets fondent leurs actions sur la rédaction et la diffusion de rapports, réalisés à partir de l'analyse des **données collectées**. Les plaidoyers sont parfois relayés par **les médias et des campagnes publiques de sensibilisation** de l'opinion. Enfin, certains programmes développent aussi des stratégies à un niveau continental et interrégional.

En Haïti, la Concertation nationale contre les violences faites aux femmes est née en 2002 d'une volonté de coordination des activités de prévention et de prise en charge des violences spécifiques faites aux femmes. Cette instance regroupe trois types d'acteurs : les institutions publiques, la société civile et les organisations internationales. Médecins du Monde y assure la coordination d'une commission de prise en charge psycho-sociale et participe très activement à deux autres commissions : « prévention et communication », et « prise en charge médicale ». **La Concertation nationale propose aux différents acteurs de s'asseoir à une même table et de réfléchir ensemble à une réponse pluridisciplinaire de la violence et aux mécanismes de coordination nécessaires.**

Au Pakistan, MdM travaille avec le département des Affaires sociales chargé des *Dar-ul-Amans* (hébergement temporaire)

destinés aux femmes en situation de grande détresse et à leurs enfants), et plus spécifiquement avec sa branche provinciale du Penjab. MdM jouit de locaux au sein du département, ce qui permet **une présence et des contacts réguliers**. MdM est invité à l'ensemble des réunions de travail du département, où sont également discutées les actions menées conjointement. En travaillant en partenariat étroit avec les instances gouvernementales du Penjab, MdM se positionne comme un acteur du changement social au cœur des structures publiques.

MdM, Rapport intermédiaire d'opération, programme international de lutte contre les violences faites aux femmes, MAAIONG/AFD, septembre 2009.



5

ANNEXES



PAGE 353

A

SIGLES ET
ACRONYMES

PAGE 356

B

BIBLIOGRAPHIE

356 Documents MdM

356 Références

371 Déclarations et textes
internationaux

372 Textes régionaux

373 Textes de loi

373 Sites internet

5A

SIGLES ET
ACRONYMES**AFD** : Agence Française de Développement**Ceadel** : Centro de Apoyo al Desarrollo Local
(Centre d'appui au développement local au Guatemala)**Cedef** : Convention sur l'élimination de toutes les formes
de discrimination à l'égard des femmes**CEDH** : Cour Européenne des droits de l'Homme**Cesaf** : Centre d'excellence pour la santé de la femme
(Université de Montréal)**Comede** : Comité médical pour les exilés**CNCDH** : Commission nationale consultative des droits de l'Homme**CPI** : Cour pénale internationale**CPTF** : Centre de prévention de la traite des femmes**CRR** : Commission de recours des réfugiés**DUA** : Dar-UI-Aman**EPU** : Examen périodique universel**ESPT** : Etat de stress post-traumatique**Fnuap** : Fonds des Nations unies pour la population**FPAB** : Family Planning Association of Bangladesh
(Association de planning familial au Bangladesh)**FPAN** : Family Planning Association of Nepal
(Association de planning familial népalaise)

HCR : Haut commissariat aux réfugiés (aussi UNHCR)
HRW : Human Rights Watch
IASC : Interagency standing committee
 (Comité permanent interorganisations)
ICPD : International conférence on population and development
 (Conférence internationale sur la population
 et le développement)
IGSS : Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
 (Institut guatémaltèque de sécurité sociale)
IPPF : International planned parenthood federation
 (Fédération internationale du planning familial)
IST : Infections sexuellement transmissibles
IVG : Interruption volontaire de grossesse
MAAIONG : Mission d'appui à l'action internationale des ONG
MdM : Médecins du Monde
Monuc : Mission des Nations unies en République démocratique
 du Congo
MSF : Médecins sans frontières
OEA : Organisation des États américains
OECD : Organisation for economic co-operation and development
 (Organisation pour la coopération économique
 et le développement)
Ofpra : Office français de protection des réfugiés
 et des apatrides
OHCHR : Office of the high commissioner for Human rights
 (Haut commissariat pour les droits de l'Homme)
OIM : Organisation internationale pour les migrations
OIT : Organisation internationale du travail
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONG : Organisation non-gouvernementale
Onusida : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
ONSMP : Observatoire national de pratique en santé mentale
 et précarité

ORSPERE : Observatoire régional Rhône Alpes sur la
 souffrance psychique en rapport avec l'exclusion
PNUD : Programme des Nations unies pour le développement
PPE : Prophylaxie postexposition
Redicam : Red integral de centros de atención para las
 mujeres maltratadas (Réseau intégral de centres
 de prise en charge pour les femmes victimes
 de violence au Guatemala)
RDC : République démocratique du Congo
S2AP : Service d'analyse, d'appui et de plaidoyer
Uncea : Commission économique pour l'Afrique des Nations
 unies (aussi CEA-ONU)
Unescap : United Nations economic and social committee for
 Asia and Pacific (Commission économique et sociale
 des Nations unies pour l'Asie et le Pacifique)
Unesco : United Nations Educational, Scientific, and Cultural
 Organisation (Organisation des Nations Unies
 pour l'éducation, la science et la culture)
UNHCR : United Nations High Commissioner for Refugees
 (Haut commissariat des Nations unies pour les
 réfugiés (aussi HCR))
Unicef : United Nations Children's Fund
 (Fonds des Nations unies pour l'enfance)
Unifem : Fonds de développement des Nations unies pour la femme
URAMEL : Unité de recherche et d'action médico-légale (en Haïti)
VIH/sida : Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome
 d'immunodéficience acquise
VLG : Violences liées au genre

5B

BIBLIOGRAPHIE

DOCUMENTS MDM

Tous les documents MdM cités dans cet ouvrage sont disponibles sur demande auprès du S2AP (Service d'Appui, d'Analyse et de Plaidoyer), au siège de MdM France.

RÉFÉRENCES

→ **Agency for Health Care Policy and Research,**

« HIV Cost and Services Utilization Study »,
fact sheet, Rockville, MD, 1998.

→ **Alcala Maria José,** *L'état de la population mondiale 2005.*

*La promesse d'égalité : égalité des sexes,
santé en matière de procréation et Objectifs
de millénaire pour le développement,* fnuap, 2005.

→ **Amnesty International,** « Pakistan : femmes
et jeunes filles tuées pour des questions d'honneur »,
septembre 1999.

www.Amnesty.Org/fr/library/asset/asa33/018/1999/fr/ac3d6e86-e0f1-11dd-be39-2d4003be4450/asa330181999fr.html

→ **Amnesty International,**

« Chine : une opposante à l'avortement forcé est envoyée
dans un camp de travail », 8 octobre 2004.
<http://asiapacific.Amnesty.Org/library/index/fraasa170522004>

→ **Amnesty International,**

« Les crimes commis contre les femmes lors des conflits
armés », rapport public, 8 décembre 2004.
<http://www.Amnesty.Org/fr/library/asset/act77/075/2004/fr/b74332dc-d57f-11dd-bb24-1fb85fe8fa05/act770752004fr.pdf>

→ **Amnesty International,**

« La jeune fille lapidée n'avait que treize ans »,
31 octobre 2008.
www.Amnesty.Org/fr/for-media/press-releases/somalia-girl-stoned-was-child-13-20081031

→ **Amnesty International,**

« Femmes, violence et pauvreté : sortir du piège du genre »,
novembre 2009.
www.amnesty.org/fr/news-and-updates/feature-stories/women-violence-and-poverty-20091125

→ **Amnesty International,**

« En Ouganda, les victimes de viols et de violences sexuelles
sont privées de justice », 7 avril 2010.
www.Amnestyinternational.Be/doc/article16052.Html

→ **Amon Joseph,**

« Abus commis à l'encontre des patients,
complicité de certains fournisseurs de soins
dans des actes de torture et des traitements cruels,
inhumains ou dégradants », Human Rights Watch, 2010.

- **Assemblée générale des Nations Unies**,
Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes : rapport du secrétaire général, n° A/61/122/Add.1, 6 Juillet 2006.
- **Association américaine de psychiatrie**,
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 3^e édition, 1980.
- « Bangladesh: Death for Man who Maimed Girl », *New York Times*, 30 juillet 2003, cité dans « La violence contre les femmes – faits et chiffres », **Unifem**.
www.unifem.org/attachments/gender_issues/violence_against_women/facts_figures_violence_against_women_2007_fra.pdf
- **Banque asiatique de développement**,
Country briefing paper, Women in Pakistan, juillet 2000.
- **Banque mondiale**, World Development Report: Investing in Health, Oxford University Press, New York, 1993.
- **Bourque Denis**, *L'approche communautaire – recueil de textes*, éditions Valleyfield, 1987.
- **Burgess Ann w. et Holmstrom Lynda I.**,
« Rape Trauma Syndrome », *Journal américain de Psychiatrie*, 131:981-986, 1974.
- **Carpenter r. Charli**,
Recognising Gender Based Violence against Civilian Men and Boys in Conflicts Situations, Department of Politics and International Relations, Drake University, mars 2004.
- **Child Rights Information Network**,
« Les droits de l'enfant toujours mis à rude épreuve en RDC », rapport alternatif présenté au comité des droits de l'enfant des Nations unies, septembre 2008.
www.Crin.Org/docs/drc_ocdh_ngo_report_fr.Pdf
- **Commission des droits de l'Homme au Pakistan et de la Fondation Aurat**, rapport annuel, 2008.
- **Commission femmes et développement**,
L'approche de l'empowerment des femmes : un guide méthodologique, direction générale de la Coopération belge, juin 2007.
- **Commission nationale française consultative des droits de l'Homme**, Assemblée plénière,
« Avis sur la traite et l'exploitation des êtres humains en France », 18 décembre 2009.
www.cncdh.Fr/img/pdf/opinion_on_combating_the_trafficking_and_exploitation_of_human_beings_in_france.pdf
- **Consortium « Reproductive Health Response in Conflict »**, *Violences sexo-spécifiques : manuel d'outils pour l'évaluation préliminaire, la conception, le suivi et l'évaluation des programmes en situations de conflit(s)*, février 2004.
www.rhrc.org/resources/gbv/gbv_tools/gbv-tools-manual_fr.pdf
- **Coomaraswamy Radhika**,
Rapporteur spécial sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences,
La Lutte contre la violence domestique : les obligations de l'État, 2000.

- **Coomaraswamy Radhika**, Rapporteur spécial sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, « Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective Violence against Women », présenté en application de la résolution 2002/52 de la Commission des droits de l'Homme, ONU, *Cultural practices in the family that are violent towards women*, 2003.
[www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/0/a9c6321593428acfc1256cef0038513e/\\$file/g0311304.pdf](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/0/a9c6321593428acfc1256cef0038513e/$file/g0311304.pdf)
- **Daley-Harris Sam**, « État de la campagne du Sommet sur le microcrédit », rapport 2007.
- **De Clercq Michel, Lebigot François**, *Le Traumatisme psychique*, Masson, paris, 2001.
- **D'Hauwe Philippe Dr**, « Le médecin généraliste face à la violence conjugale », *La revue de la médecine générale*, n° 237, novembre 2006.
- **Direction suisse du développement et de la coopération**, *Genre, transformation des conflits et approche psychosociale*, 2006.
- **Dromer Carole**, « Le certificat médical, pièce jointe à la demande d'asile en France », mémoire de Master 2 Droits de l'Homme – Droit international humanitaire, 2007.
- **École nationale française de santé publique**, « Maltraitance, bientraitance : prévenir les violences institutionnelles », module interprofessionnel de santé publique, Rennes, 2005.
- **Europol**, rapport d'activité, 2006.
- **Fassin Didier, D'Halluin Estelle**, « The Truth from the Body: Medical Certificates as Ultimate Evidence for Asylum Seekers », *American Anthropologist*, vol. 107, avril 2008.
- **Fayner Elsa**, *Violences, féminin pluriel – Les violences envers les femmes dans le monde contemporain*, Libro, collection Document, 2006.
- **FNUAP**, bulletin d'information, août 2009.
- **Furtos Jean**, *Les cliniques de la précarité, contexte social, psychopathologies et dispositifs*, ONSMP – Orspere, Lyon, 2004.
- **Goetz Anne-Marie et Sen Gupta Rina**, « Who Takes Credit? Gender, Power and Control Over Loan Use in Loan Programs in Rural Bangladesh », *World Development*, vol. 24, n° 1: 45-63, 1996.
- **Haut-commissariat aux droits de l'Homme**, « Pratiques traditionnelles préjudiciables affectant la santé des femmes et des enfants », fiche technique n° 23, 2009.
- **Haute autorité de santé française**, Commission de la transparence, avis du 15 février 2006.
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct032519.pdf>
- **Heise Lori**, « Violence Against Women: an Integrated Ecological Framework », *Violence against Women*, 1998.

- **Heise Lori, Ellsberg Mary et Gottemoeller Megan**, « Ending Violence against Women », Population Reports. Série L. N°11:17. Population Information Program, School of Public Health auprès de Johns Hopkins University, Baltimore, 1999.
- **Hirigoyen Marie-France**, *Femmes sous emprise – Les ressorts de la violence dans le couple*, Oh ! Éditions, 2005.
- **Human Rights Watch**, « Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence against Women and “Honour” Crimes », intervention orale à la 57^e session de la Commission des droits de l’Homme de l’ONU, 2001.
- **Human Rights Watch**, *Toujours en lutte : La justice, un parcours semé d’obstacles pour les victimes de viol au Rwanda*, New York, 2004.
- **Human Rights Watch**, *Interdit – Institutionnalisation de la discrimination contre les gays et lesbiennes au Burundi*, juillet 2009.
- **Institut Guttmacher**, *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, octobre 2009. www.guttmacher.org/pubs/AWWfullreport.pdf
- **Inter-Agency Standing Committee (IASC)**, *Directives du CPI (Comité permanent interorganisations) pour la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d’urgence*, 2007. www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_guidelines_french.pdf
- **IASC**, *Femmes, filles, garçons et hommes : des besoins différents, des chances égales*, guide pour l’intégration de l’égalité des sexes dans l’action humanitaire, 2008.
- **IASC**, *Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d’urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir*, Genève, 2010.
- **International Planned Parenthood Federation**, *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence, A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*, septembre 2004.
- **INSEE**, « Être femme exposée, être femme et jeune surexposée », enquête « Cadre de vie et sécurité », 2007.
- **Johnson Cate**, *Violence against Women : An Issue of Human Rights*, Office of Women in Development, Agency for International Development of United States, 1997.
- **Jones Nicola, Moore Karen, Villar-Marquez Eliana avec Broadbent Emma**, *Painful Lessons: The Politics of Preventing Sexual Violence and Bullying at School*, Overseas Development Institute, Londres, octobre 2008.
- **Josse Evelyne**, « Déceler les violences sexuelles faites aux femmes », avril 2007.
- **Josse Evelyne**, « Victimes, une épopée conceptuelle – première partie : définitions », mai 2007.

- **Josse Evelyne,**
« Causes et facteurs de risque des violences sexospécifiques et sexuelles exercées contre les enfants », juillet 2007.
- **Josse Evelyne,**
« Les violences sexospécifiques et sexuelles à l'égard des hommes », juillet 2007.
- **Josse Evelyne,**
« Le traumatisme psychique : quelques repères notionnels », *Journal international de victimologie*, tome 5, n° 3, juillet 2007.
- **Josse Evelyne,** « Les violences sexuelles entre détenus de sexe masculin : un révélateur de la subordination de la femme dans la société », juillet 2007.
- **Josse Evelyne,**
« Violences conjugales, quelques repères », document de formation à l'intention des professionnels algériens en charge des femmes victimes de violences conjugales – projet MdM, octobre 2007.
- **Josse Evelyne, et Dubois Vincent,**
Interventions humanitaires en santé mentale dans les violences de masse, De Boeck Université, collection Crisis, septembre 2009.
- **Kim Julia, Motsei Mmatshilo,**
« "Women Enjoy Punishment": Attitudes and Experiences of Gender-Based Violence Among PHC Nurses in Rural South Africa », *Social Science & Medicine*, vol. 54, Issue 8, pp. 1243-1254, avril 2002.
- **Longpre Caroline, Forte Danielle, O'doherty Christine, Vissandjee Bilkis,**
Projet d'empowerment des femmes. Conception, application et évaluation de l'empowerment (phase 1), Centre d'excellence pour la santé des femmes (Cesaf), Consortium Université de Montréal, Montréal, 1998.
- **Lovell Anne,** *Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, Commission violence et santé mentale, mars 2005.
- *La Lutte contre les violences conjugales*, Les documents de travail du Sénat, série Législations comparées, n° LC 144, février 2005.
- **Macinko James, Starfield Barbara, Shi Leiyu,**
« The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries », 1970-1998, Health Services research, 2003.
- **Malengrez Maude,** « Haïti : légaliser l'avortement pour plus de justice sociale », agence de presse Syfia, novembre 2004.
<http://www.syfia.info/index.php5?view=articles&action=voir&idArticle=3916>
- **Mangham Colin, Ph.D., Mcgrath Patrick, Ph.D., Reid Graham, Ph.D., Stewart Miriam, Ph.D.,**
Résilience, pertinence dans le contexte de la promotion de la santé, document de travail, analyse détaillée présentée à Santé Canada, Atlantic Health Promotion Research Centre, Université Dalhousie, 1995.

- **Médecins Sans Frontières**,
Vies brisées, l'aide médicale urgente, vitale pour les victimes de violences sexuelles, 2^e édition, Bruxelles, juin 2009.
- **Médecins Sans Frontières**, *Médicaments essentiels – guide pratique d'utilisation à l'usage des médecins, pharmaciens, infirmiers et auxiliaires de santé*, édition 2010.
- **Médecins Sans Frontières Belgique**,
« Protocole d'interruption de grossesse »,
fiche n° 23, memento VSX, janvier 2006.
- **Ministère de l'intérieur Français**,
Étude nationale sur les morts violentes au sein
du couple en 2008, Délégation aux victimes,
octobre 2009.
- **Mohsen-Finan Khadija**,
« L'évolution du statut de la femme dans les pays du Maghreb »,
Institut français des relations internationales, juin 2008.
- **Nicolai Susan.**,
*Psychosocial needs of conflict-affected children
and adolescents*, Paris : IIEP-Unesco World Bank-IIEP
Summer School, juillet 2003, Background paper.
- **OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO,
FNUAP, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, OMS**,
Déclaration interinstitutions,
« Éliminer les mutilations sexuelles féminines », 2008.
- **Organisation Internationale Du Travail**,
« Une alliance mondiale contre le travail forcé :
rapport global en vertu du suivi de la déclaration de l'OIT
relative aux principes et droits fondamentaux au travail »,
rapport du directeur général, **Conférence internationale
du travail**, 93^e session, Genève, 2005.
- **Organisation Mondiale De La Santé (OMS)**,
Constitution, entrée en vigueur le 7 avril 1948.
- **OMS**,
*Aspects psychosociaux et psychiatriques de la santé
de la Femme*, Division de la santé de la famille et Division
de la santé mentale, WHO/FHE/MNH/93.1, 1993.
- **OMS**, *La Violence à l'égard des femmes :
un problème de santé prioritaire*, 1997.
www.who.int/gender/violence/vawpriority/en/
- **OMS, FNUAP, UNICEF**, Déclaration commune
« Les mutilations génitales féminines »,
fiche d'information, 1997.
- **OMS**,
Emergency Contraception: a guide for service delivery,
WHO/FRH7FPP798.19, Genève, 1998.
- **OMS**, *La Santé mentale, nouvelles conceptions, nouveaux
espoirs*, 2001. www.who.int/whr/2001/en/index.html
- **OMS**, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002.
www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
- **OMS**, « Violences faites aux femmes »,
fiche d'informations, 2003.

- **OMS**, *Avortement médicalisé: directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, Genève, 2004.
- **OMS**, « La violence à l'encontre des femmes et le VIH/sida : principaux points de recoupement ; la violence sexuelle dans les situations de conflit et le risque d'infection au VIH », *Série de bulletins d'information N° 2*, novembre 2004.
- **OMS**, *Étude multipays sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes*, Genève, 2005.
- **OMS**, *Gestion clinique des victimes de viols, Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays*, édition révisée, 2005.
www.who.int/publications/list/hac_manual_rape/fr/index.html
- **OMS**, « La violence à l'encontre des femmes et le VIH/sida : principaux points de recoupements ; Violence exercée par le partenaire et VIH/sida », *Série de bulletins d'information*, n° 1, 2005.
- **OMS**,
Unsafe abortion : global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, 5^e édition, 2007.
- **OMS**, « Santé mentale : un état de bien-être », octobre 2009.
- **Perrone Reynaldo et Nannini Martine**,
Violences et abus sexuels dans la famille, éditions ESF, octobre 2006.
- **Préfecture de la Région d'île-de-France**,
« Le développement de la pédagogie de l'égalité entre les femmes et les hommes »,
rapport sur l'activité des services régionaux de l'État en Île-de-France, 2002.
- « Recommandations sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH »,
rapport Yeni, 2008.
http://www.actupparis.org/IMG/pdf/2008_RapportYeni.pdf
- **Relief Web**, « Caritas et la Banque mondiale appuient la réinsertion économique des ex-combattantes », Kalémie, RDC, février 2010. www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900sid/SHIG-82HCQA?OpenDocument
- **Romani Rose**,
« La Mémoire et au-delà – les Roms et les Sintis pendant l'holocauste et dans la société contemporaine », *Chronique des Nations unies*, éditions en ligne.
- **Shana Swiss M.D. et al.**,
« Violence against Women During the Liberian Civil Conflict », *Letter from Monrovia, JAMA*, vol. 279, No. 8, 25 février 1998.
- **Taverne Bernard**, « Valeur morale et stratégie de prévention : la "fidélité" contre le sida au Burkina Faso », colloque international « Sciences sociales et sida en Afrique : bilan et perspectives », 1996, Codesria, CNLS, Orstom, Saly-Portudal, Sénégal, pp. 527-538.
- **Tourette-Turgis Catherine**, *La rétinite à CMV – Guide de counseling* (pp. 53-54). éditions Comment Dire, 1996.

- **UNESCO**, *Guidebook for planning education in emergencies and reconstruction*, 2006.
- **UNHCR**,
La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées, principes directeurs pour la prévention et l'intervention, mai 2003.
- **UNHCR**, « *Le HCR et la protection internationale* », glossaire, juin 2006.
- **United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (Unescap)**,
Economic and Social Survey for Asia and the Pacific, 2007, p. 123.
- **United Nations Population Information Network**,
« Guidelines on women's empowerment », Division de la population des Nations unies, Département des affaires économiques et sociales, avec l'appui du Fnuap
www.un.org/popin/unfpa/taskforce/guide/iatfwemp.gdl.html
- **UNICEF**, *Women in Transition*,
The Monee project regional monitoring report summary n° 6, Florence, 1999.
- **UNICEF**,
« Early Marriage: a Harmful Traditional Practice », 2005.
- **UNICEF**, *The Impact of Migration on Children in Moldova*, octobre 2008.
- **UNICEF**, rapport 2009.

- **Walker Lenore E.**, « Battered Women and Learned Helplessness », *Victimology: an International Journal*, Vol. 2, N° 3-4, 1977-1978

DÉCLARATIONS ET TEXTES INTERNATIONAUX

- **Charte des Nations unies**, adoptée à la Conférence de San Francisco, le 26 juin 1945.
- **Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes**, adoptée par l'Assemblée générale dans sa résolution 34/180 du 18 décembre 1979.
- « **Décennie des Nations unies pour l'alphabétisation : l'éducation pour tous** », Assemblée générale des Nations unies, résolution A/RES/56/116 du 18 décembre 2001.
- **Déclaration universelle des droits de l'Homme**, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 10 décembre 1948.
- **Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir**, Assemblée générale des Nations unies, 1985.
- **Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes**, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 20 décembre 1993.

→ **Good Practice in Gender Mainstreaming Example**, Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women, United Nations International Drug Control Programme: Alternative Development Work in Peru, 1999.

→ **Protocole additionnel à la convention des Nations unies contre la criminalité transnationale organisée**, visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, décembre 2000.

→ **Pacte international relatif aux droits civils et politiques (et ses deux protocoles facultatifs)**, adopté par l'Assemblée générale des Nations unies le 16 décembre 1966.

→ **Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels**, adopté par l'Assemblée générale des Nations unies le 16 décembre 1966.

Textes régionaux

→ **Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples**, adoptée par l'Organisation de l'unité africaine le 27 juin 1981.

→ **Charte de l'Organisation des États américains**, adoptée lors de la 9^e Conférence internationale américaine le 30 avril 1948.

→ **Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales**, adoptée par le Conseil de l'Europe, le 4 novembre 1950.

→ **Convention interaméricaine pour la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme, Convention de Belém do Pará**, adoptée par l'Organisation des États américains le 9 juin 1994.

Textes de loi

→ Arrêt M.C. c. Bulgarie, no 39272/98, Cour européenne des droits de l'Homme, 2003.

→ Circulaire interministérielle française relative aux recommandations sur la prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), 13 mars 2008.

SITES INTERNET

→ **Amnesty International** : www.amnesty.org

→ **Association Médicale Internationale** : <http://www.wma.net/en/10home/index.html>

→ **Bulletin médical de l'IPPF** : www.ippf.org/en/Resources/Medical/

→ **Comité consultatif national français d'éthique** : www.ccne-ethique.fr/

→ **Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes** : www.aidh.org/Femme/Comite_FE/Comit_Onu.html

- **Conseil national de l'ordre des médecins :**
<http://cnomedecins-dz.com>
- **Commission africaine des droits de l'Homme et des peuples :** www.achpr.org/francais/_info/news_fr.html
- **Commission interamericaine des droits de l'Homme :**
www.cidh.org/Default.htm
- **Cour européenne des droits de l'Homme :**
www.echr.coe.int/echr/
- **Fédération internationale des travailleurs sociaux :**
www.ifsw.org
- **Haut commissariat aux droits de l'Homme :** www.ohchr.org
- **Institut français des relations internationales :** www.ifri.org
- **« Lutte contre les violences faites aux femmes : grande cause nationale pour 2010 »,**
Campagne du gouvernement français : www.gouvernement.fr/premier-ministre/la-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes-grande-cause-nationale-2010
- **Réseau canadien de la santé :** www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/html/fvemotion_f.html
- **Résilience Psy :** (Recueil des articles d'Evelyne Josse)
www.resilience-psy.com

Auteurs

Julia Branchat et Constance Duplessy
Référentes thématiques et chargées du programme international de lutte contre les violences liées au genre,
Service d'Analyse, d'Appui et de Plaidoyer, Médecins du Monde France

Participation à la rédaction

Tiphaine Barral, externe en Médecine,
bénévole pour Médecins du Monde France

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont participé aux différents stades de l'élaboration de cet ouvrage :

Olivier Bernard, Magali Bouchon, Pauline Boureau, Juliette Chevalier, Anne Desmarest, Carole Drômer, Pïlar Giraud, Nicolas Guihard, Ali Imran, Evelyne Josse, Jérôme Larché, Niklas Luhmann, Shadia Morchid, Denis Mukwege, Marie-Dominique Pauti, Myriam Pomarel, Hugo Tiffou, Sophie Zaccaria pour leur aide à la relecture et à Thérèse Benoit pour les corrections de la version française ;

Matthew Cush et Anne Withers pour la traduction anglaise, Jaime Guitart, Ana Medrano Gonzalez et Elena Martínez Suárez pour la traduction espagnole, et Alejandra García Patón pour la coordination des traductions.

Nous tenons également à remercier toutes les personnes qui ont consacré du temps et partagé leur expérience pour contribuer à la réflexion de MdM sur les violences liées au genre.



Conception, réalisation graphique, conseil en fabrication : polysemique.fr /
Photographies : Jacky Naegelen/Reuters (p. 1-306-350), Isabelle Eshraghi
(p. 10-34-106), Lâm Duc Hiên (p. 56-249-290), Marie-Pierre Buttigieg
(p. 118-162), Lahcène Abib (p. 180), MdM (p. 225), Thierry Dudoit/L'Express
(p. 376), / Impression : Imprimeries Paton

De par le monde, les **violences liées au genre** **représentent un problème majeur de santé publique et une violation incontestable des droits de l'Homme.**

Ce constat impose de s'interroger sur les stratégies d'intervention et les actions de prévention et de réponse au phénomène, en prenant en compte les différents contextes socioculturels.

Sans donner de réponses clé en main, ce guide offre des **pistes de réflexion pour le développement de programmes ou activités de lutte contre les violences liées au genre.**

Par la présentation de **concepts clés, d'outils méthodologiques** et d'**illustrations terrain**, il vise à **améliorer la qualité de l'identification et de la prise en charge pluridisciplinaire des victimes de violence, ainsi que les activités de sensibilisation et de plaidoyer pouvant leur être associées.**

Ce guide s'appuie sur la capitalisation des savoir-faire de Médecins du Monde dans le domaine, menée dans le cadre du programme international de lutte contre les violences liées au genre, financé par l'Agence Française de Développement.



Avec le soutien de :

